

**การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์
สถาบันบำราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข
โดยใช้แนวคิดของการจัดการความรู้**

นางสมถวิล อัมพรอารีกุล

**วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช**

พ.ศ. 2550

**The Development of a Self-Care Management Model for Pediatric
AIDS patients in Bamrasnaradura Infectious Disease Institute
Based on Knowledge Management**

Mrs. Somtavil Ampornareekul

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration

School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2007

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ สถาบันบำราศนราดูร
กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้แนวคิดของการจัดการความรู้

ผู้วิจัย นางสมถวิล อัมพรอารีกุล ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)
อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี (2) รองศาสตราจารย์ ดร.สุพิมพ์
ศรีพันธ์วรสกุล (3) อาจารย์นายแพทย์พิเศษ บัญญัติ ปีการศึกษา 2550

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนารูปแบบการจัดการดูแล
ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ สถาบันบำราศนราดูร โดยใช้การจัดการความรู้ (2) ประเมินความเหมาะสมในการนำ
รูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัย จำนวนทั้งหมด 51 คน ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ 15 คน ผู้ดูแล
20 คน และผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ 16 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ชุด คือ (1) ประเด็นสนทนาแลกเปลี่ยน
เรียนรู้ในการทำกลุ่มแต่ละกลุ่ม และ (2) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็ก
โรคเอดส์ เครื่องมือทั้งสองชุดผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ค่าดัชนี
ความตรงตามเนื้อหา มีค่าระหว่าง 0.80 - 1.00 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มใช้
เทคนิค การเล่าเรื่องและสุนทรียสนทนา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า (1) รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย
9 องค์ประกอบ คือ 1.1 ทีมผู้ดูแลทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการประสานความร่วมมือดูแลผู้ป่วย 1.2
มาตรฐานการดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาล 1.3 การรับประสานอย่างถูกต้องต่อเนื่อง 1.4 การให้
ความรู้ด้วยสื่อที่เหมาะสมกับเด็กและการทำกลุ่มสนทนาในผู้ดูแล 1.5 การสร้างเสริมสุขภาพทางกายและ
จิตใจ เตรียมความพร้อมก่อนเปิดเผยผลเลือดและเข้าสู่วัยรุ่น 1.6 การช่วยเหลือด้านสังคมสวัสดิการและ
พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 1.7 การพัฒนาเครือข่ายที่ดูแลผู้ป่วยเด็กให้เชื่อมโยงกับสถาบันเป็นการดูแลอย่าง
ต่อเนื่อง 1.8 ให้ความรัก ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความเอาใจใส่และดูแลแบบหัวใจมนุษย์ของผู้ดูแล
ทั้งหมด การประเมินผล แก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง 1.9 เป้าหมายของรูปแบบคือคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็ก
(2) การประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่ามีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วย
เด็กโรคเอดส์ ตามบริบทของสถาบันบำราศนราดูร ในระดับความเชื่อมั่น 0.93 จากผลการวิจัยครั้งนี้
เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรค
เอดส์ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์โดยใช้ประสบการณ์ ความรู้
ทักษะต่างๆที่อยู่ในตัวของแต่ละบุคคลนำมาแลกเปลี่ยนเป็นความรู้ที่เปิดเผยและพัฒนาเป็นรูปแบบการ
ดูแลที่เหมาะสม

คำสำคัญ การจัดการความรู้ รูปแบบการจัดการดูแล ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ สถาบันบำราศนราดูร

Thesis title: The Development of a Self-Care Management Model for Pediatric AIDS patients in Bamrasnaradura Infectious Disease Institute Based on Knowledge Management

Researcher: Mrs.Somtavil Ampornareekul **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration); **Thesis advisors:** (1) Dr. Boontip Siritarungsri, Associate Professor; (2) Mr. Phichet Banyante,MD; (3) Dr. Supim Sripanvoraskul, Associate Professor; **Academic year:** 2007

ABSTRACT

The purposes of this research and development were: (1) to develop a care management model for pediatric AIDS patients based on knowledge management and (2) to evaluate this model in the context of Bamrasnaradura Infectious Disease Institute (BIDI).

Subjects in this research consisted of 51 persons and they were divided into 3 groups: 15 health care staff from multidisciplinary fields, 20 relatives or care givers, and 16 HIV children cases. Two research tools were used: (1) *Talking Issues* for knowledge sharing in each subject group and (2) the evaluation suitable form of the knowledge management model for caring for pediatric AIDS patients. Both were checked for content validity by five experts and their validity range from 0.80 to 1.00. Qualitative data was collected by dialogue and story telling techniques, and they were analyzed by content analysis.

The research results were as follows. (1) The self-care management model for pediatric AIDS patients was developed and comprised 9 components. *First*, all persons who were care givers both health care staff and relatives needed to co-operate with each other. *Second*, treatment and care protocol must be at a standardized level by doctors and nurses. *Third*, patients must take their medication correctly and continuously. *Fourth*, suitable health teaching materials must be provided for both children and focus group discussion. *Fifth*, these patients needed to be well-prepared in terms of health promotion both in body and mind before their blood test results were disclosed and before entering teenager period. *Sixth*, social support and welfare including protection of patient rights must be provided. *Seventh*, networks must be developed for caring for HIV children and connecting them to organizations so continued treatment and care could be provided for HIV patients. *Eighth*, family should give love to and had a good relationship with the patient. Care givers should attend to and recognize these patients as human beings while caring for them. Evaluation and problem-solving must be done continuously. *Ninth*, the goal of model was the quality of life of pediatric AIDS patients. (2) The new model was suitable and can be used for management of pediatric AIDS patients in the context of BIDI. The reliability of the model was 0.93.

In order to maximize the quality of life for pediatric AIDS patients, all concerned should participate in developing the management model by using and sharing their knowledge, skills, and experiences which comprise their tacit knowledge.

Keywords: Knowledge Management, Care Management Model, Pediatric AIDS Patients, Bamrasnaradura Infectious Disease Institute

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือจากคณาจารย์หลักสูตรปริญญาโททุกท่าน ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.กรองกาญจน์ สังกาศ ที่กรุณาให้ข้อคิดและคำแนะนำอันเป็นประโยชน์ยิ่งต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี อาจารย์ นายแพทย์พิเชฐ บัญญัติ รองศาสตราจารย์ ดร.สุพิมพ์ ศรีพันธ์วรสกุล กรุณาให้คำแนะนำให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกระบวนการจัดการความรู้ และสถิติ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดีมาตลอด ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจและซาบซึ้งในความเมตตาของท่านเป็นที่สุด

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือให้คำแนะนำข้อคิด เห็นต่างๆตลอดจนการแก้ไขทำให้ผู้วิจัยมีความรู้ความเข้าใจในศาสตร์แห่งวิชาชีพมากขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการสถาบันบาราศนราดูรและหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลที่ให้การสนับสนุนและส่งเสริมในการศึกษาและอนุญาตให้เก็บข้อมูลตลอดจนทีมสหวิชาชีพในแผนกกุมารเวชและทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช และผู้ที่เกี่ยวข้องในการทำวิทยานิพนธ์ และมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราชที่ให้ทุนสนับสนุนและช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคณะผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ และผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ทุกท่านที่ให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยในการศึกษาครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบุพการีที่ได้ให้กำเนิดสั่งสอนอบรมและให้การสนับสนุนจนทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จและขอขอบคุณครอบครัวที่ช่วยสนับสนุนให้การทำวิจัยประสบความสำเร็จ ขอขอบคุณพี่ๆเพื่อนๆและน้องร่วมรุ่นทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการทำวิจัยครั้งนี้ ให้ประสบความสำเร็จได้ด้วยดี

สมถวิล อัมพรอารีกุล

พฤษภาคม 2551

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
ประเด็นปัญหาการวิจัย	3
กรอบแนวคิดการวิจัย	4
ขอบเขตการวิจัย	6
ข้อจำกัดในการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	10
บริบทการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูร	10
แนวคิดการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
แนวคิดทฤษฎีการจัดการความรู้ การจัดการความรู้ตามแนวคิดของโนนากะและทาคิอิ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	21
แนวคิดการพัฒนารูปแบบและการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ และงานวิจัยที่ เกี่ยวข้อง	37
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	46
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	48
การเก็บรวบรวมข้อมูล	53
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	60
การวิเคราะห์ข้อมูล	61
การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์	62

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
ส่วนที่ 1 ข้อมูลและความรู้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้.....	64
ส่วนที่ 2 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูร.....	96
ส่วนที่ 3 ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแล ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ของสถาบันบำราศนราดูร.....	103
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	104
สรุปการวิจัย	104
อภิปรายผล	107
ข้อเสนอแนะ	121
บรรณานุกรม	123
ภาคผนวก	136
ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	137
ข เอกสารการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	141
ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	143
ง หนังสือแสดงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง.....	150
จ ตัวอย่างการถอดบทสนทนา.....	153
ฉ รายละเอียดกิจกรรมรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์.....	159
ประวัติผู้วิจัย	172

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 ลักษณะผู้ดูแลเด็กที่บ้านหรือชุมชน.....	65
ตารางที่ 4.2 ลักษณะของผู้ดูแลเด็กในสถานบริการ.....	66
ตารางที่ 4.3 ลักษณะของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูร.....	67
ตารางที่ 4.4 วิธีการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ให้รับประทานยาถูกต้องครบถ้วน.....	99

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
ภาพที่ 2.1 แผนผังแสดงขั้นตอนการตรวจรักษาผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์สถาบันบำราศนราดูร.....	13
ภาพที่ 2.2 แผนภูมิเกลียวการจัดการความรู้ของ โนนากะและทาคิวชิ.....	28
ภาพที่ 2.3 วิเคราะห์วงจรการจัดการความรู้ของ SONY SEMICONDUCTOR ตามแนวคิด โนนากะ.....	36
ภาพที่ 4.1 การรับประทานยาถูกต้องครบถ้วนประกอบด้วยแนวทางการจัดการดูแล.....	73
ภาพที่ 4.2 การสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วยแนวทางการจัดการการดูแลตามกรอบ.....	77
ภาพที่ 4.3 การดูแลทางด้านสังคมและสวัสดิการประกอบด้วยแนวทางการจัดการบริการ ช่วยเหลือดูแลตามกรอบบริหารศูนย์ NGO ต่าง ๆ ด้วยกิจกรรมการดูแลตามกรอบ.....	83
ภาพที่ 4.4 การสร้างเครือข่ายให้เข้มแข็งต้องประกอบด้วยแนวทางการจัดการ.....	87
ภาพที่ 4.5 การดูแลทางด้านจิตใจและการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ.....	90
ภาพที่ 4.6 การเลี้ยงดูและการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ประกอบด้วยแนวทางการจัดการการดูแล.....	93
ภาพที่ 4.7 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์สถาบันบำราศนราดูร.....	97

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยและประเทศต่างๆทั่วโลกได้เข้าสู่กระแสใหม่ของการเปลี่ยนแปลงที่เรียกว่า สังคมความรู้(knowledge society)และระบบเศรษฐกิจฐานความรู้(knowledge based Economy) ที่ใช้ความรู้และนวัตกรรมใหม่เป็นปัจจัยหลักในการพัฒนาองค์กร การพัฒนาความรู้ความสามารถข้อมูลข่าวสารต่างๆของสังคม องค์กรหรือชุมชนและใช้ความรู้ได้อย่างเหมาะสมจะก่อให้เกิดผลงานใหม่ๆเพื่อแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆและเพิ่มความสามารถในการแข่งขันทันเหตุการณ์ ซึ่งกระบวนการเตรียมความพร้อมของการปรับเปลี่ยนองค์กรเพื่อหวังผลของการเพิ่มประสิทธิภาพมีแนวคิดที่เป็น สาขาวิชาบูรณาการ กระบวนการทำงานสังคมและเทคโนโลยี คือ การจัดการความรู้ (Knowledge Management)

การจัดการความรู้เป็นแนวทางหนึ่งที่น่ามาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพงาน โดยใช้วิธีการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน เพื่อเรียนรู้การปฏิบัติงานที่จะนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices)หรือสร้างนวัตกรรมใหม่ให้เกิดขึ้น อีกทั้งเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการตัดสินใจในการวางแผนและปฏิบัติงาน นำสินทรัพย์ความรู้ที่มีอยู่ทั้งในและนอกองค์กรมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดการความรู้จึงเป็นแนวทางการบริหารจัดการที่กำลังได้รับการกล่าวถึงมากที่สุดเป็นตัวช่วยทำให้การปฏิบัติงานมีคุณภาพ ปรับปรุงคุณภาพบริการ โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่โดยเฉพาะบุคลากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด เป็นกระบวนการที่นำความรู้ที่มีอยู่หรือเรียนรู้มาใช้ให้เกิดประโยชน์ซึ่งกระบวนการของการจัดการความรู้จะนำไปสู่การพัฒนาองค์กรเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (วิจารณ์ พานิช 2548) การจัดการความรู้มีแนวคิดและวิธีการอยู่มากมายหลายวิธีขึ้นอยู่กับองค์กรจะเลือกใช้วิธีการใดให้เหมาะสมกับบริบทขององค์กร การจัดการความรู้ของโนนากะและทาคิวชิเป็นรูปแบบหนึ่งที่ได้รับการยอมรับจากองค์กรต่างๆและผู้เชี่ยวชาญจำนวนมาก โดยแนวคิดนี้ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงความรู้ (Knowledge Conversion) ระหว่างความรู้ที่ฝังลึก (Tacit Knowledge) ไปสู่ความรู้ที่เปิดเผย (Explicit Knowledge) ทำให้เกิดความรู้ใหม่ขึ้นซึ่งจะหมุนเวียนไปเรื่อยๆอย่างไม่มีการสิ้นสุดเพราะการเรียนรู้เกิดขึ้นตลอดเวลา หัวใจสำคัญของการจัดการความรู้ตามแนวคิดของโนนากะและทาคิวชิ คือ การจัดการความรู้ในผู้บริหารระดับกลางและผู้ปฏิบัติ

ระดับล่างอันจะเป็นกำลังหลักในการเชื่อมโยงให้เกิดการจัดการความรู้ที่ทรงพลังและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในองค์กร โดยผู้บริหารระดับกลางจะเป็นผู้เชื่อมโยงกับผู้บริหารระดับสูงในการนำความรู้ไปใช้และสื่อสารในองค์กร

การนำการจัดการความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการบริการสุขภาพมีเป้าหมายเพื่อคุณภาพชีวิตของประชาชนและการดูแลผู้ใช้บริการสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวต้องดำเนินการร่วมกันระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและเครือข่ายในการดูแล การจัดการความรู้เพื่อนำไปสู่ประชาชนกระทำได้ 3 วิธี คือ 1) การนำความรู้จากบุคลากรสาธารณสุขเพื่อให้บริการประชาชนอย่างถูกต้องปลอดภัยมีคุณภาพโดยทีมสหวิชาชีพ 2) การใช้ความรู้เพื่อทำให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองได้ 3) การนำความรู้ทางสุขภาพมาใช้ถ่ายทอดสู่ประชาชนเพื่อให้ประชาชนมีความรู้เรื่องสุขภาพ จนสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพได้ (บุญทิพย์ และพิเชฐ 2549: 28) สถานบริการต่างๆจึงควรนำการจัดการความรู้มาใช้ในการบริการสุขภาพตามบริบทของสถานบริการนั้นๆ

สถาบันบาราศนราครเป็นองค์กรสุขภาพองค์กรหนึ่งที่ใช้บริการการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยถือเป็นภารกิจหลักของสถาบัน จากสถิติปี พ.ศ.2550 สถาบันบาราศนราครมีผู้ป่วยเอดส์อยู่ในความดูแลจำนวน 7,538 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์จำนวน 188 คน (รายงานประจำปีของสถาบันบาราศนราคร 2550) เนื่องจากจำนวนของการติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ในเด็กเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จึงเป็นปัญหาใหญ่ทางด้านสาธารณสุขของนานาประเทศรวมทั้งประเทศไทย (เกรียงไกร และคณะ 2544 Patella F J, et.al 2001: 338) ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ให้สามารถดูแลตนเองได้จึงเป็นเรื่องสำคัญ ซึ่งนอกจากจะช่วยลดภาระของครอบครัวแล้ว ยังช่วยลดปัญหาเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมลงได้ และการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งพาตนเองได้นั้นจำเป็นจะต้องให้การดูแลในหลายๆด้านประกอบกัน รวมทั้งความเข้มแข็งอดทนของตัวผู้ป่วยเป็นสำคัญ (วิไลภา ครุศมกิจ 2540)

อย่างไรก็ตามแม้ว่าสถาบันบาราศนราครจะเป็นสถาบันที่มุ่งเน้นให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ แนวทางการจัดบริการก็ยังคงเน้นเฉพาะในสถาบันเป็นหลักขาดความเชื่อมโยงในสถานบริการสู่บ้าน รวมทั้งยังไม่มีผู้นำผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งครอบครัว ผู้ดูแล และองค์กรต่างๆ เช่น ศูนย์ NGO ที่ดูแลผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มาร่วมกันดูแลแบบครบวงจร ซึ่งเชื่อว่าหากได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบโดยทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้เกี่ยวข้องมามีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กเอดส์ของสถาบันจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ปัจจุบันการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่ดำเนินการอยู่มีหลายวิธี อาทิการพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์หรือจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

อาจจะเป็นกลุ่มหรือรายบุคคล (ฟองคำ คิลกสกุลชัย 2549) การจัดการความรู้เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่น่ามาใช้ในการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานหรือสร้างแนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ (Best Practice) โดยการใช้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ผู้มีความรู้หรือผู้มีประสบการณ์มาสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ เพื่อสร้างแนวทางการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของกลุ่มที่ผ่านการดำเนินการหรือการปฏิบัติมาแล้วนำมาสร้างเป็นรูปแบบการปฏิบัติงานใหม่ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและมีประสิทธิภาพ

การจัดการความรู้เป็นแนวคิดที่สถาบันบาราศนราครให้ความสำคัญ และได้มีการนำมาใช้ในการพัฒนาองค์กรโดยภาพรวมมาระยะหนึ่งแล้ว บุคลากรได้รับการเตรียมความพร้อมและต่างก็มีความรู้ความเข้าใจในการนำแนวคิดการจัดการความรู้มาพัฒนาองค์กร ซึ่งก็ได้ผลเป็นที่พอใจเฉพาะบางหน่วยงานที่มีการจัดการความรู้ แต่ยังไม่มีการนำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบเพื่อการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหา โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่ยังไม่มีรูปแบบการจัดการดูแลที่ชัดเจน เชื่อมโยงในทีมสหสาขาวิชาชีพในสถาบันและเครือข่ายผู้ดูแลรวมทั้งตัวผู้ป่วยเอง จากความสำคัญของปัญหาในการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าตึกเด็กป่วยจึงมีความประสงค์นำแนวทางการจัดการความรู้ของ โนนากะและทาคิวชิมานำร่องในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์และจัดการความรู้ของแผนกกุมารเวชสถาบันบาราศนราคร เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนี้กระบวนการจัดการความรู้ที่ดำเนินการให้ทุกฝ่ายโดยเฉพาะบุคลากรมีส่วนร่วม จะนำไปสู่การพัฒนาเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 2.1 เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ของสถาบันบาราศนราคร โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ของ โนนากะและทาคิวชิ
- 2.2 เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในสถาบันบาราศนราคร

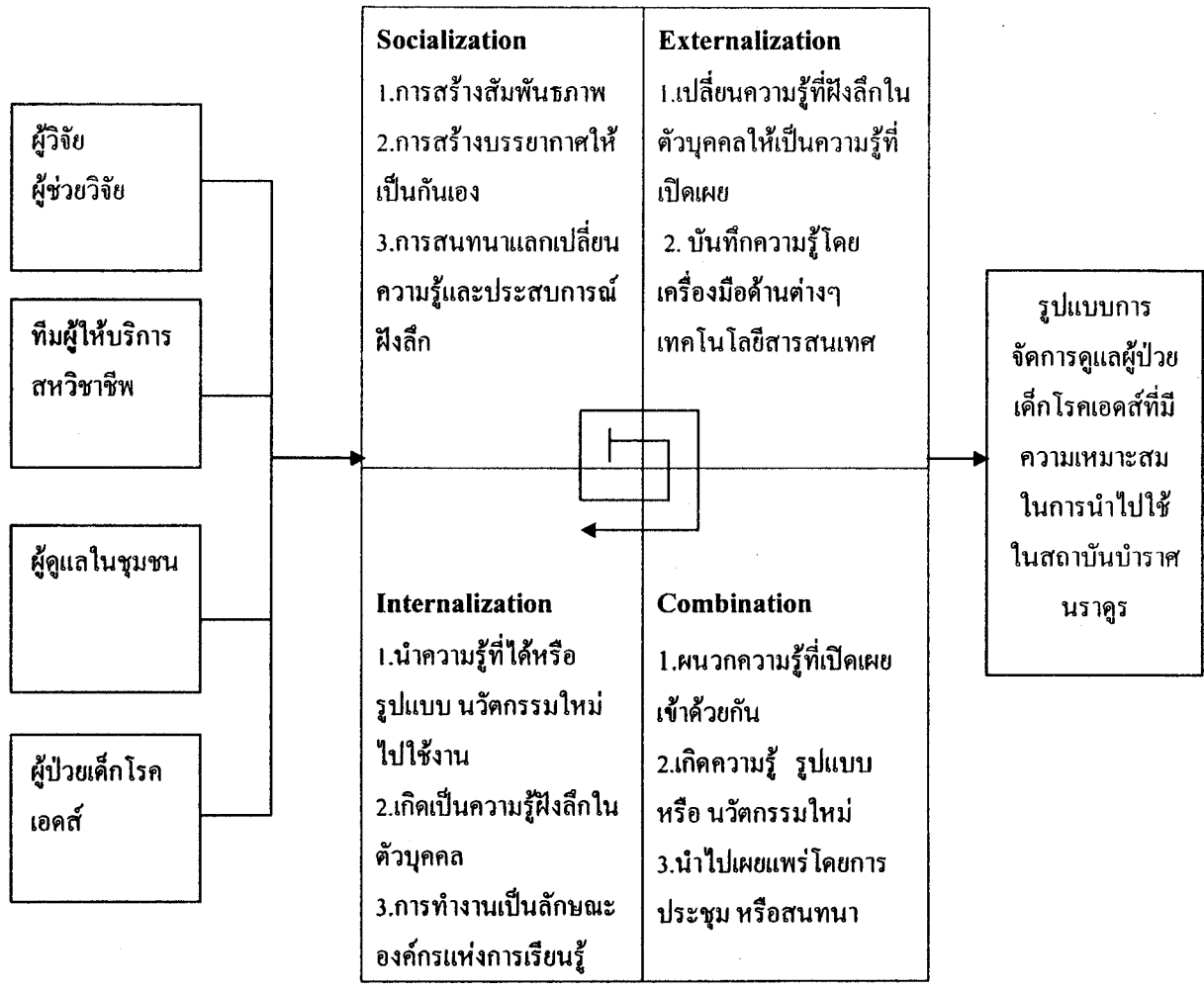
3. ประเด็นปัญหาการวิจัย

- 3.1 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการจัดการความรู้ตามแนวคิดของ โนนากะและทาคิวชิควรมีลักษณะเป็นอย่างไร

3.2 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์จากการจัดการความรู้ตามแนวคิดของ โนนากะและ ทาคิวชิ มีความเหมาะสมหรือไม่เพียงใดที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ

4. กรอบแนวคิดการวิจัย

การจัดการความรู้ หมายถึง กระบวนการสร้างความรู้ โดยการรวบรวมความรู้จัดเก็บ แลกเปลี่ยน แบ่งปันความรู้จากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่ง มีการจัดบันทึกรวบรวมเป็นคลังความรู้ และนำความรู้ไปใช้ให้เกิดประสิทธิผล โดยใช้ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดเข้าสู่กระบวนการจัดการความรู้ กระบวนการจัดการความรู้ตามรูปแบบของ โนนากะและทาคิวชิแบ่งความรู้ออกเป็น 2 ประเภทคือ Tacit knowledge และ Explicit knowledge รูปแบบกระบวนการจัดการความรู้ตามกรอบแนวคิด ของ Nonaka และ Takeuchi เรียกว่า “ SECI ” (Socialization Externalization Combination Internalization) (Nonaka and Takeuchi 2004: 54-66) Socialization เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เมื่อผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ Explicit knowledge คือ Externalization ต่อจากนั้น ผนวกความรู้ที่ได้ จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดออกเป็นความรู้ในรูปแบบ Explicit knowledge เข้าด้วยกัน คือ Combination ได้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินความเหมาะสม ของการนำรูปแบบไปใช้ ก่อนนำสู่ Internalization ในตัวบุคคลที่เกี่ยวข้องหรือเข้ากระบวนการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นเกลียวความรู้ต่อไป ในขณะที่การสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผู้เข้าร่วมสนทนา บางท่านอาจผ่านกระบวนการ Internalization ได้โดยการนำสิ่งที่ผู้เข้าร่วมสนทนาเล่าให้ฟังไป ปฏิบัติจริงเกิดเป็น Tacit knowledge ของบุคคลนั้น



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

5. ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ชุด

ชุดที่ 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในช่วงการวิจัยตามกระบวนการ “ SECI Model ”

(SECI knowledge conversion process model) ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่มเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ (ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์) ของแผนกกุมารเวช สถาบันบำราศนราดูร ในระหว่างเดือน มิถุนายน กันยายน พ.ศ. 2550

1) กลุ่มผู้ดูแลที่เป็นเจ้าหน้าที่ในระบบสุขภาพของสถาบันบำราศนราดูร ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ เภสัชกร พยาบาลให้คำปรึกษา นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน 15 คน

2) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ในชุมชน ประกอบด้วย บิดา มารดา ผู้ปกครอง ผู้ดูแลในศูนย์สงเคราะห์ต่างๆ จำนวน 20 คน

3) กลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ จำนวน 16 คนเลือกผู้ป่วยเด็กที่มีสุขภาพดีสามารถสนทนากลุ่มได้ ที่มารับบริการที่สถาบันบำราศนราดูร ณ.ช่วงเวลานั้น

ชุดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างในช่วงการวิจัยประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ในระหว่างเดือน มกราคม - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551

ประชากร คือผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูรและ ผู้มีความรู้ทางวิชาการการพยาบาลเด็กนอกสถาบันบำราศนราดูร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ไปใช้ จำนวน 14 คนและผู้มีความรู้ทางวิชาการการพยาบาลเด็กนอกสถาบันบำราศนราดูร จำนวน 1 คน

6. ข้อจำกัดในการวิจัย

6.1 เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลาในการศึกษา ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยใน phase แรกของการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) คือ การใช้การจัดการความรู้ตามแนวคิดของ โนนากะและทาคิวชิเพื่อการศึกษาสภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ และนำผลมาประกอบการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ โดยไม่ได้นำไปทดลองใช้ แต่ได้นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปประเมินความเหมาะสมโดยให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้ร่วมกระบวนการจัดการความรู้ประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบไปใช้จริง

7. นิยามศัพท์เฉพาะ

7.1 ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ หมายถึง ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยมีผลเลือดเป็น HIV positive และรับประทานยาต้านไวรัสมาอย่างน้อย 6 เดือน อายุตั้งแต่ 5-14 ปี ซึ่งมีอาการหรือไม่มีอาการของภาวะโรคฉวยโอกาส

7.2 กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง ผู้ปกครอง พ่อ แม่ เจ้าหน้าที่ศูนย์หรือสถานสงเคราะห์ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์เมื่อใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านหรือสถานสงเคราะห์

7.3 กลุ่มผู้ให้บริการ หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์แผนกกุมารเวชและทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร เทคนิคการแพทย์ พยาบาลให้คำปรึกษา นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา

7.4 กลุ่มผู้ใช้บริการ หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์และผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์

7.5 การจัดการความรู้ หมายถึง การถ่ายทอด ความรู้ ประสบการณ์ ทักษะต่างๆของบุคคลโดยการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้เกิดความรู้ ทักษะใหม่ๆหรือความรู้ฝังลึกขึ้นในตัวบุคคลอื่นและนำไปใช้ประโยชน์ กระบวนการการจัดการความรู้ประกอบด้วย การจัดการความรู้ตามแนวคิดของ โนนากะและทาคิวชิ มี 4 ขั้นตอนคือ Socialization Externalization Combination Internalization เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบัน บำราศนราดรุ

7.5.1 *Socialization* หมายถึง การแบ่งปันและแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ที่ฝังลึกอยู่ในตัวบุคคล หรือประสบการณ์โดยการตรงระหว่างผู้บอกเล่าและผู้ฟังในกลุ่มผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการ

7.5.2 *Externalization* หมายถึง การรวบรวมความรู้ที่ได้จากการสนทนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร เป็นการแปลงความรู้ที่ฝังลึก (Tacit Knowledge) ในตัวบุคคลออกมาเป็นความรู้ที่เปิดเผย (Explicit Knowledge) ในลักษณะการบันทึก จัดหมวดหมู่และ ลงรหัสของข้อมูลการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ

7.5.3 *Combination* หมายถึง การนำความรู้ที่เปิดเผยที่ได้จากการแลกเปลี่ยน เรียนรู้มารวบรวมและผนวกความรู้ได้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของ สถาบันบำราศนราดรุ ซึ่งถือเป็นความรู้ใหม่ที่ผู้เข้าร่วมสนทนาสามารถนำไปปฏิบัติได้

7.5.4 *Internalization* หมายถึง การนำความรู้ใหม่ที่ได้จากการสนทนาไปปฏิบัติ เป็นความรู้ที่ฝังลึกในตัวเองของผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาในผู้ใช้บริการ

7.6 Tacit Knowledge หมายถึง ความรู้ที่อยู่ในตัวของบุคคล เกิดจากประสบการณ์ การเรียนรู้ พรสวรรค์ ความรู้ชนิดนี้พัฒนาและแบ่งปันกันได้ ในกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ให้บริการและ ผู้ใช้บริการ

7.7 Explicit Knowledge หมายถึง ความรู้ที่เผยแพร่เป็นเหตุเป็นผล สามารถรวบรวม และถ่ายทอดออกมาในรูปแบบต่างๆ ได้ เช่น แบบบันทึก การลงรหัส ลงโค้ด จัดหมวดหมู่ รูปแบบ เอกสารต่างๆ ซึ่งทำให้คนสามารถเข้าถึงได้ง่าย

7.8 การสนทนา หมายถึง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้ให้บริการและผู้ให้บริการใน เรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์อย่างมีเป้าหมาย

7.9 รูปแบบการจัดการดูแลการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ หมายถึง แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น โดย กระบวนการจัดการความรู้ตามแนวคิดของ โนนากะและ ทาคิวชิ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ซึ่งได้แก่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพและผู้ให้บริการอื่นได้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านใช้เป็นแนวทางการจัดการการ ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษานในสถาบันบำบัดโรคเอดส์ จนกลับบ้าน รวมทั้งแนวทางการติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่องครบวงจรแบบองค์รวม การดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

7.10 ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ หมายถึง รูปแบบการ จัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่สร้างขึ้นด้วยกระบวนการจัดการความรู้ที่สามารถใช้เป็นแนวทางใน การจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ได้โดยการประเมินครอบคลุม ในเรื่องของขอบเขตและเป้าหมาย ผู้ร่วม พัฒนารูปแบบ ความแม่นยำของรูปแบบการพัฒนา ความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ การมีอิสระใน การให้ข้อมูล การนำไปใช้ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

7.11 พยาบาล หมายถึง พยาบาลวิชาชีพของสถาบันบำบัดโรคเอดส์ที่มีประสบการณ์การดูแล ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์มากกว่า 5 ปี

7.12 คุณภาพชีวิตที่ดีของเด็ก หมายถึง เด็กสามารถมีชีวิตได้อย่างปกติตามสมควรกับ อัตรภาพ ได้แก่ ไปโรงเรียนได้เหมือนเด็กทั่วไป การเจริญเติบโตอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวนครั้งของ การป่วยที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยกว่า 1 ปี /ครั้ง

8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

8.1 กระบวนการจัดการความรู้ที่นำมาใช้ในการสร้างรูปแบบเป็นการสร้างให้ผู้ดูแลผู้ป่วย เด็กโรคเอดส์ได้เผยแพร่ความรู้และเทคนิคต่างๆที่ดีๆในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์สู่ผู้ร่วมกลุ่มสนทนา กลุ่มเดียวกัน

8.2 ได้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่เหมาะสมเป็นของสถาบันบำราศนราดูร และเชื่อว่าหากได้นำมาใช้จะช่วยให้ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ได้รับการดูแลรักษาจากสถาบันบำราศนราดูรและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ

8.3 เป็นการสร้างและนำร่องการใช้การจัดการความรู้ในหน่วยงานอื่นจะเป็นตัวอย่างสำหรับไปใช้ในหน่วยงานอื่นๆของสถาบันบำราศนราดูรต่อไป

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการพัฒนา รูปแบบ การจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ สถาบันบำราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้แนวคิดของการจัดการความรู้ ผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งศึกษาและวิเคราะห์บริบทการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กเอดส์สถาบันบำราศนราดูร โดยมีสาระสำคัญตามลำดับดังนี้

1. บริบทของสถาบันบำราศนราดูรในการจัดการดูแลผู้ป่วยเอดส์
2. แนวคิดการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. แนวคิดทฤษฎีการจัดการความรู้ การจัดการความรู้ตามแนวคิดของ โนนากะ และทาคิวชิและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. แนวคิดการพัฒนา รูปแบบและการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. บริบทการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูร

สถาบันบำราศนราดูร เป็นสถาบันที่อยู่ในสังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เดิมใช้ชื่อเป็นโรงพยาบาลบำราศนราดูร ในปี พ.ศ.2540 เปลี่ยนชื่อเป็นสถาบันบำราศนราดูร และเปลี่ยนแปลงภารกิจหลักของโรงพยาบาลในการดูแลด้านบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาผู้ป่วยโรคติดต่อและโรคทั่วไปมาเป็นสถาบันวิชาการมีแพทย์จำนวน 42 คน พยาบาล 199 คนและเจ้าหน้าที่อื่น ๆรวม 329 คน มีเตียงรับผู้ป่วย 300 เตียง สถาบันมีการกำหนดวิสัยทัศน์พันธกิจและบทบาทหน้าที่ ดังนี้

1.1 วิสัยทัศน์ : สถาบันบำราศนราดูรเป็นเลิศทางวิชาการและการบริการด้านโรคติดต่อในระดับนานาชาติ

1.2 พันธกิจ

1.2.1 ศึกษาวิจัย พัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีในการตรวจ วินิจฉัย รักษาและฟื้นฟูเพื่อควบคุมโรคติดต่อ

1.2.2 ถ่ายทอดความรู้ด้านโรคติดต่อแก่บุคลากรสาธารณสุขในระดับประเทศและนานาชาติ

1.2.3 เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (LEARNING INSTITUTE)

1.2.4 ให้การบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคติดต่อแบบองค์รวมทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู อย่างมีคุณภาพ

1.3 หน้าที่ความรับผิดชอบของสถาบัน

1.3.1 ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนางองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการตรวจวินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยโรคเอดส์และโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของสถาบัน

1.3.2 กำหนดและพัฒนามาตรฐานการตรวจ วินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยโรคเอดส์และโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ

1.3.3 ให้บริการเพื่อพัฒนางองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการตรวจ วินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในระดับตติยภูมิ

1.3.4 ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการตรวจรักษา วินิจฉัยและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ โดยเฉพาะทักษะการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ให้แก่สถาบันที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ

1.3.5 ประสานและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในสาขาที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ

1.4 การจัดบริการดูแลผู้ป่วยเด็กติดเชื้อและผู้ป่วยเด็กเอดส์ในสถาบันบำราศนราดูร

นับตั้งแต่มีรายงานโรคเอดส์ในประเทศไทยเมื่อปีพ.ศ.2547 และมีการติดเชื้อในเด็กตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 เป็นต้นมา จำนวนผู้ติดเชื้อได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วปัจจุบันประเทศไทย มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 327,604 คน (รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 2550) ขณะเดียวกัน จำนวนเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีก็เพิ่มขึ้นตามไปด้วยจากการติดเชื้อจากแม่ประมาณ 3000-5000 ราย/ปี (จิษณ และอุษา 2545: 29) จากจำนวนผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ที่เพิ่มขึ้นในสถาบันถึง 7,538 คนในปี พ.ศ.2550 สถาบันบำราศนราดูรซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งในกรมควบคุมโรค ต้องรับภาระในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ทั้งเด็กและผู้ใหญ่เพิ่มขึ้น ในขณะที่บุคลากรมีจำนวนจำกัดจึงได้จัดตั้งเป็นคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ให้มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมปัญหาทุกด้านที่เกิดกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ทั้งหมด ดังนี้คือ

1.4.1 การให้บริการทางการแพทย์และพยาบาล (Medical care) การให้บริการทางการแพทย์และพยาบาลได้แก่ การบริการในด้านการตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กติด

เชื้อและผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ทั้งที่มีอาการและยังไม่มีอาการรวมทั้งการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารกในครรภ์ สถาบันสามารถรับผู้ป่วยเด็กไว้รักษาในสถาบันได้จำนวนหนึ่งตามความรับผิดชอบ สำหรับการดูแลรักษาต่อเนื่องกรณีผู้ป่วยเด็กที่ต้องไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลต้นสังกัดจะมีระบบการส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง การรักษาผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลหรือผู้ป่วยในได้จัดให้มีทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary team) ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา นักโภชนาการ ร่วมกันดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาลจนถึงวันจำหน่าย

1.4.2 การให้บริการด้านจิตสังคม (Psychosocial support) ได้จัดให้มีการบริการให้คำปรึกษาหลายรูปแบบ คือ

1) การให้บริการปรึกษารายบุคคล (Individual counseling) การบริการปรึกษาก่อนการตรวจเลือด (Pre-test counseling) การปรึกษาหลังการตรวจเลือด (Post-test counseling) การปรึกษาต่อเนื่อง (On going counseling) การให้บริการปรึกษาแบบกลุ่ม (Group counseling) การให้บริการปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อและครอบครัว (Family counseling) การให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ (Hotline counseling)

2) การบริการด้านจิตวิทยา สถาบันบาราศนราครมีนักจิตเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางจิตเล็กน้อย ถ้าผู้ป่วยที่มีปัญหามากต้องได้รับการรักษาจะติดต่อประสานงานกับ โรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโดยจิตแพทย์

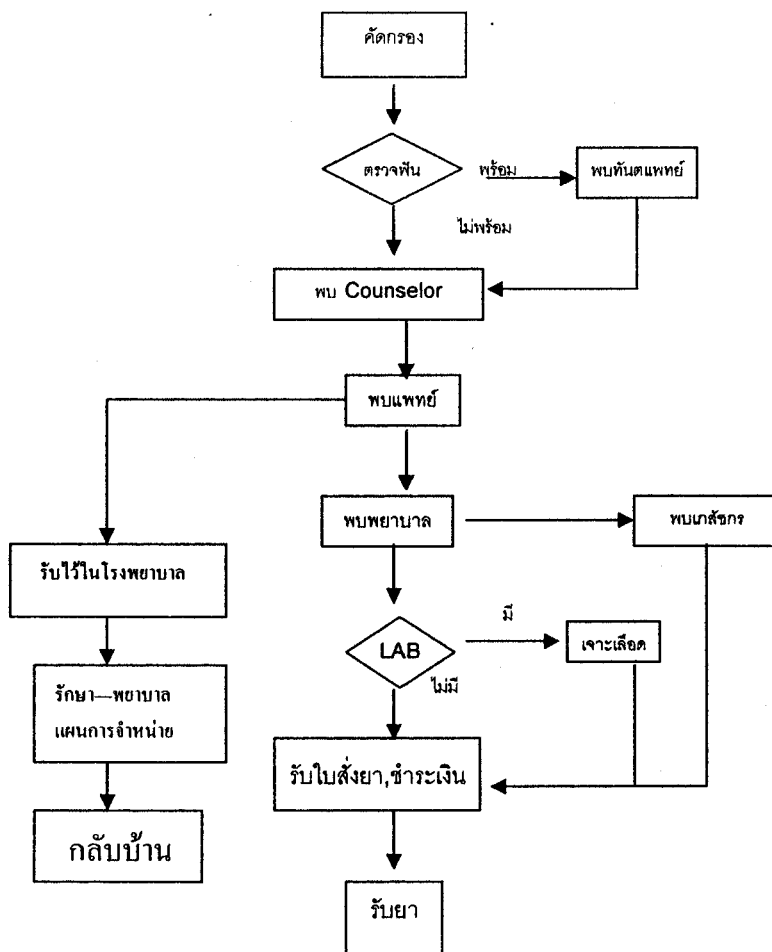
1.4.3 การบริการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ (Referral network)

สถาบันบาราศนราคร ได้สร้างระบบเครือข่ายการรับส่งผู้ป่วยในเขตใกล้เคียงร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน 5 แห่ง และโรงพยาบาลจังหวัด 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลปากเกร็ด โรงพยาบาลบางใหญ่ โรงพยาบาลบางบัวทอง โรงพยาบาลบางกรวย โรงพยาบาลไทรน้อยและโรงพยาบาลปทุมธานี ร่วมกับองค์กรเอกชน (NGO) เช่น ศูนย์เมอร์ซี องค์กรสยามแคร์ เป็นต้น เนื่องจากสถานพยาบาลเหล่านี้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ แต่อาจจะขาดประสบการณ์และปัจจัยบางอย่าง ดังนั้นทางสถาบันบาราศนราคร จึงได้ดำเนินการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลเหล่านี้เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์รับและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

1.4.4 ระบบเครือข่าย (Net Work) มีการประสานศูนย์ความร่วมมือไทยและสหรัฐอเมริกา (TUC) FHI (family Health International) HIV-NAT (HIV-Netherland, Australia and Thailand) แลกเปลี่ยนความรู้ด้านการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคเอดส์/เอดส์ และโรคที่เกี่ยวข้อง

จากการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเด็กเอดส์ดังกล่าว ยังพบมีปัญหาต่อเนื่องทั้งด้านการดูแลรักษาปัญหาครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งทางสถาบัน ได้จัดระบบการดูแลผู้ป่วยไว้ได้ระดับหนึ่ง กล่าวคือ การให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกจัดเป็นคลินิกตรวจเฉพาะ โรคผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ อาทิตย์ละ 2 วันคือ วันจันทร์ทั้งวันและวันพุธครึ่งวันเช้า ให้บริการแบบสหสาขาวิชาชีพ มีแพทย์ พยาบาล พยาบาลให้คำปรึกษา เกสเซอร์ร่วมกันประเมินผู้ป่วยที่มารับบริการทุกราย ดังภาพที่ 2.1 ผู้ป่วยรายใดที่ต้องรับไว้รักษาในสถานบริการแผนกผู้ป่วยในจะเป็นผู้ให้การดูแลรักษาจนผู้ป่วยอาการดีและกลับบ้านได้ ผู้ป่วยรายใดที่มารับยาและมาตรวจตามนัดจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล เกสเซอร์ก่อนกลับบ้านตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งระบบดังกล่าวจะเป็นขั้นตอนการทำงานในแต่ละแผนกดังภาพที่ 2.1

Pediatric HIV Clinic



ภาพที่ 2.1 แผนผัง (Flow Chart) แสดงขั้นตอนการตรวจรักษาผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์สถาบัน

บาราศนราคร

ที่มา : ระเบียบปฏิบัติประจำแผนกกุมารเวช (2550) สถาบันบาราศนราคร นนทบุรี

ในขั้นตอนการปฏิบัติงานดังกล่าวข้างมาครูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่เชื่อมโยงกันในทีมสหสาขาวิชาชีพที่เป็นผู้ดูแลรักษา รวมทั้งขาดความเชื่อมโยงกับเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ในชุมชน

จากวิสัยทัศน์พันธกิจหน้าที่ความรับผิดชอบ และการจัดบริการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในสถาบันจะพบว่ามีความสอดคล้องและมุ่งเน้นในเรื่องของบริการและวิชาการ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ได้รับบริการที่มีคุณภาพ ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาในรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยการพัฒนาในรูปแบบเพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรปฏิบัติและส่งเสริมให้ผู้ให้บริการนำไปเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่บ้าน เนื่องจากผู้ให้บริการทุกคนมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์อย่างมาก เพราะเด็กไม่สามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมดยังคงต้องการผู้ดูแลช่วยในการดำเนินชีวิต คณะที่มนำทางคลินิกกุมารเวชซึ่งเป็นชุดกรรมการที่ประกอบด้วยตัวแทนของหน่วยงานและวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ กุมารแพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนาการ เทคนิคการแพทย์ เป็นต้น ซึ่งมีหน้าที่หลักคือ การหาโอกาสพัฒนาสร้างแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานของสถาบัน พัฒนางานสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ ติดตามการปฏิบัติงาน รวบรวมแนวปฏิบัติต่างๆ จัดหมวดหมู่การใช้งานและประเมินผล นอกจากนโยบายด้านการบริการแล้วสถาบันยังมีนโยบายด้านวิชาการในการเผยแพร่องค์ความรู้ การพัฒนาแบบโดยใช้การจัดการความรู้เป็นการดำเนินการเชิงวิชาการที่ให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการพัฒนาแบบ สามารถนำผู้ดูแลมาร่วมสร้างแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์เป็นแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สถาบันสามารถใช้เป็นตัวอย่างให้กับสถานบริการต่างๆ ได้

2. แนวคิดการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์เป็นแนวทางที่ใช้เป็นมาตรฐานและแนวปฏิบัติสำหรับทีมสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ แผนการดูแลมีความเกี่ยวข้องทั้งแพทย์ พยาบาล พยาบาลให้คำปรึกษา เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ นักจิตวิทยาใช้ประกอบการปฏิบัติเพื่อให้ได้มาตรฐานและการดูแลที่มีประสิทธิภาพ การทำงานร่วมกันเป็นทีมจากสหสาขาวิชาชีพที่เข้มแข็งและการวางแผนอย่างมีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (วารลักษ์ณ์ รัตนธรรมและคณะ 2547) การบริหารจัดการดูแล (Self-Care Management) คือ การบริหารจัดการส่วนที่เป็นระบบบริการ และส่วนของการจัดการ การดูแลของทีมสุขภาพร่วมกับการจัดการดูแลตนเองของผู้ดูแลและผู้ป่วย

ร่วมกันดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงปราศจากโรคแทรกซ้อนมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมได้ คุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กคิดเชื้อเอชไอวี ควรประกอบไปด้วย การมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงเหมือนเด็กทั่วไป การเกิดโรคฉวยโอกาสน้อยลงมีสุขภาพจิตที่ดี ได้รับการยอมรับจากผู้ดูแล เพื่อน ครอบครัว ชุมชน สังคม และโรงเรียน การดำเนินงานให้เด็กทุกคนได้รับการติดตามดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยทีมวิชาชีพและผู้ดูแลเด็กมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับทีมสหวิชาชีพระหว่างรพพบแพทย์ ผู้ดูแลได้รับความรู้เรื่องการดูแลเด็กแบบองค์รวม (รัตนภรณ์ ตั้งยิ่งยง และคณะ 2547) การปฏิบัติเพื่อที่จะให้ถึงผลลัพธ์ดังกล่าวจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการที่ดีเป็นแนวทางให้ทุกคนปฏิบัติ แนวคิดการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ประกอบด้วย การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ในระบบบริการและแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ในทางการบริหารจัดการตนเอง

2.1 การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ในระบบบริการ ควรมีลักษณะการจัดการที่สำคัญ 2 ประการ คือ เป็นบริการที่ครอบคลุมสภาพปัญหาต่างๆ อย่างครบถ้วน (Comprehensive care) และเป็นบริการที่มีความต่อเนื่อง (Continuum care) (คณะกรรมการ โครงการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง 2545: 8-9) การจัดการดูแลอย่างครอบคลุม (Comprehensive Care Management) หมายถึง กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการประสานความร่วมมือหรือประสานเครือข่ายระหว่างแหล่งสนับสนุนต่างๆ เพื่อให้การดูแลและการแก้ไขปัญหาของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และครอบครัวสามารถดำเนิน ไปอย่างเป็นองค์รวมและรอบด้าน ส่วนความต่อเนื่องของการจัดการดูแล (continuum of care) หมายถึง การจัดการดูแลที่มีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกันระหว่างโรงพยาบาลสถานบริการด้านสุขภาพบ้านและชุมชน ตลอดระยะเวลานับตั้งแต่มีการติดเชื้อเอชไอวี (พิกุล นันทชัยพันธ์ 2550: 29) โดยมีรายละเอียดของความครบถ้วนและต่อเนื่องดังนี้

2.1.1 การจัดการที่ครอบคลุมสภาพปัญหาต่างๆ อย่างครบถ้วน (Comprehensive care) โดยบริการต่างๆ ที่จัดจะต้องมีความครอบคลุมสภาพปัญหาต่างๆ ทั้งหมดที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์และครอบครัว ซึ่งพอจะแยกแยะบริการต่างๆ ตามกลุ่มของปัญหา ได้แก่ การจัดการทางคลินิก การดูแลทางด้านจิตสังคม การดูแลทางด้านดำรงชีวิตและบริการทางสังคมต่างๆ การช่วยเหลือทางด้านกฎหมายและจริยธรรม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) **การจัดการทางคลินิก (Clinical Management)** ได้แก่การจัดระบบบริการด้านการดูแลทางการแพทย์และพยาบาล (Medical care) เพื่อตอบสนองต่อปัญหาความเจ็บป่วยทางร่างกาย การดูแลทางการแพทย์และพยาบาลนี้จะต้องพิจารณาจากสถานภาพทางสุขภาพและโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น โดยจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การวินิจฉัยโรค รักษาเกี่ยวกับอาการ

เจ็บป่วย โรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการให้ยาต้านไวรัส การปฏิบัติหัตถการทั้งทางด้านการแพทย์ และการพยาบาล การบำบัดโดยวิธีการด้านโภชนาการ การจัดยา และเวชภัณฑ์ที่เหมาะสม การให้คำแนะนำในการรับประทานยา รวมไปถึงการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย วิธีการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย สำหรับญาติที่บ้านและอื่นๆ การรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Antiretroviral therapy) ถือเป็นองค์ความรู้ ที่สำคัญอีกเรื่องหนึ่งเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในยุคปัจจุบัน เป็นการจัดการ ดูแลเฉพาะประเด็นที่ต้องการความรู้ความเข้าใจและทักษะปฏิบัติของทุกฝ่าย (พิกุล นันทชัยพันธ์ 2550: 33) นอกจากนี้การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ให้มีประสิทธิภาพนั้น จะต้องเกิดจากความ ร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสูง คือผู้รับยาจะต้องรับประทานยาอย่างครบถ้วนต่อเนื่องถึงร้อยละ 95 (Kirton Talotta and Zwolski 2001: 73) จึงจะมีผลในการรักษาที่ดีมีประสิทธิภาพ ดังงานวิจัย ของวิลเลียมพบว่าถ้าผู้ป่วยรับประทานยาอย่างครบถ้วนต่อเนื่อง(adherence) มากกว่าร้อยละ 95 ความล้มเหลวในการรักษาพบได้ร้อยละ 20 แต่ถ้า adherence 80-94.9% ความล้มเหลวในการรักษา ร้อยละ 61 (William, M. Valenti 2001)

2) การดูแลทางด้านจิตสังคม (Psychosocial Support) ได้แก่ การบริการให้ คำปรึกษาทางการแพทย์และสังคม (Counseling) การให้กำลังใจ (Emotional Support) การ สนับสนุนให้เกิดกลุ่มเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ และครอบครัว (Self-help group) รวมทั้งการให้ ข้อมูลข่าวสารต่างๆ แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ และครอบครัว เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุมประเด็นปัญหาด้านจิตใจ ความเป็นอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคม ตลอดจนสุขภาวะด้านจิตวิญญาณอันได้แก่ความเชื่อต่างๆ ศาสนา พุทธิปัญญา การใช้แพทย์ทางเลือก การสนับสนุนทางสังคมถือเป็นองค์ประกอบของการดูแลที่สำคัญมากสำหรับเด็กที่ได้รับการ ปฏิเสธจากโรงเรียน การสื่อสารและสร้างความเข้าใจกับเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ด้วย กิจกรรมค่ายเด็กครอบครัวสัมพันธ์เป็นกิจกรรมที่ช่วยสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว เช่น กิจกรรม ค่ายเด็กครอบครัวสัมพันธ์ได้มีการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของเด็กในการร่วมทำกิจกรรมโดยการ ใช้เกมละลายพฤติกรรม เด็กมีส่วนร่วมในการเล่นเกิดความรู้สึกที่ดีกล้าแสดงออกและกล้าที่จะ เข้าร่วมกิจกรรม มีการเล่านิทานให้ฟังสอดแทรกเรื่องการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย กิจกรรม ค่ายทำให้เห็นความผูกพันระหว่างพ่อแม่/ผู้ดูแลและเด็ก เกิดการสื่อสารกันในสิ่งที่เด็กอยากพูด อยากบอกและสิ่งที่เด็กต้องการให้พ่อแม่/ผู้ดูแลรับรู้ ทั้งยังก่อให้เกิดทักษะในการเข้าสังคม/เข้ากลุ่ม กล้าพูด กล้าคิด กล้าแสดงออกรวมทั้งการสื่อสารเรื่อง โรคเอดส์ ภาวะการเจ็บป่วยของพ่อแม่ทำให้เกิดความพร้อมเข้าใจกันมีการแสดงความรักระหว่างพ่อแม่หรือผู้ดูแลกับเด็ก (รัตนภรณ์ ตั้งยิ่งยง และคณะ 2547) นอกจากนี้สัมพันธ์ภาพในครอบครัวยังมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแล เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี (นภาพรณ วิระยะศิริกุล และคณะ 2549) ใช้การเล่านิทานเป็นสื่อในการให้

ความรู้เกี่ยวกับเชื้อโรค การกินยา ช่วยรักษาโรค การรักษาสุขภาพให้แข็งแรง พบว่าเด็กสนุกและได้รับความรู้ และรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่ช่วยให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น (รัตนาวดี ชวนตะวัน และอัญชญา โตติลากุล 2549)

3) การดูแลทางด้าน การดำรงชีวิตและบริการทางสังคมต่างๆ (*Social Service*) ได้แก่การสงเคราะห์สนับสนุนผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ และครอบครัวในด้านการศึกษาของเด็ก ชีวิตความเป็นอยู่ประจำวันและอื่นๆ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์และครอบครัวสามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ดั้งเดิมและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ รวมทั้งบริการเฉพาะในกรณีที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ เช่น บริการหาสถานสงเคราะห์ที่รับดูแลเด็กโรคเอดส์ที่ประสบปัญหาเมื่อขาดผู้ปกครอง

4) การช่วยเหลือทางด้านกฎหมายและจริยธรรม (*Legal and Ethical Service*) เช่น การคุ้มครองปกป้องสิทธิมนุษยชนของผู้ป่วยเด็กมิให้ถูกละเมิดและการดำเนินการกรณีถูกละเมิดสิทธิ (*Human right protection*) การปรับปรุงระเบียบและกฎหมายเพื่อเอื้อให้เกิดการอยู่ร่วมกันและการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ เช่น การประกันสุขภาพ (*Health insurance*) การสนับสนุนทางด้านกฎหมายหรือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและกฎหมาย การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเอดส์เข้าถึงบริการต่างๆ โดยปลอดจากการเลือกปฏิบัติเป็นต้น (คณะกรรมการ โครงการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง 2545: 8-9)

2.1.2 เป็นบริการที่มีความต่อเนื่อง (*Continuum care*) เนื่องจากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์และครอบครัว ผู้ดูแลมีความซับซ้อนและหลากหลาย แปรเปลี่ยนไปได้ตามเงื่อนไขต่างๆเช่น ความเจ็บป่วย ปฏิกริยาจากชุมชน ภาระงานและรายได้ของผู้ดูแลในครอบครัว เป็นต้น ดังนั้นหน่วยงานและบุคลากรในหน่วยงานจึงต้องปฏิบัติงานให้ประสานกันโดยประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์และครอบครัวให้ครบถ้วน จัดให้มีการส่งต่อติดตามการนัดมารับยาตามกำหนด การคลาดเคลื่อนในการรับประทานยาต้านไวรัสมาจากการไม่มาพบแพทย์ตามนัด เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่ง (Fong, et al. 2003) การส่งต่อผู้ใช้บริการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดบริการสำหรับประเด็นปัญหาในความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานจึงมีความสำคัญในการดูแลบริการอย่างต่อเนื่อง

ความต่อเนื่องระหว่างหน่วยงานต่างๆ ผู้ปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาลควรส่งต่อผู้ป่วยและครอบครัวไปขอใช้บริการจากหน่วยงานประชาสงเคราะห์ หรือหน่วยงานด้านการศึกษาสงเคราะห์ครอบครัวและชุมชนยังเป็นหน่วยทางสังคมที่มีความสำคัญและมีศักยภาพที่จะดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ได้โดยหน่วยงานต่างๆจะต้องสนับสนุนให้เกิดการดูแลที่บ้านและในชุมชนการดูแลจึงจะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม วิธีการที่มีประสิทธิภาพ

ที่หน่วยงานต่างๆ สามารถนำมาประยุกต์เพื่อสนับสนุนให้เกิดการดูแลที่บ้านและในชุมชน เช่น การวางแผนและดำเนินการให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย (Discharge planning) การเยี่ยมบ้าน (Home visit) การจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยในชุมชน การประสานงานกับองค์กรศาสนา และองค์กรพัฒนาเอกชนให้ช่วยเหลือติดตามดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์และครอบครัวที่บ้าน การดูแลที่บ้าน (Home Care) เป็นองค์ประกอบการจัดการดูแลที่ต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้านก็ยังถือเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการจัดการดูแลหลายๆเรื่อง เช่น การใช้ยารักษาและป้องกันวัณโรค การใช้ยาต้านไวรัส การควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค และการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต (โครงการส่งเสริมการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย 2546) การดูแลโดยชุมชน (Community Care) สำหรับประเทศไทยการดูแลจัดการชุมชนจะเป็นบทบาทร่วมกันระหว่างผู้นำชุมชน ได้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดและส่วนตำบล กำนันผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการประจำหมู่บ้าน พระสงฆ์เจ้าอาวาส ครู ตลอดจนกลุ่มและชมรมต่างๆ นิจจรา หัสมาน และคณะ(2549)ได้พัฒนารูปแบบแกนนำเยาวชนทำกิจกรรมป้องกันเอดส์ในชุมชน ชุมชนได้เรียนรู้กระบวนการการมีส่วนร่วมในการป้องกันเอดส์อย่างต่อเนื่อง การดูแลโดยกลุ่มและเครือข่ายผู้ติดเชื้อ (Peer Support) การดำเนินงานของเครือข่ายผู้ติดเชื้อในประเทศไทยได้รับการยอมรับจากทั่วโลกว่าเป็น The best practice การสนับสนุนผู้ติดเชื้อให้มีการพัฒนาศักยภาพในตนเองเพื่อการอยู่ร่วมกับเอดส์ การรณรงค์ป้องกันการจัดระบบดูแลผู้ติดเชื้อ ชูติมา สายแสงจันทร์ (2544) พบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อมีบทบาทสำคัญในการมีส่วนร่วมในการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ การสนับสนุนกลุ่มต้องคำนึงถึงศักยภาพของกลุ่ม ความชัดเจนในการรวมกลุ่มและการสนับสนุนจากองค์กรพี่เลี้ยง การใช้เครือข่ายการดูแล (Care Network) การกำหนดนโยบายและแผนร่วมกันในการส่งต่อผู้ป่วยมีการปฏิบัติร่วมกัน(พิกุล นันทชัยพันธ์ 2550: 37-38) การจัดการบริการดูแลให้ต่อเนื่องต้องคำนึงถึงปัญหาระยะยาวที่มักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ คือ ผู้ป่วยเด็กกำพร้าพ่อแม่ต้องใช้ชีวิตอยู่กับผู้ปกครองอื่นหรืออยู่ศูนย์ สถานสงเคราะห์ การจัดการดูแลควรวางแผนเพียงพอที่จะช่วยให้เด็กสามารถดำรงชีวิตและมีสังคมอยู่ได้แบบปกติ การจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่กล่าวมาเป็นการดูแลที่ผู้ให้บริการเป็นผู้จัดการให้ แต่ถ้าจะให้การดูแลประสบความสำเร็จผู้ดูแลและผู้ป่วยจะต้องมีบทบาทในการจัดการดูแลตนเองด้วย

2.2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ในทางการบริหารจัดการตนเอง

(Self management)

การบริหารจัดการตนเอง : หมายถึง พฤติกรรมต่างๆที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการกระทำ/ แสดงออกมาเพื่อลดผลกระทบของคนเจ็บป่วย (Bar Tholoment, et al. 1993: 15-23)

การบริหารจัดการ/ควบคุมตนเองในทางทฤษฎีด้านพฤติกรรมและในการปฏิบัติ ความหมายของ
 การบริหารจัดการ / ควบคุมตนเองจะถูกนำไปประยุกต์ในรูปแบบต่างๆ การบริหารจัดการตนเอง
 หมายถึง กระบวนการทางธรรมชาติที่บุคคลบังคับหรือควบคุมพฤติกรรมของตนเอง ผลของ
 กระบวนการเหล่านั้น สามารถที่จะนำมาประเมินได้ เช่น ความสามารถในการที่จะชะลอการเกิด
 ความพึงพอใจหรือความอดทนต่อความเจ็บปวด การนำเอาแนวคิด การบริหารจัดการ/ควบคุม
 ตนเองมาใช้ในทางคลินิกนั้นอาจจะเกี่ยวข้องกับการเลือกของผู้ใช้บริการ การเลือกเป้าหมายและสิ่ง
 อำนวยความสะดวกต่างๆ กระบวนการช่วยเหลือจำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับการป้องกันต่างๆ หลากหลาย
 ปัจจัย (Tobin, et al. 1986: 39-45) ส่วน คาร์ค (Cark, et al. 1991: 3-27) เสนอว่าความสำเร็จของการ
 บริหารจัดการ/ควบคุมตนเองต่อภาวะที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังจำเป็นที่บุคคลจะต้องคำนึงปัจจัยสำคัญ
 3 ประการ ที่เกี่ยวข้องในกิจกรรม ประการแรก จำเป็นต้องมีความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับเงื่อนไขต่างๆ
 และวิธีการรักษาต่างๆที่จะช่วยให้เกิดการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของเขาได้ ประการที่สอง
 จำเป็นต้องมีพฤติกรรมที่มุ่งหมายในการจัดการต่อเงื่อนไขต่างๆที่เขาเผชิญ และประการสุดท้าย
 จำเป็นต้องประยุกต์ทักษะที่สำคัญในการดำรงรักษาไว้ซึ่งการทำหน้าที่ด้านจิตวิทยาสังคมที่
 เหมาะสมพฤติกรรมทั้งหลายมีจุดหมายอยู่ที่การลดผลกระทบของโรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

กระบวนการบริหารจัดการ/ควบคุมตนเองที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องดำเนินการ
 ด้านประสิทธิภาพในตนเอง (Self-efficacy) ผู้ป่วยจำเป็นต้องการที่จะมีการรับรู้ถึงพลังและความ
 สามารถที่จะควบคุมและความตระหนักถึงเป้าหมายรวม (mutual goal) ที่ได้ตั้งขึ้นระหว่างผู้ป่วย
 และพยาบาล นอกจากนี้โทบิน (Tobin, et al. 1986: 39-45) ชี้ว่าความสำเร็จในการบริหารจัดการ/
 ควบคุมตนเองต่อสภาวะความเจ็บป่วยได้แก่ ด้านพฤติกรรม (behavior) ด้านการใช้ความคิดเหตุผล
 (Cognitive) ด้านทรัพยากรสิ่งแวดล้อมทางสังคม และกระบวนการด้านร่างกาย สิ่งแวดล้อมและ
 ทรัพยากรทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมากต่อความสำเร็จในการบริหารจัดการ/ควบคุมตนเอง
 สังคมจะมีผลที่สำคัญยิ่งต่อความสำเร็จในการบริหารจัดการ/ควบคุมตนเอง การสนับสนุนทาง
 สังคมได้ถูกนำมาอภิปรายถึงความมีประสิทธิภาพว่าจะเกิดขึ้นเมื่อได้รับมาจากบุคคลซึ่งมีการ
 แลกเปลี่ยนความเข้าใจและประสบการณ์ต่างๆ ร่วมกันกับผู้ป่วย ปัจจัยนี้ตามลำพังก็อาจเป็นเหตุผล
 ที่พอเพียงในการที่จะพิจารณารูปแบบการบริหารจัดการ/ควบคุมตนเองที่เหมาะสมกับกลุ่มอายุได้
 (Clarle, et al. 1991: 3-27 อ้างในวาริ กังใจ 2545) การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการบริหารจัดการ/
 ควบคุมตนเอง อาจคาดหมายได้ถึงการเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดซึ่งไม่อาจสรุปได้ว่า
 ผู้ป่วยจะรับผิดชอบได้ต่อการเจ็บป่วยหรือการเกิดโรคแต่อาจสรุปได้ว่าอย่างน้อยที่สุดผู้ป่วยก็มีส่วน
 เข้ามาร่วมรับผิดชอบในการจัดการรักษาความเจ็บป่วย

การเตรียมพร้อมระหว่างนักวิชาชีพต่างๆที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกันเป็นสิ่งสำคัญต่อความสำเร็จของการจัดการ/ควบคุมตนเองการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีผลอย่างยิ่งต่อความสามารถที่จะยอมรับในการช่วยเหลือเนื่องจากเป็นผู้ป่วยเด็ก ดังนั้นการบริหารจัดการ/ควบคุมตนเองจึงต้องใช้ผู้ดูแลซึ่งมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา คือ ผู้ที่มีความสามารถในการดูแลตามโครงสร้างพื้นฐานมาจาก ความสามารถในการคาดการณ์ (Estimative) ปรับเปลี่ยน (Transitional) และลงมือปฏิบัติ (Productive) เพื่อที่จะทราบและสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลอื่น นอกจากนี้ยังมีส่วนของพลังความสามารถที่เฉพาะ (Power component specific) ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition)ที่จะทำให้เข้าใจ ความต้องการของบุคคลอื่นรวมถึงให้การดูแลบุคคลอื่นด้วย (Orem 2001: 284) การที่บุคคลจะสามารถดูแลบุคคลอื่นได้นั้นบุคคลที่จะต้องมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งเป็นความสามารถที่เปรียบได้เช่นเดียวกับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่แตกต่างกันตรงที่เป็นการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของอีกบุคคลหนึ่ง (กนิษฐา ฤกษ์กิจ 2545) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่จะช่วยให้กระบวนการของชีวิตดำเนินไปได้คือ การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการที่จะช่วยให้เด็กสามารถเจริญเติบโตเข้าสู่ภาวะในวัยต่างๆได้อย่างปกติ และการดูแลเมื่อมีปัญหาภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพให้ผสมผสานเป็นระบบการดูแลเด็กที่ต้องปฏิบัติร่วมกับกิจกรรมอื่นๆที่ต้องกระทำในชีวิตประจำวัน (Orem 2001: 284-285) ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี (นภาพรรณ วิริยะศิริกุล บุญกร พันธุ์เมธาฤทธิ์ วันธณี วุฒพันธ์พานิช 2549) วิธีการจัดการกับปัญหาด้วยตนเองช่วยให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ ส่วนประกอบโดยทั่วไปในหลากหลายรูปแบบของวิธีการจัดการปัญหาด้วยตนเอง ขึ้นกับบทบาทของผู้ดูแล ผู้กระตุ้นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเริ่มต้นการเปลี่ยนแปลง ผู้รักษาอาจจะมีการสร้างรูปแบบใหม่ของการจัดการ เพื่อให้มั่นใจว่าความพยายามของ ผู้ดูแลและผู้ป่วยจะได้รับการประทับประคองต่อไปในอนาคต โดยใช้สิ่งแวดล้อมที่บ้านที่โรงเรียนการผสมผสานในด้านการเพิ่มทักษะของผู้ดูแลและผู้ป่วยในการเลือกใช้วิธีต่างๆ กับปัญหาที่เกิดขึ้นในอนาคต ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลง สามารถขยายออกไปเป็นผลกระทบของการรักษาอย่างยั่งยืนในอนาคต (Goldstein and Kanfer 1979)

การจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ในสถาบันบำราศนราดูร ให้บริการผู้ป่วยเด็กตามแบบบริการอย่างต่อเนื่องเป็นองค์รวมในแต่ละสาขาวิชาชีพ ขาดการบูรณาการกระบวนการ

การทำงานร่วมกันเป็นทีมสาขาวิชาชีพทำให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์บางประเด็นปัญหาไม่ต่อเนื่อง การดูแลไม่ครอบคลุม การให้การดูแลผู้ป่วยด้านการบริหารจัดการตนเองของทีมสหวิชาชีพยังขาดการประสานความร่วมมือทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยบริหารจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการดูแลที่บ้าน ผู้ดูแลสามารถดูแลสุขภาพร่างกาย และจิตใจผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ให้มีความสุขตามสมควรกับอัตรภาพ จึงควรมีการพัฒนา รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานที่ครอบคลุมทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การพัฒนารูปแบบหรือการสร้างแนวทางปฏิบัติมีกระบวนการอยู่หลากหลายวิธี การจัดการความรู้เป็นกระบวนการหนึ่งในการพัฒนารูปแบบหรือสร้าง Best Practice จากสถานการณ์ของสถาบันบำราศนราดูร ที่บุคลากรมีพื้นฐาน ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์มาเป็นเวลานาน การนำกระบวนการจัดการความรู้มาพัฒนางานให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และทักษะการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแลเด็กในชุมชนมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ นำความรู้และประสบการณ์ที่ได้จากการสนทนามาผนวกรวมกัน พัฒนาเป็นรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์สร้างเป็นแนวทางการดำเนินงานหรือแนวปฏิบัติที่ดี และเหมาะสมในการนำลงสู่การปฏิบัติ เป็นการพัฒนาคุณภาพของงาน คุณภาพของคน พัฒนางค์กรเป็นวงจรเกลียวความรู้ไปเรื่อยๆ ไม่สิ้นสุด

3. แนวคิดทฤษฎีในการจัดการความรู้ การจัดการความรู้ตามแนวคิดของโนนากะและทาคิวชิและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1 แนวคิดทฤษฎีในการจัดการความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1.1 ความหมายและความสำคัญของความรู้ ความรู้ คือ สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้าหรือ ประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะความเข้าใจหรือสารสนเทศที่ได้รับจากประสบการณ์สิ่งที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิดหรือการปฏิบัติองค์วิชาในแต่ละสาขา (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน 2542) ฮิเดโอะ ยามาซากิ (Hideo Yamazaki) กล่าวว่า ความรู้ คือ สารสนเทศที่ผ่านกระบวนการคิด เปรียบเทียบ เชื่อมโยงกับความรู้อื่นจนเกิดเป็นความเข้าใจและนำมาใช้ประโยชน์ในการสรุปและตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ ได้โดยไม่จำกัดช่วงเวลาหรือกล่าวได้ว่าเป็นสารสนเทศที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับเราในการนำไปใช้งานและ “ปัญญา” คือความรู้ที่ฝังอยู่ในตัวคนก่อให้เกิดประโยชน์ในการนำไปใช้เพื่อให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น (อ้างในยูทรินา แซ่เตียว 2547: 245) ไมเคิลและ โนนากะ(Michael Polanyi and

Ikujiro Nonaka) (Nonaka and Takeuchi 2004: 50-52) จำแนกความรู้เป็น 2 ประเภท คือ Tacit และ Explicit Knowledge และได้ให้คำจำกัดความของความรู้ทั้ง 2 ประเภท ดังนี้

1) *ความรู้ที่ฝังลึก (Tacit Knowledge)* เป็นความรู้ที่อยู่ในตัวของบุคคลเกิดจากประสบการณ์ การเรียนรู้ พรสวรรค์ ความรู้ซึ่งพัฒนาและแบ่งปันกันได้และเป็นความรู้ที่ก่อให้เกิดความได้เปรียบในการแข่งขัน

2) *ความรู้ที่เปิดเผย (Explicit Knowledge)* เป็นความรู้ที่เป็นเหตุเป็นผลสามารถรวบรวมและถ่ายทอดออกมาในรูปแบบต่างๆได้ เช่นหนังสือ คู่มือ เอกสารและรายงานต่างๆซึ่งทำให้คนสามารถเข้าถึงได้ง่ายเป็นการยากมากที่จะให้นิยามคำว่า“ความรู้” ด้วยถ้อยคำสั้นๆ ยิ่งในความหมายที่ใช้ในศาสตร์ด้าน

ความรู้ (ชัชวาล วงษ์ประเสริฐ 2548: 17) หมายถึง กรอบของการประสมประสานระหว่างประสบการณ์ ค่านิยม ความรอบรู้ในบริบทและความรู้แจ้งอย่างซ้ำของเป็นการประสมประสานที่ให้กรอบสำหรับการประเมินค่า และการนำเอาประสบการณ์กับสารสนเทศใหม่ๆมาผสมผสานเข้าด้วยกัน มักเกิดขึ้นและถูกนำไปประยุกต์ในใจของคนที่มี สำหรับในแง่ขององค์กรนั้น ความรู้มักจะสั่งสมอยู่ในรูปของเอกสารหรือเพิ่มเอกสารต่างๆรวมไปถึงสั่งสมอยู่ในการทำงาน อยู่ในกระบวนการปฏิบัติงานและอยู่ในบรรทัดฐานขององค์กรนั่นเอง (โทมัส เอช คาเวนพอร์ทและลอเรนซ์ พรูแซค แบล โดย นิตส์น วิเทศ 2542: 8) จากความหมายของความรู้ทำให้เข้าใจความสำคัญของความรู้ในองค์กร องค์กรที่เจริญจะต้องใช้วิธีการที่ไม่ธรรมดาในการเข้าถึงความรู้ภายในองค์กร มีปัจจัยหลายประการที่เป็นเหตุให้ความรู้ได้รับความสนใจอย่างมากในปัจจุบัน องค์กรเริ่มมองหาบางสิ่งบางอย่างที่จะนำความรู้เหล่านั้นมาใช้ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดหากกลยุทธ์การถ่ายทอดความรู้และหัวใจของการทำงานไม่ให้สูญหาย การแสวงหานวัตกรรมผู้บริหารเริ่มตระหนักว่าสิ่งที่องค์กรและพนักงานองค์กรรู้คือหัวใจที่สำคัญที่สุดในการจะรู้ว่าองค์กรกำลังทำหน้าที่อย่างไร นำไปสู่วิถีทางของการนำความรู้มาอยู่ในตัวบุคคลซึ่งได้แก่การจัดการความรู้ใน โลกปัจจุบัน

การจัดการความรู้ เป็นการสร้าง จัดเก็บ เผยแพร่ความรู้ให้คนในองค์กรเกิดการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนความรู้ สะสมความรู้ ตลอดจนสร้างความรู้ใหม่หรือนวัตกรรมหรือเกิดแนวทางการปฏิบัติงานที่ดีที่สุดมีผลทำให้องค์กรมีกระบวนการทำงาน (work process) ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด (Songe 1990; Sloman 1994; พรชิตา วิเชียรปัญญา 2548: 16) ความหมายของความรู้ในการจัดการความรู้มีหลายนัยและหลายมิติ เช่น คือสิ่งที่เมื่อนำไปใช้จะไม่หมดหรือสึกหรอแต่จะยิ่งงอกเงยหรืองอกงามขึ้นเป็นสารสนเทศที่นำไปสู่การปฏิบัติ เป็นสิ่งที่คาดเดาไม่ได้เกิดขึ้น ณ จุดที่ต้องการใช้ความรู้ นั้น เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับบริบทกระตุ้นให้เกิดขึ้น โดยความต้องการเป็นทุนปัญญาหรือทุนความรู้สำหรับใช้สร้างคุณค่าและมูลค่ารวมแล้วการจัดการความรู้เป็นกระบวนการ

ใช้ทุนปัญญานำไปสร้างคุณค่าและมูลค่า เป็นกระบวนการในการนำความรู้ที่มีอยู่หรือเรียนรู้มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์กร โดยผ่านกระบวนการต่างๆเช่น การสร้าง รวบรวม แลกเปลี่ยน และใช้ความรู้เพื่อความเข้าใจความหมายของคำว่า “ความรู้” ให้ลึกซึ้งขึ้นจึงแบ่ง ความรู้เป็น 4 ระดับ คือ Know-What เป็นความรู้เชิงทฤษฎีล้วนๆ Know-How เป็นความรู้ที่มีทั้งเชิงทฤษฎี และเชิงบริบท Know-Why เป็นความรู้ในระดับที่อธิบายเหตุผลได้ว่าทำไมความรู้นั้นๆ จึงใช้ได้ผลในบริบทหนึ่งแต่ใช้ไม่ได้ผลในอีกบริบทหนึ่ง และ Care-Why เป็นความรู้ในระดับคุณค่า ความเชื่อซึ่งเป็นแรงขับเคลื่อนมาจากภายในจิตใจ ให้ต้องกระทำสิ่งนั้นๆเมื่อเผชิญสถานการณ์ (วิจารณ์ พาณิช 2547)

ดาวิ สโนว์เดน (Dave Snowden อ้างใน บุญดี บุญญาภิกิจ และคณะ 2548: 20) กล่าวว่า องค์กรต้องมีการจัดการความรู้เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของการตัดสินใจในองค์กรและเพื่อสร้างนวัตกรรม ทั้งนี้มีการจัดการความรู้อยู่ 3 ประเภท คือ 1) Content Management คือ การจัดการความรู้ประเภท Explicit โดยเน้นการจัดระเบียบเอกสารหรือโครงสร้างต่างๆ 2) Narrative Management เป็นการจัดการความรู้โดยใช้เทคนิคการเล่าเรื่องที่รู้มา ภายใต้นิวทิกที่ว่าเราไม่สามารถเขียนทุกเรื่องออกมาเป็นลายลักษณ์อักษรได้เนื่องจากข้อจำกัดในการเขียน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ We know more than we can say. We’ll always say more than we can write down : เรารู้มากกว่าเราพูดและเราพูดมากกว่าเขียน” การใช้เทคนิคนี้ต้องเชื่อมต่อระหว่างวิธีการสื่อสารที่น่าสนใจและเนื้อหาสาระที่ต้องการสื่อ 3) Context Management เป็นการจัดการความรู้โดยใช้กิจกรรมที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้โดยเครือข่ายทางสังคม การจัดการความรู้ของ ดาวิ (Dave Snowden) เน้นทั้งด้านการจัดการกับสาระและการสร้างการแลกเปลี่ยนในพลเวียนของความรู้จึงให้ความสำคัญกับการจัดการความรู้ในลักษณะ Context และ Narrative มากกว่า Content Management

การจัดการความรู้เป็นแนวคิดองค์รวมที่บูรณาการศาสตร์ต่างๆเข้าด้วยกัน ทั้งในฐานะที่เป็นการจัดการสารสนเทศ (Management of Information) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้ทางด้านคอมพิวเตอร์และ/หรือสารสนเทศศาสตร์ในมิตินี้จะมองว่าความรู้เป็น “ วัตถุที่สามารถจำแนกและจัดการในระบบสารสนเทศได้ (Knowledge as an Object) ” และยังเป็นแนวคิดเกี่ยวกับ การจัดการเกี่ยวกับบุคคล (Management of People) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้ทางด้านปรัชญา จิตวิทยา สังคมวิทยาหรือธุรกิจ/บริหารจัดการในมิตินี้จะมองว่าความรู้เป็นกระบวนการ เป็นกลุ่มของทักษะและความรู้ที่มีความเป็นพลวัตและมีความซับซ้อนซึ่งเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง (Knowledge as process) (พรธิดา วิเชียรปัญญา 2547)

สรุป การจัดการความรู้เป็นการถ่ายทอด ความรู้ ประสบการณ์ ทักษะต่างๆ ของบุคคล โดยวิธีใดก็ได้แล้วก่อให้เกิดความรู้ ทักษะใหม่ๆหรือความรู้ฝังลึกขึ้นในตัวบุคคลอื่น โดยผ่าน

กระบวนการซึ่งประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้าง รวบรวม จัดระบบ เผยแพร่ความรู้ สารสนเทศด้วยสื่อและเครื่องมือทางอิเล็กทรอนิกส์ต่างๆแล้วนำไปใช้เพื่อประโยชน์ในการพัฒนา งานแก้ปัญหาทางานหรือสร้างนวัตกรรมใหม่ภายในองค์กร

3.1.2 แนวคิดและความสำคัญของการจัดการความรู้

กรอบความคิดการจัดการความรู้แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ แบบ Prescriptive แบบ Descriptive และแบบผสมผสานระหว่างแบบ Prescriptive และ Descriptive (Rubenstein-Montano, B ed. 2001 อ้างใน บุญดี บุญญาภิกิจ และคณะ 2548: 31-43)

1) กรอบความคิดแบบ *Prescriptive* เป็นกรอบความคิดที่พบมากที่สุดซึ่งอธิบายถึงพัฒนาการของความรู้ในองค์กรหรือที่เรียกว่า “ วงจรความรู้ (Knowledge Cycle) ” ซึ่งแต่ละกรอบความคิดจะมีความแตกต่างกันในองค์ประกอบของวงจรความรู้ลำดับขององค์ประกอบของวงจรและขั้นตอนต่าง ๆ ที่เป็นองค์ประกอบย่อยซึ่งจะเห็นได้จากตัวอย่างต่อไปนี้

ควิกิ (wigii K.1993) ได้แบ่งองค์ประกอบ เป็น 3 กลุ่มเรียกว่า เสาหลักของการจัดการความรู้ (Pillar of Knowledge Management) โดยแต่ละเสาจะประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้วงจรความรู้ครบถ้วนซึ่งประกอบด้วย การสร้าง (Create) การนำเสนอ (Manifest) การใช้ (Use) และการถ่ายทอด (Transfer) ความรู้

อิคุจิโร นาโนกะ (Nonaka and Takeuchi 2004 : 55-66) นำเสนอวงจร “SECI” กล่าวถึง การเปลี่ยนแปลงความรู้ระหว่าง Tacit Knowledge และ Explicit Knowledge ทำให้เกิดความรู้ใหม่ซึ่งจะหมุนเกลียวไปตลอดไม่มีวันสิ้นสุดเพราะการเรียนรู้เกิดตลอดเวลา การสร้างความรู้เกิดขึ้นใน 4 ลักษณะ คือ Socialization Externalization Combination และ Internalization

2) กรอบแนวคิดแบบ *Descriptive*

เป็นกรอบแนวคิดที่อธิบายถึงขั้นตอนการจัดการความรู้และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวของการจัดการความรู้ เช่น วัฒนธรรมองค์กรการเชื่อมโยงการจัดการความรู้กับทิศทางองค์กรการที่ต้องมีข้อมูลป้อนกลับเพื่อปรับการจัดการความรู้ให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆตัวอย่างเช่น

ลีโอนาร์ด (Leonard-Barton D 1995อ้างใน บุญดี บุญญาภิกิจ และคณะ 2548: 34) ได้นำเสนอกรอบความคิดที่ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 2 อย่าง คือ กิจกรรมที่เกี่ยวกับการสร้างความรู้ใหม่ๆ และศักยภาพหลักขององค์กร (Organizational core competencies) ศักยภาพหลักขององค์กรจะเป็นตัวกำหนดกิจกรรมต่างๆ ที่สร้างความรู้ใหม่ๆ ให้กับองค์กร

กรอบความคิดที่สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติได้นำมาทดลองใช้ในโครงการนำร่องมาจาก Robert Osterhoff โดยดัดแปลงมาจากรูปแบบการจัดการความรู้ของบริษัท

Xerox Corporation ประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบหลักๆ 6 อย่าง ดังนี้ (บุญดี บุญญากิจ และคณะ 2548: 36) การจัดการการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรม (Transition and Behavior Management) การสื่อสาร (Communication) กระบวนการและเครื่องมือ (Process and Tools) การฝึกอบรมและการเรียนรู้ (Training and Learning) การวัดผล (Measurements) การยกย่องชมเชยและให้รางวัล (Recognition and Reward)

3) กรอบแนวคิดแบบผสมผสาน (Prescriptive และ Descriptive)

เป็นกรอบแนวคิดที่ผสมผสานกรอบความคิดแบบ Prescriptive และ Descriptive เข้าด้วยกัน ดังนั้นกรอบแนวคิดนี้จึงประกอบด้วย องค์ความรู้ขององค์กร องค์ประกอบของ กระบวนการความรู้ที่จับต้องได้ซึ่งสามารถทำให้องค์กรสามารถจัดการความรู้ได้และอาจรวมถึง ขั้นตอนในการจัดการความรู้ได้ด้วยอย่างเช่น

บริษัทซีเมนส์ (บุญดี บุญญากิจ และคณะ 2548: 42) มีแนวคิดการจัดการความรู้คือ บริษัทเน้นหลักการที่ว่า “ ความรู้คือสินทรัพย์ที่สำคัญของบริษัท ” สามารถนำมาสร้างคุณค่ากับธุรกิจได้ ดังนั้นการวางกลยุทธ์การจัดการความรู้จะต้องเชื่อมโยงกับกลยุทธ์ทางธุรกิจมีการสำรวจความคิดเห็นของพนักงานอย่างเป็นระบบ และพบว่า “ การแบ่งปันความรู้ การไว้นใจเชื่อใจกัน การทำงานเป็นทีม และการให้ความร่วมมือกับผู้อื่น ” การใช้หลักการของการตลาดมาอธิบายกระบวนการ และกำหนดบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความรู้ ตลาดความรู้ ผู้ให้ความรู้ ผู้รับความรู้ ผู้จัดการความรู้ ผู้บริหารจัดการชุมชนแห่งการเรียนรู้ (CoP) การแบ่งความรู้ต่างๆ เป็น 2 ประเภทคือ Explicit และ Tacit Knowledge ซึ่งใช้กลไกและเครื่องมือในการสื่อสาร และแลกเปลี่ยนที่แตกต่างกันมีการกล่าวถึงเทคโนโลยีต่างๆ ที่นำมาใช้ในการจัดการความรู้ไว้อย่างชัดเจน

สิ่งที่เป็นคำถามบ่อยที่สุดในการจัดการความรู้ คือองค์กรจะเลือกใช้การจัดการความรู้ตามกรอบความคิดแบบใดจึงจะเหมาะสมและมีโอกาสประสบความสำเร็จ ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการความรู้ก็มักจะตอบว่าแล้วแต่ความเหมาะสมของวัฒนธรรมแต่ละองค์กร วัฒนธรรมองค์กรมีความสัมพันธ์กับกระบวนการจัดการความรู้ วัฒนธรรมองค์กรเป็นสิ่งสำคัญเป็นเรื่องที่เปลี่ยนแปลงยากใช้เวลาแต่จำเป็นต้องเปลี่ยนถ้าเป็นวัฒนธรรมอุปสรรค (ยูวดี เกดสัมพันธ์ 2548) และความเข้าใจในวัฒนธรรมองค์กรของเราจะทำให้เราสามารถจัดกิจกรรมที่มีความเหมาะสมในแต่ละช่วงเวลา นั่นก็หมายความว่าแต่ละองค์กรต้องเลือกการจัดการความรู้ตามกรอบที่ตนเองคิดว่าทำได้มากที่สุดมาเป็นกรอบในการจัดการความรู้ วิธีการดำเนินการต้องดูวัฒนธรรมขององค์กรอย่าทำอะไรให้ใหม่จนแยกไปจากวิถีการดำรงชีวิตเดิมๆอย่างสิ้นเชิง เพราะนั่นเท่ากับว่าจะทำให้เกิดแรงต้านทานที่ในองค์กร (เกศราภรณ์ ภักดีวงศ์ 2548) ดังตัวอย่างการจัดการความรู้ในโรงพยาบาลบ้านตากใช้เทคนิค การจัดการความรู้ในหน้าที่ของ Knowledge Facilitators

พัฒนาการจัดการความรู้ ประกอบไปด้วย 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 สร้างทีม (Team Work) ระยะที่ 2 สร้างเครือข่ายหน่วยงานภายในองค์กร กระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยน โดยใช้ปัญหาเป็นตัวตั้งสร้างเวที หรือกระตุ้นให้เกิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันและหาข้อตกลงในการแก้ประเด็นปัญหาาร่วมกัน อันนำไปสู่ Best Practice กระตุ้นให้เกิดคลังความรู้ (Knowledge Asset) อย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็น วัฒนธรรมในรูปของเรื่องเล่าระเบียบปฏิบัติ วิธีปฏิบัติและนวัตกรรมต่างๆ ระยะที่ 3 สร้างเครือข่ายระหว่างหน่วยงานภายในองค์กรกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยน โดยใช้ Best Practice กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนแบบ Cross Functional เก็บคลังความรู้ในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ เรื่องเล่า แนวทางการดูแลผู้ป่วย ระเบียบวิธีปฏิบัติ เพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานวิชาชีพเดียวกัน ระยะที่ 4 สร้างเครือข่ายภายนอกองค์กร ให้ความรู้ที่ดีที่สุดและเหมาะสม จัดเวทีแลกเปลี่ยนระหว่างชุมชนระหว่างผู้ป่วย/ญาติ

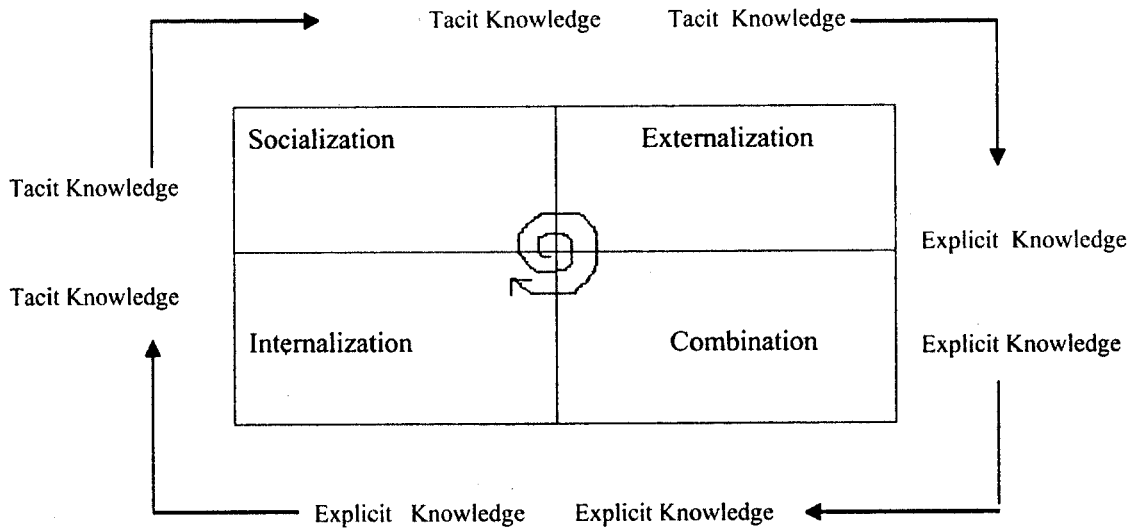
การจัดการความรู้ในประเทศไทยโดยส่วนใหญ่จะใช้รูปแบบการจัดการความรู้โมเดลปลาของดร.ประพนธ์ ผาสุกยี่ด ซึ่งสถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคมนำมาเป็นแนวทางให้องค์กรต่างๆจัดการความรู้ โมเดลปลา มีองค์ประกอบ คือ “หัวปลา” หมายถึง เป้าหมายหลักของการดำเนินการจัดการความรู้ “ตัวปลา” หมายถึง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือการแบ่งปันความรู้ (Knowledge Sharing) “หางปลา” หมายถึง ขุมความรู้ (Knowledge Assets) ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สำหรับในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบความคิดของโนนากะและทาคิวชิมา เป็นกรอบการจัดการความรู้เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคนอกออส เนื่องจาก การจัดการความรู้ตามแนวคิดของ โนนากะและทาคิวชินี้ได้รับความนิยมอย่างสูงในช่วงปี ค.ศ. 1995-1996 หลังจากที่ Lkujiro Nonaka และ Hirotaka Takeuchi ได้ตีพิมพ์หนังสือชื่อ “The Knowledge Creating Company” ขึ้นในปี ค.ศ.1995 หนังสือเล่มนี้มีอิทธิพลอย่างสูงในวงการธุรกิจและส่งผล ทำให้ผู้นำทางธุรกิจจำนวนมากตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการความรู้นับตั้งแต่นั้นมา “การจัดการความรู้” ได้กลายเป็นเรื่องสำคัญที่องค์กรหลายแห่งได้พยายามนำไปประยุกต์ใช้ ปัจจุบันทุกหน่วยงานในประเทศไทยก็พยายามจัดการความรู้เพื่อพัฒนาองค์กรและสร้างงานให้มีคุณภาพ (พรธิดา วิเชียรปัญญา 2547) โดยเฉพาะการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(กพร.) ได้กำหนดการจัดการความรู้เป็นตัวชี้วัดหนึ่งของการประเมินผลการปฏิบัติราชการเพื่อให้หน่วยงานภาครัฐมีการปรับปรุงการทำงานอย่างต่อเนื่อง ส่วนราชการต้องตอบคำถามในการจัดการความรู้ในเรื่องต่อไปนี้ให้บรรลุผล การรวบรวมและถ่ายทอดความรู้ของบุคลากรในส่วนราชการ การถ่ายทอดความรู้ที่มีประโยชน์จากผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและองค์กรอื่น การแสวงหาวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (คู่มือแนวทางการดำเนินงานสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ)

หัวใจสำคัญของการจัดการความรู้ตามแนวคิดของ โนนากะและทาคิวชิ (Nonaka & Takeuchi) คือ บุคของการบริหารระดับกลางจะเป็นกำลังหลักในการเชื่อมโยงให้เกิดการจัดการความรู้ที่ทรงพลังและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในองค์กร รูปแบบของการจัดการองค์กรที่เหมาะสมต่อการจัดการความรู้แบบ “ กลาง-ขึ้น-ลง ” (middle-up-down) โดยที่พนักงานระดับกลางจะเป็นผู้เชื่อมโยงวิสัยทัศน์หรือความฝันของผู้บริหารระดับสูงเข้ากับความเป็นจริงหรือการปฏิบัติของพนักงานระดับล่าง (วิจารณ์ พานิช 2548) ซึ่งการพัฒนาารูปแบบการจัดการดูแลผู้ปวยเด็กโรคเอดส์ด้วยวิธีการจัดการความรู้นี้ใช้ผู้ปฏิบัติเป็นผู้ช่วยสร้างรูปแบบซึ่งจะเป็นแนวทางให้สถาบันบาราศนราครุได้จัดการความรู้ตามกรอบแนวคิดของ โนนากะและทาคิวชิที่ เรียกว่า วงจร “SECI” ในการพัฒนาการจัดการความรู้ขององค์กรต่อไป

การจัดการความรู้ในสถาบันบาราศนราครุเริ่มปฏิบัติตามนโยบายของผู้อำนวยการ โดยจัดการอบรมบุคลากรระดับผู้บริหารให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องของการจัดการความรู้และนำรูปแบบการจัดการความรู้รูปแบบ “ปลาทุ” ของสถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส) มาใช้เป็นแนวทางการจัดการความรู้ในสถาบัน บางหน่วยงานเริ่มดำเนินการตามกระบวนการจัดการความรู้ตาม โมเดลปลาทุ แต่ในแผนกกุมารเวชยังไม่ได้ดำเนินการเรื่องของการจัดการความรู้ จากการศึกษาของผู้วิจัยพบว่าการจัดการความรู้ตามแนวคิดของ โนนากะและทาคิวชิ สามารถนำมาจัดการความรู้ในแผนกกุมารเวชได้เนื่องจากแนวคิดนี้เหมาะกับการจัดการความรู้ในระดับผู้ปฏิบัติ และตัวผู้วิจัยเป็นผู้บริหารระดับกลาง สามารถเชื่อมโยงให้เกิดการจัดการความรู้ในแผนกพัฒนาเป็นรูปแบบการจัดการดูแลผู้ปวยเด็ก โรคเอดส์ สร้างเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) ให้กับแผนกกุมารเวชและเป็นตัวอย่างของการจัดการความรู้ตามแนวคิดของ โนนากะและทาคิวชิ

3.2 การจัดการความรู้ตามแนวคิดของ โนนากะและทาคิวชิและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รูปแบบกระบวนการจัดการความรู้ตามกรอบแนวคิดของ โนนากะและทาคิวชิ ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบของการสร้างองค์ความรู้ด้วยการขยายผลจากความรู้ที่ฝังลึก อยู่ในตัวบุคคลและความรู้ที่เปิดเผย (Knowledge Conversion Process Model) ซึ่งมักเรียกกันว่า วงจร “SECI” (Socialization, Externalization, Combination, Internalization) และเกิลิว “SECI” เป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการยกระดับความรู้และนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ (Nonaka & Takeuchi 2004: 54-66 และบุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี และพิเชษฐ บัญญัติ 2549: 13-20 และเพ็ญจันทร์ แสนประสาร 2548: 41-42 และวิจารณ์ พานิช 2547)



ภาพที่ 2.2 แผนภูมิเกี่ยวกับการจัดการความรู้ของ โนนากะและทาคิวชิ

ที่มา : Nonaka & Takeuchi (2004) “ The Knowledge Creating Company ” Harvard Business Review, USA

โดย โนนากะและทาคิวชิอธิบายว่า เริ่มจาก Socialization คือ การจัดให้คนมา ปฏิสัมพันธ์ (Socialite) กันในรูปแบบต่างๆและมีการสนทนา (dialogue) แลกเปลี่ยนความรู้และ ประสบการณ์ที่ฝังลึกอยู่ในตัวบุคคล (tacit knowledge) จากคนหนึ่ง ไปสู่อีกคนหนึ่ง (tacit knowledge to tacit knowledge) และตามมาด้วย Externalization เป็นกระบวนการที่เปลี่ยนความรู้ที่ฝังลึกในตัว บุคคลให้เป็นความรู้ที่เปิดเผย (tacit knowledge to explicit knowledge) โดยเป็นภาษาพูดหรือภาษา เขียน เป็นการเปลี่ยนความรู้ในคนออกมาเป็นความรู้ในกระดาษหรือความรู้ที่เข้ารหัส (codified knowledge) ซึ่งเป็นความรู้ที่สามารถแลกเปลี่ยนกันได้ง่ายโดยผ่านเครื่องมือสื่อสารต่างๆ ทั้งด้าน เทคโนโลยีและสารสนเทศอื่นๆ Combination เป็นกระบวนการรวบรวมความรู้ที่เปิดเผยเข้าด้วยกัน (explicit knowledge to explicit knowledge) ได้เป็นความรู้ที่เปิดเผยที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นเกิดเป็นความรู้ใหม่ (new knowledge) ที่สามารถนำไปเผยแพร่ในรูปแบบของการประชุม อบรมได้เป็นทางการ (formal education)หรือจัดหมวดหมู่ของความรู้ให้ชัดเจนเก็บเป็นคลังความรู้ เผยแพร่ทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ คอมพิวเตอร์ กระบวนการสุดท้าย Internalization เป็นการจารึกความรู้ที่เปิดเผยหรือความรู้ที่ได้รับเข้า เป็นความรู้ที่ฝังลึกในตัวบุคคล (explicit knowledge to tacit knowledge) ความรู้ดังกล่าวจะถูก ถ่ายทอดไปยังกระบวนการทำงาน ในองค์กรซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการทำงานในองค์กรที่มี ลักษณะของการเรียนรู้ที่เกิดจากการทำงาน (learning by doing) เป็นการทำงานในลักษณะองค์กร

แห่งการเรียนรู้ (learning organization) ความรู้ที่เกิดขึ้นใหม่จะเป็นข้อมูลใหม่เพิ่มเติมเข้าไปในกระบวนการจัดการความรู้และยกระดับเกลียวความรู้ (knowledge spiral) ขึ้นไปอีกทำให่วงจร “SECI” ดำเนินต่อไปอย่างไม่มีสิ้นสุด

3.2.1 เทคนิคการเปลี่ยนความรู้แบบ Tacit เป็น Explicit

การที่สามารถเปลี่ยน (ถอดรหัส) ความรู้จาก tacit ไปเป็น explicit คือ ทำให้อ่านได้และฟังได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีในการแลกเปลี่ยนความรู้กัน ต้องสามารถถอดรหัสให้ออกมาเป็นความรู้ที่เปิดเผยได้จึงเกิดเป็นความรู้ใหม่ เทคนิคในการเปลี่ยน tacit knowledge เป็น explicit knowledge ประกอบด้วยเทคนิคต่างๆ 7 เทคนิคที่ต้องฝึกดังนี้ (วรภัทร์ ภูเจริญ 2548: 147-150)

เทคนิคที่ 1 ฝึกเป็นผู้เรียน รู้แบบผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Child Centered Education) ต้องพัฒนาให้บุคลากรรู้จักการเรียนรู้ว่าเรียนอย่างไรถึงจะเกิดการเรียนรู้ (learn how to learn) ซึ่งเป็นเรื่องที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม เหตุการณ์ หรือ งานประจำ

เทคนิคที่ 2 มีผู้ถอดรหัสความรู้ ซึ่งต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถและมีเทคนิคในการถอดรหัสความรู้ออกมาให้ได้โดยใช้ "สติ" และต้องมีการศึกษาทบทวนในเรื่องนั้นๆ ก่อน

เทคนิคที่ 3 รวบรวม จัดหมวดหมู่ สะสม บันทึก "ศัพท์" ในองค์กร

เทคนิคที่ 4 ฝึกการพูด เขียน และถ่ายทอด

เทคนิคที่ 5 จัดทำคู่มือการทำงาน ร่วมกัน โดยมีผู้รู้ในเรื่องนั้นเป็นที่ปรึกษา

เทคนิคที่ 6 สะสมกรณีศึกษา เก็บรวบรวมความรู้ใหม่ที่ได้

เทคนิคที่ 7 ทำกระดานถามตอบ ทำให้ผู้อื่นที่มีความรู้ช่วยแลกเปลี่ยนความรู้ด้วย

ในกระบวนการจัดการความรู้ที่สำคัญต้องมีเป้าหมายร่วมกัน เน้นความรู้ระดับปฏิบัติ ใช้คนหลากหลายทักษะและหลายหลายวิธีคิด ใช้ความรู้ทั้งภายใน (Tacit) และภายนอก ทดลอง และเรียนรู้รูปแบบใหม่ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งในกลุ่มและข้ามกลุ่ม ใช้กระบวนการทบทวนเป็นจุดเริ่มในการหาคำถามที่จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ดี (ปารมี ทองสุกใส 2548) การจัดการความรู้ วงจร “SECI” สามารถใช้เทคนิคต่างๆ ในการจัดการความรู้รูปแบบเดียวกันได้ในเรื่องของการแบ่งปันความรู้ เทคนิคการนำความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) ออกมาเป็นความรู้ที่สามารถเผยแพร่ได้หรือขุมความรู้ (Knowledge assets) กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (sharing knowledge) ต้องมีการทบทวนก่อนปฏิบัติ before action Review (BAR) ดูความคาดหวังของบุคคลที่เข้ากลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้เมื่อจะจบต้องมีการทำ After Action Review (AAR)

การทำ AAR เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกระบวนการจัดการความรู้ โดยทั่วไปจะต้องสร้างบรรยากาศที่เป็นอิสระ เท่าเทียม ชื่นชมยินดี หรือบรรยากาศที่คิดเชิงบวก

ดังนั้นการจัดเก้าอี้ในห้องประชุมควรจัดเป็นวงกลมหรือรูปตัวยู และไม่ต้องมีโต๊ะ ให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดกันและเป็นบรรยากาศสบายๆ บรรยากาศและความรู้สึกเท่าเทียม บอกให้ทุกคนพูดออกมาจากใจ พูดอย่างอิสระ ไม่มีถูก-ผิด ออกมาจากการตีความของตนเอง คนที่เหลือฟังอย่างตั้งใจ คือฝึกปฏิบัติ deep listening ไปให้แต่ละคนพูดสั้นๆคนละ 1-2 นาที (วิจารณ์ พานิช 2548) โดยมีแนวคำถามต่อไปนี้ 1) เป้าหมายของการมาร่วมประชุมครั้งนี้ (ของตนหรือของการจัดประชุมเลือกตามความเหมาะสม)คืออะไร 2) เป้าหมายส่วนใดที่บรรลุผลมากเกินคาด เพราะอะไร 3) เป้าหมายส่วนใดที่บรรลุผลน้อย หรือไม่บรรลุผลเพราะเหตุใด 4) สิ่งที่ได้เรียนรู้ที่เป็นประโยชน์ที่สุดคืออะไร 5) จะกลับไปทำอะไร 6) ถ้าจะมีการประชุมเช่นนี้อีก มีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงส่วนไหนบ้าง

3.2.2 กลยุทธ์การถ่ายทอดความรู้

การถ่ายทอดความรู้อย่างไม่เป็นระบบและเกิดขึ้นตามวิถีทางธรรมชาติมีความสำคัญต่อความสำเร็จขององค์กรเป็นอย่างมาก ถึงแม้คำว่า “การจัดการความรู้” จะฟังดูเหมือนกับว่าการถ่ายทอดความรู้น่าจะเป็นระเบียบแบบแผนบ้าง แต่องค์ประกอบที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งของการถ่ายทอดความรู้คือ การคิดหายุทธวิธีสำคัญบางอย่างสำหรับกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้กันอย่างไม่ตั้งใจ เป็นไปตามธรรมชาติของการทำงานยิ่งองค์กรที่มีบทบาทหลักในการสร้างความรู้ยิ่งจำเป็นต้องมียุทธวิธีและเทคนิคที่เหมาะสม (โทมัส เอช. ดาเวนพอร์ทและลอเรนซ์ พรูแซค แพล โดยนิตีศน์ วิเทศ 2542: 143)

1) *เทคนิคการเล่าเรื่อง (Story telling) ความสำเร็จ จะนำเสนอความสำเร็จในการแก้ปัญหาที่ได้จากประสบการณ์ตรงของผู้เล่า เป็นการนำเสนอหนทางที่พิสูจน์แล้วว่าใช้ได้ ไม่ต้องเสียเวลาทดลองสามารถนำไปใช้ได้เลย (สร้อยทอง เตชะเสน 2548)* ตัวอย่างขั้นตอนการจัดการความรู้เทคนิคการเล่าเรื่อง (Story telling)

(1) *เตรียมผู้เข้าร่วมโครงการ* ในหนังสือเชิญทุกคนจะรับทราบว่าจะต้องเตรียมประสบการณ์ความสำเร็จในการทำงานรูปแบบใดก็ได้มาเล่าสู่กันฟัง

(2) *เตรียมทีมงาน* ทีมงานทุกคนได้อ่านหนังสือ การจัดการความรู้

(3) *เตรียมบรรยากาศและสถานที่* หาสถานที่และบรรยากาศในห้องประชุมที่ผ่อนคลายพอควร ไม่ให้ผู้เข้าประชุมรู้สึกอึดอัดและเครียดจนเกินไป

การเล่าเรื่อง (story telling) คือ วิธี “สกัด” ความรู้จากการปฏิบัติ การเล่าเรื่องจะประสบความสำเร็จมากขึ้นอยู่กับปัจจัยหลัก 3 ประการ คือ ผู้เล่า ผู้รับฟัง และบรรยากาศขณะเล่าที่มีอารมณ์แจ่มใส มีความรู้สึกเอื้ออาทร (care) กลุ่มผู้ฟังมีความรู้สึกว่ามีผู้ฟังเป็นกัลยาณมิตร มีจิตใจพร้อมจะให้ความภูมิใจในความสำเร็จที่ตนกำลังเล่า เป็นผู้ประสบเหตุการณ์ในเรื่องที่เล่าด้วยตนเอง การเล่าเรื่องนี้ดำเนินการในการประชุมกลุ่มย่อยที่มีสมาชิกกลุ่มไม่เกิน 10 คน

ผู้รับฟังที่เป็น “ผู้ฟังอย่างตั้งใจ” ที่เรียกว่า active listening หรือ deep listening คำถามที่แสดงความสนใจและชื่นชม (appreciative inquiry) ช่วยกระตุ้นอารมณ์สร้างสรรค์ เช่นเดียวกันและยังจะช่วยทำให้การเล่าเรื่องครบถ้วนมากขึ้น ในกรณีที่การเล่าเรื่องมีการข้ามขั้นตอนผู้อำนวยการความสะดวกในการประชุม (group facilitator) อาจช่วยถามว่า “ทำไมจึงทำเช่นนั้น” “คิดอย่างไรจึงทำสิ่งนั้น” ก็จะช่วยให้ความรู้สึกรู้สึกนึกคิดในขณะที่เกิดเหตุการณ์ถูกเล่าออกมา บรรยากาศของการประชุมมีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเล่าเรื่อง ห้องประชุมที่ให้ความสงบ รับฟังเสียงจากการเล่าได้เต็มที่จดบันทึก บรรยากาศที่เป็นอิสระ ผ่อนคลายที่มีความเป็นกัลยาณมิตรเอื้ออาทรต่อกันซึ่งจะช่วยให้การสื่อสารโดยการเล่าเรื่องมีคุณภาพสูง กระจ่างชัดและลึก (วิจารณ์พานิช 2548)

2) ยุทธวิธีต่อมาที่ใช้คือการสนทนา(Dialogue) ในการจัดการความรู้โดยการประยุกต์ใช้หลักการของ Dialogue เข้ากับการแลกเปลี่ยนความรู้ (พูนลาภ อุทัยเลิศอรุณ 2548)

(1) การทำ Dialogue เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้จะต้องมีหัวข้อที่จะพูดคุยแน่นอน

(2) การทำ Dialogue เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากการได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จำเป็นต้องมีข้อตกลงร่วมกัน เช่นกำหนดเวลาการพูดคุย ในการสนทนาควรพูดทีละคน อีกคนพูดอีกคนฟัง รอให้อีกคนพูดจบก่อน คนที่จะพูดต่อไปจึงเริ่มพูดคุย การพูดพร้อมกันเป็นการสนทนาที่ไม่ทำให้เกิดการเรียนรู้ผู้ฟังไม่ได้ฟังผู้พูด จึงทำให้ไม่สามารถเรียนรู้ว่าสิ่งที่ผู้อื่นต้องการจะพูดจริงๆ นั้นคืออะไร และไม่สามารถถอดถอดความรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่นได้ ฟังด้วยความตั้งใจ ไม่ต้องเตรียมพร้อมอะไรเลยตั้งใจฟังอย่างเดียว ฟังด้วยความเข้าใจ การฟังด้วยความเข้าใจนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้เป็น facilitator และการแลกเปลี่ยนความรู้ของกลุ่มคนที่มีฐานคิดต่างกันอย่างสิ้นเชิง และเทคนิคการฟังที่กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้และ facilitator ควรปฏิบัติขณะเข้ากลุ่ม คือ มองตาคนเล่าอย่างสนใจตั้งใจฟัง สนใจคนพูดไม่ฟังแต่เรื่องอย่างเดียว แต่ฟังคนเล่าเอาใจไปฟังคนเล่ามากกว่าเรียนรู้เรื่องราวมากมายที่อยู่นอกเหนือจากเรื่องเล่า ใจกับใจต่อถึงกันจริงๆ รู้สึกว่ารู้จักเขาจริงๆ ฟังแล้วรู้สึกเรื่องมันสนุกคนเล่าก็สนุกด้วย (มिरา ชัยมทรวงศ์ 2548)

3) ในองค์กรใหญ่ๆ ที่ความรู้และทักษะที่ซ่อนเร้นจะมีความคลุมเครือเป็นความรู้ที่ค่อนข้างยากเป็นพิเศษในการที่จะถ่ายทอดออกไปจากแหล่งที่สร้างความรู้ขึ้นมา เพื่อส่งไปยังส่วนอื่นๆ ขององค์กรบางวิธีที่พอจะเชื่อถือได้สำหรับการนำความรู้แบบนี้ออกมาหมุนเวียนผลัดเปลี่ยนกัน คือ การโยกย้ายหรือหมุนเวียนเจ้าหน้าที่โดยปล่อยให้พวกเขาได้ใช้เวลาสักปีสองปี ดูคัมภีร์ความรู้และทักษะ ช่วยสร้างความรู้ใหม่ๆ เวลาออกไปทำหน้าที่ใหม่ก็จะได้นำความรู้ที่ติดตัวไปด้วย (โทมัส เอช คาเวนพอร์ท และลอเรนซ์ พรูแซค แบลโดยนิทส์ วิเทศ 2542) การ

ถ่ายทอดความรู้ที่ซ่อนเร้นต้องอาศัยการติดต่อสื่อสารกันระหว่างบุคคลเป็นสำคัญ ความสัมพันธ์ของการถ่ายทอดอาจอยู่ในรูปแบบของการเป็นเพื่อนกัน การแนะนำสั่งสอนระหว่างรุ่นพี่รุ่นน้อง ดังเช่น กรมราชทัณฑ์จัดให้บุคลากรรุ่นใหม่ได้เรียนรู้จากบุคลากรอาวุโสที่เกษียณราชการ โดยการถ่ายทอดผ่านการสัมภาษณ์และแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อให้คนรุ่นใหม่รู้เทคนิคในการทำงาน หรือเหตุผลหลายๆอย่างที่คนรุ่นเก่าทำไว้ ความสัมพันธ์ในการทำงานมักจะเกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดความรู้ชนิดต่างๆที่มีอยู่มากมาย ตั้งแต่ความรู้ที่เปิดเผยไปจนถึงความรู้ที่ซ่อนเร้น ความรู้สึกที่มีการถ่ายทอดกันมีทั้งความสลับซับซ้อนและความเรียบง่าย ความรู้สึกที่ซ่อนเร้น บางครั้งไม่สามารถที่จะถ่ายทอดมันออกมาได้ด้วยวิธีการอื่นใด นอกจากการพูดคุยคนที่มีความรู้ วัฒนธรรมการทำงานแบบเดียวกันมักจะสื่อสารกันได้ดีกว่าและสามารถถ่ายทอดความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าคนที่ต่างวัฒนธรรมกัน (โทมัส เอช คาเวนพอร์ท และลอเรนซ์ พรูแซค แพล โดย นิตส์น์ วิเทศ 2542: 159) อันเป็นที่มาของเทคนิคกลยุทธ์ในการจัดความรู้แบบชุมชนนักปฏิบัติ Community of Produce (CoP)

กระบวนการจัดการความรู้ในขั้นตอนการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Socialization) มีเทคนิคการเปลี่ยนความรู้ฝังลึกเป็นความรู้ที่เปิดเผยที่ใช้กันแพร่หลายอยู่ 2 เทคนิค คือ เทคนิคการเล่าเรื่องและการทำกลุ่มสนทนา ในงานวิจัยนี้ใช้ทั้งสองเทคนิคเป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เทคนิคการเล่าเรื่องในกลุ่มทีมผู้ให้บริการและใช้เทคนิค Dialogue กับทีมผู้ใช้บริการ

3.2.3 การเตรียมความพร้อมก่อนทำการจัดการความรู้

ในการทำกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทุกครั้งผู้อำนวยความสะดวกในการทำกลุ่ม(Facilitator) ต้องดำเนินการดังต่อไปนี้

1) *เตรียมหัวเรื่อง* ไม่ควรกว้าง/ใหญ่จนเกินไป หัวเรื่องที่จะมาคุยกันน่าจะเป็นเรื่องที่เป็นนโยบายขององค์กร เรื่องที่เป็นภารกิจหลัก เรื่องที่อยู่ในความสนใจของผู้เข้าประชุม เพื่อนำมาพัฒนาคน พัฒนางาน พัฒนาองค์กร

2) *ควรเชิญผู้เข้าประชุมที่มีประสบการณ์จริงตรงกับหัวเรื่อง* จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และซักถามกันเองในกลุ่มอย่างเป็นธรรมชาติและได้ขุมความรู้อย่างที่ทุกคนต้องการ

3) *บอกล่วงหน้าให้ผู้เข้าประชุมเตรียมเรื่องมาเล่า* ย้ำด้วยว่าไม่จำเป็นต้องเป็นความสำเร็จระดับ โครงการเป็นชิ้นงานหรือสิ่งเล็กๆที่เราทำแล้วช่วยให้การทำงานราบรื่น ปัญหาลดลงก็นับเป็นความสำเร็จที่สมควรเล่าสู่กันฟัง

4) ฟูพื้นฐานเรื่องการจัดการความรู้ให้ผู้เข้าประชุมทราบคร่าวๆ ควรจัดเวลาสำหรับการชี้แจงวัตถุประสงค์การประชุม ขั้นตอนการประชุมอย่างละเอียดให้ทุกคนทราบและทำความเข้าใจให้ชัดเจนก่อนเริ่มงาน

5) กรณีผู้เข้าประชุมมาจากต่างหน่วยงานอาจจัดกิจกรรมสร้างความคุ้นเคยเพื่อที่เวลาเข้ากลุ่มจะได้ลดอาการเงินที่จะเล่าความสำเร็จของตนเอง

3.2.4 กระบวนการ จัดการหรือสร้างความรู้ (Knowledge Process)

การจัดการและสร้างความรู้มี 7 ขั้นตอนดังนี้ (บุญดี บุญญากิจ และคณะ 2547: 54-58)

1) การค้นหาความรู้ (Knowledge Identification) การค้นหาว่าองค์กรมีความรู้ อะไรบ้างในรูปแบบใดอยู่ที่ใครและความรู้ อะไรที่องค์กรจำเป็นต้องมีทำให้องค์กรทราบว่า ความรู้ อะไรบ้างหรืออีกนัยหนึ่งคือ “รู้เรา” นั่นเอง โดยทั่ว ๆ ไปองค์กรสามารถใช้เครื่องมือที่เรียกว่า “Knowledge Mapping” หรือการทำแผนที่ความรู้ในขั้นตอนนี้เพื่อหาว่าความรู้ใดมีความสำคัญ สำหรับองค์กรจัดลำดับความสำคัญของความรู้เหล่านั้นเพื่อให้องค์กรวางขอบเขตของการจัดการ ความรู้ และสามารถจัดสรรทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2) การสร้างและแสวงหาความรู้ (Knowledge Creation and Acquisition) จากแผนที่ความรู้ขององค์กรจะทราบว่ามีความรู้ที่จำเป็นต้องมีอยู่หรือไม่ถ้ามีแล้วองค์กรก็จะต้องหาวิธีการ ในการดึงความรู้จากแหล่งต่าง ๆ องค์กรอาจสร้างความรู้ดังกล่าวจากความรู้เดิมที่มีอยู่ก็ได้หรือนำ ความรู้จากภายนอกองค์กรมาใช้ปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ขั้นตอนนี้ประสบความสำเร็จคือ บรรยากาศ และวัฒนธรรมขององค์กรที่เอื้อให้บุคลากรกระตือรือร้นในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันเพื่อ ใช้ในการสร้างความรู้ใหม่ ๆ

3) การจัดความรู้ให้เป็นระบบ (Knowledge Organization) เมื่อมีเนื้อหา ความรู้ที่ต้องการแล้วองค์กรต้องจัดความรู้ให้เป็นระบบเพื่อให้ผู้ใช้สามารถค้นหาและนำความรู้ ดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ได้

4) การประมวลและกลั่นกรองความรู้ (Knowledge Codification and Refinement) องค์กรต้องประมวลความรู้ให้อยู่ในรูปแบบและภาษาที่เข้าใจง่ายซึ่งอาจทำได้โดย ปรับปรุงรูปแบบเอกสารเรียงเรียงตัดต่อปรับปรุงเนื้อหาให้มีคุณภาพดี ความครบถ้วนเที่ยงตรง ทันสมัย

5) การเข้าถึงความรู้ (Knowledge Access) ความรู้ที่ได้มานั้นจะไม่มีคุณค่า หากไม่ได้ถูกนำไปเผยแพร่หรือใช้ประโยชน์ ดังนั้นองค์กรจึงต้องมีการจัดเก็บและกระจายความรู้ การส่งหรือกระจายความรู้มี 2 ลักษณะ การป้อนความรู้ คือ การส่งข้อมูลความรู้ให้ผู้รับ โดยผู้รับ

ไม่ได้ร้องขอ เช่น การส่งหนังสือเวียนแจ้งให้ทราบ การให้โอกาสเลือกใช้ความรู้ คือการที่ผู้รับสามารถเลือกใช้หรือรับแต่เฉพาะข้อมูลความรู้ที่ต้องการ

6) การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ (Knowledge Sharing) คือ การทำ Socialization

7) การเรียนรู้ (Learning) คือ การเรียนรู้ของบุคลากรที่นำความรู้นั้นไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาและปรับปรุงองค์กร การเรียนรู้ของบุคลากรจะทำให้เกิดความรู้ใหม่ๆ ขึ้นมากมาย

3.2.5 ผลสัมฤทธิ์ในการจัดการความรู้

การจัดการความรู้ที่ถูกต้องจะต้องเริ่มที่งานหรือเป้าหมายของงาน เป้าหมายของงานที่สำคัญ คือ การบรรลุผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินการตามที่กำหนดไว้เรียกว่า Operation effectiveness และนิยามผลสัมฤทธิ์ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

1) การสนองตอบ (Responsiveness) ซึ่งรวมทั้งการสนองตอบของลูกค้า (ผู้ใช้บริการ) เจ้าของกิจการ (ผู้ให้บริการ) พนักงานเจ้าหน้าที่สนองตอบความต้องการของสังคม ส่วนรวม เช่นงานของคณะแพทยโรงพยาบาลเทพารักษ์รักษาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้บัญญัติ 10 ประการ สิ่งเหล่านี้จะช่วยลดโอกาสของการสูญเสียอวัยวะได้ถึงร้อยละ 50 แสดงถึงผู้ให้บริการสร้างรูปแบบการดูแลผู้ให้บริการปฏิบัติได้ตามคำแนะนำ (www.theptarin.com 10 มี.ค. 2550) โรงพยาบาลชุมแสง ได้นำแนวคิด KM ไปใช้ในเรื่อง “การดูแลผู้ป่วยแบบครบวงจร ไปจนถึงระบบชุมชน” ลดปัญหาการเจ็บป่วยซ้ำซ้อนลงได้ (ถักทอสายใยแห่งความรู้ สศส. 2548) โรงพยาบาลหนองบัว นำเทคนิค KM ไปถ่ายทอดให้ทีมงาน ผลที่ได้คือ สร้างความตระหนัก ความตื่นตัวและเพิ่มกำลังใจให้กับผู้ร่วมปฏิบัติงานด้านเบาหวานมีประสิทธิภาพมากขึ้น (ถักทอสายใยแห่งความรู้ สศส. 2548)

2) การมีนวัตกรรม (Innovation) ทั้งที่เป็นนวัตกรรมในการทำงาน นวัตกรรมการผลิตภัณฑ์หรือบริการ ตัวอย่างเช่น เครื่องช่วยเบาหวานที่ใช้การจับคู่แลกเปลี่ยนเรียนรู้เฉพาะเรื่องตามความเค้นซึ่งเรียกว่า “Peer Assist” ทำให้แต่ละ โรงพยาบาลมองเห็นและเข้าใจมิติใหม่ๆของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้นจัดตั้ง COP (Community of Practice) ผู้ป่วยเบาหวานได้มาแลกเปลี่ยนเทคนิคการควบคุมน้ำตาลในเลือดระหว่างกันเอง มีนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์การรักษาตนเองจากผู้ป่วยและญาติ (รายงานประจำปีของสถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม 2549: 114-115) การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชทาสพนม จังหวัดนครพนม ใช้วิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อนได้นวัตกรรมใหม่ การทำแผล โดยใช้ Vacuum ได้รูปแบบรองเท้าที่เหมาะสมของผู้ป่วยในขณะมีแผล โดยเรียนรู้จากวิถีชีวิตของผู้ป่วย การทำงานเชิง

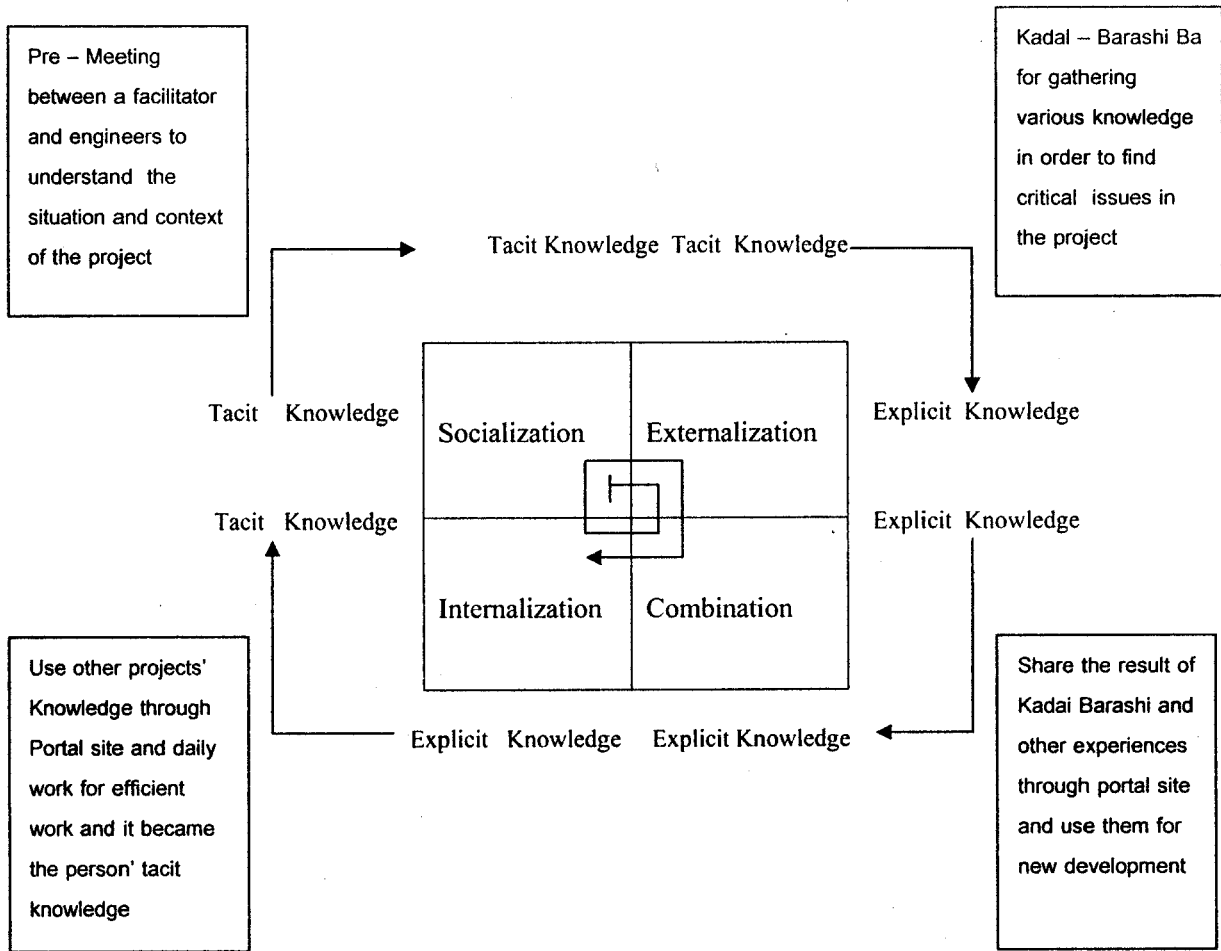
รุกในชุมชนตั้งชมรมผู้ป่วยเบาหวาน (เอกสารวิชาการมหกรรมการจัดการความรู้ 2549) นอกจากนี้ นำกระบวนการจัดการความรู้ไปใช้ในเรื่องอื่นอีก เช่น การดูแลแผลกดทับ จัดให้เจ้าหน้าที่เวิร์ค เกสซ์ โภชนาการ นักกายภาพบำบัดมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ในการจัดการป้องกันแผลกดทับ จนได้เป็นแนวทางการปฏิบัติ (ฉกทอสาขายเฒ่าความรู้อศศ. 2548)

3) *ขีดความสามารถ (Competency)* ขององค์กรและของบุคลากรที่พัฒนาขึ้น สะท้อนสภาพการเรียนรู้ขององค์กร ผู้นำองค์กรเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาองค์กร ไปสู่ องค์กรแห่งการเรียนรู้ สภาพแวดล้อม เทคโนโลยีขององค์กรเป็นสิ่งสำคัญของการส่งเสริมให้ บุคลากรเกิดการเรียนรู้ นอกจากนี้ยังเป็นช่องทางการเรียนรู้ระหว่างบุคลากรภายในและภายนอก องค์กร (พรพิมล ยุติโกมิตร 2549) โรงพยาบาลบ้านตากใช้การจัดการความรู้พัฒนาองค์กรผ่านการ ประเมินคุณภาพโรงพยาบาลคุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ(HA/HPH/HWP) เป็นที่ศรัทธา ของชุมชนเจ้าหน้าที่ใช้ศักยภาพที่มีอยู่มากขึ้น บรรยาภาศการทํางานดีขึ้น(พิเชฐ บัญญัติ 2548)

4) *ประสิทธิภาพ (Efficiency)* การทํางานที่ลงทุนลงแรงน้อยแต่ได้ผลมากหรือ คุณภาพสูง (วิจารณ์ พานิช 2548: 4) เช่น การจัดการความรู้ผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลศูนย์ สุขภาพเมืองพิษณุโลก การแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน (PEER ASSIST) ได้รูปแบบการ ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน นำการจัดการความรู้มาปรับใช้ในการเสริมพลังบุคคลใน “กลุ่มช่วยเหลือ ตนเอง” กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ใช้หลักการ “แบ่งปันความเก่ง” พัฒนาทักษะผู้ป่วยและ ครอบครัวให้เกิดการพึ่งพาตนเอง (เอกสารวิชาการมหกรรมการจัดการความรู้ 2549)งานเหล่านี้ได้ ประสิทธิภาพสูงในการดูแลผู้ป่วยโดยไม่ต้องลงทุน

การจัดการความรู้ตามแนวคิดของวงจร SECI บริษัท SONY ประเทศญี่ปุ่น

(1) เป็นการนำประเด็นปัญหาทั้งหมดมาพิจารณาแบบ “Break issue” เพื่อ วิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขในแต่ละประเด็นและตระหนักถึงประเด็นใหม่ ๆ (2) ทำอย่างสม่ำเสมอ เป็น Daily Review Meeting (3)สมาชิก/ ผู้เชี่ยวชาญ คึงประเด็นที่น่าสนใจของความล้มเหลวของ การออกแบบผลิตภัณฑ์ (4)ใช้ Facilitator นำการประชุมแทนที่จะเป็น Project leader (5)นำเสนอ โดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลโดยมองในเรื่องของกระบวนการ /การจำลองภาพและกราฟ ด้วยระบบ คอมพิวเตอร์ เครื่องมือที่ใช้ในการนำเสนอ คือ Projector และ VDO (6) บันทึกการประชุมและ จัดการ Know-howที่ได้ ในรูปของ Guide Book เก็บไว้ใน portal site (7) นำข้อมูลมาประกอบการ รับรองผลการแก้ไขปัญหาประเด็นต่าง ๆ เมื่อถึง final design review



ภาพที่ 2.3 บทวิเคราะห์ห่วงจการจัดการความรู้ของ SONY SEMICONDUCTOR ตามแนวคิดโนนากะ
 ที่มา : เอกสารประกอบการประชุมภาคีการจัดการความรู้ ภาคราชการ ครั้งที่ 4 วันที่ 7 สิงหาคม
 2549 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

การจัดการความรู้ของหน่วยงานจะพัฒนาไปสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ แม้ว่าหน่วยงาน
 จะมีความแตกต่างกันในบริบทต่างๆทั้งด้านภารกิจ หน้าที่ ผู้บริหาร บุคลากร เทคโนโลยี การจับ
 เคลื่อนองค์กรให้เกิดคุณทรัพย์ความรู้อย่างต่อเนื่องทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี องค์กรอยู่รอด
 เข้าหน้าที่มีความสุข แต่สิ่งสำคัญที่ทุกหน่วยงานต้องการ คือการพัฒนาองค์กรให้บุคลากรเกิดการ
 เรียนรู้ สร้าง Best Practice โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ตามรูปแบบที่เลือกใช้ พัฒนาคน งาน
 องค์กร ประเทศ ภายได้สังคมฐานความรู้ที่ยั่งยืน Best Practice ที่เกิดจากการจัดการความรู้ของ
 องค์กรจึงเป็นรูปแบบที่ผู้ปฏิบัติงานพึงพอใจเนื่องจากถูกกำหนดโดยผู้ปฏิบัติงาน และผู้ที่เกี่ยวข้อง

เอง จากความสำคัญของการจัดการความรู้ดังกล่าวมาแล้วประกอบกับนโยบายของรัฐบาลในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(กพร.) กำหนดให้ทุกหน่วยราชการต้องมีการจัดการความรู้ ในองค์กรเป็นตัวชี้วัดที่ 4 ของการประเมินส่วนราชการ และการเชื่อมสำรวจของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล(HA)มีการประเมินเรื่องการจัดการความรู้เช่นเดียวกัน ดังนั้นองค์กรจำเป็นต้องมีการจัดการความรู้ซึ่งจะเป็นรูปแบบใดควรพิจารณาตามบริบทขององค์กรและหน่วยงาน ในการศึกษานี้ใช้การจัดการความรู้ของโนนากะเพราะจัดการความรู้ในฐานะของผู้บริหารระดับกลาง(หัวหน้าตึกและเลขาทีมนำทางคลินิก)ร่วมกับระดับปฏิบัติ สามารถจัดการความรู้ได้ตามกระบวนการวงจร “SECI” ในกระบวนการศึกษา ผลจากกระบวนการทำให้เกิดการพัฒนาสร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูรและผ่านการพิจารณาความเหมาะสมโดยผู้ใช้รูปแบบและผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้รูปแบบน่าเชื่อถือและเป็นแนวทางที่ปฏิบัติได้จริง

4. แนวคิดการพัฒนารูปแบบและการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 ความหมายของพัฒนารูปแบบ

การพัฒนา (Development) หมายถึง ความเจริญ การทำให้เจริญ การเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2542)

รูปแบบหรือแบบจำลอง (Model) คือ สิ่งที่แสดงโครงสร้างทางความคิดองค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ ต่างๆที่สำคัญของเรื่องที่ศึกษา (พูลสุข หิงคานนท์ 2540: 50) ซึ่งเป็นวิธีการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ถ่ายทอดความคิด ความเข้าใจ ตลอดจนจินตนาการที่มีต่อปรากฏการณ์หรือเรื่องราวใดๆ ให้ปรากฏโดยใช้การสื่อสารในลักษณะต่างๆ เช่น ภาพวาด ภาพเหมือน แผนภูมิ แผนผัง ฯลฯ เพื่อให้เข้าใจง่ายและสามารถนำเสนอเรื่องราวได้อย่างมีระบบ (เยาวดี ราชชัยกุลวิบูลย์ศรี 2542: 27) หรือเป็นตัวแบบแผนการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การพัฒนาในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ใช้ เป็นกรอบความคิดประกอบด้วยแผนโครงสร้างและแนวทางปฏิบัติงานนั้นๆ (ปริญญา แสงรัตน 2542)

รูปแบบ หมายถึง แนวคิดหรือแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นตามแนวความคิดหรือทฤษฎี โดยใช้แผนผังหรือรูปภาพเป็นสื่อให้เกิดความเข้าใจและเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ

การพัฒนารูปแบบ หมายถึง การดำเนินการให้แนวคิดหรือแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นนั้นเจริญขึ้นหรือปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้น

คีเวส (Keeves 1988 : 561 อ้างใน พูลสุข หิงคานนท์ 2540) ได้แบ่งประเภทของรูปแบบ

4.1.1) รูปแบบเชิงเทียบเคียง (Analogue Model) ลักษณะเป็นรูปแบบเชิงกายภาพ รูปแบบที่สร้างขึ้นต้องมีองค์ประกอบชัดเจนเพื่อให้สามารถนำไปทดสอบข้อมูลเชิงประจักษ์ได้

4.1.2) รูปแบบเชิงข้อความ (Semantic Model) มีการแสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบภายในรูปแบบ ในรูปของข้อความ ใช้หลักการเทียบเคียงเชิงแนวคิด ปรัชญาการณ ใช้ข้อความในการอธิบาย

4.1.3) รูปแบบเชิงคณิตศาสตร์ (Mathematical Mode) เป็นการแสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหรือตัวแปรโดยใช้สัญลักษณ์ทางคณิตศาสตร์

4.1.4) รูปแบบเชิงสาเหตุ (Causal Mode) ต้องสร้างขึ้นจากทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง หรืองานวิจัยที่มีมาแล้ว แสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุ เชิงผลระหว่างตัวแปร ลักษณะความสัมพันธ์มีทั้งทางเดียวและสองทางคือย้อนกลับไปได้

นอกจากนี้ สเตียนเนอร์ (Steiner อ้างใน พูลสุข หิงคานนท์ 2540: 51) ได้จำแนกรูปแบบออกเป็น 2 รูปแบบ

1) รูปแบบเชิงกายภาพ (Physical Mode) แบ่งออกเป็น รูปแบบของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Model Of) ที่สร้างเหมือนจริงทุกประการ และรูปแบบเพื่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Model For) เช่น รูปแบบจำลองที่ออกแบบไว้เพื่อเป็นต้นแบบ

2) รูปแบบเชิงแนวคิด (Conceptual Model) แบ่งออกเป็น รูปแบบเชิงแนวความคิดของสิ่งหนึ่งสิ่งใด (Conceptual Model Of) คือรูปแบบหรือแบบจำลองที่สร้างขึ้นโดยจำลองมาจากทฤษฎีที่มีอยู่แล้ว เช่น รูปแบบที่สร้างมาจากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม รูปแบบเชิงแนวคิดเพื่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด (Conceptual Model For) รูปแบบที่สร้างขึ้นเพื่ออธิบายทฤษฎีหรือปรากฏการณ์ เช่น รูปแบบที่สร้างขึ้นจากทฤษฎีการจัดการตนเองเพื่อไปอธิบายทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

ในการศึกษาวิจัยนี้ ได้ใช้รูปแบบตามแนวคิดของคีเวส ชนิดรูปแบบเชิงสาเหตุ (Causal Mode) ต้องสร้างขึ้นจากทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง หรืองานวิจัยที่มีมาแล้ว แสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุ เชิงผล ลักษณะความสัมพันธ์มีทั้งทางเดียวและสองทางคือย้อนกลับไปได้ และรูปแบบตามแนวคิด สเตียนเนอร์ ชนิดรูปแบบเชิงแนวคิดเพื่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด (Conceptual Model For) คือ รูปแบบที่สร้างขึ้นเพื่ออธิบายทฤษฎีหรือปรากฏการณ์

4.2 วิธีการสร้างรูปแบบ

การสร้างรูปแบบ (Model) นั้น ขึ้นอยู่กับ

4.2.1 ลักษณะของการสร้างรูปแบบซึ่งมีอยู่หลายอย่าง คือ การสร้างแบบบรรยาย การสร้างในรูปแบบของสูตร การสร้างจากทฤษฎี การสร้างโดยการทดลองนำข้อมูลที่ได้มาเป็นรูปแบบซึ่งจะช่วยให้เห็นภาพรวมของกิจกรรมทั้งหมดอย่างมีระบบและมีการแสดงให้เห็นส่วนที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันในรูปแบบจะแสดงให้เห็นทางเลือกและแนวทางในการดำเนินงาน จึงเป็นประโยชน์ในการดำเนินงานสำหรับใช้ประกอบการวิเคราะห์ตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติงานในเรื่องนั้นๆ

4.2.2 ขั้นตอนการสร้างรูปแบบต่างๆ คือ ระบุความต้องการ เป้าหมาย และข้อจำกัดต่างๆ ระบุวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน ศึกษาวิเคราะห์วัตถุประสงค์ สร้างแนววิธีต่างๆ ในการที่จะบรรลุวัตถุประสงค์สร้างเกณฑ์ต่างๆที่ตรงกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้/ประเมินและทบทวนแนววิธีการและข้อมูลต่างๆ ใช้ข้อมูลและประสบการณ์เพื่อปรับปรุงขั้นตอน (ปริญญา แสงรัตน์ 2542)

4.2.3 การพัฒนารูปแบบมีวิธีการต่างๆมากมาย เช่น (group process) โดยตั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิมาประชุมปรึกษาหารือและวางแผนร่วมกัน การใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi) เพื่อช่วยคาดคะเนสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารที่มีอยู่แล้วหรือสร้างแบบสอบถามเพื่อสำรวจความเห็น การจัดการความรู้เป็นอีกแนวทางหนึ่งในปัจจุบันที่นำมาใช้ในการพัฒนางานหรือสร้างรูปแบบการปฏิบัติงานต่างๆขององค์กรซึ่งเป็นวิธีที่ผู้วิจัยเลือกนำมาใช้ เช่น ตัวอย่างรูปแบบการจัดการความรู้ โมเดลไข่ ซึ่งเป็นกระบวนการจัดการความรู้ตามรูปแบบโรงพยาบาลบ้านตาก (บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี และพิเชษฐ บัญญัติ 2549: 52) ขั้นตอนในการพัฒนารูปแบบจะต้องผ่านกระบวนการจัดการอย่างเป็นระบบมีการศึกษาหลักการ แนวคิดและทฤษฎีต่างๆ เพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการกำหนดองค์ประกอบต่างๆของรูปแบบ และรูปแบบที่พัฒนาขึ้นต้องได้รับการตรวจสอบพิสูจน์เพื่อยืนยันประสิทธิภาพของรูปแบบนั้น (ฤทัยรัตน์ ธรเสนา 2546)

4.2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการพัฒนารูปแบบมีหลายเทคนิค ได้แก่ เทคนิคการสนทนากลุ่ม การทำสนทนากลุ่ม มีจุดประสงค์เพื่อประเมินความต้องการหรือพัฒนาปรับปรุงสิ่งที่ต้องการศึกษาให้ดีขึ้นผู้ร่วมสนทนากลุ่มจะมีความเหมือนกันในเรื่องของประสบการณ์ ซึ่งตรงกับกระบวนการจัดการความรู้ขั้นตอนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Socialization) ใช้เทคนิคคล้ายการสนทนากลุ่ม ใช้คนที่มีความเชี่ยวชาญ และความสนใจในเรื่องที่ศึกษาโดยตรง (Holloway and Wheller 1998 อ้างใน วิมลพร ไสยวรรณ 2545) ตรงกับเทคนิคกลยุทธ์ในการจัดการความรู้แบบชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice) จึงทำให้การสนทนากลุ่มมีความตรง

ทางด้านเนื้อหาสอดคล้องกับความเป็นจริง การทำกาสนทนากลุ่มแต่ละครั้งใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม 60-90 นาที ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มควรมี 6 – 12 คนในระหว่างการทำสนทนากลุ่มนั้น ผู้วิจัยจะสังเกตพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่ม และทำการจดบันทึก พร้อมบันทึกเทปการโต้ตอบภายในกลุ่ม เพื่อการวิเคราะห์รายละเอียดต่อไป จึงทำให้การสนทนากลุ่มมีความตรงตามเนื้อหาและสอดคล้องกับความเป็นจริง การจัดการความรู้จัดเป็นการรวบรวม สร้างความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม เช่นเดียวกัน ต่อจากนั้นนำความรู้ที่ได้มาผนวกกับความรู้เชิงทฤษฎีออกมาเป็นรูปแบบที่ต้องการ และแก้ไขปัญหาโดยกลุ่มกลับไปให้กลุ่มตรวจสอบเพื่อเพิ่มความตรงและความเชื่อมั่นของข้อมูล ก่อนผ่านให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอีกครั้งเพื่อความสมบูรณ์ของรูปแบบ

4.3 การทดสอบรูปแบบ

อิสเนอร์ (Eisner 1976: 192-193 อ้างใน พูลสุข หิงคานนท์ 2540: 53) เสนอแนวคิดของการทดสอบหรือประเมินรูปแบบโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ ในบางเรื่องที่ต้องการความละเอียดอ่อนมากกว่าการได้ตัวเลขแล้วสรุป เขาเชื่อว่าการรับรู้ที่เท่ากันนั้นเป็นคุณสมบัติพื้นฐานของผู้รู้ เขาจึงได้เสนอแนวคิดการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิดังนี้

4.3.1 การประเมิน โดยแนวทางนี้ มิได้เป็นการประเมินโดยเน้นสัมฤทธิ์ผลของเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ (Goal Based Model) การประเมินแบบสนองตอบ (Responsive Model) การประเมินอิงการตัดสินใจ (Decision Making Model) แต่การประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิจะเน้นการวิเคราะห์ วิจัยอย่างลึกซึ้งเฉพาะในประเด็นที่ถูกนำมาพิจารณา ซึ่งไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์หรือ กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเสมอไปแต่อาจจะผสมผสานปัจจัยในการพิจารณาต่างๆเข้าด้วยกันตามวิจารณญาณของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับคุณภาพ ประสิทธิภาพ หรือความเหมาะสมของสิ่งที่จะทำการประเมิน

4.3.2 เป็นรูปแบบการประเมินที่เป็นความเฉพาะทาง (Specialization) ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญระดับสูงมาเป็นผู้วินิจฉัย เช่น วิจารณ์งานศิลปะ (Art Criticism) ที่มีความละเอียดอ่อนลึกซึ้ง

4.3.3 เป็นรูปแบบที่ใช้ตัวบุคคล คือ ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเครื่องมือในการประเมิน โดยให้ความเชื่อถือกับผู้ทรงคุณวุฒินั้นที่ขงธรรมและมีคุณพินิจที่ดี ทั้งนี้มาตรฐานและเกณฑ์พิจารณาต่าง ๆ นั้นจะเกิดขึ้นจากประสบการณ์และความชำนาญของผู้ทรงคุณวุฒินั่นเอง

4.3.4 เป็นรูปแบบที่ยอมให้ความยืดหยุ่น ในกระบวนการทำงานของผู้ทรงคุณวุฒิ ตามอรรถาธิบายและความถนัดแต่ละคน นับตั้งแต่การกำหนดประเด็นสำคัญที่พิจารณา การบ่งชี้ข้อมูลที่ต้องการ การเก็บรวบรวม การประมวลผล การวินิจฉัยข้อมูล ตลอดจนวิธีการนำเสนออย่าง

รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบาราศนราคร จึงเป็นรูปแบบซึ่งแสดงด้วยข้อความใช้หลักการเทียบเคียงจากแนวความคิด ประสบการณ์ โดยใช้ภาษาข้อความประกอบแผนภูมิอธิบาย เพื่อให้เกิดความกระจ่างชัดมากยิ่งขึ้นของรูปแบบ เนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบัน จึงใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานหรือการจัดการที่ทุกคนในทีมสุขภาพหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องปฏิบัติ เป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์

4.4 การประเมินคุณภาพรูปแบบ

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการประเมินแนวปฏิบัติ มาประยุกต์เป็นแนวทางการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์เนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบาราศนราคร

4.4.1 แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดีและมีคุณภาพจะต้องมีคุณลักษณะ 11 ประการดังนี้

(Camett 2002; Dickson and Thomas 1999; Thomas and Hotchkiss 2002 อ้างใน ฟองคำ คิลกสกูลชัย 2545)

1) *ความน่าเชื่อถือ* แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดีและมีคุณภาพจะต้องพัฒนามาอย่างเป็นระบบและถูกต้องตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ค้นพบ มีการอภิปรายความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อขัดแย้งและเปรียบเทียบซึ่งนำหน้าระหว่างความเห็นของกลุ่มกับหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเปิดเผย และเมื่อปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติที่แนะนำในแนวปฏิบัติฯ นั้นแล้ว จะต้องทำให้ผู้รับบริการมีสุขภาพที่ดีขึ้น

2) *ความคุ้มค่า-คุ้มทุน* แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดี และมีคุณภาพจะต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติที่แนะนำ ผลลัพธ์การดูแลด้านสุขภาพที่มีประสิทธิผลมากขึ้นนั้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลต้องเป็นที่ยอมรับได้ ถ้าผู้พัฒนาแนวปฏิบัติฯ ไม่ได้คำนึงถึงค่าใช้จ่ายและมุ่งแต่ผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์อย่างเดียวทำให้ต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมากในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ แต่อาจจะไม่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่คุ้มค่าต่อผู้รับบริการ

3) *ความคงที่* แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดีและมีคุณภาพจะต้องพัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความคงที่ หมายความว่าในหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเดียวกันกลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติฯ กลุ่มอื่นจะสรุปเป็นวิธีปฏิบัติที่แนะนำคล้ายคลึงกันนอกจากนี้วิธีปฏิบัติที่แนะนำนั้นสามารถนำไปใช้ในหน่วยงานอื่นได้ด้วย

4) *ความเที่ยง* แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดี และมีคุณภาพจะต้องมีความเที่ยง หมายความว่าในสถานการณ์ทางคลินิกอย่างเดียวกัน ทีมสุขภาพคนอื่นๆ จะทำตามวิธีปฏิบัติที่

แนะนำเพื่อแก้ปัญหาผู้รับบริการ ในแนวทางเดียวกันซึ่งจะเกิดขึ้น ได้ถ้าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมา
 อย่างเป็นระบบและเข้มงวด

5) ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดีและมีคุณภาพจะต้อง
 พัฒนามาจากกลุ่มซึ่งมีผู้แทนที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายรวมทั้งผู้ป่วยด้วย

6) ความสามารถในการประยุกต์ทางคลินิก แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดีและมี
 คุณภาพจะต้องระบุกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจนสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งผู้นำแนวปฏิบัติ
 ไปใช้สามารถประยุกต์ได้ถูกต้อง

7) ความยืดหยุ่น แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดีและมีคุณภาพต้องมีความยืดหยุ่น
 ในการประยุกต์ใช้ทางคลินิก โดยระบุข้อยกเว้นหรือทางเลือกในการใช้และควรพิจารณาค่านิยม /
 ความเชื่อของผู้ป่วยร่วมด้วยในกระบวนการตัดสินใจ

8) ความชัดเจน แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดี และมีคุณภาพต้องมีความชัดเจน
 ในการเขียน ทั้งนิยามคำต่างๆ ที่ใช้ ภาษาเขียนและรูปแบบ ต้องอยู่ในรูปแบบที่ผู้ใช้มีความคุ้นเคย
 ภาษาที่ใช้ต้องไม่มีความคลุมเครือ

9) ความพิถีพิถันในการเขียน แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดี และมีคุณภาพต้องม
 ความพิถีพิถันในการเขียน โดยควรระบุรายละเอียดของกระบวนการพัฒนาทั้งหมดรวมทั้งระบุ
 ผู้รับผิดชอบในแต่ละส่วน วิธีการใช้ ข้อตกลงเบื้องต้นและเชื่อมโยงวิธีปฏิบัติที่แนะนำหลักฐานเชิง
 ประจักษ์ที่อ้างอิง และควรระบุระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ด้วย

10) แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดีและมีคุณภาพควรมีกำหนดการทบทวนเป็น
 ระยะเวลาและปรับปรุงความรู้ให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ

11) แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดีและมีคุณภาพควรมีการระบุกลไกในการช่วยให้
 ผู้ใช้ทำตามวิธีปฏิบัติที่แนะนำ รวมทั้งการติดตามประเมินผล

4.4.2 แนวคิดการประเมินรูปแบบที่นำมาใช้ ได้แก่ เครื่องมือ The Appraisal of
 Guidelines Research and Evaluation (AGREE) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับว่ามีมาตรฐาน
 ในการประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ใช้กันค่อนข้างแพร่หลาย ในงานวิจัยนี้ก็คือรูปแบบนั่นเอง
 (ภาคผนวก ก) มีคำถามให้ประเมินภาพรวมของแนวปฏิบัติดังนี้

1) แนวปฏิบัติทางคลินิกนั้นมีความหมายตรงหรือไม่ การประเมินอาจถามด้วย
 คำถามต่อไปนี้

(1) ใครเป็นคนพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก แนวปฏิบัติฯอาจจะพัฒนาโดย
 บุคคล แต่โดยส่วนมากจะพัฒนาโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

(2) ผู้จัดทำแนวปฏิบัติฯ ได้ใช้วิธีการและหลักฐานที่เหมาะสมในการสรุปวิธีปฏิบัติที่แนะนำหรือไม่

(3) มีการพิจารณาทางเลือกและผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ทั้งหมดหรือไม่ แนวปฏิบัติฯ จะมีความน่าเชื่อถือได้นั้น ผู้จัดทำแนวปฏิบัติฯ ต้องพิจารณาทางเลือกที่เป็นไปได้ทั้งหมด

(4) มีการพิจารณาหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดหรือไม่ ผู้จัดทำแนวปฏิบัติฯ ควรอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการที่ใช้ในการคัดเลือก วิเคราะห์ และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

(5) มีการพิจารณาความลำเอียงหรืออคติของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตีพิมพ์หรือไม่?

(6) วิธีปฏิบัติที่แนะนำมีความเป็นปัจจุบันความทันสมัยในเชิงเทคโนโลยี และการพัฒนาความรู้ใหม่

(7) วิธีปฏิบัติที่แนะนำนั้นมีการประเมินโดยผู้ร่วมวิชาชีพหรือไม่ การประเมินจากผู้เชี่ยวชาญเป็นการเพิ่มความตรงภายนอก

(8) วิธีปฏิบัติที่แนะนำนั้นมีการทดสอบหรือไม่

2) วิธีปฏิบัติที่แนะนำนั้นมีความสำคัญหรือไม่ ถึงแม้ว่าแนวปฏิบัติฯ จะมีความตรงและน่าเชื่อถือ ผู้อ่านก็ต้องประเมินว่ามีความสำคัญหรือไม่ อาจจะประเมินด้วยคำถามต่อไปนี้

(1) ขนาดอิทธิพลมีความใหญ่ขนาดไหน ขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ที่ดีขึ้นจะต้องมากเพียงพอ

(2) วิธีปฏิบัติที่แนะนำนั้นมีความเข้มแข็งเพียงใดผู้จัดทำแนวปฏิบัติฯ สามารถจะให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติที่เข้มแข็งได้

3) วิธีปฏิบัติที่แนะนำมีประโยชน์หรือไม่ ถึงแม้ว่าแนวปฏิบัติฯ นั้นอาจมีความน่าเชื่อถือและมีความสำคัญแต่อาจจะไม่มีประโยชน์สำหรับทุกคน อาจจะประเมินด้วยคำถามต่อไปนี้

(1) วิธีปฏิบัติที่แนะนำนั้นเหมาะกับหน่วยงานหรือไม่ กลุ่มเป้าหมายคล้ายกับผู้ป่วยเรา วิธีปฏิบัติที่แนะนำนั้นต้องการใช้เทคโนโลยีหรือทรัพยากรที่มีอยู่ในหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติทางคลินิกและผู้ป่วยสามารถใช้วิธีปฏิบัตินั้นได้

(2) วิธีปฏิบัตินั้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือไม่ วิธีปฏิบัตินั้นควรจะสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

(3) วิธีปฏิบัติที่แนะนำนั้นสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ ผู้จัดทำแนวปฏิบัติฯ จะต้องให้นิยามเชิงปฏิบัติการที่ชัดเจน เพื่อผู้นำไปใช้จะได้ทำตามได้

(4) วิธีปฏิบัติที่แนะนำนั้นมีนัยที่เหมาะสมหรือไม่ ถ้าวิธีปฏิบัติที่แนะนำไม่มีนัยที่เหมาะสมสำหรับผู้ปฏิบัติทางคลินิกแสดงว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกนั้น ไม่มีประโยชน์

จากแนวคิดการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบด้วยวิธีการปฏิบัติที่มาตรฐานจะทำให้ได้ความสมบูรณ์ของรูปแบบก่อนนำไปใช้ อีกทั้งรูปแบบที่มาจากการจัดการความรู้ขององค์กร ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมเป็นผู้สร้าง ทราบความสำเร็จและปัญหาของการปฏิบัติเป็นอย่างดีทั้งผู้ให้บริการ และผู้ใช้รับบริการ การพัฒนารูปแบบโดยการจัดการความรู้ จึงเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งที่ดีของการพัฒนาองค์กร การพัฒนางานและรูปแบบต่างๆ ในการปฏิบัตินั้นจะต้องเป็นพลวัตมีการพัฒนาปรับปรุงให้ทันสมัยยิ่งขึ้นเรื่อยๆ ตามการพัฒนางานและปัญหาที่เกิดขึ้น รูปแบบแต่ละที่สามารถนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละที่ (สมหวัง พิทักษ์ติกุล 2542: 22) ดังการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานเรื่องโรคเอดส์ในชุมชนแออัดจังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มเยาวชน กลุ่ม อสม. รูปแบบดังกล่าวนี้สามารถสร้างความตระหนักกับชุมชนและนำไปสู่กิจกรรมการณรงค์ป้องกันและดูแลผู้ติดเชื้อ โดยใช้กลุ่ม ดำเนินการเป็นการเสริมสร้างศักยภาพของกลุ่มในการแก้ปัญหาของชุมชนด้วยตนเอง (อารี ปินโพธิ์ 2548) การสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความเป็นไปได้ภายใต้เงื่อนไขการมีส่วนร่วมของชุมชนและตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาในจังหวัด สงขลา ได้รูปแบบ 3 ทางเลือกในการจัดบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและให้การดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) การถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น 2) ส่งเสริมการรวมกลุ่มและการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่ ผู้สูงอายุ 3) การร่วมมือกันของผู้เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ (เพลินพิศ ฐานีวิพัฒนานนท์ 2544) และการ พัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาล รัฐกรุงเทพมหานครรูปแบบการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย นโยบาย วัตถุประสงค์ ผู้รับผิดชอบ บทบาทและหน้าที่ และ กระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอน โดยแต่ละขั้นตอนจะกำหนด กิจกรรม ระยะเวลา วัตถุประสงค์ ลักษณะกิจกรรม มีการประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบ ไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร คือผ่าน เกณฑ์ร้อยละ 80 (วิมลพร ไสยวรรณ 2545) ฉะนั้นรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่ พัฒนาขึ้น โดยการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการของสถาบันบำราศนราดูรจึงมีความ เหมาะสมกับบริบทของสถาบันบำราศนราดูรและถ้าจะนำเชื่อถือ รูปแบบนี้ต้องผ่านการประเมิน ความเหมาะสมของรูปแบบในการนำไปใช้โดยเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ในเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 70 (สากุล ช่างไม้ 2549)

การพัฒนา รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูรที่เกิดจากการจัดการความรู้ตามแนวคิดของ โนนาคะและทาคิวชิ โดยใช้ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการในแผนกกุมารเวชเป็นผู้ร่วมสร้าง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยหวังว่ารูปแบบนี้จะเป็นตัวอย่างของการจัดการความรู้ในหน่วยงานที่นำมาพัฒนาการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ พัฒนาบุคลากรให้เรียนรู้เพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติงาน เป็นส่วนร่วมในกระบวนการจัดการความรู้ และสามารถนำความรู้ฝังลึกออกมาถ่ายทอดนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับองค์กร พัฒนาให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และเผยแพร่งานวิชาการให้กับสถานบริการอื่นๆเพื่อนำไปใช้เป็นตัวอย่างการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ตามบริบทของตนเองต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อ พัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ของสถาบันบำราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้แนวคิดของการจัดการความรู้ และ ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ การจัดการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ที่สร้างขึ้น โดยได้ ทำการศึกษากลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์โดย กระบวนการจัดการความรู้ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน 1) การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแล ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ตาม “SECI model” ของ โนนากะและทาคิวชิ 2) การประเมินความเหมาะสม ของรูปแบบในการนำไปใช้ วิธีดำเนินการวิจัยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

1.1 ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ตาม SECI model ของ โนนากะและทาคิวชิ

1.1.1 ประชากรที่ได้รับการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ให้บริการที่มีความรู้ความชำนาญใน การดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ ของสถาบันบำราศนราดูร ใน ระหว่างเดือน มิถุนายน - กันยายน พ.ศ. 2550

1.1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยตามกระบวนการจัดการความรู้ “SECI model” แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มตัวอย่างเลือกโดยวิธีสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงจากประชากรที่กำหนด ประกอบด้วย

1) กลุ่มผู้ให้บริการได้แก่เจ้าหน้าที่ในทีมสหวิชาชีพของแผนกกุมารเวชของ สถาบันบำราศนราดูร เลือกกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาระงาน และเป็นตัวแทนของหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องกับทีมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ 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 และให้ความร่วมมือในการ

วิจัย จำนวน 1 คน

(7) เกสซ์กรที่รับผิดชอบในการดูแลเรื่องการให้ยาค่านไวรัสผู้ป่วยเด็ก จำนวน 1 คนและเกสซ์กรที่รับผิดชอบให้บริการยาผู้ป่วยใน 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 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบ เฉพาะเจาะจงเลือกผู้ป่วยที่มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีว่าแข็งแรงแจ่มใสเพื่อสร้างบรรยากาศที่ดีในการ สนทนา ที่มารับบริการระหว่างเดือนมิถุนายน 2550 - เดือนกรกฎาคม 2550

1.2 ขั้นตอนที่ 2 ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรค 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 ประเด็นการสนทนของทิมสุขภาพ

หลักการและเหตุผล	ประเด็นคำถาม / คำถามย่อย
<p>การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องครบวงจรต้องจัดการดูแลครอบคลุม</p> <p>1. การดูแลทางการแพทย์และพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อปัญหา ความเจ็บป่วยทางกาย การวางแผนจำหน่าย การจัดการกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพ การบำบัด โดยวิธี การดำเนินโภชนาการ ยาด้านไวรัส การปฏิบัติตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน</p>	<p>1. การจัดการดูแลผู้ป่วยทางด้านงานบริการในแต่ละงานควรมีลักษณะอย่างไร</p> <p>1.1 การจัดการบริการผู้ป่วยเด็กเอดส์ในงานต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยนอก - ผู้ป่วยใน- เกสซักร - หน่วยให้คำปรึกษา - โภชนาการ - พยาธิวิทยา - สังคมสงเคราะห์ - <p>1.2 การจัดการเรื่องการส่งเสริมความรู้ต่างๆ ให้กับผู้ดูแล ผู้ป่วยและญาติ</p> <p>1.3 การดูแลในเรื่องการรับประทานยา</p> <p>1.4 การแนะนำผู้ดูแลในเรื่องการดูแลสุขภาพเด็กและพัฒนาการเด็ก</p>

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) ประเด็นคำถามในการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในผู้ใช้บริการ (ผู้ดูแล)
ข้อคำถามใหญ่จำนวน 3 ข้อ ข้อคำถามย่อย 18 ข้อ

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

2) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์สถาบันบิราศนราดรุ ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์จาก 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
มิติด้านความแม่นยำของรูปแบบการพัฒนา	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 ค่าคะแนนความเชื่อมั่น โดยรวมทุกมิติมากกว่าร้อยละ 70 (สากล ช่วง ไม้ 2549) สามารถสรุปได้ว่า รูปแบบนั้นสามารถเป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ได้ ผลการประเมิน จำแนกเป็น 4 ประการ คือ

- เห็นด้วยอย่างยิ่งในการนำไปใช้
- เห็นด้วยในการนำไปใช้แต่ต้องมีการปรับบางส่วน
- 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 แพทย์กุมารเวชที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์	1 คน
อาจารย์ภาควิชาพยาบาลกุมารเวชมหาวิทยาลัยมหิดล	1 คน
อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล	1 คน
อาจารย์ภาควิชาพยาบาลกุมารเวชวิทยาลัยพยาบาลนนทบุรี	1 คน
อาจารย์ภาควิชาพยาบาลกุมารเวชวิทยาลัยพยาบาลชัยนาท	1 คน

2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือ โดยที่ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ความสอดคล้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษาพร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นผู้วิจัยติดต่อขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้ที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาเอกและแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยและมีความรู้ความเชี่ยวชาญทางด้านการศึกษาผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ 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 คำถามนั้นสอดคล้องน้อยกว่าเนื้อหาที่ต้องการวัด

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 ยอมรับได้ (rank 3 และ 4)

2. ความตรง ยอมรับไม่ได้ (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 สถาบันบาราศนราดูร 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 โดยพิจารณาคงประเด็นการประเมินความเหมาะสมคงเดิมจำนวน 15 ข้อ ดังรายละเอียดในภาคผนวก ค

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการผู้วิจัยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.1 การดำเนินการวิจัย ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและพัฒนา

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเป็นการดำเนินการใน 3 ขั้นตอน การวางแผนการทำงาน การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์โดยการจัดการความรู้ตามแนวคิดของโนนากะและทาคิวชิ มีการดำเนินการตามกระบวนการ วงจร “SECI” 4 ขั้นตอน รวบรวมความรู้ วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ และการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบก่อนนำลงไปสู่การปฏิบัติ 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 การจัดการความรู้โดยใช้แนวคิดของโนนากะและทาคิวชิ การวิจัยและพัฒนาที่ใช้กระบวนการจัดการความรู้ 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 เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนแบ่งปันความรู้ในแต่ละคนภายในกลุ่มจากความรู้ฝังลึกเป็นความรู้ที่สามารถถ่ายทอดให้แก่อัน โดยการสนทนาในประเด็นต่างๆที่กำหนดไว้ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะบันทึกเทปร่วมกับการจดบันทึกข้อมูลเพื่อนำมาจับประเด็นและรวบรวมนำมาสนทนาอีกในครั้งต่อไป เพื่อทบทวนความถูกต้องของข้อมูลและความต่อเนื่อง

8) วางแผนกำหนดนัดหมายกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มเพื่อจัดตารางการทำงานอย่างเป็นขั้นตอนตามกำหนดของกิจกรรมแต่ละกลุ่มตัวอย่าง

3.1.2 ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบโดยการวิจัยและพัฒนา

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

1) การพัฒนารูปแบบจากการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ผู้ดูแล (ผู้ใช้บริการ) และผู้ให้บริการ (ทีมสหวิชาชีพ) โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ตามแนวคิดของ โนนากะและ ทาคิวชิ ใน 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอน Socialization ซึ่งเป็น การสร้างสัมพันธภาพและการแลกเปลี่ยน (Sharing) ความรู้ซึ่งกันและกัน โดยผู้วิจัยจะเป็นตัวเชื่อมในการสนทนาทำหน้าที่เป็น 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. จัดบรรยากาศในการสนทนาเป็นแบบสบายไม่เป็นทางการที่แผนกผู้ป่วยนอกเด็กและห้องประชุมของสถาบันบาราศนราคร เพื่อให้ทุกคนในกลุ่มได้เล่าประสบการณ์และความรู้ออกมาให้มากที่สุดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกันแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ที่ฝังลึก (Tacit knowledge) ให้แก่กัน

ง. โดยนำประเด็นที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยเอดส์แบบต่อเนื่องและครบวงจรร่วมกับการจัดการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ เป็น

หัวข้อในการสนทนา ตามประเด็นในการจัดการสนทนาแต่ละกลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยใช้ประเด็นการสนทนาสำหรับผู้ดูแล ผู้ป่วยใช้ประเด็นการสนทนาสำหรับผู้ป่วย ผู้ให้บริการได้แก่ ทีมผู้ให้บริการที่เป็นสหวิชาชีพใช้ประเด็นการสนทนาของผู้ให้บริการ

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

ขั้นตอน Externalization นำความรู้และข้อมูลที่ได้จากการสนทนาตาม ประเด็นที่ศึกษาในแต่ละครั้งมารวบรวมจัดหมวดหมู่ตามหัวข้อแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์แบบครอบคลุมและต่อเนื่อง พิจารณา Tacit knowledge และความรู้ใหม่ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดกลุ่มบันทึกไว้เป็นแต่ละกิจกรรม เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและเพิ่มเติมให้สมบูรณ์เป็นระยะๆพร้อมกันนำเข้าไปให้กลุ่มสนทนาเพิ่มเติมทุกครั้งที่มีการสนทนา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่อึดตัวและสมบูรณ์มากที่สุด

ขั้นตอน Combination นำแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Socialization สู่ Externalization) ของทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ของสถาบันผนวกความรู้ที่เปิดเผยในแต่ละคนเข้าด้วยกัน (Explicit knowledge to Explicit knowledge) พัฒนาเป็นรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ ของสถาบันบาราศนราครที่สมบูรณ์ นำ Tacit knowledge ของทุกคนที่เข้าร่วมกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้มาใช้ ได้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ที่เกิดจากกระบวนการจัดการความรู้ของทีมผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ในสถาบันบาราศนราคร

ขั้นตอน Internalization ในกระบวนการกลุ่มหรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้ที่อยู่ในกลุ่มจะได้รับความรู้และทักษะที่ดี อันเป็นความรู้ฝังลึก (Tacit knowledge) ของเพื่อนที่ร่วมถ่ายทอดสามารถนำไปปฏิบัติเกิดเป็นความรู้ฝังลึกในอีกคนหนึ่ง แต่สำหรับรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ต้องผ่านการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญก่อนลงสู่การนำไปปฏิบัติเพื่อเข้าสู่ขั้นตอน Internalization ในทีมงานของแผนกกุมารเวช เพื่อให้เกิดความรู้ ประสบการณ์ และปัญญาอยู่ในสมองในเชิง Tacit knowledge ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการสามารถปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ตามรูปแบบที่สร้างขึ้น 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 ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ดำรงชีวิตจากประวัติจากเวชระเบียนประกอบกับสุขภาพในปัจจุบันของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ วิธีการดำรงชีวิตของผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์สิ่งแวดล้อมสังคมของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ข้อมูลจากการสำรวจนี้ผู้วิจัยใช้เป็นข้อมูลสำหรับการเตรียม ประเด็นการสนทนากลุ่มการจัดการความรู้และเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อ เข้าร่วมการทำกลุ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Socialization) การเลือกกลุ่มตัวอย่างในผู้ดูแลและกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่ประสบความสำเร็จในการดูแลรักษาเป็นอย่างดี ในขณะที่ผู้วิจัยจะได้เก็บข้อมูลต่าง 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 การสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที การจัดบรรยากาศในการสนทนาเป็นแบบสบายไม่เป็นทางการ เพื่อให้ทุกคนในกลุ่มได้เล่าประสบการณ์และความรู้ออกมาให้มากที่สุด

จำนวนครั้งในการสนทนาผู้วิจัย ได้ดำเนินการสนทนากลุ่มจนได้ข้อมูลอิ่มตัว (saturated data) ในการนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ใช้การสนทนากลุ่มผู้ให้บริการจำนวน 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ 19 สิงหาคม 2550 เวลา 14.00-15.30 น. ณ ห้องประชุมสถาบัน บำราศนราดรุร ผู้เข้าร่วมสนทนา เป็นทีมสหวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์จำนวน 7 คน

ครั้งที่ 2 วันที่ 24 สิงหาคม 2550 เวลา 14.00 -16.00 น. ณ ห้องประชุมสถาบัน บำราศนราดรุร ผู้เข้าร่วมสนทนา เป็นทีมสหวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์จำนวน 8 คน

ครั้งที่ 3 วันที่ 3 กันยายน 2550 เวลา 14.30 -16.00 น. ณ ห้องประชุมสถาบัน บำราศนราดรุร ผู้เข้าร่วมสนทนา เป็นทีมสหวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ จำนวน 7 คน การสนทนากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์จำนวน 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ 16 กรกฎาคม 2550 เวลา 13.00-14.20 น. ณ ห้องประชุมสถาบัน บำราศนราดรุร ผู้เข้าร่วมสนทนา เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์จำนวน 8 คน

ครั้งที่ 2 วันที่ 6 สิงหาคม 2550 เวลา 10.00 - 11.10น. ณ ห้องประชุมสถาบัน บำราศนราดรุร ผู้เข้าร่วมสนทนาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์จำนวน 7คน

ครั้งที่ 3 วันที่ 3 กันยายน 2550 เวลา 10.00-11.10น. ณ ห้องประชุมสถาบัน บำราศนราดรุร ผู้เข้าร่วมสนทนาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์จำนวน 9 คน

การสนทนากลุ่มผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์จำนวน 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ 15 สิงหาคม 2550 เวลา 10.00 -10.45 น. ณ ห้องตรวจแผนก ผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดรุร ผู้เข้าร่วมสนทนาผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์จำนวน 4 คน

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

ครั้งที่ 3 วันที่ 6 กันยายน 2550 เวลา 10.00-11.10น. ณ ห้องตรวจแผนก ผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดรุร ผู้เข้าร่วมสนทนาเป็นผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์จำนวน 3 คน

ครั้งที่ 4 วันที่ 19 กันยายน 2550 เวลา 10.00-11.10น. ณ ห้องตรวจแผนก ผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดรุร ผู้เข้าร่วมสนทนาเป็นผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์จำนวน 7 คน

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

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

5) ในการสนทนากลุ่มแต่ละครั้ง อาจมีบุคคลที่เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สามารถนำเทคนิคการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ไปปฏิบัติจริงได้เลย อันเป็นการเข้าสู่ขั้นตอน Internalization เมื่อจบการสนทนาในแต่ละครั้ง และในการสนทนากลุ่มครั้งต่อไปจะตรวจสอบ ข้อมูล โดยการสอบถามและบันทึกไว้ในแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

3.2.2) การเก็บข้อมูลในขั้นตอนการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการ จัดการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ จากแบบสอบถามตามหัวข้อต่างๆของการประเมินความเหมาะสมที่ สร้างขึ้นตามแนวทางการประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิก และให้ความคิดเห็นในข้อเสนอแนะ จำนวน 15 ข้อกับผู้เชี่ยวชาญจำนวน 15 คน นำความคิดเห็นทั้งหมดมาปรับปรุงให้รูปแบบมีความ สมบูรณ์ถูกต้องเหมาะสมที่จะนำไปปฏิบัติจริงในสถาบันบาราศนราดูร

การศึกษารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ โดยใช้การจัดการความรู้ ตามแนวคิด โนนากะและทาคิวชิ เป็นการสร้างความสัมพันธ์ของกลุ่ม ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยน เรียนรู้เทคนิคต่างๆ ในการแก้ปัญหาของแต่ละคนในการดูแลเด็ก โรคเอดส์แบ่งปันความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) ในรูปแบบการคุยกันเล่าเรื่องที่ตีให้กันฟัง (Story telling) ทำให้ผู้เข้าร่วม กิจกรรมได้รับความรู้และเทคนิคที่ดีๆ ไปประยุกต์ใช้กับตนเอง ผู้วิจัยเก็บบันทึกข้อมูลทั้งหมด รวบรวมและเขียนออกมาเป็นความรู้ในเอกสาร (Explicit Knowledge) เป็นรูปแบบการพัฒนาการ จัดการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ของสถาบันบาราศนราดูร

4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมนุษย์ การวิจัยอาจ ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง ในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

4.1 ผู้วิจัยทำบันทึกการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผ่านอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์เสนอประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชเมื่อได้รับการรับรองแล้ว ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการวิจัย (ภาคผนวก ก)

4.2 ผู้วิจัยทำบันทึกการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผ่านคณะกรรมการวิจัย สถาบันบาราศนราคร เมื่อได้รับการรับรองแล้ว ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการวิจัยในสถาบันบาราศนราคร (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 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลเชิงคุณภาพที่เก็บรวบรวม โดยการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์เชิงคุณภาพ 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 การพัฒนาหมวดหมู่ในการลงรหัสซึ่งในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ได้ กำหนดรหัสข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการสนทนาดังนี้

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) โดยการนำเอาข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมารวบรวม จัดหมวดหมู่เป็น category และ sub category ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเอดส์อย่างครอบคลุมต่อเนื่อง

5.2.3 การนำเสนอประเด็นสำคัญที่พบ (refining emerging themes) เป็นขั้นตอนวิธีวิเคราะห์เชิงอุปมัย ประกอบด้วย การจัดกลุ่มข้อมูลความรู้ฝังลึกที่นำไปสร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์

6. การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์

การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบาราศนราคร มีขั้นตอนดังนี้

6.1 ร่างรูปแบบจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ผู้วิจัยพัฒนาตามลำดับ ดังนี้

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

6.2 การพิจารณาความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ โดยผู้วิจัยส่งรูปแบบจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์พร้อมแบบประเมินความเหมาะสมให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้ร่วมวิจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ ในเดือนกุมภาพันธ์ 2551 ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้มีส่วนร่วมในการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อพัฒนารูปแบบจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ จำนวน 10 คน รองผู้อำนวยการสถาบันบาราศนราดูร (รักษากรแทนผู้อำนวยการสถาบันบาราศนราดูรและเป็นแพทย์กุมารเวช) 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)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูร โดยใช้แนวคิดการจัดการความรู้ของ โนงาคะ และ ทาคิวชิ (Nonaka and Takuchi) และประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูร ด้วยการแลกเปลี่ยนความรู้และทักษะร่วมกับการเล่าเรื่องของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ทั้งผู้ให้บริการ (ทีมสหวิชาชีพ) และผู้ใช้บริการ (ผู้ดูแลและผู้ป่วย) ตามกระบวนการ การจัดการความรู้ของ โนงาคะ และ ทาคิวชิ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วนตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลและความรู้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้

1.1 ลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้

1.2 ความรู้ที่ได้จากกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ส่วนที่ 2 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูร

ส่วนที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลและความรู้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผู้วิจัยนำเสนอ

ใน 2 ประเด็น

1.1 ลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยประกอบด้วยผู้ใช้บริการ ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ผู้ดูแลเด็กโรคเอดส์ที่บ้านหรือชุมชนและผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยในสถานบริการ อันได้แก่ทีมสหวิชาชีพของสถาบันบำราศนราดูร

สรุปข้อมูลลักษณะของกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีดังนี้

ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือชุมชนมีทั้งหมด 20 คน รายละเอียดดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ลักษณะผู้ดูแลเด็กที่บ้านหรือชุมชน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=20)

ข้อมูล	(จำนวนคน)	ข้อมูล	(จำนวนคน)
เพศ		ความเกี่ยวข้องกับผู้ดูแล	
หญิง	18	บิดา	1
ชาย	2	มารดา	8
อายุ(ปี)		ยาย	3
น้อยกว่า 30 ปี	3	ตา	1
30-40 ปี	7	ป้า	2
41-50 ปี	3	อา	1
51-60 ปี	6	แม่บุญธรรม	1
60 ปี ขึ้นไป	1	เจ้าหน้าที่และพี่เลี้ยงในศูนย์	3
ศาสนา		ฐานะทางครอบครัว	
พุทธ	20	มั่นคง	3
ระดับการศึกษา		ไม่มั่นคง	17
ปริญญาตรี	1	อาชีพของผู้ดูแล	
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	3	ค้าขาย	2
มัธยมศึกษา	9	แม่บ้าน+ ไม่ประกอบอาชีพ	5
ประถมศึกษา	6	รับจ้าง	12
อ่านออกเขียนได้	1	ทำงานส่วนตัว	1
สถานภาพ			
โสด	3		
คู่	17		

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือชุมชนทั้งหมด 20 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 18 คน เป็นเพศชายจำนวน 2 คน อายุเฉลี่ย 43 ปี นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ระดับการศึกษา ปริญญาตรีจำนวน 1 คน ต่ำกว่าปริญญาตรีจำนวน 19 คน อาชีพรับจ้างจำนวน 12 คน ค้าขายและทำงานส่วนตัวจำนวน 3 คน ไม่มีอาชีพจำนวน 5 คน รายได้มั่นคงจำนวน 3 คน รายได้ไม่มั่นคงจำนวน 17 คน มีความเกี่ยวข้องเป็นบิดามารดาจำนวน 9 คน เป็นเครือญาติจำนวน 8 คน เป็นเจ้าหน้าที่ศูนย์ NGO ต่างๆ จำนวน 3 คน

จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่เข้ากลุ่มสนทนาและเป็นผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยร้อยละ 90 เป็นเพศหญิงอายุอยู่ระหว่าง 30 – 60 ปี ร้อยละ 80 การศึกษาดำรงปริญญาตรี ร้อยละ 45 เกี่ยวข้องเป็นบิดามารดา ร้อยละ 55 เป็นญาติและผู้ดูแลอื่น ร้อยละ 85 ฐานะทางเศรษฐกิจไม่มั่นคง นับถือศาสนาพุทธทุกคน

ผู้ดูแลในสถานบริการหรือทีมสหวิชาชีพของสถาบันบำราศนราดูรที่เข้าร่วมวิจัย จำนวน 15 คนรายละเอียดดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ลักษณะของผู้ดูแลเด็กในสถานบริการ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=15)

ข้อมูล	(จำนวนคน)	ข้อมูล	(จำนวนคน)
เพศ		ประสบการณ์ทำงานกับผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์	
หญิง	15	3-5 ปี	2
ชาย	0	6-8 ปี	6
ระดับการศึกษา		9 ปีขึ้นไป	7
ปริญญาโท	5	อายุราชการ	
ปริญญาตรี	9	5-10 ปี	3
แพทยศาสตรบัณฑิต	1	11-15 ปี	2
		16-20 ปี	2
		20 ปีขึ้นไป	8

จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่เข้ากลุ่มสนทนาทีมสหวิชาชีพทั้งหมดเป็นเพศหญิง จำนวน 15 คน อายุราชการมากกว่า 5 ปี ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรีจำนวน 9 คน ปริญญาโทจำนวน 5 คน แพทยศาสตรบัณฑิตจำนวน 1 คน

ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่มารับบริการในสถาบันบำราศนราดูร ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ที่เข้ากลุ่มวิจัยมีทั้งหมด 16 คน ราย รายละเอียดดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ลักษณะของผู้ป่วยเด็กโรคเอ็ดส์ของสถาบันบำราศนราดูร จำแนกตามข้อมูล
ส่วนบุคคล (N=16)

ข้อมูล	(จำนวนคน)	ข้อมูล	(จำนวนคน)
เพศ		การศึกษา	
หญิง	8	ป.1-ป.4	2
ชาย	8	ป.5-ป.6	7
อายุ		ม.1-ม.3	2
8-10 ปี	3	ไม่ได้เรียน	2
11-12 ปี	10	ผู้ดูแลตนเอง	2
13-15 ปี	3	ผู้ดูแลเด็ก	
สภาพร่างกาย/การเจริญเติบโต		บิดา+มารดา	2
ผิวหนังมีความผิดปกติ	3	บิดาผู้เดียว	3
ร่างกายผอม/เจริญเติบโตช้า	5	มารดาผู้เดียว	5
การเจริญเติบโตปกติ/ผิวหนังปกติ	8	ปู่ ย่า+ยาย ตา	1
		ลุง ป้า น้ำ อา	2
		ศูนย์ NGO ต่างๆ	3

จากการศึกษาพบว่า พบว่าเด็กที่เข้ากลุ่มเป็น เด็กชาย และเด็กหญิง เท่ากัน อายุระหว่าง 8-14 ปี อายุ 11-12 ปี ร้อยละ 62.5 กำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-5 ร้อยละ 43.75 เรียนนอกระบบ และไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 25 ผู้ดูแลเป็นบิดามารดาร้อยละ 62.5 เด็กมีร่างกายเจริญเติบโตปกติ ผิวหนังปกติร้อยละ 50 ร่างกายผอม การเจริญเติบโตช้า ผิวหนังมีความผิดปกติร้อยละ 50

1.2 ความรู้ที่ได้จากกลุ่มสนทนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้

ในการวิจัยครั้งนี้ได้จัดการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้ดูแล กลุ่มผู้ป่วย ทีละกลุ่ม ตามประเด็นต่างๆจากการสนทนาได้ความรู้และเทคนิคต่างๆที่ฝังลึกในตัวบุคคล (Tacit knowledge) ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ และได้นำเสนอตามประเด็นสำคัญที่พบ (Emerging Themes) ซึ่งเป็น Tacit knowledge และ New knowledge ทั้งประเด็นย่อยและประเด็นหลัก โดยมีข้อมูลอ้างอิงจากการสนทนาดังนี้

1.2.1 การสนทนาเรื่องการรับประทานยา

ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่มารับบริการที่สถาบันบำราศนราดูร ต้องรับประทานยาต้านไวรัส แบบครบถ้วนต่อเนื่องถูกต้อง (Adherence) การสนทนาพบความรู้และเทคนิคต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์รับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องถูกต้องดังต่อไปนี้

1) สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาต้านไวรัส ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความรู้ว่า ถ้าเด็กทานยาไม่ต่อเนื่องตรงเวลา เชื้อจะคือยา ป่วยบ่อยสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรงมีโรคแทรกซ้อน ปริมาณเม็ดเลือดขาวที่ต่อสู้กับเชื้อโรค (CD4) ลดต่ำลง ปริมาณเชื้อเอดส์เพิ่มสูงขึ้น ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากผู้เข้าสนทนา ดังต่อไปนี้

“ ถ้าไม่ทานยาจะมีปัญหาเรื่องเชื้อคือยา... ” “ การทานยาไม่ตรงเวลาทำให้ไม่สบายมาก ร่างกายทรุดลง ทานอาหารไม่ได้ ออกกำลังกายไม่ได้ เป็นเชื้อราในสมอง ” “ ทานยาไม่ตรงเวลาทำให้ป่วยบ่อย ” “ ...ถ้าเขาไม่ยอมทานยาเขาจะป่วยจะเป็นได้หลายโรค ... ”
 “ กินยาไม่ตรงเวลา CD4 น้อย Viral load เยอะ ทำให้ต้องเปลี่ยนยาหมอบอกคือยา ไวรัส เยอะ ” “ ถ้าทานยาไม่ตรงเวลา เชื้อจะคือยา จะใช้ยาตัวสุดท้ายแล้วจะเปลี่ยนยาอีก เชื้อโรคจะมีมากขึ้นแล้วทำให้ร่างกายไม่แข็งแรง ”

2) มีวิธีต่างๆในการให้ยาเด็ก การป้อนยาให้เด็กที่รับประทานยาเม็ดไม่ได้ ต้องละลายกับน้ำใส่น้ำหวานส่วนใหญ่จะเป็นน้ำแดง แล้วใช้ไซริงค์ป้อนยาให้เด็กถ้าเด็กโตหลังผสมยาแล้วทานเหมือนทานยาน้ำ ถ้ายากมมากๆผสมกับน้ำหวานหรือน้ำแดงหลังทานยาอมลูกอมตามหลังทานยา ยาบางชนิดเป็นผงทานยากมารดาเด็กจะนำยาผงใส่ในแคปซูลแล้วให้เด็กทานยาแคปซูล แต่ละมือต้องทานยาถึง 7 แคปซูลทานน้ำครั้งละ 1-2 แก้ว ใช้เวลาทาน 15-30 นาที การสอนให้ทานยาเม็ดโดยเภสัชกร เช่น วางยาลงไปข้างๆ ลิ่นก่อนกลืนจะทำให้กลืนง่ายขึ้นถ้ากลืนตรงกลางจะกลืนยาก คิค โคนลื่น ผู้ดูแลทุกคนพยายามด้วยวิธีการต่างๆเพื่อให้เด็กทานยาได้ ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนาดังต่อไปนี้

“ กินยาที่เป็นน้ำ เป็นเม็ดก็ต้องผสมน้ำหวาน ยาขมมากๆต้องผสมน้ำแดง ”
 “ มารดานำยาผง DDI ที่ทานยากและมีจำนวนมากป้อนให้เด็กโดยการช้อนแคปซูลยามาแล้ว
 เอาผงยา DDI ใส่แคปซูลให้เด็กทาน...” “ กินแล้ว กินน้ำแดงตามและอมลูกอม ”
 “ ใช้กรรไกรตัดยาให้เปื่อยแล้ว ผสมน้ำแดง หรือน้ำหวาน ” “...เภสัชกรเป็นสอนวิธีการ
 กลืนยา กินยาเม็ด...” “...วิธีกินยาอมน้ำเข้าไปก่อนแต่ขอเป็นน้ำหวาน นะเพราะยามีกลิ่น
 แล้วเอายาใส่ปากกลืนลง ไปเลย ” “...วางยาลงไปข้างๆ ลิ้น ก่อนกลืนจะทำให้กลืนง่ายขึ้น
 ขึ้น ถ้ากลืนตรงกลางจะ กลืนยาก คิด โคนลิ้น ” “ ยา DDI ที่เป็นผงมีวิธีแนะนำให้เด็ก
 ทาน โดยให้ทานพร้อมโอวัลติน”

ประเด็นความรู้ใหม่ที่ได้จากการสนทนา คือวิธีการรับประทานยาที่ผู้ดูแล
 พยายามให้เด็กรับประทานยา ได้ เช่น ยาขมมากผสมกับน้ำหวานหลังรับประทานยาอมลูกอมตาม
 นำยาผงใส่ในแคปซูลแล้วให้เด็กรับประทาน การสอนให้เด็กกลืนยาเม็ด โดยอมน้ำหรือน้ำหวาน
 ก่อนใส่ยาแล้ววางยาไว้ข้างลิ้นก่อนกลืน

3) ใช้เทคนิคต่างๆการให้รับประทานยาถูกต้องตรงเวลา ผู้ดูแลและเด็กมีวิธี
 ให้รับประทานยาได้ตรงเวลาโดยการใช้นาฬิกาปลุกช่วยเตือน การใช้รายการทีวีบอกเวลา การ
 ช่วยกันเตือนระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย การรับประทานยาพร้อมกันทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย ใช้ตัวยาที่
 ได้จากโรงพยาบาลไปทำสัญลักษณ์ติดบอกเวลารับประทานยา
 ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนาดังต่อไปนี้

“ การทานยาก็จะมีเทคนิคมาใหม่เรื่อยๆเช่น “ ขวดยา ช่ายน้ำ ” พอเขาได้ยินเขาก็จะวิ่งกรู
 กันมาทุกคน เราจะตั้งนาฬิกาก่อนเวลาทุกวันเพื่อให้เด็ก ๆ ได้เตรียมตัวก่อนจะมาทานยา เมื่อ
 ถึงเวลาทานยาทุกคนจะมารวมกันที่ห้องพยาบาล ที่ศูนย์จะทานยาไม่เคยเกินเวลา 5 นาที ” “
 มีตัวยาที่ได้จาก โรงพยาบาล ไปก็จะทำสัญลักษณ์ติดบอกว่าอันไหนกินตอนเช้าเป็นวิธีการ
 จัดยาให้เด็กทานยาได้ง่ายและถูกต้อง ” “ เด็กจัดยาเอง เพื่อนๆในศูนย์จัดยาตนเอง ทานยา
 ตรงเวลาดูนาฬิกา ไม่ลืมทานยา ช่วยกันเตือน มีอยู่ 7 คน ” “ หนูเตรียมยาเองทานยาเอง ใช้
 นาฬิกาดูเวลา ” “ ไม่ลืมทานยาเพราะใช้นาฬิกาปลุกแม่จัดให้ แต่กินยาเอง ” “ เขาจะกินยาแข่ง
 กับแม่ ลูกก็จะทานยาเวลาเดียวกันกับแม่ทุกวัน ...จะคอยเตือนกัน ” “ ใช้รายการทีวีคอยเตือน
 พอจบละครก็หีบยาเลย... ลูกกินยาเหมือนผม เดือนสติกันทั้งคู่ ” “ ...ตั้งนาฬิกาปลุกทุกวัน
 บางทีอาจจะต้องพกนาฬิกาติดตัวไปด้วย ” “ สอนเด็กโดยใช้ Model นาฬิกา...สอนจนเด็ก
 รู้จักเวลา ดูนาฬิกาเป็นรู้เวลาทานยา ” “ ตอนเย็นจะทานยาเย็นหลังดู เปาบุ้นจิ้นจบ ”

ประเด็นความรู้ใหม่ที่ได้จากการสนทนา การช่วยกันเตือนระหว่างผู้ดูแลและเด็กทานยาพร้อมกัน ใช้รายการทีวีเป็นการเตือนเวลา ใช้นาฬิกาปลุกใช้สัญลักษณ์คำพูดกระตุ้นเรียกให้มารับประทานยาและเรียกก่อนเวลา 5 นาที (การดูแลที่ศูนย์ NGO)

4) การใช้กฎระเบียบหรือการบังคับเรื่องการรับประทานยาของเด็ก ส่วนใหญ่เด็กที่ยังไม่ทราบผลเสียจะเบื่อทานยาบางครั้งจึงต้องขู่ด้วยความตายหรือมีการบอกว่าจะทำโทษถ้าไม่ทานยา ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนาดังนี้

“ต้องกินยาเคี้ยวตาย” “บอกถ้าไม่กินตายนะ ถ้าไม่เชื่อฟังดีเลยบอกเขาว่าต้องกินยานะ ไม่งั้นอายุไม่มี” “เมื่อก่อนเด็กจะบ่นเรื่องทานยา พอตอนหลังเราบอกผลเสียเมื่อปีที่แล้วเราบอกว่า ไม่กินเคี้ยวตายนะ” “ป่วยบ่อยมากมีอาการต่อต้านเราก็พยายามอธิบายให้เขาเข้าใจ บางทีก็ต้องบังคับ ก็เลยต้องบอกเขาว่าถ้าไม่รักษาจะตาย”
“ที่ศูนย์ของเราค่อนข้างจะมีระบบระเบียบเด็กต้องทำตาม”

5) การทำให้การรับประทานยาเป็นเรื่องในกิจวัตรประจำวัน ต้องทำให้เด็กป่วยรู้สึกว่าการรับประทานยาไม่เป็นเรื่องของการป่วยที่ต้องรับประทานยา ถ้าไม่ได้ทานยาหรือทานยาผิดเวลานั้นคือสิ่งที่ผิดปกติ นั่นคือทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลพึงระลึกเรื่องการทานยาลดเวลาและปฏิบัติเป็นประจำ ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนาดังนี้

“พยาบาลจัดยาให้ ทุกคนทานยาที่ห้องพยาบาล 6 โมงเช้า 6 โมงเย็น ตื่นนอนอาบน้ำ แปรงฟัน ไปทานยา แล้วรอทานข้าว กินข้าวเสร็จก็ไปทานยาหลังอาหารที่ห้องพยาบาล พยาบาลจัดยาให้ แล้วก็ไปสวดมนต์” “ไม่ลืมทานยา หนูจัดยาและทานยาเอง ทาน 7 เม็ด ตอนเช้า ตื่นนอนอาบน้ำแล้วก็ทานยา ตอนเย็นกลับจากโรงเรียนหนูก็ไปเล่น ...พอรู้สึกว่าย็นก็ไปดูนาฬิกาได้เวลาก็ทานยาเอง 6 โมงครึ่งทุกวัน” “ให้ตื่น 7 โมงให้กินยา ผมจัดยาให้ เจ็ด โมงสิบห้าพาไปส่งโรงเรียนทำอย่างนี้เป็นประจำทุกวันบางครั้งเขาก็ถามเองว่า หนูทานยาหรือยัง เขาจะคอยเตือนด้วย เหมือนเป็นกิจวัตร”
“... มันเป็นหน้าที่ ลืมไม่ได้”

ประเด็นความรู้ใหม่ การทำให้เด็กรับประทานยาทุกวันตามเวลา จนเป็นเหมือนกิจวัตรประจำวัน ถ้าวันไหนไม่ได้รับประทานยาคือ ขาดการปฏิบัติสิ่งที่จะต้องทำทุกวันเป็นประจำ

6) มีการตรวจสอบการรับประทานยาให้ครบ ผู้ดูแลบางรายต้องให้เด็กรับประทานยาต่อหน้าและนับเม็ดยาทุกวันด้วยวิธีการต่างๆกัน เช่น นับเม็ดยาที่เหลือทุกวันโดยไม่ให้เด็กรู้ แม้ในสถานบริการเองเมื่อถึงวันนัดผู้ดูแลต้องนำยาที่เหลือมาให้พยาบาลให้คำปรึกษานับจำนวนยาที่เหลือทุกครั้ง ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนาดังนี้

“เด็กจะต้องกินยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ทุกคนค่ะ... และก็จะมีส่วนที่ช่วยดูด้วยว่าทานครบทุกคน...” “...ต้องคอยเตือนเขาตรวจสอบการทานยาของเขาทุกวันโดยนับจำนวนเม็ด...” “...คอยตามเช็คว่าทานยาหรือไม่ทาน เหมือนกับว่าเราต้องคอยนับยาด้วย ” “...ต้องให้ทานยาต่อหน้าและคอยเฝ้าเรื่องการทานยา ” “เด็กจะไม่รู้เลยว่าเราตรวจสอบการทานยาของเขาทุกวัน โดยนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ โดยจะสุ่มเช็ค ”

ประเด็นความรู้ใหม่ แม้ว่าเด็กจะทานยาเองได้ ก็ต้องมีการตรวจสอบเรื่องการรับประทานยาอยู่เสมอว่าเด็กรับประทานยาจริงหรือไม่ บางครั้งก็ต้องให้รับประทานยาต่อหน้า

7) การจัดบรรยากาศสภาพแวดล้อมและสร้างแรงจูงใจให้เกิดความเพลิดเพลินหรือสนุกสนานในการรับประทานยา การจัดสถานที่ห้องพยาบาลให้เป็นสถานที่ที่เด็กสามารถไปทำกิจกรรมอย่างอื่นที่ทำให้เกิดความเพลิดเพลินหรือสนุกสนานได้ด้วย เช่น อ่านหนังสือหรือเล่นของเล่น มิใช่ไปใช้เฉพาะเวลาป่วย หรือการให้ทุนการศึกษาเมื่อรับประทานยาดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนาดังนี้

“ในห้องพยาบาล พยาบาลจะมีหนังสือให้อ่าน มีของให้เล่น เด็กๆจะชอบมาที่ห้องพยาบาลไม่มีความรู้สึกว่าคุณมาที่ห้องพยาบาลเป็นเด็กที่ป่วย เป็นที่น่ากลัว”
“เราจัดชมรมกัลยาณิวัฒนาทุกซัปดาห์โดยสมาชิกคือผู้ดูแลที่วิชาชีพให้เงินบริจาคเพื่อให้ทุนการศึกษาเด็กประจำปีเราจะให้กับเด็กที่ร่วมมือในการรักษาและทานยาดีเพื่อให้กำลังใจเด็ก”

ประเด็นความรู้ใหม่ ห้องพยาบาลควรมีการจัดบรรยากาศสภาพแวดล้อมและสร้างแรงจูงใจให้อายกรับประทานยาโดยการจัดสถานที่ห้องพยาบาลให้เกิดความเพลิดเพลินหรือสนุกสนานเมื่อมาทานยาหรือมาห้องพยาบาล และให้ทุนการศึกษาเด็กที่ทานยาดี

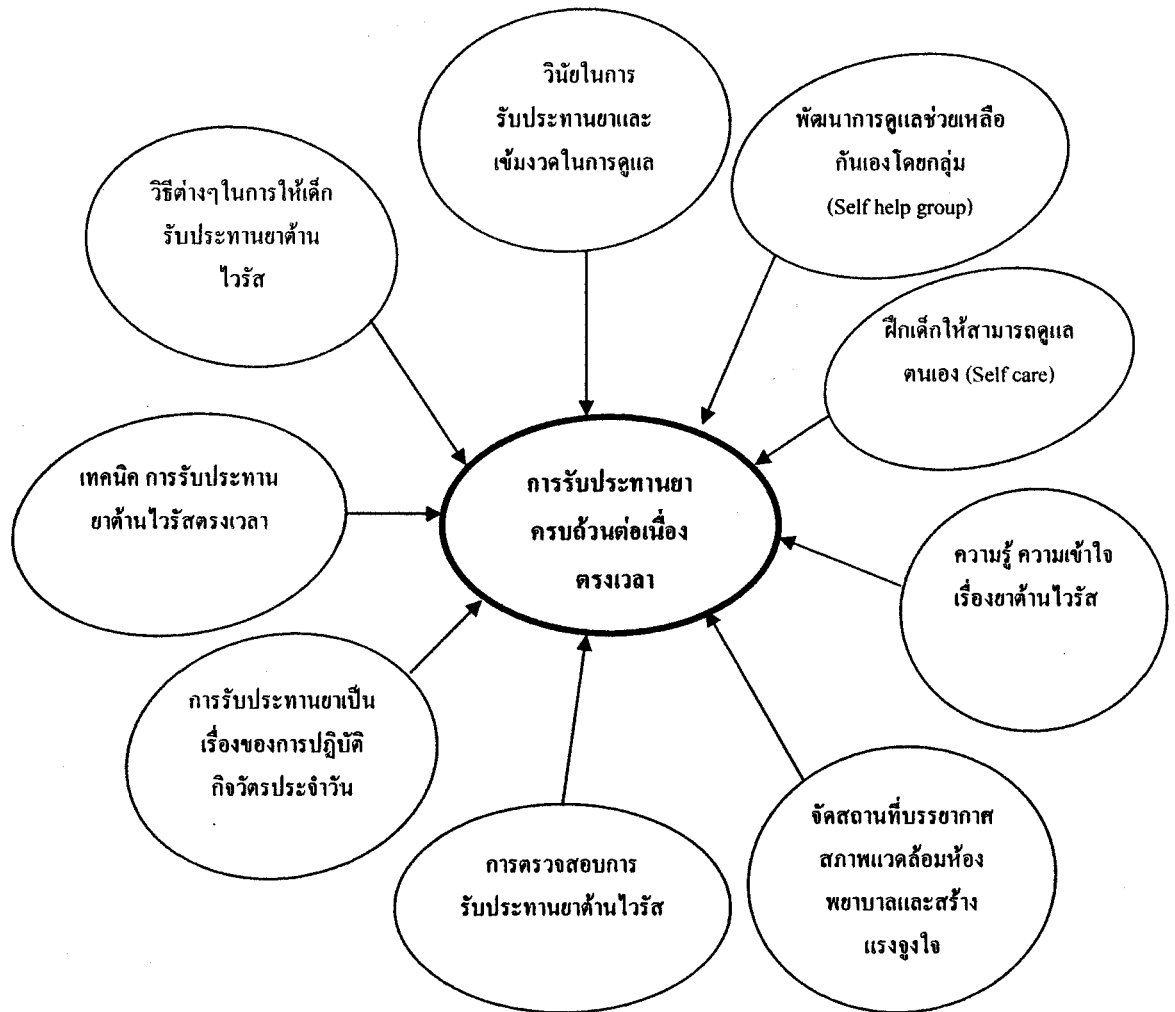
8) การฝึกให้เด็กสามารถดูแลตนเอง (Self Care) ผู้ดูแลบางคนจะฝึกให้เด็กดูแลตนเองในเรื่องของการรับประทานยาเมื่อเด็กเริ่มโตขึ้นรับผิดชอบตัวเองได้ดีขึ้น ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนาดังนี้

“หนูจัดยาและทานยาเอง... ตอนเช้า... เย็นก็ไปดูนาฬิกาได้เวลาก็ตานยาเองจัดยาเอง”
 “เพื่อนๆ ในศูนย์จัดยาทานเอง ... มีอยู่ 7 คน ” “เด็กที่ศูนย์เราจะจัดยาไว้ให้เขาที่ตู้เสื้อผ้าที่
 ห้องนอนของเขา เขาก็จะทานยาเอง เขาจะจำชื่อยาได้หมด ...” “หนูเตรียมยาเอง ทานยาเอง”
 “ทานยาทุกวันเช้า-เย็นแม่จัดวางไว้ให้ แล้วกินยาเอง” “ฝึกให้เด็กดูนาฬิกา...เป็นการ
 เสริมสร้างให้เด็กดูแลตนเอง...” “สอนให้เด็กช่วยดูแลตนเองโดยใช้ Model นาฬิกา ...สอน
 จนเด็กรู้จักเวลา ดูนาฬิกาเป็น” “ฝึกให้เด็กร่วมรับผิดชอบในการใช้ยา ...”

9) พัฒนาการดูแลช่วยเหลือกันเอง โดยกลุ่ม (Self help group) เด็กที่อยู่
 รวมกัน โดยเฉพาะเด็กในศูนย์ NGO ต่างๆ จะช่วยกันดูแลซึ่งกันและกัน รุ่นพี่ดูแลรุ่นน้อง คั่งข้อมูล
 สนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนาดังนี้

“ที่ศูนย์ของเราค่อนข้างจะมีระบบระเบียบ เด็กโตไม่ค่อยมีปัญหา อาศัยการดูแลร่วมกัน ทุก
 คนจะช่วยกันดูแลเพื่อนๆ” “ในบ้านแบ่งบุญเราเคยไปเยี่ยม สอนเด็กช่วยตัวเองดูแลตนเอง พี่
 ดูแลน้อง จัดยาให้น้อง” “เด็กที่อยู่รวมกัน รุ่นพี่ต้องช่วยดูแลน้องในบ้านคอยเตือนให้เขาทาน
 ยาตรงเวลาทุกวันทุกคนจะช่วยกันดูแลเพื่อนๆ ในบ้าน” “เขาจะกินยาแข่งกับแม่ ลูกก็จะทาน
 ยาเวลาเดียวกันกับแม่ทุกวัน เขาก็จะมาทานยาเองเขาก็จะคอยเตือนเราด้วย”

ประเด็นความรู้ใหม่ เด็กสามารถช่วยกันดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
 รวมทั้งผู้ใหญ่และเด็กที่ต้องทานยาเหมือนกันเวลาเดียวกันต่างก็ช่วยกันเตือน ไม่ให้ลืม
 รับประทานยา



ภาพที่ 4.1 ความรู้ใหม่เรื่องการรับประทานยาถูกต้องครบถ้วนประกอบด้วยแนวทางการจัดการ

1.2.2 การสนทนาเรื่อง การเลี้ยงดูและการดูแล ต้องมีความรัก ความสัมพันธ์ในครอบครัว การดูแลแบบห่วงใย ใส่ใจใกล้ชิด คิดว่าชีวิตทุกคนมีคุณค่า เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลทุกคนมีให้กับผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ผู้ดูแลบางคนเป็นคุณตา คุณยาย คุณป้า แม่บุญธรรมหรือเจ้าหน้าที่ในศูนย์ NGO ต่างๆ บุคคลเหล่านี้ต้องทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลเด็กแทนบิดามารดาที่เสียชีวิตไปแล้ว ทุกคนเหล่านี้จะสนทนาถึงเด็กด้วยความห่วงใย และเห็นความรักเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ดูแลควรมีให้เด็กและเป็นสิ่งที่เด็กต้องการ ผู้เป็นบิดามารดาจะใกล้ชิดกับลูกคอยให้กำลังใจ ด้านบุคลากรในโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น ให้การดูแลเด็กอย่างใส่ใจติดตามตลอดเวลา ไม่รังเกียจผู้ป่วยเด็กให้การดูแลแบบหัวใจมนุษย์

1) การแสดงออกถึงความรักและความห่วงใยเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ดูแลควรปฏิบัติกับเด็ก และเป็นสิ่งที่เด็กต้องการการดูแลให้ความรัก ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนาดังต่อไปนี้

“... คิดว่าเขาอยากได้กำลังใจ ไม่รังเกียจเขา รักเขา กอดเขา ”

“... ถ้าเขาไม่อยู่ หลานชายจะนอนร้องไห้ เพราะนอนกับยายทุกคืน ”

“เราควรแสดงความรัก กอดเขา ” “ การได้ความรักก็จะทำให้เด็กมีสุขภาพจิตที่ดี ”

2) สัมพันธภาพในครอบครัว ไม่ว่าจะเด็กจะอยู่ในความดูแลของใครแต่ผู้ดูแลทุกคนต้องให้ความสำคัญกับการดูแลที่ใกล้ชิดและการเอาใจใส่ ห่วงใยดูแลเห็นคุณค่าของชีวิต ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการเล่าประสบการณ์และการสนทนา ดังนี้

“ต้องดูแลเขาเพิ่มมากขึ้น ทุก ๆ อย่าง...” “ ยายจะดูแลเขาเป็นอย่างดี ให้เขาทานอาหารทุกอย่าง ... ” “ เจ้าหน้าที่ในศูนย์ทุกคนสนใจเด็ก แม้กระทั่งแม่ครัวถ้าเห็นเด็กผอมก็จะเสริมนมให้ ” “ การดูแลเด็กจะประสบความสำเร็จหรือไม่ สิ่งที่สำคัญคือผู้ปกครอง ... ”
 “...คนอื่น เขาก็จะไม่เข้าใจลูกเราได้ดีเท่าเรา และที่สำคัญอย่าคิดฆ่าตัวตายนะคะ เป็นบาปมหันต์ อย่าทำนะคะ กำลังใจสำคัญที่สุด แต่ต้องเริ่มจากตัวเราก่อน”

3) ความเอื้ออาทรของทีมสุขภาพ สำหรับผู้ดูแลที่เป็นผู้ให้บริการอันได้แก่ทีมสหวิชาชีพ ทุกคนจะสามารถให้บริการได้ดีต้องมีความเอาใจใส่ เสียสละ ทำงานเพื่อวิชาชีพด้วยหัวใจมนุษย์ ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการเล่าประสบการณ์และการสนทนา ดังนี้

“ พยาบาลให้คำปรึกษาและ แพทย์ จะให้เบอร์ โทรศัพท์มือถือไว้ติดต่อ ได้ตลอดถ้ามีปัญหา”
 “ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกคนดูแลแบบไม่รังเกียจ ดูแลเหมือนผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่ได้คิดเชื้อ
 บางที่เด็กก็ถูกทิ้ง ไว้กับเจ้าหน้าที่... พยาบาล...จะทำอาหารมาให้เด็กทาน...” “ พยาบาล... ชื่อ
 ขนมนให้กินบ่อย ” “ สิ่งสำคัญหรือ key success ของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ ความทุ่มเท ใส่
 ใจของเจ้าหน้าที่ ” “ เด็กบางรายที่อายุเข้าสู่วัยรุ่นบางคนมีอาการซึมเศร้า... ซึ่งเราต้องพูดคุย
 ซักถามและให้กำลังใจ... ซึ่งตอนแรกๆ เด็กจะไม่พูดกับเราเลย... ช่วงหลายๆเดือนต่อมา...เด็ก
 จะหน้าตาสดชื่นและพูดคุยกับเราอย่างเปิดเผย ” “ การดูแลต้องใส่ใจกับเด็ก หมอเสียสละ
 ขนาดให้เบอร์โทรส่วนตัว สามารถโทรปรึกษาได้ตลอด ... อาจจะเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ประสบ
 ความสำเร็จในการรักษา...” “ ทุกครั้งที่มาที่ บำราศ ๔ ดิฉันได้กำลังใจจากหมอ จากพยาบาล”
 “ ตอนที่อายุรู้ว่าหลานติดเชื้อร้องไห้ไม่ทราบว่าจะทำอะไร ได้พยาบาลที่ให้อาหารใจในวัน
 นั้นจึงทำให้มีกำลังใจดูแลหลานมาจนทุกวันนี้ ” “ เด็กแรกเกิดถูกมารดาทิ้งต้องรับการติดต่อกับ
 กับสงเคราะห์... จึงฝากเลี้ยงไว้ที่แผนกหลังคลอด ขึ้นไปดูทุกวัน ป้อนนมให้... ตั้งชื่อให้ดูแล
 เสมือนลูกตนเองเกือบทุกอย่าง พอเริ่มโต แพทย์นำโมบายมาแขวนให้เด็ก ติดตามเรื่องสถาน
 สงเคราะห์จนย้ายเด็กไปสถานสงเคราะห์ได้ ปัจจุบันเด็กอายุ 1 ปีครึ่งและผลเลือดปกติ
 ชาวต่างชาติมาขอไปเป็นบุตรบุญธรรมไปอยู่อเมริกา ”

ประเด็นความรู้ใหม่ การแสดงความรักกับเด็ก การให้ความอบอุ่นใน
 ครอบครัว ความเอื้ออาทรของทีมนักสุขภาพมีผลทำให้การดูแลเด็กโรคเอดส์มีประสิทธิภาพ

1.2.3 การสนทนาเรื่อง การดูแลสุขภาพเด็ก

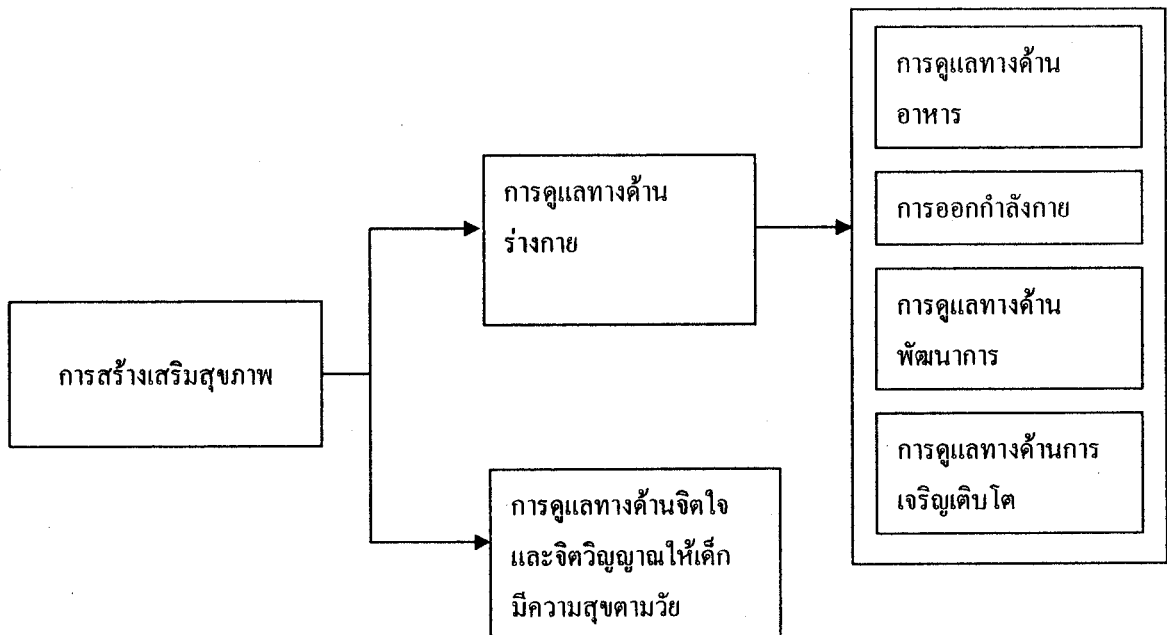
สุขภาพเป็นส่วนสำคัญของการดูแลเด็ก สุขภาพที่ดีจะช่วยลดภาระของผู้ดูแล
 ในทุกๆเรื่องผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับเด็กผู้ดูแลทุกคนมีส่วนช่วยเสริมสร้างสุขภาพที่ดีให้เด็ก

1) การสร้างเสริมสุขภาพช่วยให้เด็กมีสุขภาพดีเป็นการดูแลเด็กที่คืออย่างหนึ่ง
 การสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเด็กต้องอาศัยผู้ดูแลเนื่องจากการดูแลตนเองในวัยนี้ต้องพึ่งพาผู้ดูแล
 ผู้ดูแลมีความสำคัญในการช่วยเด็กดูแลสุขภาพตนเอง หน้าที่ของผู้ดูแลเด็กเรื่องการสร้างเสริม
 สุขภาพได้แก่ การดูแลเด็กในเรื่องต่างๆทั้งร่างกายและจิตใจ การดูแลด้านสุขภาพร่างกาย ได้แก่
 ความสะอาด การดูแลเรื่องอาหาร การขับถ่าย การออกกำลังกาย การเจริญเติบโต การดูแลเมื่อ
 เจ็บป่วย และการฝึกให้เด็กดูแลสุขภาพตนเอง รับผิดชอบตนเอง ช่วยดูแลกันในกลุ่ม สิ่งเหล่านี้ล้วนช่วยให้
 การสร้างเสริมสุขภาพของเด็กมีประสิทธิภาพ เรื่องการรับประทานอาหารอย่างไรจะ让孩子ทาน
 อาหารได้ดี มีประโยชน์ ถูกต้องและครบถ้วนอาจต้องมีวิธีการที่จะทำให้เด็กทานอาหารได้ เช่น
 การใช้วิธีร่วมกันทำอาหาร เลือกทานอาหารที่มีประโยชน์ตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล
 ขอยาบำรุงไปทานเสริมเพื่อให้เด็กทานอาหารได้ดีขึ้น เด็กบางรายได้รับยาต้านไวรัสที่มีผลทำให้
 ไขมันในเลือด (Cholesterol) สูงต้องจำกัดอาหารไขมันจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำจากโภชนาการ

ด้านพัฒนาการต่างๆของเด็กมีการตรวจโดยแพทย์ เรื่องการออกกำลังกายเด็กส่วนใหญ่จะปฏิบัติ เช่นเดียวกับเด็กปกติทั่วไป เช่น เล่นกีฬาที่โรงเรียนตามชนิดของกีฬาที่โรงเรียนให้เล่นตามวัย เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงป้องกันโรคแทรกซ้อนตลอดจนการดูแลด้านอารมณ์ จิตใจ

ตั้งข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการเล่าประสบการณ์และการสนทนา ดังนี้

“ยายจะดูแลเขาเป็นอย่างดี ให้เขาทานอาหารทุกอย่าง ที่เป็นประโยชน์ต่อเขา กลัวหลาน จะท้องเสีย” “ถ้าเด็กผอมก็จะเสริมนมให้ เรานั่นทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เตรียมอาหาร ให้ทานครบ 5 หมู่หลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่จำเป็น ” “ คอยดูเวลาเขาไปเล่นสกปรก ก็สั่งว่าอย่า ไปเล่น เดี่ยวติดเชื้อโรค... ดูแลเรื่องความสะอาด ทุกอย่างทำอย่างสะอาดคัมของที่เขาจะใช้ บ้านช่องทำความสะอาดอย่างดี เปลี่ยนผ้าปูที่นอนทุกอาทิตย์ พื้นต้องฆ่าเชื้อ หาวิธีการ ทำอาหารเพื่อจะให้เขาทานได้ ” “ ให้ทานผักมาก ๆ เอาผักมาคัม บางทีก็ผัด จะไม่ให้ลูกทาน ของมันๆทอดๆ เน้นผัก ” “ .. ทุกคนจะต้องมีส่วนร่วมในการทำอาหารเราจะสอนให้เขา ทำงานบ้านให้เป็น ทำอาหารเป็น เพื่อเขาจะได้ดูแลตนเองได้ ... ” “ การดูแลตนเองให้ร่างกาย แข็งแรงต้อง 1) การออกกำลังกาย 2) ทานอาหารที่มีประโยชน์ 3) ทานยาตรงเวลา 4) ล้าง มือเพื่อป้องกันเชื้อโรค ” “ ทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ขนมหึง นม นมจืดเป็นอาหารที่มี ประโยชน์ ได้ไขมัน งคอาหารของหมักคอง อาหารมีไขมันมาก อาหารหวานมากๆ ทาน อาหารปรุงสุกใหม่ๆ ทานน้ำผลไม้หลายๆ ทานน้ำมากๆ ทานนม ทานไข่” “การออกกำลังกาย ...ชอบเล่นเบต เล่นปิงปองทุกวัน เล่นบอลที่ โรงเรียน ซ้อมบอลทุกอาทิตย์ เล่นเปตองที่ โรงเรียน”



ภาพที่ 4.2 การสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วยแนวทางการจัดการการดูแลตามกรอบดังนี้

2) การดูแลสุขภาพใน สถานบริการ เป็นเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ทางด้านคลินิกแบบองค์รวม การดูแลรักษาพยาบาลที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ทุกคนที่เข้ามารับบริการในสถานบำบัดสารเสพติด จะต้องได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยมีแนวทางการรักษาของแพทย์และการดูแลให้การพยาบาลของพยาบาลดังต่อไปนี้

3) แนวทางการรักษาของแพทย์

(1) การ ตรวจร่างกาย เพื่อประเมินเด็ก ว่าควรจะให้ยาต้านไวรัส และยา Prophylaxis เมื่อใดโดย พิจารณาจาก CD4 ดังนี้ เด็กอายุ < 1 ปี $CD4 < 25\%$, 1-3 ปี $CD4 < 20\%$ 3 ปี $CD4 < 15\%$

(2) ประเมินสภาพครอบครัว ความพร้อมในการรักษาต่อเนื่องระยะยาว ก่อนเริ่มที่จะให้ยาต้องให้คำปรึกษาโดย Counselor ซึ่งจะต้องมี การประเมินเรื่องของการรับประทานยาอย่างถูกต้องต่อเนื่อง (Adherence) ของเด็ก ความเอาใจใส่ และให้ความสำคัญของการมาตามนัด

(3) การประเมินภาวะโรคแทรกซ้อนหรือโรคร่วม (Opportunity Infection) และให้ยาป้องกันโรคแทรกซ้อน (OI Prophylaxis) เช่น ยา Bactrim ป้องกันโรคปอดบวมจากเชื้อรา (PCP)

(4) พิจารณาสูตรยาต้านไวรัส (ยา ARV) ควรให้สูตรไหน ในสูตรมาตรฐาน พื้นฐาน 3 ตัว คือ กลุ่ม NNRTI + NRTI

(5) การจัดการเรื่องการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นในผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ตาม guide line (Lab Monitor) ตามหลักเกณฑ์ของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) คือ เจาะหาปริมาณเม็ดเลือดขาวที่ต่อต้านเชื้อโรค (CD4) ทุก 6 เดือน ตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัส (Viral Load) 1 ครั้ง/ปี ตรวจ Blood Chemistry , CBC ทุก 6 เดือน ส่งตรวจ Drug Resistance เมื่อมี Failure ของการให้ยาด้านไวรัส 1 ครั้ง/ปี

(6) การดูแลเรื่องวัคซีน (Vaccine) ต่างๆตามระยะเวลาให้เหมาะสมกับอายุ งดการให้วัคซีนในเด็กที่มีอาการ คือ BCG, MMR อาการรุนแรง งดวัคซีน Polio

(7) การประเมินการเจริญเติบโตตามวัย ในวัยรุ่น ตรวจเรื่องของการเจริญเติบโตทางเพศ ของเด็กที่เข้าสู่วัยรุ่น (TANNER Stage)

(8) การเปิดเผยผลเลือดกับเด็ก (Disclosure) ทำเป็นกระบวนการโดยการเตรียมผู้ดูแลก่อน ผู้ที่มีหน้าที่ให้ข้อมูล และเปิดเผยผลเลือด คือพยาบาลให้คำปรึกษา (Counselor)

(9) การติดตามเรื่องการเจริญเติบโต พัฒนาการ (IQ) น้าหนัก ส่วนสูง

(10) การดูแลเรื่องของฟัน ในเด็กที่อายุ 6 ปี ขึ้นไป

(11) การคัดกรองเรื่องของการตรวจลานสายตา วัคสายตา ดู eye ground (CMV retinitis) ส่งพบจักษุแพทย์ ถ้า $CD4 < 50$

(12) เตรียมญาติในเรื่องของการมาตรวจตามนัด เพื่อความร่วมมือในการรับประทานยา

4) แนวทางการจัดการดูแลของพยาบาล การปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยใน

(1) ให้การดูแลด้านร่างกาย การพยาบาลตามอาการ การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

(2) การให้ยาด้านไวรัส อย่างต่อเนื่อง ตรงเวลา

(3) การให้การดูแลแบบครอบครัวผู้ป่วยอยู่กับญาติได้ตลอดเวลาในห้องที่เป็นสัดส่วน

(4) พยาบาลให้คำปรึกษา ขึ้นเยี่ยมทุกวันในภาคบ่ายและจัดกิจกรรมต่างๆ ให้เด็กได้รับความเพลิดเพลิน เช่น การเล่นเกมคอมพิวเตอร์ การให้ความรู้ทางสื่อ DVD การวาดภาพ ระบายสี

(5) การวางแผนการจำหน่าย (Discharge planning) ผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ได้รับการสอน การสาธิตวิธีการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านอย่างเหมาะสม เช่น การเช็ดตัว ล้างมือ การให้ความรู้เรื่องยา การดูแลรักษาสุขภาพตนเอง วัคซีน เป็นต้น

(6) การใช้ทีมสหวิชาชีพ ร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ตั้งแต่การใช้ โภชนาการดูแลเรื่องอาหารผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ตั้งแต่แรกเริ่ม และ เกณฑ์การดูแลเรื่องยาที่ผู้ป่วยได้รับตลอดการรักษา รวมทั้งพบผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กเตรียมเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัส ยาป้องกันโรคร่วมที่มักเกิดกับผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

(7) การส่งต่อผู้ป่วยเด็กเพื่อรับบริการต่อเนื่องจากสถานบริการสุขภาพ แห่งอื่นๆ เช่น รพศ/รพท./รพช. สถานีอนามัย หรือ องค์กรภาครัฐ องค์กรเอกชน ศูนย์ NGO ต่างๆ

(8) การนัดติดตามผลการรักษา และการรับยาอย่างต่อเนื่องรวมทั้งการส่งต่อหน่วยงานผู้ป่วยนอกเพื่อติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อไม่มาตรวจตามนัด

(9) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (care of the dying)

- การเตรียมสภาพจิตใจของผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ให้กล้าเผชิญกับความตายได้อย่างสงบ
- การดูแลช่วยเหลือตามอาการ เช่น การให้ยาระงับปวด การดูแลตามสภาพร่างกาย เป็นต้น
- การเตรียมความพร้อมของครอบครัว เกี่ยวกับ การพัฒนาทักษะการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ระยะสุดท้าย การเตรียมใจจะยอมรับกับการสูญเสีย การจัดการศพ

5) การจัดการดูแลของพยาบาล การปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยนอก

(1) พยาบาลต้องมีความรู้เรื่องฤทธิ์ และผลข้างเคียงของยาต้านไวรัส แต่ละตัว เพื่อให้คำแนะนำแก่ ผู้ป่วยและญาติได้ถูกต้อง

(2) ติดตามให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามนัด เพื่อให้ไม่ให้ขาดยาและมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล

(3) ติดตามผล Lab ก่อนนัดให้พร้อมก่อนแพทย์ตรวจ เพื่อความสะดวก และรวดเร็ว อาจปรับเปลี่ยนยาหรืออาจต้องตรวจเชื้อดื้อยา ตรวจ check ให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจ ประเมิน CD4 ทุก 6 เดือน Viral Load ปีละครั้ง กรณีผู้ป่วยที่กิน IDV ต้องได้รับการตรวจ U/A ทุก 6 เดือน เป็นต้น

(4) กรณีผู้ป่วยกินยากลุ่ม PI จะมีไขมันในเส้นเลือดสูง ต้องได้รับการวัด ความดันโลหิตและให้คำแนะนำเรื่องโภชนาการ และติดตามผล Lab ตามแผนการนัด

- (5) การแจ้งสิทธิของผู้ป่วยให้ทราบเพื่อความสะดวกในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล
- (6) ติดตามให้ผู้ป่วยได้รับวัคซีนให้ครบถ้วนเท่าที่จำเป็น ตามอายุที่ควรจะได้รับ
- (7) ติดตามให้ผู้ป่วยได้รับการเอ็กซเรย์ อย่างน้อยปีละครั้ง ชักประวัติการสัมผัสเชื้อวัณโรคทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล
- (8) กรณีมารดายังมีชีวิตอยู่ส่งเสริมให้ได้รับการตรวจสุขภาพและตรวจมะเร็งปากมดลูกทุก 6 เดือน
- 6) การจัดการดูแลของพยาบาลงานพยาบาลให้คำปรึกษา
- (1) ให้คำปรึกษาก่อนตรวจเลือด และ หลังตรวจเลือดในงานบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
- (2) ให้บริการร่วมกับแพทย์ในการชักประวัติ ประเมินผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยาของเด็ก โดยออกให้บริการผู้ป่วยนอกเป็นประจำทุกวันที่มีการตรวจเด็กโรคเอดส์
- (3) การดูแลทางด้านร่างกาย ดูแลเรื่องการรับประทานยาด้านไวรัส ช่วย让孩子ได้รับประทานยาอย่างถูกต้องต่อเนื่อง
- (4) การตรวจสุขภาพเด็ก ช่วยแพทย์ในการตรวจสุขภาพทั่วไป การเจริญเติบโต ทุกครั้งที่มาตรวจตามนัด พร้อมให้ความรู้ด้านพัฒนาต่างๆ
- (5) ช่วยประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาด้านไวรัสชนิดต่างๆรวมทั้งการประเมินวัดลานสายตา
- (6) การดูแลทางด้านจิตใจ ช่วยในการสนทนาปัญหา ทางด้านสังคม สนับสนุนสิทธิและประโยชน์ การเรียน
- (7) ให้การดูแลแบบครบวงจร พยายามสร้างเสริมอำนาจ (Empowerment) ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สร้างเสริมสุขภาพตนเอง (Health Promoting)
- (8) ประสานความร่วมมือในการดูแลเป็นทีมสหวิชาชีพ เมื่อเด็กประสบปัญหาต่างๆ เช่น การรับประทานยาไม่ได้จากสาเหตุอะไรก็ตาม ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพ เด็กคือขาดนัด ขาดค่าเดินทางมารับยา ขาดคนดูแลให้ทานยา และญาติคนอื่นไม่ทราบผลเลือด การแก้ปัญหาต้องสำรวจปัญหาที่แท้จริงและช่วยแก้ไขให้ตรงประเด็น โดยพยาบาล เกษัช แพทย์
- (9) จัดกิจกรรมและ โครงการที่แก้ไขปัญหาต่างๆ ให้กับเด็ก เช่น เตรียมความพร้อมของญาติในการบอกผลเลือด ครอบครัวยุทธสันต์รู้ทันวัณโรค อนุรักษ์สุขภาพอบรมการดูแลรักษาสุขภาพโดยใช้สื่อกิจกรรม กิจกรรมกัลยาณิมิตพิชิตทุกข์

(10) ทำกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Sharing) การดูแลสุขภาพเด็ก การรับประทานยาของเด็ก การเปิดเผยผลเลือด หรือทำกลุ่ม (group counseling) มารดาในการบอกผลเลือด

(11) เด็กที่มีปัญหาด้านจิตใจ IQ ส่งพบนักจิตเพื่อประเมินสติปัญญาและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

(12) ดูแลติดตามผู้ป่วยให้มาตรวจตามนัดมีเบอร์โทรศัพท์ผู้ดูแลทุกคน

(13) ให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง โดยให้เบอร์มือถือผู้ดูแล สามารถติดต่อได้ตลอดเวลา ปรึกษาได้ทุกเรื่อง

ตั้งตัวอย่างข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการเล่าประสบการณ์ (Story telling) และการสนทนา ดังนี้

“เมื่อไหร่ให้ยาด้านไวรัส และยา Prophylaxis ... เด็กอายุ < 1 ปี CD4 < 25 % , 1-3 ปี CD4 < 20 % , 3 ปี CD4 < 15 % จากนั้นเราก็จะมาดูว่าควรจะใช้ยา ARV (ยาด้านไวรัส) สูดไหน... ก่อนเริ่มที่จะให้ยาจะต้องให้คำปรึกษาโดย Counselor ประเมินสภาพครอบครัว... การมาตามนัดจะ ดูเรื่อง adherence (เป็นการป้องกันคือยา) ถ้าเป็นเด็กโตอายุ มากกว่า 10 ปี ถ้าเป็นไปได้ควรทำ Disclosure (การเปิดเผยผลเลือด) ด้วย... แต่สิ่งที่เราเน้นมากกว่าก็คือ การประเมินเรื่องของการ adherence ก่อนให้ยาด้านไวรัสเราก็จะดูก่อนว่ามี OI (โรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อน) อะไรก่อนที่จะเริ่มยาและการรักษาตามมาตรฐาน... หลังจากให้ยาด้าน จะต้อง Monitor เรื่องการเจริญเติบโต... ดู eye ground (CMV retinitis) และส่งพบจักษุแพทย์ ถ้า CD4 < 50 ... ดูผลเรื่องของฟัน ในเด็กอายุ 6 ปี ขึ้นไป ส่วนของ Lab Monitor ยังทำตามหลักของ สปสช (Guide line) ... พิจารณาการให้ยาป้องกันโรคแทรกซ้อน (OI Prophylaxis) ”

“เรื่อง Vaccine เด็กเล็ก มีสมุด ... ข้อห้ามการให้วัคซีน... การดูแลทางด้าน IQ ... วัยรุ่นตรวจ TANNER Stage (ดูในเรื่องของการเจริญเติบโตทางเพศ) อายุ > 10 ปีตาม HIVQUAL (เป็นโปรแกรมการลงข้อมูลตามมาตรฐานของ ประเทศอเมริกา) ทุกอย่าง ดู Breast , Genitalia ตรวจ Secondary Socialistic ในรายที่เข้าสู่วัยรุ่น (Puberty) เพราะยาบางตัวทำให้การเจริญเติบโต เร็วขึ้น เช่น นมโต (Breast) อันเป็นผลจากผลข้างเคียงจากยา ARV ทำให้เป็นหนุ่มสาวเร็ว ”

“ การบอกผลเลือดหรือการเปิดเผยผลเลือดเพื่อเตรียมตัวเข้าสู่วัยรุ่น (Disclosure) ... โดยพยาบาลให้คำปรึกษา (Counselor) ... สาเหตุที่ต้องบอกผลเลือดเพราะเด็กเริ่มเบี้ยวไม่ยอมทานยา ไม่มาตรวจตามนัด... พยาบาล Counselor จะเป็นคนปูทางให้กับเด็กก่อนที่จะบอกผลเลือดกับเด็ก ก็จะมีเด็กบางคนรับได้ / บางคนรับไม่ได้ มีอาการซึมเศร้าแต่ก็เป็นไม่นาน เตรียมญาติในเรื่องของการมาตามนัดเพื่อความร่วมมือในการกินยา ”

1.2.4 การสนทนาเรื่องการให้บริการด้านสังคมและสวัสดิการในสถาบัน

บาราศนราคร

ความต้องการด้านสังคมและสวัสดิการ จากการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์และผู้ดูแล (ผู้ให้บริการ) บางกลุ่มต้องการความช่วยเหลือทางสังคมหลายด้าน เช่น สังคมด้านโรงเรียน การศึกษาสำหรับผู้ป่วยเด็ก ความต้องการการช่วยเหลือด้านอาชีพ การเงินค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทางในการมารับบริการ ความช่วยเหลือทางสังคมที่สถาบันบาราศนราครจัดตอบสนองให้กับผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ คือ

1) การศึกษา เด็กคิดเชื่อไม่มีที่เรียน ไม่มีทุนการศึกษา เด็กพ่อแม่ตายขาดทุนการศึกษา มีหน่วยงานส่งต่อ NGO และ กลุ่มปัญญาภิวัฒน์ และร่วมมือกับสาธารณสุขจังหวัด ถ้าเอาเด็กออกจากโรงเรียน เพราะโรงเรียนต้องการผลเสียมิพระราชบัญญัติคุ้มครองให้ผู้ปกครองคือเอาเด็กไว้ที่โรงเรียนพร้อมแจ้งให้สังคมสงเคราะห์ทราบ สังคมสงเคราะห์จะประสานงานกับหน่วยงานการศึกษาเพื่อเข้าไปดูแลเด็ก ทางโรงเรียนจะต้องให้เด็กเรียนหนังสือต่อไป

2) สวัสดิการและสิทธิการรักษา การส่งตัวไปรักษาที่ต้นสังกัด การขอใบส่งตัว

3) การบริการค่าตรวจบางชนิด เด็กที่อยู่ในโครงการยาฟรี ค่าตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการที่ผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายได้ ให้สงเคราะห์ในรายที่ไม่มีเงินจริงๆ เช่น การตรวจหาเชื้อคือยา

4) ค่าพาหนะมีงบให้ถ้ามีปัญหาค่าเดินทางมาตรวจตามนัด เช่น มารับยาเดินทางมาจากต่างจังหวัดจะให้เงินสงเคราะห์คิดตามระยะทาง

5) จ่ายค่าอาหารให้เป็นรายวันในกรณีผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ไม่สามารถทานอาหารที่สถาบันจัดให้ได้

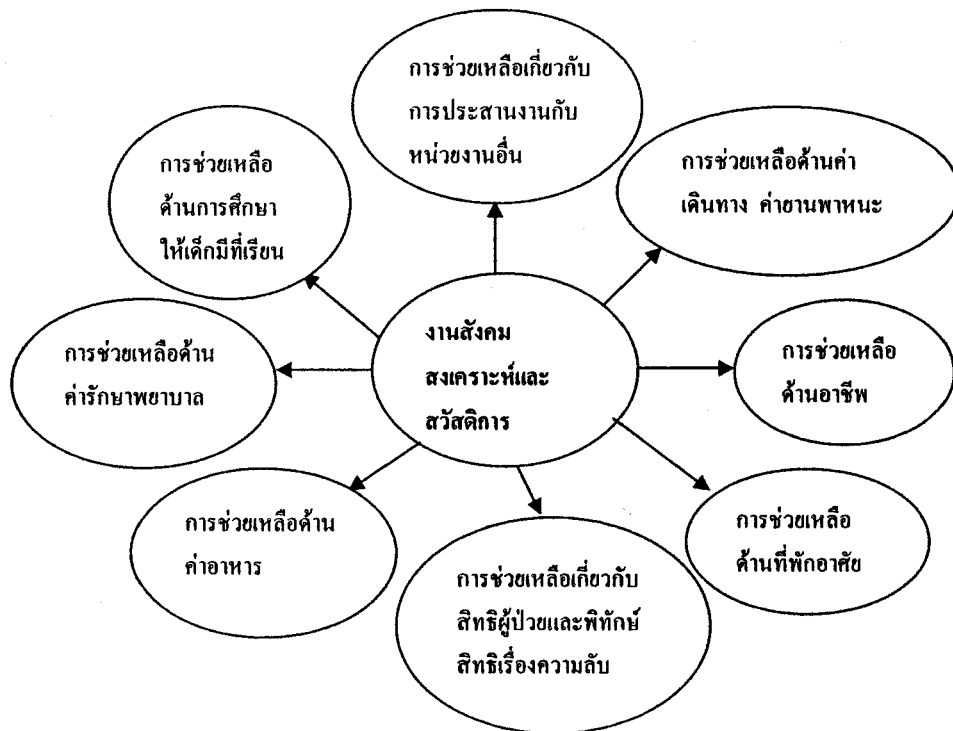
6) การฝึกอาชีพ (ลองทำกลับผู้ติดยาเสพติดอยู่รอขยายผลไปกับผู้ดูแลกลุ่มอื่น)

7) การดูแลเด็กโรคเอดส์จะดูแลครอบครัวด้วย รวมทั้งสวัสดิการครอบครัว การศึกษา ที่อยู่อาศัยในกรณีบิดามารดาเสียชีวิต การดูแลทางด้านจิตใจ ถ้าพบมีปัญหารุนแรง ส่งพบพยาบาลให้คำปรึกษา (Counselor) โดยจะทำงานประสานกับพยาบาลให้คำปรึกษา

8) การติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตรวจตามนัด โดยเฉพาะในผู้ป่วยวัณโรค (TB) มีงบประมาณในการติดตาม ดังมีข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนา (Story telling) ดังนี้

“ การศึกษาเด็กคิดเชื่อไม่มีที่เรียน ไม่มีทุนการศึกษาเด็กพ่อแม่ตาย ขาดทุนการศึกษา มีหน่วยงานส่งต่อ ... ปัญหาเรื่องครูผู้สอนหรือทางจะโรงเรียนไม่ให้เด็กเรียน... ประถมศึกษา จังหวัด ไปคุย... มูลนิธิ YMCA ก็จะดูเด็กที่คิดเชื่อและส่งเข้าโรงเรียนใกล้ๆ ... ผู้ปกครองเอาเด็ก ออกจากโรงเรียน เพราะ โรงเรียนต้องการผลเลือด จะมี พรบ. คู่ปกครองอยู่สังคมสงเคราะห์ ประสานงานกับหน่วยงานการศึกษาเพื่อเข้าไปดูแลเด็ก โรงเรียนจะต้องให้เด็กเรียนหนังสือต่อ ... เด็กที่อยู่ในโครงการยาฟรี การตรวจ Lab บางตัวบัตรประกันสุขภาพใช้ไม่ได้ หรือการ ตรวจเชื้อคือยาต่างๆก็ให้คุ้มครองพิจารณาที่มีงบช่วยเป็นรายๆ ”

“ ค่าพาหนะก็มีงบให้ถ้ามีปัญหาค่าเดินทางมาตรวจตามนัดคิดตามระยะทาง ผู้ป่วยไม่สามารถทานอาหารที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ ... ของบค่าอาหารจากสังคมสงเคราะห์ได้ ... การฝึกอาชีพ ... ให้ผู้ดูแลมีรายได้ ... ชี้ช่องทางในการหาอาชีพ ผู้ป่วยเด็กเอดส์สังคม สงเคราะห์จะดูแลครอบครัวด้วยมีสวัสดิการครอบครัว ปัญหาด้านจิตใจถ้ารุนแรงส่งพบ Counselor จัดการ ในเบื้องต้น เด็กคิดเชื่อพ่อแม่ตายต้องอยู่กับญาติ...เด็กขาดที่อยู่อาศัยเป็น หน้าที่สังคมสงเคราะห์ ”



ภาพที่ 4.3 การดูแลทางด้านสังคมและสวัสดิการประกอบด้วยแนวทางการจัดการบริการช่วยเหลือ ดูแลตามกรอบดังนี้

สิทธิผู้ป่วยและการพิทักษ์สิทธิ จากการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่าผู้ป่วยบางรายยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิในการรักษาไม่เพียงพอ ต้องการได้รับคำแนะนำเมื่อเข้ามาใช้บริการในสถาบันบำบัดโรคทางจิต การให้บริการของสถาบันสำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กโรคจิตเวชจะพิจารณาตามสิทธิขั้นต้นสังกัดตามระบบประกันสุขภาพ และยึดเรื่องการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาความลับของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ ดึงข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนาดังนี้

“ ปัญหาที่พบบ่อยคือเรื่องสวัสดิการเรื่องสิทธิการรักษา ...ต้องพยายามให้ไปรักษาที่ต้นสังกัดแต่ถ้ามีผู้ปกครองที่ไม่ยอมพาไปรักษาตามต้นสังกัดก็จะแนะนำ...” “ อาจจะมีการแนะนำเรื่องการใช้สิทธิต่าง ๆ ให้ชัดเจนกว่านี้ด้วยค่ะ ถ้าเราเข้าใจเรื่องสิทธิในการรักษา ก็จะทำให้เราได้มีการเตรียมตัวก่อนที่เข้ามาทำการรักษาพยาบาล ” “ รมัควางเรื่องการสนทนากับผู้ดูแลที่มารับขานแทนผู้ป่วยทุกคนเพราะบางคนก็ไม่ทราบผลเลือดของเด็กเนื่องจากบิดามารดาไม่เปิดเผยผลเลือด ” “ ไม่อนุญาตให้ผู้ที่ไม่ใช่ผู้ดูแลเด็กและไม่รู้ผลเลือดของเด็กถือเวชระเบียนผู้ป่วย ”

1.2.5 การให้ความรู้กับผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กโรคจิต จากการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า รูปแบบการให้ความรู้กับผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กที่ต้องการคือ

1) ในกลุ่มผู้ดูแลต้องการ การพบปะในกลุ่มเพื่อสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์มากกว่าการสอนเป็นกลุ่มหรือรายบุคคล ดึงข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนาดังนี้

“ คิดันคิดว่าถ้ามีแต่ผู้ใหญ่มาคุยกันแบบนี้ อาจจะให้อาเด็ก ๆ มาร่วมคุยด้วย มันดูเป็นธรรมชาติ คนนั้นพูด คนนี้พูด การคุยตัวต่อตัว มันดูเครียด ๆ ถ้าเด็กเขาเข้ามาช่วยกิจกรรมด้วย เขาน่าจะเข้าใจมากขึ้นกว่า นี้ ” “ ได้เยอะมากค่ะ บางทีเราอยากรู้อะไร เป็นแบบนี้มันดีตรงไหน เราที่ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร พอได้มาร่วมกิจกรรม ก็ทำให้เรารู้ว่าคนอื่นเขาแก้ปัญหาเหมือนกัน บางครั้งเราก็สามารถนำประสบการณ์ของเพื่อน ๆ ไปปรับใช้กับปัญหาของเราได้บ้าง ซึ่งแต่ละคนมีประสบการณ์ที่ผ่านมามีไม่เหมือนกัน ” “ กิจกรรมในครั้งนี้ดีมากค่ะ สามารถนำสิ่งที่ได้ในวันนี้นำไปใช้ในการดูแลเด็ก ได้ ซึ่งเด็กแต่ละคนมีนิสัยแตกต่างกัน และนำประสบการณ์จากคนอื่นไปใช้กับเราได้ ”

2) กิจกรรมการให้ความรู้ในผู้ป่วยเด็กการสอนที่สามารถรับรู้และเข้าใจมากที่สุด คือ การสอนเด็กที่เป็นลักษณะการเล่านิทาน หรือ อ่านหนังสือความรู้ที่เป็นการ์ตูน การสอนโดยใช้ภาพประกอบ ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนาดังนี้

“ ป้าหน่อยสอนเรื่องทานยาโดยให้ดูหนังสือ ดูรูป ” “ กระตุ้นเรื่องสุขภาพใช้ภาพพลิกสอนเรื่องโรค เชื้อโรคและยามีผลอย่างไรกับโรค ในเด็กสอนอาจจะต้องมีเทคนิคการเล่าเพิ่มมากขึ้นเล็กน้อย เล่าให้เป็นนิทานหรือการ์ตูนสนุกๆ ” “ เริ่มด้วยการให้ความรู้แบบง่าย ๆ เข้าใจง่าย ๆ ลักษณะนิทาน การ์ตูน และก็ให้กำลังใจเขา เป็นการสร้างกำลังใจเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับเขา เด็กบางคนเริ่มคิดเป็น เขาก็จะคิดในแบบของเขาหลังจากที่ได้ร่วมสนทนาพูดคุยในกลุ่มที่ผ่านมา ทำให้เข้าใจมากขึ้นเลย ว่าโรคนี้ติดต่อได้อย่างไร เรามีความรู้มากขึ้น ก็เลยไปบอกญาติ ๆ ให้เขาเข้าใจว่าโรคนี้ไม่ได้ติดง่าย ๆ ไม่น่ารังเกียจ เราต้องให้กำลังใจเขามากกว่า ”

3) กิจกรรมการให้ความสนุกและเพลิดเพลินขณะรอแพทย์ตรวจ ในแผนกผู้ป่วยนอกดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนาดังนี้

“ อยากให้เด็กมาทำกิจกรรมรวมกัน ...มีกิจกรรมให้เด็กทำช่วงที่รอหมอ เด็กก็อยากไปโรงพยาบาลตื่นตื่นอยากไปร.พ.จนนอนไม่หลับ ที่ ร.พ. เค้ามีลูกบิดให้รื้อช่วงรอก่อนตรวจ และให้ลูกบิดที่รื้อแล้วกลับบ้านมาด้วย ”

ประเด็นความรู้ใหม่ ความต้องการการเข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็ก

1.2.6 การให้การดูแลแบบต่อเนื่อง ในสถานการณ์สถาบันบาราศนราครที่มีผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์อาศัยอยู่ในศูนย์ NGO ประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ทั้งหมด การดูแลเด็กโรคเอดส์ให้มีคุณภาพจึงควรมีการติดต่อกับศูนย์ NGO เหล่านั้นเชื่อมโยงการดูแลที่ต่อเนื่องและพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ให้เข้มแข็งจึงควรมีการดำเนินการกับศูนย์ NGO ที่ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ดังต่อไปนี้

1) ต้องมีเครือข่ายกับศูนย์ NGO ที่นำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่สถาบันบาราศนราคร ในปัจจุบันมีศูนย์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดจำนวน 4 ศูนย์ 4 ศูนย์นี้ต้องติดต่อกับสถาบันบาราศนราครตลอดเวลาในเรื่องการมารับยาต้านไวรัสตามนัด การมารับการรักษาเมื่อเด็กมีปัญหาการเจ็บป่วย

2) ศูนย์บางศูนย์ต้องการความช่วยเหลือและสนับสนุน จากการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้พบว่า บางศูนย์มีแนวปฏิบัติในเรื่องการดูแลเด็กก็สามารถเป็นตัวอย่างให้ศูนย์อื่นได้ บางศูนย์ต้องการความช่วยเหลือจากทางสถาบันบาราศนราคร ให้ช่วยในการวางแผนทางการ

ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่มีคุณภาพ และช่วยสร้างเสริมให้ศูนย์มีศักยภาพพร้อมเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์อย่างต่อเนื่อง

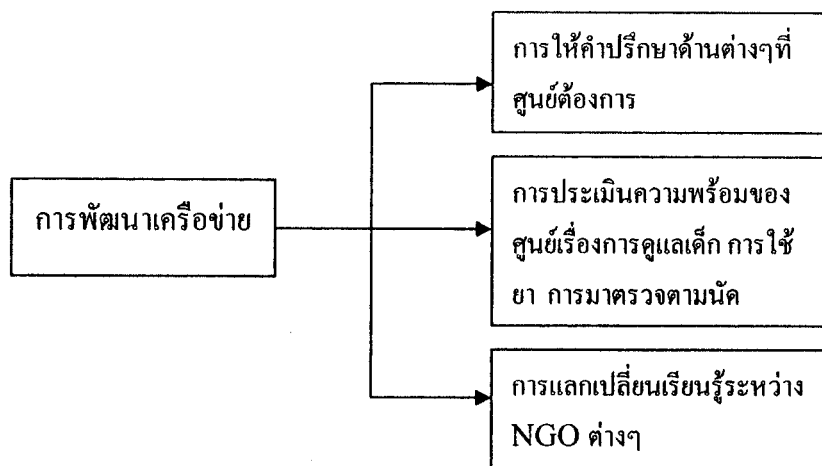
3) มีระบบการส่งต่ออย่างมีคุณภาพ สถาบันและศูนย์ที่ดูแลเด็กโรคเอดส์จะต้องติดต่อกันตลอดเวลาเมื่อผู้ป่วยเด็กมีปัญหาด้านสุขภาพ และการดูแลอย่างต่อเนื่องเรื่องการรับประทานยาการส่งต่อที่ดีจะช่วยให้การดูแลเด็กโรคเอดส์ครอบคลุมครบวงจร

ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนาดังนี้

“ปัญหาเด็ก TB ของเราส่วนใหญ่เป็นเด็กอยู่ศูนย์ทั้งหมด อยากให้มีการประเมินศูนย์... บ้านแบ่งบุญเราเคยไปเยี่ยม สอนเด็กช่วยตัวเองดี ดูแลตนเอง ที่ take care นื่อง...” “การพัฒนาศูนย์กับ NGO สถาบันต้องประสานงานมากกว่านี้ ...ปัจจุบันมีสมุดบันทึกสุขภาพของศูนย์ Mercy ที่ Design ร่วมกัน เราไม่ค่อยได้ใช้ประโยชน์...” “เจ้าหน้าที่ศูนย์ขาดคนนิเทศ ทำให้บางอย่างในเรื่องการดูแลไม่สมบูรณ์ ต้องการคำแนะนำ”

“เราเข้าไปดูศูนย์ต้องให้ความช่วยเหลือเรื่องการตรวจรักษา เขาจะได้ไม่รู้สึกลัวไปตรวจนิเทศเขา” “เด็กที่อยู่ศูนย์ บางทีขาดหมอก็จะเอาขาของคนอื่นไปให้ ทำให้ยาไม่ครบตามจำนวนตรวจสอบ ไม่ได้” “ทำเป็นโครงการเชิงรุกในการพัฒนารูปแบบการดูแลเครือข่ายเป็นลักษณะการเยี่ยมชมดูงานลงแผนปี 2551 ...ถือโอกาสเยี่ยมชมการดูแลเด็ก”

ประเด็นความรู้ใหม่ คือ เครือข่ายศูนย์ต้องการเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ต้องการดูแลที่เชื่อมโยงต่อเนื่องรวมทั้งการสนับสนุนช่วยเหลือและการส่งต่อที่มีคุณภาพ



ภาพที่ 4.4 การสร้างเครือข่ายให้เข้มแข็งต้องประกอบด้วยแนวทางการจัดการบริหารศูนย์
NGOต่างๆด้วยกิจกรรมการดูแลตามกรอบดังนี้

1.2.7 การดูแลทางด้านจิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์นอกจากจะให้ความรักและความเอาใจใส่แล้วยังมีประเด็นใหญ่ๆอยู่ 2 ประเด็นในเรื่องของจิตใจที่ต้องดูแลคือ

1) มีการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจก่อนเข้าสู่วัยรุ่น เรื่องการเปิดเผยผลเลือด จากการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่าผู้ป่วยเด็กหลายคนยังไม่ทราบผลเลือดของตนเองทั้งที่อายุมากกว่า 12 ปี เนื่องจากเหตุผลหลายประการของผู้ดูแล เช่น ความกลัวและไม่ทราบว่าจะเริ่มต้นบอกเด็กอย่างไร การบอกผลเลือดซ้ำเด็กบางคนเมื่อโตขึ้นจะงอแงทานยาไม่ตรงเวลา ไม่ทราบเหตุผลที่แน่นอนของการทานยา จากกลุ่มสนทนามีผู้ดูแลที่บอกผลเลือดกับเด็กแล้วหลายคนได้แลกเปลี่ยนกับกลุ่มว่า การบอกผลเลือดมีข้อดีอย่างไร เช่น บอกผลเลือดให้เด็กทราบแล้วลดความเครียดของพ่อแม่ลงได้ บอกแล้วเด็กรู้เหตุผลของการทานยาดูแลตัวเองดีขึ้น ทานยาตรงเวลามีการออกกำลังกาย ก่อนการบอกผลเลือดต้องเตรียมความพร้อมและมีการเตรียมตัวเด็กได้แก่ การให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์ที่ถูกต้องในรูปแบบหนังสือนิทานการ์ตูน ให้เขาเห็นภาพคนเป็นโรคเอดส์ที่เหมือนคนปกติ ต่อจากนั้นก็ใช้วิธีการบอกผลเลือดต่างๆกันค่อยๆให้ข้อมูลซึมซับเข้าไปในตัวเด็กทีละน้อยๆ ดูความพร้อมของเด็กแต่ละคน บางครั้งผู้ดูแลเด็กที่บ้านหรือชุมชนจะเป็นผู้บอกผลเลือดด้วยตนเอง บางครั้งให้ผู้ดูแลในสถาบันบาราศนราดูร (พยาบาลให้คำปรึกษา) เป็นผู้บอก วิธีการบอกผลเลือด เช่น การบอกด้วยการยกตัวอย่างเปรียบเทียบกับตัวเอง

ค่อยๆ บอกว่าถ้าคนในครอบครัวเราเป็นจะรู้สึกอย่างไรต้องคอยให้กำลังใจและอยู่เคียงข้างกันและกัน การบอกโดยให้ข้อมูลพื้นฐานทีละน้อยค่อยๆ บอกดูจังหวะดีๆ ต้องควบคุมอารมณ์ก่อนจะบอกผลเลือด การให้พยาบาลให้คำปรึกษาบอกผลเลือดกับเด็กก่อน ถ้าผู้ดูแลที่บ้านไม่กล้าบอกเอง ต่อจากนั้นให้ผู้ดูแลที่บ้านเป็นผู้ดูแลต่อทางด้านจิตใจ การบอกโดยการให้ความรู้ใส่ไปที่ละเอียดถี่ถ้วน ตั้งแต่เด็กอายุ 9-10 ปี ขึ้นไป ตั้งข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนาดังนี้

“กลัวเขารับไม่ได้ กลัวสะเทือนใจ ตอนนี้เขาอายุ 8-9 ขวบ เขาฉลาด แต่เขาดูเหมือนคนเก็บกด เราต้องให้กำลังใจเขามากๆ” “ลูกเคยบอกว่ารับไม่ได้ ลูกเคยดูโทรทัศน์ ลูกบอกว่าถ้าหนูเป็นเอดส์ หนูต้องฆ่าตัวตายแน่เลย” “ก่อนจะบอกให้ทราบ เราก็ต้องเริ่มปูพื้นฐานให้กับเขาได้ล่วงหน้า ค่อยๆ บอกทีละนิดทีละหน่อย” “ใช้นิทานสอนเกี่ยวกับเรื่องนี้ให้เขาฟัง” “ให้ความรู้แบบง่าย ๆ เข้าใจง่าย ๆ ลักษณะนิทาน การ์ตูน และก็ให้กำลังใจเขา” “หนังสือที่เกี่ยวกับเชื้อโรคเขาก็อ่านจนหมด ก็คิดว่าอยู่ 6 จะบอกเขา เพราะจะต้องไปเข้าค่าย ต้องเตรียมยาไปกินเอง” “บอกผลเลือดเองก่อนแล้วมาให้ป้าหน่อยคุยอีกที” “ลูกทานยาไม่ตรงเวลาบ่อยๆ กลัวว่าจะมีปัญหาคือยา ลูกงอแง มาก ก็เลยมาปรึกษาคุณหมอย่อย ว่าควรทำอย่างไรดี คุณหมอย่อยเป็นคนบอกผลเลือดให้”

“ดิฉันอยากจะทำครั้งแรกทุกคนจะเป็นแบบนี้ ก่อนบอกผลเลือดเครียดมาก กังวล ต้องควบคุมอารมณ์ของตนเองให้ได้ก่อน ...ต้องทำให้เขารู้ว่าโรคนี้ มีคนอีกเยอะแยะที่เป็นกัน และทำให้เขารู้จักโรคเอดส์ เขาจะได้เข้าใจมากยิ่งขึ้น กำลังใจคือสิ่งที่ดีที่สุด ...ให้ถามเขาก่อนว่าที่เขาเห็นโรคนี้เขารู้สึกอย่างไร แล้วถามย้อนเขาไปว่า ถ้าหากมันเกิดขึ้นกับครอบครัวเรา หรือว่าถ้าเป็นพ่อ แม่ หรือว่าเป็นตัวหนู แล้วหนูจะรังเกียจไหม เปรียบเทียบจากที่เขาเห็นในโทรทัศน์ หรือจะยกตัวอย่าง ว่าถ้าวันหนึ่งโรคนี้มันเกิดขึ้นกับเรา เขาจะทำอย่างไร”

“ดิฉันบอกแล้ว ตอน 10 ขวบ เหตุผลที่บอกเพราะเขาเจ็บป่วย ดิฉันเครียด คิดมากนอนร้องไห้ทุกคืน...เวลาที่เจ็บปวด เราต้องคอยดูแลเขา คอยเตือนเขาให้ทานยา เพราะเขาขมมาก ไม่ค่อยเชื่อฟัง ก็เลยตัดสินใจบอกให้เขาทราบว่า เขาติดเชื้อเอช ไอ วี บอกให้เขาพยายามดูแลตนเองได้ดีๆ” “เราค่อยๆ บอกทีละอย่างทีละเรื่อง ให้เขาค่อยๆ ซึมซับทีละน้อย” “ถ้ายังไม่ได้บอกให้เขาทราบ เราก็ต้องเริ่มปูพื้นฐานให้กับเขาได้ล่วงหน้าค่อยๆ บอกทีละนิดทีละหน่อย ดูจังหวะเวลาดี ๆ ก่อนที่จะบอกเขา” “เด็กโตพอสมควร สามารถปิดความลับได้ เข้าใจรายละเอียดพอสมควรว่าจะอะไรเป็นอะไร เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในการบอกผลเลือดต้องดูให้เด็กพร้อมและเข้าใจเรื่องโรคเอดส์ก่อนที่จะบอก”

2) มีการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณของทั้งเด็กและผู้ดูแลก่อนเข้าสู่ระยะสุดท้าย จากการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการเล่าประสบการณ์ พบว่าเมื่อผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าสู่ระยะสุดท้าย การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณเป็น

เรื่องสำคัญ การทำให้ผู้ป่วยไม่กลัวความตาย เห็นเป็นเรื่องของธรรมชาติ จะทำให้ผู้ป่วยตายอย่างมีความสุขไม่กลัว การทำให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ สำหรับผู้ดูแล (ผู้ให้บริการ) ใช้ความเชื่อทางศาสนา ทำให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมต่างๆที่ดีให้กับผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เช่น การทำให้ผู้ป่วยได้ทำบุญฟังธรรม ตลอด จนการเตรียมจิตใจของผู้ดูแลที่จะต้องสูญเสียของรักยอมรับความสูญเสียได้ และร่วมให้กำลังใจผู้ป่วยและทำสิ่งที่ดีให้กับผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

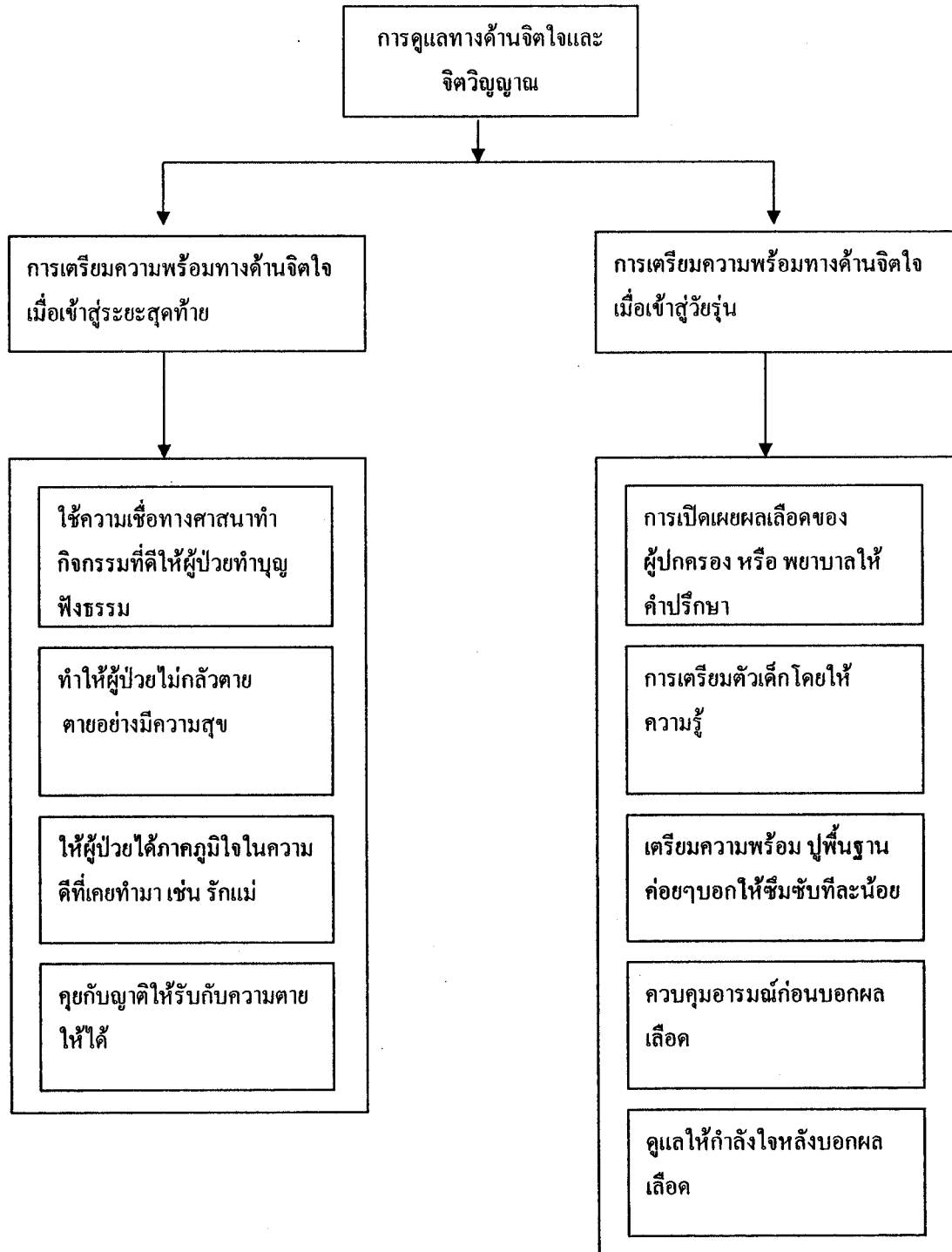
(1) ความเข้าใจในจิตใจและจิตวิญญาณของเด็กป่วยและผู้ดูแล ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงการเล่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดังต่อไปนี้

“ความตายก็เป็นเรื่องที่ไม่ได้ การตายเหมือนการนอนหลับไม่เจ็บไม่ปวด เวลาหนูนอนหลับหนูรู้สึกอะไรมั๊ย ” “ ใช้แนวพระมา Approach ให้คิดถึงพระพุทธเจ้าไม่ต้องห่วงกังวลอย่างไรเลย ” “ เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายจะคุยกับญาติต้องเตรียมใจญาติให้รับความตายได้ ก่อนญาติจึงจะช่วยให้เด็กตายอย่างอบอุ่น ”

(2) ศิลปะและความอ่อนโยนในการดูแล ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงการสนทนาดังต่อไปนี้

“ การคุยกับคนไข้จะดีที่สุด การดูแลต้องอ่อนโยนมีทักษะในเรื่องการดูแลคนไข้ของเด็ก เราจะคุยเรื่อง จู๋งเข้าหาธรรมชาติ กลัวมั๊ย จะคุยให้เชื่อมโยงกับธรรมชาติ ไม่ให้เรื่องการตายเป็นเรื่องน่ากลัว เช่น ถามว่าหนูห้ามพระอาทิตย์ไม่ให้สว่างได้ไหม ความตายก็ไม่ห้ามไม่ได้ ”

“การดูแลและ Approach คนไข้ระยะสุดท้ายต้องทำความคุ้นเคย ทำอะไรจะหนึ่งว่าจะดำเนินชีวิตอย่างไร ระยะสุดท้ายถ้ามีการเตรียมตัวก่อนข้างดีจะไปแบบสงบ ใช้ลักษณะการดูแลแบบแนวพุทธ เข้า Approach แต่บางรายก่อนจะเสียชีวิตให้ถามเรื่องคาใจ เช่นตอนนี้มีอะไรกังวลอะไรอยู่ ความดีที่เคยทำมา การรักแม่ก็เป็นความดี ”



ภาพที่ 4.5 การดูแลทางด้านจิตใจและการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจประกอบด้วยแนวทางการจัดการการดูแลตามกรอบดังนี้

1.2.8 ประเด็นทีมผู้ดูแล จากการสนทนากลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคเอดส์ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กทุกคนต้องร่วมมือกันดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ตามภาระหน้าที่และความรับผิดชอบของแต่ละคน

1) ในส่วนของผู้ดูแล(ผู้ใช้บริการ) หลายคนไม่ใช่บิดามารดา แต่ทุกคนนอกจากจะดูแลเด็กด้วยความรักแล้วยังคิดว่าการดูแลเด็กเหล่านี้เป็นหน้าที่ของตนเองที่จะต้องดูแลเด็กให้ดี ดึงข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนาดังนี้

“ผม(ตาของเด็ก)ให้กินยาตรงเวลา ไม่มีลืม ไปไหนแล้วต้องรีบกลับ เป็นหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ” “เป็นยายดูแลเขาเองเขาไม่มีใครแม่เขาไม่ได้อยู่กับเขาค้นกับป้ารับหน้าที่ช่วยกันเลี้ยง”

2) ผู้ดูแลที่เป็นทีมสหวิชาชีพ อันได้แก่ แพทย์ พยาบาล พยาบาลให้คำปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ เกษัชกร โภชนากร นักจิตวิทยา เทคนิคการแพทย์ วิชาชีพเหล่านี้ของสถาบันต่างมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ในกิจกรรมต่างๆและให้การดูแลแบบใส่ใจใช้หัวใจมนุษย์(Humanizes Health Care) ดึงการสนทนาเล่าประสบการณ์และความสำเร็จของการบริการ ดึงข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนาเล่าประสบการณ์ดังนี้

พยาบาลให้คำปรึกษา : “ พยายามกระตุ้นเรื่องสุขภาพ สอนสุขศึกษาโดยใช้เป็นภาพพลิกสอนเรื่องโรค เชื้อโรคและยามีผลอย่างไรกับโรค เด็กที่มาพบเราตลอดตั้งแต่แรกอายุ 10 ปีเป็นต้นมา พออายุ 8 ปี เราก็สามารถเริ่มบอกผลเลือด ได้โดยใช้นิทานเชื้อโรคให้ข้อมูลกับเด็กมาเรื่อยๆ ชี้ให้เด็กรู้จัก CD4 ในนามของพระเอกที่อยู่ในตัวเรา เป็นตลอด ในภาพพลิกจะบอกว่าเมื่อไหร่ CD4 จะขึ้น แล้วเมื่อไหร่ CD4 จะชนะ เด็กจะตอบได้ว่า ต้องกินยา CD4 ถึงจะชนะ (รูปภาพการ์ตูนประกอบ) บางคนจะถามว่าหนูต้องกินยาไปอีกเท่าไร นานแค่ไหน หนการทำงานทำเป็นทีม ใน Case ถ้ามีปัญหา ก็ปรึกษากันในทีม”

แพทย์ : “ เรามีโครงการเข้าเยี่ยมศูนย์ ซึ่งต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพ ดูแล ในCase ที่เปลี่ยนยา หรือทานยาลำบากจะให้เบอร์โทรศัพท์ ให้ทุก case ทั้งเบอร์ของหมอและของทีม ผู้ปกครองจะเห็นเรามุ่งมั่นในการรักษา เขาก็จะเกรงใจและดูแลเด็กอย่างดีทำตามแพทย์ การดูแลคนไข้ของเราดูแลจนจำชื่อ ได้ถ้าเขาโทรมาบอกข้อมูลเล็กน้อย ถามปัญหาเราก็จะจำได้ อันนี้คงเป็นอีกอันที่ประสบความสำเร็จคือ เราดูแลคน ไข้อย่างต่อเนื่องและเป็นทีมเดียวกันตลอด ไม่เปลี่ยนหน้าแพทย์ พยาบาลให้คำปรึกษา พยาบาลช่วยตรวจ มาโรงพยาบาลจำหน้าทุกคนได้ จำของเล่น จำได้ว่าจะขอยืมได้ที่ไหน คู่กันคุยกัน ขอให้เปลี่ยนโรงพยาบาลก็จะไม่ไปผูกพันกับเจ้าหน้าที่...”

พยาบาล : “ ผู้ป่วย Refer จากโรงพยาบาลเอกชนเพราะรักษาต่อไม่ไหวใกล้จะเสียชีวิต สภาพคนไข้ตอนมาแย่มากแพทย์ โรงพยาบาลเรารักษาอย่างดี คนไข้เริ่มดีขึ้นเรื่อยๆ ประมาณ 3 เดือนกายภาพ สอนหัดเดิน สอนยืนสิ่งเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าทีมสหสาขาช่วยกันดูแลทั้งพยาบาล โภชนากร นักร้องช่วยเหลือ และแพทย์ กายภาพมาช่วย และเรียกญาติมาสอน ปัจจุบันคนไข้เดินได้ดี ” “ การบริการในตึกเด็ก พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกคนดูแลแบบไม่รังเกียจ ดูแลเหมือนผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่ได้ติดเชื้อ ยกตัวอย่าง case เด็กตัวเป็นแผลเพะทั้งตัว มีเลือดออกจิบๆ แผลเป็นวงๆ ขนาดเล็กบ้าง ใหญ่บ้างทั่วตัว พยาบาลและนักร้องช่วยเหลือคนไข้ต้องช่วยกันฟอกตัวด้วยสบู่ Hibiscrub และทายา เช้า-เย็น ทำอยู่ 3-4 วัน แผลก็เริ่มดีขึ้น แห้ง สะเก็ดลอก ร่างกายหายจากแผลก่อนกลับบ้าน ”

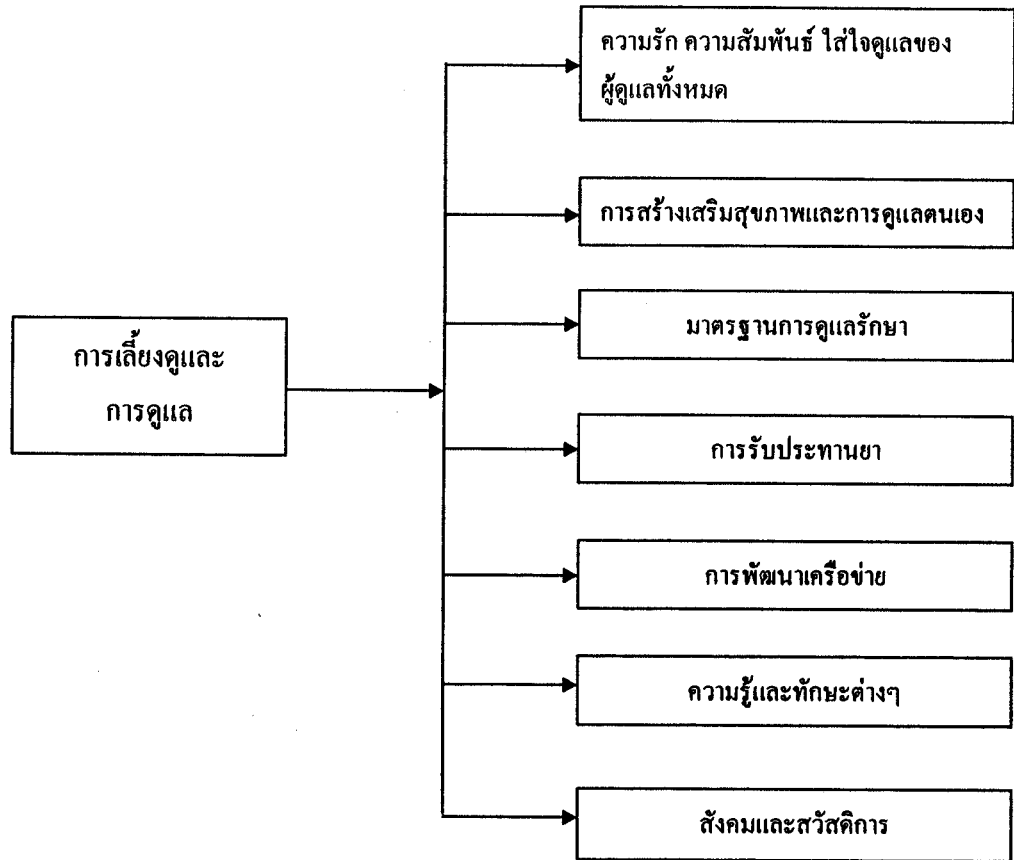
สังคมสงเคราะห์ : “ แม่ปฏิเสธถูก คิดจะทำร้ายลูกเนื่องจาก โกรธพ่อ ...ติดต่อกับสถานสงเคราะห์แต่สถานสงเคราะห์จะรับเด็กได้ต้องอายุ 1 เดือน ขึ้นไป จึงฝากเลี้ยงไว้ที่แผนกหลังคลอด จะขึ้นไปดูทุกวัน ป้อนนมให้เด็กด้วยบางเมื่อที่ขึ้นไป ตั้งชื่อให้ ดูแลเสมือนลูกตนเองเกือบทุกอย่าง พ่อเริ่มโต แพทย์นำโหมบมาแขวนให้เด็กติดตามเรื่องสถานสงเคราะห์จนย้ายเด็กไปสถานสงเคราะห์ได้ ปัจจุบันเด็กอายุ 1 ปีครึ่งและผลเลือดปกติ ไม่คิดจากมารดา ชาวต่างชาติมาขอไปเป็นบุตรบุญธรรม ไปอยู่อเมริกา ”

“ เด็กชาย พ่อแม่เสียชีวิตหมกอยู่กับป่าและตากับชาย... ตากับชายไม่รักทำให้เด็กมีปัญหา มากกับสภาพแวดล้อมต่อมาป่าต้องย้าย ไปอยู่ต่างจังหวัดขาดคนดูแลเราจึงติดต่อขอทุนให้เด็กไปอยู่บ้านเปี่ยมสุขในศูนย์ YMCA เด็กไปอยู่ศูนย์ชอบสังคมในศูนย์ ไม่มีใครรังเกียจเขา มีเพื่อนเด็กมีความสุขขึ้นสุขภาพจิตดีขึ้น ”

เภสัชกร : “ 1) ให้คำปรึกษาเด็กเรื่องยา เมื่อเด็ก ไม่รับประทานยา เนื่องจากขาดวินัย ไร้ศรัทธาไม่ตื่นใจ เด็กจึงเบื่อกันจะ ทานยาหรือต้องทานยาปริมาณมากๆ แนะนำให้น้ำยาผสม น้ำหวานที่เด็กชอบทาน หรือปรับเปลี่ยนเวลาทานยาให้เหมาะสมกับชีวิตประจำวันของเด็ก และเปลี่ยนสูตรยาหรือปรับขนาดยาสาเหตุ คือยาปรับขนาดตามน้ำหนักเด็ก แนะนำการทานยาสูตรใหม่ หาเวลาที่เหมาะสมในการทานยา บอกถึงผลข้างเคียงจากยาและข้อควรระวังในการใช้ยา เบอร์โทรศัพท์ติดต่อหากเกิดปัญหา การเก็บรักษายาไม่ถูกต้อง ขาดวินัย ไร้ศรัทธา ขาดความเชื่อมั่น ได้ง่ายบางชนิดต้องเก็บในตู้เย็น แนะนำการเก็บยาในภาชนะที่เหมาะสมกับขวาน้ำๆ และข้อสังเกตลักษณะยาที่เสื่อมคุณภาพ ... รวมถึงหากลิ้มทานยาควรปฏิบัติอย่างไร 2) พูดคุยกับเด็กถึงรสชาติของยาแต่ละชนิด ทบทวนการทานยาในแต่ละชนิดว่าทานอย่างไรมีค ปริมาณยาที่ทานแต่ละครั้ง ก็ชี้ชี้ สอนการดูขีดบอกปริมาณ Syringe หรือหากเป็นขี้ผึ้ง แนะนำการใช้ที่ตัดเม็ดยา การเก็บรักษายาที่ถูก ตัดแบ่งไม่ให้เสื่อมคุณภาพ 3) ออกบัตรติดตามการใช้ยาเด็กพร้อมกับแนะนำให้ยื่นบัตรนี้พร้อมใบสั่งยา เมื่อมาพบแพทย์ครั้งหน้าเพื่อประเมินติดตามผลการใช้ยา ”

โภชนากร : “ พิจารณาเรื่องการจะให้อาหารเพิ่ม ต้องคุยกับพ่อแม่ให้พ่อแม่ซึ่งเป็นคนดูแลจัดการให้ ต้องมีการหลอกกล่อเด็กให้ทานอาหาร ให้อาหารโปรตีนและพลังงาน โภชนากรมีโครงการในเรื่องการดูแลของผู้ป่วยเอดส์ โดยจะขึ้นมาเยี่ยมเป็นรายบุคคลตามอาคารในตึกเด็กจะมาสัปดาห์ที่ 3 ของเดือน ”

เทคนิคการแพทย์ : “เข้ากลุ่ม Conference กับทีมแพทย์และพยาบาล เกสัชกร ทุกอาทิตย์ มี discussion ก่อนวันนัดผู้ป่วยมาตรวจ 1 วัน ...สร้างแนวทางการส่งตรวจ drug resistance testing ทำงานร่วมกับระหว่างทีมการรักษาของเด็กและงานภูมิคุ้มกัน ให้คำปรึกษาในกรณีที่ผลตรวจต่างๆมีปัญหาหรือผลตรวจไม่เป็นไปตามการรักษา ...พิจารณาส่งตรวจหาฮีนคือ ยา... การให้ข้อมูลสนับสนุนในส่วนฐานข้อมูลของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีผล เก้าข้อหลังเปรียบเทียบ ...แสดงผลในรูปแบบของกราฟและตารางเปรียบเทียบผลตรวจเก่าและผลตรวจปัจจุบัน ”



ภาพที่ 4.6 การเลี้ยงดูและการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ประกอบด้วยแนวทางการจัดการการดูแลตามกรอบดังนี้

1.2.9 ความคาดหวังของผู้เข้ากลุ่มสนทนาก่อนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (BAR) และสิ่งที่ผู้เข้าร่วมสนทนาได้รับเมื่อเข้ากลุ่มสนทนา (AAR) พบว่าการแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีประโยชน์ต่อกลุ่มสนทนาได้ตามความคาดหวัง จากการสนทนาผู้เข้ากลุ่มได้รับความรู้และประสบการณ์ที่จะนำไปใช้ เช่นวิธีการบอกผลเลือด ผู้เข้าร่วมสนทนาชอบกระบวนการจัดการความรู้ด้วยวิธีนี้ ต้องการได้รับความรู้โดยการสนทนากลุ่มและต้องการให้ทำกลุ่มในเด็กด้วย

1) การสนทนากลุ่มผู้ดูแล สิ่งที่ผู้เข้าร่วมสนทนาต้องการคือได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์ การดูแล การได้พูดคุยระบายความรู้สึก อยากทำกิจกรรม และสิ่งที่ผู้ดูแลได้รับ คือ ได้ความรู้เพิ่มเรื่องการเลี้ยงดูเด็กในที่ต่างๆ มีกำลังใจในการดูแลเด็กมากขึ้น วิธีบอกผลเลือด คุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทราบแนวทางการแก้ปัญหาของแต่ละคน
ดังข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนากลุ่มผู้ดูแลดังนี้

“อยากรู้จริงๆ เลยว่า จะหายไหม เมื่อไหร่ เพราะหวังไว้เสมอว่าจะต้องหาย” “อยากให้เด็กมาทำกิจกรรมรวมกัน” “ได้ความรู้เรื่องการเลี้ยงดูเด็กในที่ต่างๆ จะนำไปใช้กับบุตรของตนเอง” “ได้รู้เรื่องของคนอื่นๆ บางคนที่ต้องต่อสู้มากกว่าเรา ทำให้มีกำลังใจในการดูแลเด็กมากขึ้น” “พยายามจะไปบอกผลเลือดหลานด้วยวิธีใด” “ได้รู้ว่าคนอื่นก็มีภาระหนักในการดูแลเช่นเดียวกัน ได้คุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ คุยแนวทางการแก้ปัญหาของแต่ละคน ทราบว่าศูนย์สอนให้เด็ก ช่วยตัวเอง” “ได้เล่าเรื่องและคุยถึงลูกของตนเองได้อย่างเปิดเผย ระบายความรู้สึก” “ได้เล่าประสบการณ์ การดูแลเด็กในศูนย์ วิธีการบอกผลเลือดของเด็กในศูนย์ให้เพื่อนฟังเพื่อเป็นตัวอย่าง” “เล่าการช่วยดูแลเพื่อน ๆ นื่องๆ ในศูนย์ วิธีการดูแลเพื่อนๆ นื่องๆ ให้ทานยา” “เล่าการบอกผลเลือดกับลูกให้เพื่อนฟัง จะได้เป็นตัวอย่าง เล่าวิธีการพูดกับเด็ก” “เอาความคิดเห็นแต่ละคนไปใช้ ได้ประสบการณ์ ความรู้ใหม่ๆ” “ต่างคนต่างความคิด เอากลับไปทำต่อ ไปคุยกับคนอื่น เขาก็ไม่เข้าใจได้คุยแล้วมันสบายใจ ได้ได้ความรู้เพิ่ม กลุ่มเป็นกันเองระบายความรู้สึก”

2) การสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพ

(1) ความคาดหวังก่อนการสนทนา ดังนี้ ได้ทราบการทำงาน ประสบการณ์ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในแง่มุมต่างๆ แลกเปลี่ยนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพและแลกเปลี่ยนประสบการณ์สหวิชาชีพแต่ละหน่วยงานได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่แบบเปิดกว้างมีสัมพันธภาพอันดีได้ มีการจัดองค์ความรู้แบบบูรณาการ การดูแลคนไข้ที่มารับบริการเพื่อให้คนไข้ได้รับประโยชน์สูงสุด

(2) สิ่งที่ผู้สนทนาได้เมื่อสนทนาจบ คือ ได้ตามความคาดหวังได้รู้ว่าสิ่งสำคัญหรือหัวใจของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ ความทุ่มเท เอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ รับรู้

ข้อมูลการดูแลรักษา แลกเปลี่ยนความรู้ในด้านต่างๆของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์แบบสหสาขาวิชาชีพ ทราบประสบการณ์และปัญหาในการทำงาน ได้ความรู้เพิ่มขึ้นอีกมากยิ่งขึ้นเกี่ยวกับวิธีการให้ยาที่ ถูกต้อง ประสบการณ์การดูแลที่หลากหลายมีโอกาสประสานความร่วมมือในการช่วยเหลือเด็กคิด เชื่อเป็นแบบสหวิชาชีพ

(3) สิ่งที่น่าไปใช้ มีดังนี้ นำประสบการณ์/ความสำเร็จของที่พูดคุยมานำมาใช้ในชีวิตจริงการแนะนำเรื่องการรับประทานยา การดูแลโดยญาติ แหล่งสนับสนุนที่ควรแนะนำ การนำแนวคิดแบบทีมมีส่วนช่วยในการดูแล การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน การให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานเป็นทีม แนวความคิดต่างๆที่สมาชิกได้เล่าให้ฟัง ประสบการณ์ของเพื่อนกลุ่มวิชาชีพ หาแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันที่ทำแล้วประสบความสำเร็จมาใช้ การประสานการทำงานเป็นทีมที่แข็งแกร่งของสถาบันบาราศนราดูร

ดังตัวอย่างข้อมูลสนับสนุนอ้างอิงจากการสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพดังนี้

“ได้ทราบการทำงาน, ประสบการณ์, ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วย HIV ในแง่มุมต่างๆ” “แลกเปลี่ยนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์แบบสหสาขาวิชาชีพ” “จะ ได้รับฟังประสบการณ์ในการทำงานในด้านต่างๆ ทุกคนได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่แบบเปิดกว้าง ดูแลคนไข้ที่มีมารับบริการ เพื่อให้คนไข้ได้รับประโยชน์สูงสุด”


“การได้รับความสัมพันธ์ทางอันดีและแลกเปลี่ยนประสบการณ์สหวิชาชีพแต่ละหน่วยงาน ได้แลกเปลี่ยนข้อมูลและมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น มีการจัดองค์ความรู้แบบบูรณาการ ได้ตามความคาดหวัง ได้รู้ว่ามีสิ่งสำคัญหรือ key success ของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ ความทุ่มเท ใส่ใจของเจ้าหน้าที่” “มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ การทำงานเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อในด้านต่างๆเป็นสหวิชาชีพ ได้ ประสบการณ์และทราบปัญหาและการแก้ปัญหาในการทำงาน” “จะได้ความรู้เพิ่มขึ้นอีกมากยิ่งขึ้น/วิธีการให้ยาที่ถูกต้อง/ความเป็นอยู่ของแต่ละคน/สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย/ ประสบการณ์การดูแลที่หลากหลาย มุมมอง” “ได้ประสานความร่วมมือ ในการช่วยเหลือเด็กคิดเชื่อเป็นแบบสหวิชาชีพ” “นำประสบการณ์ความสำเร็จของที่พูดคุยมานำใช้ การนำแนวคิดแบบทีมมีส่วนช่วยในการดูแล” “การแนะนำเรื่องการรับประทานยา, การดูแลโดยญาติ, แหล่งสนับสนุนที่ควรแนะนำ”

“ จะเห็นว่าทีมบาราศมีจุดเด่นในการดูแลที่ดีมากยิ่งขึ้นในส่วนของความต่อเนื่องที่บ้าน ชุมชน ที่เรากำลังจะเริ่มทำ นำประสบการณ์ การคุย การดูแลคนไข้ไปใช้ในชีวิตจริง ” “ การให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานเป็นทีม แนวความคิดต่างๆที่สมาชิกได้เล่าให้ฟัง ” “ ประสบการณ์ของเพื่อนกลุ่มวิชาชีพ มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันหาวิธีหรือมีแนวทาง ได้ทราบการทำงาน การประสานการทำงานเป็นทีม”

ส่วนที่ 2 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูร

ผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูร ตามกระบวนการ การจัดการความรู้ของ โนนากะและทากิวชิพบว่า การจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์มีรูปแบบการดูแลที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กัน 9 องค์ประกอบได้แก่ 1) ทีมผู้ดูแลร่วมประสาน 2) มาตรฐานการดูแลรักษา 3) การรับประสานยาต่อเนื่อง 4) ช่วยเรื่องความรู้ 5) ปู่ทางสร้างเสริมสุขภาพ 6) ขนบสังคมและสวัสดิการ 7) ประสามพัฒนาเครือข่าย 9) เป้าหมายคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็ก ผู้วิจัยนำมาประกอบเป็นรูปแบบการดูแล ดังภาพที่ 4.7 (หน้า 96)

ในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์มีเป้าหมายร่วมกันเป็นองค์ประกอบที่ 9 คือคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็ก หมายความว่าผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์สามารถใช้ชีวิตตามสมควรกับอัตรภาพ ไปโรงเรียนได้ การเจริญเติบโตปกติ ไม่มีโรคแทรกซ้อนต้องนอนโรงพยาบาลจากการสนทนากับผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ เภสัชกร พยาบาลให้คำปรึกษา นักเทคนิคการแพทย์ และผู้ใช้บริการ ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์และผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ประมวลสรุปองค์ประกอบของรูปแบบที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวได้เป็น 9 องค์ประกอบดังภาพ 4.7

ภาพที่ 4.7 เส้นลูกศร  แสดงถึงความเชื่อมโยงที่ذيต้องมีในแต่ละองค์ประกอบทั้ง 9 องค์ประกอบเพื่อบรรลุองค์ประกอบที่ 9

เป้าหมายของรูปแบบ เพื่อให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถใช้ชีวิตตามสมควรกับอัตภาพ
 "ได้แก่" ไปโรงเรียนได้ การเจริญเติบโตปกติ ไม่มีโรคแทรกซ้อนก่อนนอนโรงพยาบาล

ให้ความสำคัญสัมพันธ์ใส่ใจใจดูแลติดตามแก้ไข การแสดงออกของความรักความห่วงใย สัมพันธภาพในครอบครัว ความเอื้ออาทรของทีมงานสุขภาพ (Humanize Health Care)

มาตรฐาน ภาว ดูแลรักษา - แพทย์ -พยาบาล -การดูแลใน สถานบริการ ถึงชุมชน ด้านการ รักษา พยาบาล	การรับประสานยา ต่อเนื่อง -มีวินัย -Self care -Self Help Group -การตรวจสอบ วิธีให้ยา -วิธีทานยาตรงเวลา -ความรู้ -จัดสถานที่และ สร้างแรงจูงใจ	ช่วยเรื่องความรู้ -ทีมวิชาชีพต้อง มีความรู้ดี -ผู้ดูแลต้องการ การสนับสนุน กลุ่ม -เด็กต้องใจ กิจกรรมในการ สอนและสื่อที่ เหมาะสม	บุพการีสร้างเสริม สุขภาพ -ด้านร่างกาย อาหาร ออกกำลังกาย กาย สุขภาพ เจริญเติบโต -ด้านจิตใจ การเปิดเผยผล เลือดเตรียมเข้าสู่ วัยรุ่น	ขนานสังคม สวัสดิการ -การศึกษา -การรักษา -ค่าใช้จ่าย ค่าเดินทาง -การฝึกอบรม -การดูแล ครอบครัวที่พัก อาศัย	ประสาน พัฒนา เครือข่าย - มี เครือข่าย -ช่วยเหลือ ศูนย์ -ระบบส่ง ต่อ
--	--	--	---	--	--

ทีมผู้ดูแลร่วมประสาน (ผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ)

ทีมที่เข้มแข็งทำงานร่วมกันทั้งผู้ให้บริการและผู้ดูแลเป็นทีมเดิมคนเดิม เสียสละ ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบอย่างเต็มที่

ภาพที่ 4.7 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ สถาบันบำราศนราดูร

จากรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ทั้ง 9 องค์ประกอบนั้น การที่จะบรรลุถึงองค์ประกอบที่ 9 ซึ่งเป็นองค์ประกอบด้านคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้นั้น ต้องมีแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ในแต่ละองค์ประกอบ โดยเริ่มจากองค์ประกอบแรกจนถึงองค์ประกอบที่ 8 โดยแต่ละองค์ประกอบ มีรายละเอียดดังนี้

2.1 องค์ประกอบที่ 1 ทีมผู้ดูแลร่วมประสาน ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ทั้งผู้ให้บริการและใช้บริการทุกคน ต้องร่วมมือช่วยกันประสานการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ แก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วยเด็กจัดเป็นฐานที่มั่นคงและเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การดูแลประสบความสำเร็จ ผู้ให้บริการใช้ทีมสหวิชาชีพช่วยผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ในเรื่องการดูแลสุขภาพ ช่วยให้ผู้ใช้บริการหรือผู้ดูแลในชุมชนดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ได้อย่างถูกต้อง มีการสร้างเสริมสุขภาพทุกด้านเป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ทีมสหวิชาชีพที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร พยาบาลให้คำปรึกษา นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เทคนิคการแพทย์ และที่สำคัญที่สุดคือ ผู้ใช้บริการ นอกจากนี้ส่วนประกอบของทีมที่ทำให้การดูแลประสบความสำเร็จคือ

2.1.1 การมีทีมที่เข้มแข็งทำงานร่วมกันได้

2.1.2 ทีมผู้ดูแลเป็นทีมเดิมไม่เปลี่ยนบ่อย

2.1.3 เสียสละประสานงานกันตลอดเวลา

2.1.4 ปฏิบัติงานในส่วนที่ตนเองรับผิดชอบอย่างเต็มที่

ดั่งมีกิจกรรมการดูแลที่จัดขึ้น ในแผนกเด็กดงภาคผนวก ฉ

2.2 องค์ประกอบที่ 2 มาตรฐานการดูแลรักษา

แพทย์ และพยาบาลรวมทั้งผู้เกี่ยวข้องในทีม จะให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์อย่างเหมาะสมตามสภาพร่างกาย สังคม เศรษฐกิจ แพทย์ที่ดูแลเป็นแพทย์เฉพาะทางเด็กและเป็นผู้เชี่ยวชาญในการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ แพทย์ทำหน้าที่เป็นผู้วินิจฉัยและเลือกสูตรยาต้านไวรัส ให้กับเด็กในสูตรยาที่เหมาะสมตามสภาพร่างกาย ตามโอกาสสิทธิการรักษาบนพื้นฐานมาตรฐานของการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์แบบองค์รวมเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพที่บ้าน ตลอดจนการเสริมสร้างการดูแลตนเองดั่งมีกิจกรรมที่ให้บริการในแผนกเด็กดงภาคผนวก ฉ

2.3 องค์ประกอบที่ 3 การรับประทานยาต่อเนื่อง

ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ทุกคนเมื่อได้ รับยาด้านไวรัส ต้องมีการดูแลเพื่อให้เด็กทุกคนรับประทานยาได้ต่อเนื่อง ไม่ขาดยา และรับประทานยาได้ตรงเวลา ไม่คลาดเคลื่อนเป็นประจำ การรับประทานยาตรงเวลาจะช่วยไม่ให้เกิดการตี้อา กิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์รับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องและตรงเวลาส่วนใหญ่อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ดูแลที่บ้านหรือในชุมชนและ

ตัวผู้ป่วยเอง แต่พยาบาลต้องให้ความช่วยเหลือให้ผู้ดูแลในชุมชนสามารถดูแลเด็กให้รับประทานยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ กิจกรรมที่ทำให้เด็กรับประทานยาได้อย่างมีประสิทธิภาพมีอยู่ 9 กิจกรรม ดังภาพที่ 4.1 นำมาปรับเป็นวิธีการดูแลตามตารางที่ 4.4 ดังนี้

ตารางที่ 4.4 วิธีการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ให้รับประทานยาถูกต้องครบถ้วน

วิธีการดูแล	กิจกรรมการดูแล
1) ความรู้ ความเข้าใจเรื่องยา ด้านไวรัส ทราบว่ายาด้านไวรัส	- ให้ความรู้เรื่องยาด้านไวรัสเอดส์ต้องรับประทานแบบ ใดจึงจะได้ผลในการควบคุมเชื้อไวรัส - ให้ความรู้วิธีการรับประทานยาที่เหมาะสม - ให้ความรู้วิธีการเก็บรักษา
2) การดูแลตนเองในการรับประทานยา (Self care)	- จัดยาทานเอง - ดูแลเวลาในการทานยาเอง - ฝึกเด็กให้รับผิดชอบตัวเองนับเม็ดยาเอง
3) การดูแลกันเองโดยกลุ่ม (Self Help group) ผู้ที่ติดเชื่อด้วยกัน	- ช่วยกันเตือนเรื่องการรับประทานยาโดยกลุ่ม - ช่วยดูแลกันเองในกลุ่มรุ่นพี่ดูแลรุ่นน้อง จัดยาให้ ทาน ทานยาด้วยกัน - ผู้ดูแลกับเด็กทานยาพร้อมกัน
4) สร้างวินัยในการรับประทานยาและ เข้มงวดในการดูแล	- การใช้กฎระเบียบบังคับ - ใช้คำพูดขู่ให้เด็กกลัวถ้าไม่รับประทานยา - สร้างความเข้าใจให้เด็กว่าการรับประทานยาเป็นหน้าที่
5) เทคนิค การรับประทานยา ด้านไวรัส ด้วยวิธีต่างๆ	- การผสมยากับน้ำหวานให้ในผู้ป่วยเด็กเล็กที่จำเป็นต้อง ทานยาเม็ด - การทานลูกอมตามหลังการรับประทานยาเพราะขาม มากและมีกลิ่นแรง - การนำ ยาผงใส่แคปซูลแล้วให้เด็กทาน การสอนให้รับประทานยาเม็ด เช่น อมน้ำไว้ก่อนแล้งจึง เอายาใส่ปากแล้วกลืน หรือการวางยาไว้ด้านข้างของลิ้น แล้วกลืนยา - ใช้ตัวยาที่ได้จากโรงพยาบาลไปทำสัญลักษณ์ ติดบอกเวลารับประทานยา

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

วิธีการดูแล	กิจกรรมการดูแล
6) เทคนิค การรับประทานยาต้านไวรัสได้ตรงเวลา	- ใช้นาฬิกาปลุก - ใช้โทรศัพท์มือถือ - ตารางการที่วิพอบหนังสือหรือรายการนี้ก็ได้เวลาทานยา - ช่วยกันเตือนระหว่างมารดากับบุตรบิดากับบุตร - ตั้งเวลาก่อนเวลารับประทานยา 5 นาทีและใช้เทคนิคการเรียกเด็กมารับประทานยาเป็นสัญลักษณ์ “ขวยขา ซ้ายน้ำ” เพื่อเรียกเด็กให้มาทานยา - สอนให้เด็กรู้จักเวลาช่วยตัวเองและเตือนผู้ดูแลโดยใช้ Model นาฬิกา
7) การรับประทานยาเป็นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	- รับประทานยาหลังทำกิจวัตรประจำวันจนเป็นนิสัย เช่น ตื่นนอนอาบน้ำแปรงฟัน แล้วก็ทานยา เด็กศูนย์ตอนเย็นทานอาหาร สวดมนต์แล้วก็ทานยา
8) การตรวจสอบการรับประทานยาต้านไวรัส	- การนับเม็ดยาและเช็ดยาโดยไม่ให้เด็กทราบ - การให้ทานยาต่อหน้า
9) การสร้างแรงจูงใจในการอยากรับประทานยา	- การแจกทุนการศึกษาเด็กที่มีประวัติการรับประทานยาดี - จัดห้องพยาบาลให้สามารถทำกิจกรรมได้หลายอย่างเช่น เป็นที่อ่านหนังสือ เล่นเกมส์ พักผ่อนไม่ป่วยก็สามารถมาห้องพยาบาลได้

2.4 องค์ประกอบที่ 4 ช่วยเรื่องความรู้

การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาต้านไวรัส การดูแลสุขภาพ การควบคุมเชื้อไวรัส การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การให้ความรู้พิจารณาให้เหมาะกับวัยของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ การใช้สื่อต่างๆ ลักษณะการสอนมีความแตกต่างจากผู้ใหญ่ สื่อที่เด็กสนใจมีหลายรูปแบบ เช่น ลักษณะสื่อภาพที่เป็นการ์ตูน ภาพสีสวยงาม เป็นหนังสือหรือภาพพลิกดูแล้วเข้าใจง่าย วิธีการสอนต้องเป็นภาษาที่เข้าใจง่าย ถ้าเป็นนิทานประกอบภาพการ์ตูน เช่น สื่อการสอนขององค์กรหมอไร้พรมแดน (นิตยาชต) สำนักโรคเอดส์ จะช่วยสื่อความเข้าใจได้ดีขึ้น

การให้ความรู้สำหรับผู้ดูแล นอกจากการให้ความรู้โดยการสอนทางวิชาการแล้ว การทำกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลเด็กในกลุ่มผู้ดูแลด้วยกัน เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลพอใจ

และต้องการ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์พบปะคุยกันช่วยให้ผู้ดูแลมีกำลังใจขึ้น บางท่านได้มีโอกาสระบายความในใจที่ไม่เคยได้พูดอย่างเปิดเผยแบบนี้ที่ใดมาก่อนเพราะต้องปิดเรื่องการติดเชื้อของเด็กหรือตัวผู้ดูแลเองเป็นความลับ การได้ซักถามปัญหาที่ไม่กล้าถามใครมาก่อน เช่น ความรู้สึกเมื่อรู้ว่าตนเองติดเชื้อหรือเมื่อทราบว่าบุตรหลานที่ตนเองดูแลติดเชื้อ ดังกิจกรรมการให้ความรู้ที่ดำเนินการในแผนกเด็กดั่งภาคผนวก ฉ

2.5 องค์ประกอบที่ 5 ปู่ทางสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์มีสุขภาพดี เป็นการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้อย่างหนึ่ง การสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเด็กต้องอาศัยผู้ดูแล เนื่องจากการดูแลตนเองในวัยเด็กต้องอาศัยการดูแลที่ต้องพึ่งพา ผู้ดูแลมีความสำคัญมาก ที่จะช่วยผู้ป่วยเด็กในการดูแลสุขภาพให้แข็งแรงหรือช่วยให้ผู้ป่วยเด็กสามารถดูแลตนเองได้ หน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพได้แก่ สร้างสุขนิสัยที่ดีให้เด็ก การดูแลเด็กในเรื่องต่างๆ เช่น การดูแลด้านสุขภาพร่างกาย ความสะอาด การดูแลเรื่องอาหาร การขับถ่าย การออกกำลังกาย การเจริญเติบโต การป้องกันโรค การดูแลเมื่อเจ็บป่วย และการฝึกให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง รับผิดชอบตนเอง ช่วยดูแลกันในกลุ่ม สิ่งเหล่านี้ล้วนช่วยให้การสร้างเสริมสุขภาพของเด็กมีประสิทธิภาพ เรื่องการรับประทานอาหารอย่างไรจะให้เด็กทานอาหารได้ดี มีประโยชน์ ถูกต้องและครบถ้วนอาจต้องมีวิธีการที่จะทำให้เด็กทานอาหารได้ เช่น การใช้วิธีร่วมกันทำอาหาร เลือกทานอาหารที่มีประโยชน์ตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ทานนมเสริมกรณีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ เด็กบางรายได้รับยาต้านไวรัสที่มีผลทำให้ไขมันในเลือด (Cholesterol) สูงต้องจำกัดอาหารไขมันจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำจากโภชนาการ ด้านพัฒนาการต่างๆของเด็กมีการตรวจโดยแพทย์ การออกกำลังกายเด็กส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้ เช่นเดียวกับเด็กปกติทั่วไป เช่น เล่นกีฬาที่โรงเรียนตามชนิดของกีฬาที่โรงเรียนให้เล่นตามวัย เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงป้องกันโรคแทรกซ้อน ตลอดจนการดูแลด้านอารมณ์ จิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสตามวัย การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจก่อนบอกผลเลือดและเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นดังภาพที่ 4.2 และแผนผังที่ 4.5 รวมเป็นแผนผังกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและตารางวิธีการเตรียมพร้อมก่อนบอกผลเลือดดังภาคผนวก ฉ

2.6 องค์ประกอบที่ 6 ขนบสังคมและสวัสดิการ

ผู้ป่วยเด็กที่มารับบริการในสถาบันบำบัดโรคทางจิตเวช ประมาณร้อยละ 60 อยู่ในความดูแลของผู้ปกครอง ได้แก่ คุณชาย คุณตา คุณป้า คุณน้า คุณอา และอยู่ในความดูแลของศูนย์ NGO ต่างๆ ร้อยละ 25 ดังนั้นเด็กเหล่านี้ต้องการความช่วยเหลือในด้านสวัสดิการและสิทธิที่พึงได้รับควบคู่ไปกับการดูแลรักษาในด้านอื่นๆ เพื่อให้เด็กสามารถอยู่กับครอบครัวเหล่านี้ได้อย่างมีความสุข ผู้ป่วยเด็กบางรายไม่สามารถอยู่กับญาติหรือครอบครัวที่ขาดบิดามารดาได้ พยาบาลและสังคม

สงเคราะห์ต้องหาสถานที่อยู่อาศัยให้เด็ก ช่วยเปลี่ยนสังคมให้เด็กเพื่อแก้ไขปัญหาทางด้านจิตใจ เด็กบางรายมีปัญหาทางการศึกษา ผู้ดูแลมีปัญหาทางเศรษฐกิจขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องสิทธิต่างๆ สิ่งเหล่านี้อยู่ในความรับผิดชอบของงานสังคมสงเคราะห์ทั้งสิ้น อีกทั้งการพิทักษ์สิทธิเรื่องความลับบุคลากรทุกคนต้องระมัดระวังรักษาความลับให้กับผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ทุกคน งานด้านสังคมและสวัสดิการจัดการดูแลเป็น 8 กิจกรรมดังภาพที่ 4.3 ดังกิจกรรมการให้บริการดังภาคผนวก ฉ

2.7 องค์ประกอบที่ 7 ประสานพัฒนาเครือข่าย

ความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพ ส่วนหนึ่งเกิดจากการส่งต่อในระบบบริการสุขภาพและการประสานความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการในสถานบริการสุขภาพ (Health care provider) กับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ในชุมชน อันได้แก่ ครอบครัว และ ศูนย์ NGO ต่างๆ สถานบริการต้องมีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เชื่อมโยงให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ศูนย์ต่างๆเหล่านั้นต้องมีศักยภาพที่เหมาะสมในการดูแลเด็ก สถานบริการสามารถให้การช่วยเหลือศูนย์เพื่อการดูแลเด็กที่มีคุณภาพ ดังกิจกรรมการบริการที่จัดขึ้นดังภาคผนวก ฉ

2.8 องค์ประกอบที่ 8 ให้ความรักความสัมพันธ์ใส่ใจดูแลติดตามแก้ไข

2.8.1 ความรักความสัมพันธ์ ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่จะได้รับการดูแลที่ดีจะต้องมีฐานความสัมพันธ์ของครอบครัวที่ดี และผู้ดูแลให้ความรักความใส่ใจต้องการที่จะดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งผู้ให้บริการต้องมีความใส่ใจดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจเด็กให้มีประสิทธิภาพ ดูแลให้บริการแบบหัวใจมนุษย์ คิดว่าชีวิตทุกคนมีคุณค่าต้องใส่ใจดูแล การรักษาผู้ป่วยเด็กด้วยการให้ยาต้านไวรัสจะต้องเตรียมตัวผู้ดูแลเด็กที่สามารถรับผิดชอบในการดูแลเด็กเรื่องการรับประทานยา การมารับยาและการมาตรวจตามนัด รวมทั้งการดูแลสุขภาพอย่างใกล้ชิด การให้ความรักด้วยการแสดงความรัก การกอดจะทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้น เด็กอบอุ่น ความใส่ใจดูแลของทีมผู้ดูแลทั้งหมดเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้เด็กได้รับความสนใจในทุกๆด้าน ผู้ให้บริการมีความเอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ดังกิจกรรมการให้บริการดังภาคผนวก ฉ

2.8.2 การติดตามแก้ไขและประเมินผล

การจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กในแต่ละคนจะพบปัญหาที่แตกต่างกันตามสภาพของผู้ป่วยเด็กแต่ละราย ทีมผู้ดูแลต้องใช้กระบวนการทำงานที่มีคุณภาพตามแนวคิดของ W. Edwards Deming คือวงจร Deming ได้แก่ Plan Do Check Action (PDCA) เพื่อประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆที่ดำเนินการไปแล้ว และติดตามแก้ไขปัญหาลดเวลาอย่างต่อเนื่อง ดังกิจกรรมการปฏิบัติงานดังภาคผนวก ฉ

2.9 องค์ประกอบที่ 9 เป้าหมายของรูปแบบคือ คุณภาพชีวิตที่ดีของเด็ก

เป้าหมายที่สำคัญที่สุดของการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ คือ คุณภาพชีวิตที่ดีของเด็ก เด็กสามารถมีชีวิตได้อย่างปกติตามสมควรกับอัตรภาพ ได้แก่ ไปโรงเรียนได้เหมือนเด็กทั่วไป การเจริญเติบโตอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวนครั้งของการป่วยที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยกว่า 1 ปี / ครั้ง

โดยสรุปแล้วพบว่าจากการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ หากได้มีการดำเนินการแต่ละองค์ประกอบครบถ้วน 8 องค์ประกอบจะทำให้บรรลุเป้าหมายที่สำคัญที่สุดของการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ คือ คุณภาพชีวิตที่ดีของเด็ก

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ สถาบันบาราศนราดูล

ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ โดยผู้เชี่ยวชาญ 15 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญภายนอกโรงพยาบาล 1 คน รองผู้อำนวยการสถาบันบาราศนราดูล หัวหน้าแผนกกุมารเวช แพทย์ 2 คน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและรองหัวหน้าพยาบาล 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน เภสัชกร 2 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน โภชนากร 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน เทคนิคการแพทย์ 1 คน พยาบาลให้คำปรึกษา 1 คน พบว่า คะแนนจากการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์สถาบันบาราศนราดูลค่าคะแนนความเชื่อมั่นแบ่งตามข้อคำถามเป็น 6 มิติ มิติที่ 1 ได้ค่าคะแนนความเชื่อมั่นร้อยละ 100 มิติที่ 2 ได้ค่าคะแนนความเชื่อมั่นร้อยละ 100 มิติที่ 3 ได้ค่าคะแนนความเชื่อมั่นร้อยละ 84 มิติที่ 4 ได้ค่าคะแนนความเชื่อมั่นร้อยละ 86 มิติที่ 5 ได้ค่าคะแนนความเชื่อมั่นร้อยละ 84 มิติที่ 6 ได้ค่าคะแนนความเชื่อมั่นร้อยละ 100 ค่าคะแนนความเชื่อมั่นโดยรวมทุกมิติของแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ร้อยละ 93(0.93) ผู้เชี่ยวชาญทุกคนมีความเห็นว่ารูปแบบมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ร้อยละ 100 สามารถสรุปได้ว่า รูปแบบนั้นสามารถเป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ได้ ผู้ประเมินทุกคนเห็นด้วยกับรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่พัฒนาขึ้น โดยเห็นว่ามีความเหมาะสมกับบริบทของสถาบันบาราศนราดูลและสามารถนำรูปแบบไปใช้ได้จริง

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ของสถาบันบำราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข

1.สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.11. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ของสถาบันบำราศนราดูร โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ของโนนากะและทาคิวชิ

1.12. เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแล ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ที่พัฒนาขึ้น

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากรที่ใช้ในศึกษาขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูร ตาม “SECI” model ของโนนากะและทาคิวชิ คือ ผู้ให้บริการที่มีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ของสถาบันบำราศนราดูร ในระหว่างเดือน มิถุนายน- กันยายน พ.ศ. 2550 จำนวน 51 คน

2) กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ คือ ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของแผนกกุมารเวช จำนวน 15 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์จำนวน 20 คน ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์จำนวน 16 คน

3) กลุ่มตัวอย่างในการประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกกุมารเวช จำนวน 10 คน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลจำนวน 2 คน และรองผู้อำนวยการสถาบันฝ่ายแผนงาน(รักษาการแทนผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูรซึ่งเป็นผู้บริหาร

สูงสุดขององค์กร)และฝ่ายพัฒนาคุณภาพจำนวน 2 คนและผู้เชี่ยวชาญภายนอกจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีจำนวน 1 คน

1.2.2 เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีทั้งหมด 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 ประเด็นคำถามในขั้นตอนการทำการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้ง 3 กลุ่มตัวอย่าง ชุดที่ 2 แบบประเมินความเหมาะสมรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

1.2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากการศึกษา เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและจากการสอบถามผู้เชี่ยวชาญนำไปปรึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อพิจารณาและปรับปรุงแก้ไขในขั้นต้น ต่อจากนั้นนำประเด็นคำถามในขั้นตอนการทำการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ rate ออกมาเป็นตัวเลขเพื่อนำมาวิเคราะห์ หาค่าดัชนีของความตรงตามเนื้อหา Content Validity Index (CVI) ให้ผู้เชี่ยวชาญ rate ความเกี่ยวข้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับ Concept ที่ต้องการวัด นำคะแนนจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณ CVI แต่ละข้อ ข้อคำถามทุกข้อมีค่า CVI 0.8 -1 และหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มพยาบาล กลุ่มผู้ดูแลและกลุ่มเด็กแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จนได้แบบสนทนาที่สมบูรณ์

แบบประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ หาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index) ของแบบประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ไปใช้ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจน ความเหมาะสมของข้อคำถาม และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การให้ค่าคะแนนความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิในแต่ละข้อ โดยผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ CVI เท่ากับ 0.97

1.2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการเล่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่ประสบความสำเร็จ โดยทำการสนทนากลุ่มในกลุ่มทีมสหวิชาชีพจำนวน 15 คนรวม 3 ครั้ง กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ 20 คนจำนวน 3 ครั้ง โดยในแต่ละครั้งจะมีผู้ร่วมสนทนาบางคนเข้าร่วมสนทนาซ้ำ 2 ครั้ง กลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์จำนวน 16 คนรวม 4 ครั้ง

1.2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของประชากรที่ศึกษา โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ
- 2) วิเคราะห์การสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากการสนทนาแลกเปลี่ยนเพื่อวิเคราะห์ทุกครั้งหลังการสนทนา โดยทำการถอดบทสนทนา จากนั้นนำข้อมูลของทุกกลุ่มมาวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ได้แก่ การให้รหัส การจัดหมวดหมู่ และการนำเสนอประเด็นสำคัญ
- 3) วิเคราะห์แบบประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบไปใช้ หาค่าความเชื่อมั่นตามสูตรและหาค่าเฉลี่ย

1.3 ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนาดูแลแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้ผลการวิจัย ดังนี้

1.3.1 สถานภาพของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการของสถาบันบำราศนราดูร

1) ข้อมูลส่วนผู้ให้บริการผู้ดูแลที่เข้ากลุ่มสนทนาทีมสหวิชาชีพทั้งหมดเป็นเพศหญิง อายุราชการมากกว่า 5 ปี ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยเอดส์ตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป ระดับการศึกษาปริญญาตรี 9 คน ปริญญาโท 5 คน แพทย์ศาสตร์บัณฑิต 1 คน

2) ข้อมูลส่วนผู้ให้บริการ

(1) ผู้ดูแลที่เข้ากลุ่มสนทนาและเป็นผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยร้อยละ 90 เป็นเพศหญิงอายุอยู่ระหว่าง 30 – 60 ปี ($\bar{X} = 45$) ร้อยละ 80 การศึกษาค่ากว่าปริญญาตรี ร้อยละ 45 เกี่ยวข้องเป็นบิดามารดา ร้อยละ 55 เป็นญาติและผู้ดูแลอื่น ร้อยละ 85 ฐานะทางเศรษฐกิจไม่มั่นคง นับถือศาสนาพุทธทุกคน

(2) เด็กที่เข้ากลุ่มสนทนาเป็น เด็กชาย และเด็กหญิง เท่ากัน อายุระหว่าง 8-14 ปี อายุ 11-12 ปี ร้อยละ 62.5 กำลังศึกษาชั้นประถมปีที่ 4-5 ร้อยละ 43.75 เรียนนอกระบบและไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 25 ผู้ดูแลเป็นบิดามารดาร้อยละ 62.5 เด็กมีร่างกายเจริญเติบโตปกติ ผิวหนังปกติ ร้อยละ 50 ร่างกายผอม การเจริญเติบโตช้า ผิวหนังมีความผิดปกติ ร้อยละ 50

1.3.2 การพัฒนารูปแบบ การจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ของสถาบันบำราศนราดูร โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ของโนนากะและทาคิวชิ

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาครั้งนี้ได้มาจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Sharing Knowledge) ของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการเป็นกระบวนการนำความรู้ฝังลึก

(Tacit Knowledge) เป็นความรู้ที่เปิดเผย (Explicit Knowledge) นำความรู้ที่เปิดเผยผนวกรวมเข้าด้วยกัน (Combination) เป็นรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาและนำไปประเมินความเหมาะสมของรูปแบบก่อนลงสู่การปฏิบัติ (Internalization) ตามแนวคิดของการจัดการความรู้ของ โนนากะ และ ทาคิวชิ (Nonaka and Takeuchi)

รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบาราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยองค์ประกอบ 9 องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กัน ดังภาพที่ 4.7 องค์ประกอบที่ 1) ทีมผู้ดูแลร่วมประสาน 2) มาตรฐานการดูแลรักษา 3) รับประทานยาต่อเนื่อง 4) ช่วยเรื่องความรู้ 5) ปู่ทางสร้างเสริมสุขภาพ 6) ขนบสังคมและสวัสดิการ 7) ประสานพัฒนาเครือข่าย 8) ให้ความรัก ความสัมพันธ์ใส่ใจดูแลแก้ไขติดตาม 9) เป้าหมายคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็ก

1.3.3 ผลการประเมินความเหมาะสมรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบาราศนราดูร โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ของโนนากะและทาคิวชิ

ผลการประเมินความเหมาะสมรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบาราศนราดูร โดยทีมสหวิชาชีพจำนวน 10 คน ระดับหัวหน้างานการพยาบาล 2 คน รองผู้อำนวยการและแพทย์ผู้บริหารสถาบันบาราศนราดูร 2 คน และผู้เชี่ยวชาญภายนอก 1 คน รวม 15 คน พบว่าผู้ประเมินทุกคน(ร้อยละ 100.0) เห็นด้วยกับรูปแบบ มีค่าความเชื่อมั่น โดยรวมทุกมิติ ร้อยละ 93 (0.93) โดยเห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ได้จริงในสถาบันบาราศนราดูร

2. อภิปรายผล

จากการสรุปผลการศึกษา เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบาราศนราดูรผู้วิจัยได้อภิปรายผลแยกตามวัตถุประสงค์และผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยได้เสนอตามประเด็นสำคัญที่ได้วิเคราะห์ไว้ ดังนี้

2.1 การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ของสถาบันบาราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุขโดยใช้แนวคิดการจัดการความรู้พบว่า รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่พัฒนามีความเหมาะสมทั้ง 9 องค์ประกอบซึ่งองค์ประกอบที่ 9 คือเป้าหมายโดยรวมของรูปแบบ อีก 8 องค์ประกอบ เป็นกลยุทธ์ช่วยให้บรรลุเป้าหมายเกิดประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีแนวทางการจัดการระบบการบริการดูแลที่คล้ายคลึงกับ

กรอบการดูแลแบบครอบคลุมและต่อเนื่อง (Comprehensive and continuums) ได้แก่การจัดการทางคลินิก การดูแลทางด้านจิตสังคม การดูแลทางด้านการดำรงชีวิตและบริการทางสังคมต่างๆ การช่วยเหลือทางด้านกฎหมายและจริยธรรม งานบริการในสถานบริการถึงชุมชน เครื่องช่วย (พิกุล นันทชัยพันธ์ 2550: 29) ซึ่งความรู้ใหม่ที่สถาบันบำราศนราดูรให้ความสำคัญในรูปแบบการจัดการดูแลคือ ความสำคัญของทีมผู้ดูแล ทั้งผู้ดูแลที่เป็นผู้ให้บริการ(ทีมสหวิชาชีพ)และทีมผู้ใช้บริการ เรื่องของความรัก ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความใส่ใจดูแลของทีมผู้ดูแลทั้งหมด กิจกรรม เครื่องช่วย กิจกรรมต่างๆที่ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กได้รับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้องครบถ้วน กิจกรรมการให้ความรู้แบบกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ มีกิจกรรมในการดำเนินงานรวมทั้งการเก็บข้อมูลประเมินผลปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอตลอดกระบวนการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของปริญญา แสงรัตนาทีกกล่าวว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้เป็นแผนการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การพัฒนา เป็นกรอบความคิดประกอบด้วยแผนและแนวทางปฏิบัติงาน(2542) และรูปแบบสร้างขึ้นตามแนวคิดของคีเวสและสเทียเนอร์ (Keeves and Steiner อ้างใน พูลสุข หิงคานนท์ 2540: 51) แสดงถึงความเกี่ยวข้องของการดูแลชีวิตและสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการมุ่งการจัดการ โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ให้เกิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถกระทำหน้าที่ดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาและสามารถดูแลตนเอง (Orem 2001: 284) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปจะช่วยในการดำเนินชีวิต รวมทั้งวิธีการจัดการกับปัญหาด้วยตนเองที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยผสมผสานด้านการเพิ่มทักษะในการเลือกใช้ชีวิตต่างๆกับปัญหาที่เกิดขึ้น ความสามารถของผู้ดูแลมีผลกระทบต่อการรักษาอย่างยั่งยืนในอนาคต (Goldstein and Kanfer 1979) รูปแบบที่ได้ยังเป็นผลจากความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการซึ่งทำให้ได้รูปแบบที่ได้เหมาะสมในการนำไปปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มาร์ติน และคณะ (Martin, et al. 1999) พบว่า การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ของประเทศออสเตรเลียที่เข้ามาใช้ในประเทศไทยทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจในรูปแบบการดูแลด้านต่างๆ ประกอบด้วยการเพิ่มการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้องครบถ้วน การมาตรวจตามนัด การได้รับการรักษาตามมาตรฐาน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น และจากงานวิจัยของ คาเชอเรส และคณะ (Caceres, C. et al. 2001) ศึกษาแบบของการดูแล ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ที่ใช้เครื่องมือในการเฝ้าระวังผู้ป่วยสำหรับรูปแบบการดูแลแบบผสมผสานในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ พบว่ามี 3 องค์ประกอบที่ใช้ 1) สมุดบันทึกประจำวันที่ใช้เตือนตัวเอง 2) วิเคราะห์ข้อมูล 3) เครื่องมือสื่อสารผู้ป่วยกับผู้ดูแล นอกจากนี้พบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีมิติทางด้านวัฒนธรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่สร้างขึ้น โดย The National Minority AIDS Education and Training Center (NMAETC) ประเทศ สหรัฐอเมริกาอันประกอบด้วยบุคคลต่างๆหลากหลายวิชาชีพและวัฒนธรรมสร้างรูปแบบ

อันประกอบด้วยคำขึ้นต้นของชื่อเต็ม BESAFE เป็นกระบวนการทางวัฒนธรรมในการจัดบริการ สุขภาพดูแลที่บ้านคือ B = Barriers to care อุปสรรคในการดูแล E= Ethics จริยธรรม ความเชื่อ S=Sensitivity of the provider ความรู้สึกของผู้ดูแล A = Assessment การประเมินผู้ป่วยในบริบท ของวัฒนธรรมผู้ป่วย F= Facts ความจริงทางจิตใจ พฤติกรรม ความแตกต่างทางด้านสุขภาพ วัฒนธรรมความเชื่อของผู้ป่วย E=Encounters การให้การสนับสนุนประสิทธิภาพการให้ข่าวสาร กับผู้ป่วยเอดส์ในสภาวะที่เหมาะสมกับสุขภาพ รูปแบบดังกล่าวเหล่านั้นเป็นเครื่องมือและขั้นตอน ในการปฏิบัติงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์มีประสิทธิภาพ

จุดเด่นของรูปแบบที่ได้จากการศึกษา คือรูปแบบที่ได้มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้รับ บริการซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ตามบริการของสถาบันบำราศนราดูร สร้างมาจากประสบการณ์การ ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของผู้ให้บริการและผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่ได้ปฏิบัติมาแล้วและประสบ ความสำเร็จในการดูแลตามกระบวนการจัดการความรู้ของโนนากะและทาคิวชิ ผู้วิจัยพยายาม สื่อความหมายออกมาในรูปแบบ ที่สามารถปฏิบัติได้ชัดเจนเหมาะสมในการนำไปใช้ในทีมสุขภาพ จากผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ ได้คำดัชนีคะแนนความเชื่อมั่นในการนำรูปแบบไป ใช้ร้อยละ 93 แสดงให้เห็นว่าผู้ปฏิบัติที่ร่วมสร้างรูปแบบและใช้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์เห็นด้วยกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างมาก (ค่าคะแนนความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ร้อยละ 70) องค์ประกอบสำคัญที่ทำให้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ประสบความสำเร็จในการ ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี คือ ทีมผู้ดูแลทั้งหมดร่วมกับการดูแลด้วยความรัก ความใส่ใจ ด้วยหัวใจมนุษย์ติดตามแก้ไขปัญหาลดเวลา

รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูรที่ได้จากการศึกษา วิจัยครั้งนี้ คือ รูปแบบบ้านสุขภาพ ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ รูปแบบเริ่มที่ผู้ดูแลทั้งหมดทั้งผู้ ให้บริการและผู้ใช้บริการร่วมกันประสานการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์เป็นฐานที่สำคัญและมั่นคง ของบ้าน ตั้งอยู่ด้วยเสาที่ค้ำยันให้บ้านแข็งแรงทั้งหมด 6 เสาที่ต้องมีความสัมพันธ์กันในแต่ละเสา ได้แก่มาตรฐานการดูแลรักษา รับประทานยาต่อเนื่อง ช่วยเรื่องความรู้ ปูทางสร้างเสริมสุขภาพ ขนบธรรมเนียมและสวัสดิการ ประสานพัฒนาเครือข่าย จากฐานและเสาจะถูกยึดไว้ด้วยคานของความรัก ความใส่ใจดูแลของผู้ดูแลทั้งหมดที่ต้องเกี่ยวโยงไปด้วยกัน ผู้ดูแลที่เป็นผู้ให้บริการต้องมีความ รักความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นตัวยึด ส่วนผู้ให้บริการให้การบริการดูแลแบบหัวใจมนุษย์ ทั้งหมดคอยติดตามแก้ไขปัญหาลดเวลาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กทุกคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

องค์ประกอบที่ 1 ทีมผู้ดูแลทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ทีมผู้ให้บริการหรือทีม สหวิชาชีพของสถาบันบำราศนราดูรต้องมีทีมที่เข้มแข็งและเป็นทีมเดียวกันตลอดในการดูแล

แม้กระทั่งผู้ดูแลที่เป็นผู้ใช้บริการก็ต้องไม่เปลี่ยนมือผู้ดูแลบ่อยๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กไว้วางใจได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นผลให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ต่อเนื่องครอบคลุมครบวงจร การให้บริการแยกแยะตามกลุ่มปัญหา ใช้นุเคราะห์ทางการแพทย์ หลากหลายวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องในการดูแล ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนาการ สังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เทคนิคการแพทย์ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ในสถาบันทุกคน ที่เกี่ยวข้องกับงานบริการผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์และบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ (Self-care Management) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ แคนเฟอร์ (Goldstein and Kanfer 1979) ที่กล่าวว่า การเตรียมพร้อมที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิชาชีพต่างๆ สิ่งสำคัญ ต่อความสำเร็จของการจัดการ/ควบคุมตนเองคือ การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพบริหารจัดการระบบบริการและจัดการการดูแลของทีมสุขภาพ และเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ทุกคนทำให้การจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ได้รับบริการสุขภาพตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการ แพทย์ให้บริการด้านการรักษา พยาบาลให้บริการด้านการพยาบาลและประสานจัดการดูแลกับทีมสุขภาพต่างๆ พยาบาลให้คำปรึกษามีหน้าที่ในการให้คำปรึกษาก่อนตรวจเลือด และเป็นທີ່ปรึกษาแก้ไขปัญหตามสภาพของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์แต่ละราย เตรียมความพร้อมผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น เภสัชกรให้บริการและปรึกษาด้านยาต่างๆที่ได้รับ โภชนาการให้บริการด้านอาหารรวมทั้งให้ปรึกษาชนิดของอาหารที่ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ควรบริโภคหรือควรรับประทานตามสภาพของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์แต่ละราย เทคนิคการแพทย์ ให้บริการร่วมกับแพทย์และพยาบาลเรื่องการตรวจ CD4 ตรวจปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกาย (Viral load) ตรวจหาเชื้อดื้อยา (Drug Resistance) นักจิตวิทยาให้บริการผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์และผู้ดูแลที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ ชนิดต้องได้รับการเยียวยา เพื่อให้พร้อมที่จะอยู่ในสังคมต่อไปได้ ส่วนงานบริการด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ใช้ทีมนำทางคลินิกของแผนกกุมารเวช (PCT) เป็นตัวประสานและปรับปรุงพัฒนาเมื่อเกิดข้อขัดข้องต่างๆ ในด้านผู้ใช้บริการพบว่าผู้ดูแลมีหลากหลาย ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่อยู่ในความดูแลของบิดามารดามีร้อยละ 45 ผู้ปกครองอื่นร้อยละ 30 อยู่ศูนย์ NGO ต่างๆร้อยละ 25 ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ประมาณร้อยละ 55 อยู่กับผู้ดูแลที่มีใช้บิดามารดา แต่ผู้ดูแลทุกคนต้องรับผิดชอบในการดูแลเด็กทุกเรื่องเพื่อให้เด็กมีชีวิตอยู่ในสังคมได้ ผู้ดูแลเหล่านี้เป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์จึงมีความสำคัญมากที่จะช่วยดูแลเด็กทุกเรื่องตั้งแต่การดูแลเรื่องสุขภาพ ร่างกาย จิตใจ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัดและอื่นๆ เพื่อช่วยให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ คาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา และคณะ (2543) ศึกษาการพัฒนาศักยภาพ บุคคล ครอบครัว และชุมชนในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และเสียชีวิตจากโรคเอดส์ พบว่า การใช้การดูแล ผู้ติดเชื้/ผู้ป่วยเอดส์ จะต้องเกิดจากความร่วมมือของทุกฝ่าย ได้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติผู้ให้การดูแล จากงานวิจัยของ รัตนาภรณ์ ตั้งยิ่งยงและ

คณะ (2547) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ คือ การดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยทีมสหวิชาชีพ และปัจจัยสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อ คือ การทำงานร่วมกันเป็นทีม จากสหวิชาชีพและการวางแผนอย่างมีประสิทธิภาพ (วารักษ์ณ รัตนธรรมและ คณะ 2547)

องค์ประกอบที่ 2 มาตรฐานการดูแลรักษา

การจัดการทางคลินิก (Clinical Management) เป็นบริการหนึ่งในการจัดการดูแลแบบครอบคลุมครบถ้วน (Comprehensive care) การดูแลรักษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วย โรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการให้ยาด้านไวรัส ซึ่งเป็นไปตามมาตรฐานด้านการรักษาที่ได้กำหนดไว้ สถาบันบำราศนราดูรใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะเป็นผู้รักษาและเลือกสูตรยาด้านไวรัสที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กแต่ละรายตามมาตรฐาน สภาพร่างกาย ฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจ มาตรฐานการรักษาที่ใช้คือ มาตรฐานที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (WHO DAP/97.9 1997) การดูแลรักษา (WHO AIDS guide line 2007) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ มอก และมินสัน (Mok, S. and Minson, Q. 2008) พบว่า การให้ยาผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์และรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลโดยไม่ใช้แพทย์เฉพาะทางมีโอกาสเกิดความเสี่ยงเรื่องการให้ยาด้านไวรัสไม่สมบูรณ์ครบถ้วนถึง 3.83 เท่า แนวทางการดูแลปฏิบัติตามแนวคิดการดูแลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง (Comprehensive and continuums) การดูแลที่สำคัญคือการพยาบาล (Nursing Care) ที่สามารถใช้ได้ทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน (พิบูลนันทชัยพันธ์ 2550) การจัดการดูแลและการพยาบาลในสถาบันบำราศนราดูรจัดการดูแลแบบต่อเนื่องเป็นองค์รวมดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านสุขภาพอนามัย การจัดการดูแลเพื่อบรรเทาและควบคุมอาการ ไม่สุขสบาย เตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ระยะสุดท้าย (Preparing for the end of life) การควบคุมมาตรฐานการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (Standard Precaution) การให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย (Discharge planning) เป็นที่ปรึกษา ประสานการส่งต่อ พัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลและผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของแกนซินีและคณะ (Ganzini, L. et al. 2008) พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการดูแลที่บ้าน ความต้องการมากกว่าครึ่งต้องการการดูแลช่วยเหลือ เรื่องการสูญเสียทางด้านเกียรติยศ สูญเสียอิสรภาพในอนาคต ช่วยเรื่องคุณภาพชีวิต การดูแลตนเอง ส่วนที่เหลือต้องการ การช่วยเหลือเรื่องอาการทางกาย และประสบการณ์ความเป็นอยู่ในอนาคต ความต้องการเหล่านี้มีผลตามมาจากจำนวนสมาชิกในครอบครัว ความเข้มเศร้า การตระหนักเรื่องการเงิน ความไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม และจากงานวิจัยของ วงศา เลหาศิริวงศ์ (2546) ศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยเอดส์เมื่อกลับบ้านพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการยอมรับของชุมชนและการให้การ

ช่วยเหลือเกื้อกูลด้านอาชีพและการเงิน จากงานวิจัยของ วาสินี วิเศษฤทธิ์ (2547) ศึกษาการดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะใกล้ตายพบว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นกระบวนการต่อเนื่องจุดประสงค์เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเอดส์ทุกข์ทรมาร เช่น บรรเทาอาการเจ็บปวด การช่วยเสริมศักยภาพของครอบครัวในการจัดการให้ผู้ป่วยเอดส์ตายอย่างสมศักดิ์ศรี ได้รับการจัดการศพตามประเพณี

องค์ประกอบที่ 3 รับประทานยาต่อเนื่อง การรับประทานยาถูกต้องครบถ้วน

(Adherence)

การรับประทานยาด้านไวรัสเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้เด็กโรคเอดส์มีสุขภาพดี แข็งแรง เป็นการจัดการดูแลเฉพาะประเด็นที่ต้องการความรู้ ความเข้าใจ และทักษะปฏิบัติของทุกฝ่ายทั้งผู้ให้บริการและใช้บริการ นโยบายสถาบันบำราศนราดูรต้องมีกลยุทธ์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ รับประทานยาได้อย่างถูกต้องครบถ้วน จากเป้าหมายหลักของการให้ยาด้านไวรัสคือ ลดการสร้างเซลล์ใหม่ของเชื้อไวรัสสะสมและคงไว้ซึ่งภูมิคุ้มกันของร่างกายเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ (พิบูล นันทชัยพันธ์ 2550) การรับประทานยาด้านไวรัสได้อย่างถูกต้องครบถ้วน(adherenceดี) จากการวิจัยครั้งนี้ได้ความรู้ใหม่และความรู้ต่อยอดในการช่วยให้ผู้ป่วยเด็กมี adherence ดีตามบริบทของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์สถาบันบำราศนราดูร ดังตารางที่ 4.4 ประกอบด้วยรูปแบบกิจกรรมที่ช่วยให้รับประทานยาด้านไวรัสได้อย่างถูกต้องครบถ้วน หัวข้อรูปแบบวิธีการดูแลเรื่องการรับประทานยา คือ การให้ความรู้เรื่องยาด้านไวรัส การดูแลตนเอง การดูแลโดยกลุ่มในการรับประทานยา การใช้เทคนิคต่างๆในการรับประทานได้ครบถ้วนตรงเวลา การสร้างวินัยและปฏิบัติเรื่องการรับประทานยาเป็นกิจวัตรประจำวัน การตรวจสอบการรับประทานยาและสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ฮามมาไมและ คณะ (Hammami, N. et al. 2004)พบว่า การรับประทานยาครบถ้วนถูกต้อง ผู้ดูแลต้องรู้เรื่องยาด้านไวรัสทั้งหมด ตั้งแต่ชนิด ประโยชน์ ความคุ้มค่าของยา ผู้ป่วยที่รับประทานยาด้านไวรัสได้ดี ต้องมีพัฒนาการแก้ปัญหาได้ดี จัดการกับปัญหาแทรกซ้อนของการรับประทานยาด้านไวรัสได้ มีการแก้ไขความรู้ การติดตามตลอดเวลา และพัฒนาขึ้นเรื่อยๆ ในแต่ละบุคคลและระยะของผู้ป่วยเอดส์และจากงานวิจัยของ หวัง ฮงฮงและคณะ (Honghong ,W. et al. 2006) พบว่า ผู้ที่ใช้ เทคนิคการรับประทานยาโดยการเตือนการรับประทานยาด้านไวรัส ด้วยโทรศัพท์ ตารางติดฝาผนัง รายการทีวี สามารถรับประทานยาได้ถูกต้องเป็น 6 เท่าของผู้ที่ไม่ได้ใช้สิ่งเหล่านี้และมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาถูกต้องครบถ้วนถึงร้อยละ 90 จากงานวิจัยของจินเนท และคณะ(Jeannette, R. Ickovics and Andrew,W. Maisler 1996) พบว่าการรับประทานอย่างต่อเนื่องถูกต้อง (adherence ดี) ต้องประกอบด้วย ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วย มาตรฐานการรักษา การวางแผนทางคลินิก ตัวบุคคลและโรค

ปัญหาที่พบบ่อยๆ เรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสต่อเนื่องถูกต้อง (adherence) คือ ผลข้างเคียงของยา เมื่อยามีขนาดใหญ่ คุณสมบัติของยาที่ทำให้รับประทานยาต้านไวรัสยาก การช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับประทานยาต้านไวรัสดีขึ้นประกอบด้วยการใช้กลุ่มหรือเพื่อนช่วย (Peer or buddy) ในการรับประทานยาต้านไวรัส การให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ การเตือนการให้ยาโดยการใช้นาฬิกาข้อมือ เครื่องมือการให้ยา การวิจัยและพัฒนาเพื่อลดจำนวนครั้งของการรับประทานยาในแต่ละวันให้รับประทานได้ง่ายและต่อเนื่องลดอาการข้างเคียงของยาขนาดยาและจำนวนเม็ดยา (Cichocki, M. 2000)

นอกจากนี้งานวิจัยของวิลเลียม (William, M. Valenti 2001) ที่พบว่า adherence rate 95% อัตรา Virologic failure 22 % ถ้า adherence rate 80-94.9% อัตรา Virologic failure 61% adherence rate 80 % อัตรา Virologic failure 80% ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการรับประทานยา (adherence) มากกว่าร้อยละ 95 ความล้มเหลวในการรักษาพบได้ร้อยละ 20 แต่ถ้า adherence 80-94.9% ความล้มเหลวในการรักษาร้อยละ 61 จากข้อมูลนี้ทำให้ทราบว่า การรับประทานยาต้านไวรัสถูกต้องครบถ้วนมีความสำคัญมากต่อผลการดูแลรักษา และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส 3 เดือน และ 6 เดือน จะมีอาการดีขึ้นร้อยละ 55.1, 50.8 (Jing Yan, LI. et al. 2008) จากงานวิจัยของวิลเลียมและคณะ (William, M. et. al 2006) พบว่า ผู้ป่วยที่ทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ ปริมาณเชื้อไวรัสจะมากกว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ 10 เท่า และสิ่งที่ทำนาย adherence ของเด็กที่รับประทานยาต้านไวรัส คือ การมีผู้ใหญ่เป็นผู้ปกครองหรือผู้ดูแล การใช้ระบบช่วยกันเตือนความจำในการรับประทานยา การประเมินการรับประทานยาประจำ นอกจากนี้ในงานวิจัยของเสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล (2549) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส การรับประทานยาอย่างถูกต้องครบถ้วนตรงเวลานั้นมีหลายปัจจัยที่ส่งเสริมให้ได้ผลดี

องค์ประกอบที่ 4 ช่วยเรื่องความรู้

การให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการซึ่งเป็นบุคลากรของสถาบันบำราศนราดูรที่มีพันธกิจโดยตรงในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ต้องมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ในทุกมิติ ทั้งในด้านของโรค การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค การรักษา ยาต้านไวรัส ผู้ใช้บริการเป็นผู้รับความรู้จากผู้ให้บริการ เพื่อความถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ให้มีคุณภาพความรู้เป็นสิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียนการค้นคว้าหรือประสบการณ์รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติ และทักษะความเข้าใจเป็นสารสนเทศสารสนเทศที่ได้รับจากประสบการณ์

(พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2542) ความรู้จึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้เองและการให้เพิ่มเติมรูปแบบของการให้ความรู้มีหลายประเภททั้งรายกลุ่มรายบุคคล ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นจากงานวิจัยคือ 1) การให้ความรู้โดยวิธีการพบปะกันในกลุ่มหรือการทำกลุ่มผู้ดูแลทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ 2) การทำกลุ่มกิจกรรมการให้ความรู้ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ด้วยการทำกิจกรรมกลุ่มโครงการ ในเด็กการให้ความรู้ต่างๆ จะสอนเป็นนิทานการ์ตูน การให้ความรู้โดยใช้สื่อหนังสือรูปแบบเข้าใจง่าย ภาพพลิกรูปการ์ตูนที่สวยงาม ใช้วิธีตีประกอบการสอน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รัตนาวดี ชานตะวัน และอัญชญา โดศลาลกุล พบว่าการใช้การ์ตูนเป็นสื่อในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับประทานยาช่วยรักษาโรค (ยาต้านไวรัส) การรักษาสุขภาพให้แข็งแรง พบว่าเด็กสนุกและได้รับความรู้และรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่ช่วยให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น เด็กว่าการรับประทานยาและการปฏิบัติตนให้แข็งแรงจะช่วยให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น จากงานวิจัยของรัตนภรณ์ ตั้งยิ่งยงและคณะ (2547) พบว่าการสื่อสาร/สร้างความเข้าใจกับเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ด้วยกิจกรรมค่ายเด็กครอบครัวสัมพันธ์ กิจกรรมค่ายเด็กครอบครัวสัมพันธ์มีการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของเด็กในการร่วมทำกิจกรรม โดยการใช้เกมละลาปดิกรรม เด็กมีส่วนร่วมในการเล่น เกม เด็กเกิดความรู้สึกที่ดี กล้าแสดงออก และกล้าที่จะเข้าร่วมกิจกรรม มีการเล่านิทานให้ฟังสอดแทรกเรื่องการดูแลรักษาสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยที่ยังกิจกรรมก่อให้เกิดทักษะในการเข้าสังคม/เข้ากลุ่ม กล้าพูด กล้าคิด กล้าแสดงออก จากงานวิจัยของ ทรงพล อุปชิตกุล (2539) พบว่า การใช้สื่อการสอน โดยใช้วิธีทัศนประกอบการสอนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนโรคเอดส์สูงกว่านักเรียนที่ได้รับการสอนปกติ และสามารถสร้างความสนใจ สื่อความรู้ได้ดีและชัดเจน ช่วยให้เข้าใจเนื้อหาได้ดีขึ้น และงานวิจัยของ สมเกียรติ ชูกิจไพศาล (2538) พบว่า การสอนเรื่องโรคเอดส์โดยใช้หนังสือการ์ตูนมีประสิทธิภาพอยู่ในระดับสูงและ ผลการเรียนของกลุ่มที่สอนโดยใช้หนังสือการ์ตูนมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ใช้การสอนด้วยวิธีการสอนปกติ และจากงานวิจัยของ คาลด์เวล บุตัน และคราเรีย (Caldwell, PHY. Buton, PN. and Craria, JC. 2543) พบว่า การสอนให้ความรู้กับเด็กในโรงพยาบาลและในโรงเรียนโดยการทำกลุ่มให้เด็กมีส่วนร่วมจะมีประโยชน์กับผู้ดูแลในเรื่องของการดูแลเด็กที่ดีกว่าการได้รับการรักษาโรคร่วมที่ใหม่ๆ ผู้ดูแลสามารถดูแลเด็กอย่างมืออาชีพได้รับข่าวสารสุขภาพมีการประชุมร่วมกันและได้รับการช่วยเหลืออื่นๆ จากงานวิจัยของ นิวัลด์ เทโววิก บิลิก (Kniewald, T. Tesovic, G. Bilic, V. 2006) พบว่าความสำเร็จของการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กที่สำคัญ คือการเปลี่ยนทัศนคติของประชาชนและวิธีการให้การศึกษาหรือความรู้ในโรงเรียน นอกจากนี้งานวิจัยของ ทินมณี ทิพย์ปัญญา (2547) ยังพบว่า การให้ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการรับรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัส งานวิจัยของ ภูริชญา นรินทร์กุล (2547) พบว่าการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยา

ด้านไวรัส มีการแสวงหาข้อมูลการรักษาต้านไวรัส นั้นหมายความว่าความรู้มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแล

องค์ประกอบที่ 5 ปู่ทางสร้างเสริมสุขภาพ

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่วยให้การจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในสถาบันบำราศนราดูร ให้บริการ 2 ส่วนคือ 1) การสร้างเสริมสุขภาพทางด้านร่างกาย ผู้ให้บริการและผู้ให้บริการต้องพัฒนาเสริมสร้างสุขภาพในเรื่องการดูแลด้านอาหาร การออกกำลังกาย การสร้างสุขนิสัยที่ดี การดูแลเรื่องการเจริญเติบโตและพัฒนาการ 2) การสร้างเสริมสุขภาพทางด้านจิตใจเป็นการดูแลเพื่อให้เด็กมีความสุข สดใสตามวัย การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจก่อนเปิดเผยผลเลือดและเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น การสร้างเสริมสุขภาพเป็นยุทธวิธีการส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเต็มศักยภาพ (อำพลจินดาวัฒน์ 2549) ให้ทุกคนมีความสามารถที่จะเลือกแนวทางการดำเนินชีวิตให้มีความเป็นอยู่ที่ปราศจากโรค และความพิการทั้งร่างกายและจิตใจ ผู้ให้บริการและผู้ให้บริการต้องร่วมมือกันสร้างเสริมสุขภาพที่ดีให้ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รัตนภรณ์ ตั้งยิ่งยง และคณะ (2547) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กติดเชื้อเอชไอวีและได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ คือ การมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง การได้รับการยอมรับจากเพื่อน ชุมชน สังคม โรงเรียน ปัจจัยดังกล่าว คือ ส่วนของการสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพด้านจิตใจเรื่องการเปิดเผยผลเลือด มีความสำคัญมากในเด็กวัยเรียน การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจก่อนบอกผลเลือด จะช่วยให้ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ปรับตัวได้ อายุ ภาวะจิตใจของเด็ก ความรู้ มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ทั้งสิ้น ผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการ ต้องร่วมกันเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ โดยต้องให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่ละน้อย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ดี แบ็คท และคณะ (De Bacts, AJ. et al. 2008) พบว่า การเปิดเผยผลเลือดควรเริ่มเปิดเผยเมื่อเด็กมีอายุตั้งแต่ 10.8 (+/-4.2) ปี โดยค่อยๆเปิดเผยและเปิดเผยอย่างสมบูรณ์เมื่อเด็กอายุประมาณ 14.4 (+/- 4.5) ปี จากงานวิจัยของ เกรฟฟ์ และคณะ (Greff, M. et al. 2008) พบว่าการเปิดเผยผลเลือดในรายละเอียดเล็กๆ ควรจะได้รับการเปิดเผยจากผู้มีประสบการณ์และผู้ที่มีความเข้าใจผู้ป่วย ในประเทศไทยได้ทำการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่สมควรเปิดเผยผลเลือด คืออายุ 12-14 ปี (การประมวลความรู้จากการนำเสนอแบบ โปสเตอร์การประชุมนานาชาติเอดส์ครั้งที่ 15 2547)

การสร้างเสริมสุขภาพทางด้านอาหาร ควรเลือกอาหารที่มีประโยชน์เหมาะกับเด็กในการเจริญเติบโตอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส จากการศึกษาในโรงเรียนบอตสวานาฮาร์วาร์ด (Botswana-Harvard School 2006) ของกระทรวงสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสต้องการอาหารที่มีวิตามินรวมและแร่ธาตุต่างๆ เช่น Selenium สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้การใส่ยาต้านไวรัสได้ผลดีขึ้น และจากงานวิจัยของ จิตอาารี แก้วกันธา (abstract 2545) ซึ่งศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ศึกษาแนวทางการส่งเสริมและพัฒนาเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ พบว่า แนวทางการส่งเสริมและพัฒนาเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ คือ โครงการสร้างเสริมสุขภาพและทักษะชีวิตเยาวชน จากงานวิจัยของ มอนทีโรสโซ และคณะ (Monterosso, L. et al. 2004) พบว่า ผู้ดูแลเรื่องครอบครัวต้องการการจัดการดูแลเด็กที่บ้าน ด้านอาหาร เพื่อช่วยสร้างเสริมสุขภาพ การเสริมสร้างสุขภาพทุกด้านล้วนทำให้ผู้ป่วยเด็กมีสุขภาพดี

องค์ประกอบที่ 6 ขนบสังคมและสวัสดิการ

งานสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการรวมทั้งการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์เป็นงานที่สถาบันบาราศนราครทำควบคู่กับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์และผู้ป่วยเอดส์เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างครอบคลุมครบวงจรประเด็นปัญหาเรื่องความเป็นอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคม ตลอดจนสุขภาวะด้านจิตใจและจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคมถือเป็นองค์ประกอบสำคัญมากในผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ เนื่องจากโรคเอดส์ยังเป็นเรื่องที่บุคคลทั่วไปรับรู้ว่าน่ากลัว น่ารังเกียจ และเป็นมลทินของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว ทำให้เกิดผลกระทบ เด็กได้รับการปฏิเสธจากโรงเรียนขาดที่เรียน (พิกุล นันทชัยพันธ์ 2550) งานสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการของสถาบันบาราศนราคร จัดการบริการให้ผู้ใช้บริการในส่วนต่างๆ คือ การช่วยเหลือเรื่องการศึกษา การรักษาสวัสดิการสิทธิการรักษาต่างๆการพิทักษ์สิทธิเรื่องการถูกละเมิดสิทธิมนุษยชน การให้ความช่วยเหลือด้านค่าตรวจ บางชนิด ค่ายานพาหนะในการเดินทาง ค่าอาหาร การติดตามผู้ป่วยมาตรวจตามนัด การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ การฝึกอาชีพให้ผู้ดูแล ตามแนวความคิดที่เชื่อว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมที่เป็นปัจจัยบุคคลมีผลกระทบต่อสุขภาพ และแนวคิดปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคมพื้นที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ (Kawachi, I. Barkman, LF. 2003 อ้างใน สรลย์ วัฒนผลประเสริฐ 2549) สอดคล้องกับงานวิจัยของนารีรัตน์ เอกปัญญากุล (2541) พบว่าในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ลักษณะบริการที่นักสังคมสงเคราะห์ดำเนินงานอยู่ ประกอบด้วย การให้คำปรึกษา การให้ความรู้ และคำแนะนำ การช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและสังคม การประสานงานและการส่งต่อ จากงานวิจัยของวันเพ็ญ พูลเพิ่ม (2550) พบว่า ปัญหาด้านจิตสังคม เศรษฐกิจ และพฤติกรรมมีผลต่อการดูแล

สุขภาพ และจากงานวิจัยของ พิมพ์พร มีอิม (2546) พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ประสบปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจ ในเด็กติดเชื้อเอดส์ควรได้รับสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ สิทธิในการได้รับการศึกษา สิทธิในการได้รับการสงเคราะห์ในฐานะผู้ด้อยโอกาส สิทธิในการได้รับการยอมรับและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เพื่อพัฒนาการดูแลเด็กโรคเอดส์ให้อยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

องค์ประกอบที่ 7 ประสานพัฒนาเครือข่าย

ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูร ร้อยละ 25 อยู่ในความดูแลของศูนย์ NGO ความสำเร็จในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์อย่างครอบคลุมต่อเนื่องพบประเด็นความรู้ใหม่คือ 1) ต้องมีการเครือข่ายเชื่อมโยงกับศูนย์ผู้ดูแลต่างๆ 2) ต้องให้ความร่วมมือและสนับสนุนเสริมสร้างศักยภาพของศูนย์ NGO ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์มีประสิทธิภาพ การพัฒนาระบบการดูแลส่วนหนึ่งมาจากการมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูรเป็นผู้ช่วยให้เกิดการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของศูนย์ NGO การพัฒนาศักยภาพของศูนย์และให้ความช่วยเหลือดำเนินการในส่วนที่ศูนย์ NGO เหล่านี้ต้องการและใช้ศูนย์ NGO เป็นเครือข่ายการดูแล (Care Network) ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูร 3) ระบบการส่งต่อศูนย์ สถาบันบำราศนราดูรต้องมีการเชื่อมโยงการดูแลการส่งต่อที่มีคุณภาพการสนับสนุนกลุ่มต้องคำนึงถึงศักยภาพของกลุ่ม ความชัดเจนในการรวมกลุ่มและการสนับสนุนจากองค์กรพี่เลี้ยง การใช้เครือข่ายการดูแล (Care Network) การกำหนดนโยบายและแผนร่วมกันในการส่งต่อผู้ป่วยมีการปฏิบัติร่วมกัน (พิกุล นันทชัยพันธ์ 2550: 37-38) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศันสนีย์ ศรีวงษ์ชัย (2543) พบว่าการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในลักษณะองค์รวม จะต้องเริ่มที่การสร้างเครือข่ายในระดับจังหวัดก่อน โดยทุกฝ่ายจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการทำงานด้านการป้องกันและแก้ปัญหาเอดส์ ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กระบวนการสร้างพลัง กระบวนการระดมสมอง และจากงานวิจัยของ เจริญศักดิ์ อินดีะผัด (2545) พบว่า การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายองค์กรชุมชน โดยใช้ชุมชนมีส่วนร่วมสามารถพัฒนาศักยภาพเครือข่ายขององค์กรชุมชนให้ดำเนินงานด้านเอดส์ให้บรรลุผลได้

องค์ประกอบที่ 8 ให้ความรัก ความสัมพันธ์ใส่ใจดูแลติดตามแก้ไข

จากการศึกษาในสถาบันบำราศนราดูร พบว่าความรัก ความใส่ใจของผู้ดูแลมีความสำคัญมากต่อการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ให้มีคุณภาพในทุกๆด้าน ความรัก ความใส่ใจจะเป็นพลังให้ผู้ดูแลสนใจต่อปัญหาต่างๆของผู้ป่วยเด็กและยินดีร่วมกันแก้ปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กมี

คุณภาพชีวิตที่ดี ประเด็นความรู้ใหม่ในส่วนที่จะช่วยเสริมให้การดูแลของผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ได้อย่างสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพ คือ การแสดงความรักของผู้ดูแลกับผู้ป่วยเด็ก การให้การดูแลทางด้านจิตใจ ให้กำลังใจ สร้างสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว (Self-help group) ในทีมผู้ให้บริการให้การดูแลรักษาที่ใช้หัวใจมนุษย์ (Humanized Healthcare) ใช้ความเป็นกัลยาณมิตรเอื้ออาทรระหว่างผู้ดูแลรักษากับผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์และผู้ดูแล การบริหารที่ใส่ใจต่อเพื่อนมนุษย์ ตามคำกล่าวของ โทมัส ฮิลล์ (2550) กายและจิตของมนุษย์นั้นมีความเชื่อมโยงกัน จิตใจมีผลต่อ ระบบประสาท (Nerve) ระบบเอ็นโดคริน (endocrine) ระบบภูมิคุ้มกัน (Immunology) (ดวงสมร บุญผดุง 2550) การดูแลทางด้านจิตใจ ให้ความรัก ความห่วงใย เป็นผลให้ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กนิษฐา ถนงค์ (2545) พบว่าสัมพันธ์ภาพ แบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี และจากการศึกษาของ นภาพรรณ วิริยะศิริกุล บุษกร พันธเมธาทิ วัณธณี วรุพห์พานิช (2549) พบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ รัตนาภรณ์ ตั้งยิ่งยงและคณะ (2547) พบว่ากิจกรรมค่ายทำให้เห็นความผูกพันระหว่างพ่อแม่/ผู้ดูแลและเด็ก เกิดการสื่อสารกันในสิ่งที่เด็กอยากพูด อยากบอกและสิ่งที่เด็กต้องการให้พ่อแม่/ผู้ดูแลรับรู้ ทั้งยังก่อให้เกิดทักษะการสื่อสารเรื่องโรคเอดส์ ภาวะการเจ็บป่วยของพ่อแม่ทำให้เกิดความพร้อมเข้าใจกัน มีการแสดงความรักระหว่างพ่อแม่/ผู้ดูแลกับเด็ก และพบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวมีผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กติดเชื้อเอชไอวีและได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ จากงานวิจัยของทัศนีย์ สาธุธรรม (2546) พบว่าผู้ป่วยเอดส์ต้องการกำลังใจจากพ่อแม่ พี่น้อง และคนที่อยู่รอบข้าง ต้องการเป็นที่ยอมรับของคนในสังคม การจัดการบริการควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนให้แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยและบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อบริการดูแลเอาใจใส่ และการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ส่งเสริมให้มีการจัดการบริการให้ความรู้แก่ชุมชนในการอยู่ร่วมกัน โดยชุมชนไม่แสดงการรังเกียจผู้ป่วยโรคเอดส์ ให้ความรักและการเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจและให้กำลังใจ เพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่ถูกกลั่นแกล้งจากครอบครัว ความรัก ความใส่ใจดูแล จะทำให้เด็กโรคเอดส์เป็นปัญหาของสังคม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิมพ์พร มีอิม (2546) พบว่า เด็กที่ติดเชื้อเอดส์เป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบในระบบครอบครัว บิดามารดาของเด็กติดเชื้อเอดส์ มักเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ เด็กจะพบปัญหาการอุปการะเลี้ยงดู การดูแลสุขภาพ ปัญหาด้านการรักษาพยาบาล มีปัญหาของมิตินิยมมีส่วนร่วมทางสังคม

ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการที่เกี่ยวข้องดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ต้องติดตามผลการดูแล พร้อมปรับปรุงแก้ไขเมื่อประสบปัญหา การจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์แต่ละองค์ประกอบ มี

การพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยทีมผู้ให้บริการ การบันทึกข้อมูล วิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็งของกระบวนการทำงาน ปรับปรุงแก้ไขให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากที่สุด ตามแนวคิดของ เดมมิ่ง (W.Edwards Deming) ใช้วงจร Deming ในกระบวนการทำงานประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติ การประเมินผล ปรับปรุงแก้ไขดำเนินการต่อเนื่องเป็นวงจร (PDCA) (Jame 1996 อ้างใน พูลสูง หิงคานนท์ 2550) ในกระบวนการจัดการความรู้ตามแนวคิดของ โนนากะและทาคิวชิ การพัฒนาและพัฒนาคณะจะเป็นเกลียวความรู้ที่เกิดขึ้นและหมุนเวียนไปเรื่อยๆ ไม่มีวันสิ้นสุดจาก Tacit Knowledge เป็น Explicit Knowledge จาก Explicit Knowledge ไปเป็น Tacit Knowledge ของอีกคนหนึ่ง เพราะการเรียนรู้เกิดตลอดเวลา(Nonaka and Takeuchi 2004: 55-66)ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของบุญรักษ์ เจริญพิทักษ์ (2549) ในการประเมินผลการดำเนินงาน โครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามประเมินผลการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่องครบถ้วนพบว่า การประสานงานภายในทีมงานและการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพบว่ายังไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่อง ความเข้าใจในนโยบายจากส่วนกลางของบุคลากรในทีมบริการและบุคลากรของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่ทั่วถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานบริการในคลินิกยาด้านไวรัส พบมีปัญหารื่องการขาดแคลนทรัพยากร งบประมาณ ในผู้ใช้บริการพบปัญหาเรื่องการดูแลตนเอง ด้านร่างกาย และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ จากการทราบปัญหาในการดำเนินงานทำให้ทราบถึงการปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานที่จะทำให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ

องค์ประกอบที่ 9 เป้าหมายคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็ก

คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์เป็นเป้าหมายของการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ทุกคนที่มารับบริการ ในสถาบันบำราศนราดูร ซึ่งเป็นผลจากการจัดการดูแลตามองค์ประกอบต่างๆทั้ง 8 องค์ประกอบ ดังคุณภาพชีวิต หมายถึง ชีวิตของบุคคลที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระและไม่ก่อให้เกิดปัญหาแก่สังคม เป็นชีวิตที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสามารถดำรงชีวิตที่ชอบธรรมสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม และค่านิยมสังคม ตลอดจนแสวงหาสิ่งที่ตนปรารถนาให้ได้มาอย่างถูกต้องภายใต้เครื่องมือและทรัพยากรที่มีอยู่

คุณภาพชีวิตแบ่งเป็น 3 ประการ คือ 1) ทางด้านร่างกาย คือ บุคคลจะต้องมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ อันเป็นผลตอบสนองมาจากปัจจัยพื้นฐานฯ 2) ทางด้านจิตใจ คือ บุคคลจะต้องมีสภาวะจิตใจที่สมบูรณ์ร่าเริงแจ่มใส ไม่วิตกกังวล มีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตตนเอง ครอบครัว และสังคมสิ่งแวดล้อม มีความปลอดภัยในชีวิตฯ 3) ทางด้านสังคม คือ บุคคลสามารถดำรงชีวิตภายใต้บรรทัดฐาน และค่านิยมของสังคมในฐานะเป็นสมาชิกของสังคมได้อย่างปกติสุข (ศิริ ฮามสุโพธิ์ 2543: 57) สำหรับในผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูรนั้นคุณภาพชีวิตที่

ดี หมายถึงผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์สามารถมีชีวิตได้อย่างปกติตามสมควรแก่สภาพ สามารถไปโรงเรียนได้ การเจริญเติบโตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ปราศจากโรคร่วมที่อันตรายต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล

2.3 ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบาราศนราดรุ โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ของโนนากะและทาคิวชิ

ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ของสถาบันบาราศนราดรุ โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ของโนนากะและทาคิวชิ พบว่า ผู้ประเมินทุกคน (ร้อยละ 100.0) เห็นด้วยกับรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่พัฒนาขึ้น ค่าคะแนนความเชื่อมั่นร้อยละ 93(0.93) โดยเห็นว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับบริบทของสถาบันบาราศนราดรุ และผู้ใช้บริการของสถาบันบาราศนราดรุ สามารถนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ได้จริง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ สร้างขึ้นจากประสบการณ์การปฏิบัติงานจริงของบุคลากรในสถาบันบาราศนราดรุ ร่วมกับผู้ใช้บริการอื่นได้แก่ผู้ดูแลเด็กโรคเอดส์และผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบาราศนราดรุ สนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รูปแบบเกิดจากการมีส่วนร่วมผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องทุกคน ให้ความร่วมมือในการเข้ากลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ความรู้ฝังลึกในตัวออกมาให้ผู้อื่นได้รับฟังแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และข้อเสนอแนะที่จะพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ อันจะนำไปสู่ แนวทางการจัดการดูแลเด็กโรคเอดส์ที่ สามารถปฏิบัติได้จริงส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบาราศนราดรุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับพรชิตา วิเชียรปัญญา ที่ให้ความหมายของการจัดการความรู้คือ การเผยแพร่ความรู้ให้คนในองค์กรเกิดการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนความรู้ สะสมความรู้ ตลอดจนสร้างความรู้ใหม่ หรือ นวัตกรรมหรือเกิดแนวทางการปฏิบัติงานที่ดีที่สุดมีผลทำให้องค์กรมีกระบวนการทำงาน(work process) ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด (Songe 1990; Sloman 1994; พรชิตา วิเชียรปัญญา 2548: 16) และจากการจัดการความรู้ในโรงพยาบาลตาคิลี ใช้การแลกเปลี่ยนพูดคุยกันแบบไม่เป็นทางการ เรื่องเบาหวานที่ได้จากเวทีเครือข่ายของสาธารณสุขจังหวัด นำมาสรุปแล้วเอามาแลกเปลี่ยนกันอีกที ให้เจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์เรื่องเบาหวานมาแลกเปลี่ยนกันกับผู้ป่วยและญาติ จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลในโรงพยาบาล นำความรู้ออกมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเวทีเครือข่าย ได้แนวทางการทำงานที่ทุกคนปฏิบัติได้ และนำกระบวนการจัดการความรู้ ไปใช้ในเรื่อง การดูแลแผลกดทับ ได้จัดให้เจ้าหน้าที่วอร์ด เภสัชกร โภชนากร นักกายภาพบำบัด มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในการจัดการป้องกันแผลกดทับ จนได้เป็นแนวทางการปฏิบัติ (ถักทอสายใยแห่งความรู้ สคส. 2548)

โดยสรุป ผลการศึกษาครั้งนี้ได้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูร โดยใช้กระบวนการการจัดการความรู้เป็นเครื่องมือในการพัฒนารูปแบบสามารถสนับสนุนการพัฒนาความรู้และแนวปฏิบัติ ในการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์สามารถอธิบายรูปแบบและกิจกรรมที่เกิดขึ้นมีความเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติ

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 การนำรูปแบบที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้ ควรดำเนินการใช้ให้ครบทั้ง 8 องค์ประกอบ แต่ควรมีการปรับใช้ให้ใกล้เคียงสอดคล้องกับบริบทของตนเองในการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ และก่อนใช้ควรมีการสื่อสารในทีมสุขภาพเพื่อให้เกิดความเข้าใจและปรับใช้รูปแบบในบริบทของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

3.1.2 การนำองค์ประกอบของรูปแบบไปใช้ควรดำเนินการดังนี้

1) องค์ประกอบสำคัญของการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูร เน้นในเรื่องของทีมผู้ดูแลและความรัก ความใส่ใจของผู้ดูแล เป็นกุญแจของความสำเร็จซึ่งค้นพบได้จากการวิจัยที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็ก ดังนั้น การดูแลที่จะประสบความสำเร็จต้องขึ้นอยู่กับทีมดูแลที่เข้มแข็ง ไม่เปลี่ยนผู้ดูแลบ่อย ครอบครัวยุติความรัก ทีมสหวิชาชีพดูแลแบบหัวใจมนุษย์

2) การให้ความรู้โดยใช้กลุ่มสนทนาต้องคำนึงความต้องการของผู้ใช้บริการในแต่ละที่ตามบริบทของตนเองและกลุ่มว่าต้องการลักษณะการให้ความรู้ในรูปกิจกรรมใด จึงจะเหมาะสมที่สุด สำหรับผู้ป่วยเด็กการให้ความรู้ควรพิจารณาแบบการสอนที่เข้าใจง่ายมีภาพเรียวร้อยเป็นเรื่องราวสนุกเด็กอยากฟัง

3) สำหรับผู้ให้บริการที่จะเข้าสู่วัยรุ่นการเปิดเผยผลเลือดเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์จะต้องรับรู้ เทคนิคการเปิดเผยผลเลือดที่ดีจะช่วยผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์รับรู้ข้อมูลได้โดยไม่มีผลกระทบทางด้านจิตใจและให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ตลอดจนการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอดส์ แต่ควรมีการพิจารณาความพร้อมของผู้ป่วยเด็กก่อนที่จะบอกผลเลือดและ ไม่ควรปล่อยให้เด็กอายุมากจนเข้าสู่วัยรุ่น

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์เพื่อประเมินประสิทธิภาพของกระบวนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่พัฒนาขึ้น โดยประเมินจากเด็กที่

ติดเชื้อเอชไอวี : ผลทางด้านร่างกาย จิตใจ การรับประทานยา และความต่อเนื่องของการตรวจรักษาที่คลินิก รวมถึงความพึงพอใจต่อกระบวนการบริการและการดูแล

3.2.3 การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนิษฐา ถนัดกิจ (2545) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตัดสรรกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- การสรุปปรากฏการณ์ มหกรรมจัดการความรู้แห่งชาติ 2 (2548) พิมพ์ครั้งที่ 2 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์คอนเวนชั่น 1-2 ธันวาคม
- กรมควบคุมโรค สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข (2550) “สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2550” ค้นคืนวันที่ 22 สิงหาคม 2550 จาก <http://epid.moph.go.th>
- เกศราภรณ์ ภักดีวงศ์ (2548) “หลังบ้านความสำเร็จของการจัดการความรู้” *ฉกทอสายใยแห่งความรู้* 14 (กันยายน-ตุลาคม) : 1-4
- เกรียงไกร จิรพงษ์ และ โชนิศา (2544) “ระบาดวิทยาโรคเอดส์ในเด็กประเทศไทย” ใน การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 8 : 319
- โกศล ดีศีลธรรม (2546) *การจัดการความรู้แห่งโลกธุรกิจใหม่* กรุงเทพมหานคร ธนาเพรส แอนด์กราฟฟิค
- กำไล สมรัก (2545) “ประสบการณ์การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านของผู้ดูแลหลักในครอบครัว” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
- กลุ่มโรคเอดส์สำนักโรคเอดส์ “วันโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สถานการณ์โรคเอดส์: การคาดประมาณแนวโน้มเอดส์ ค้นคืนวันที่ 28 กรกฎาคม 2549 จาก www.aidsthai@aidithai.org
- จันทร์เพ็ญ เพ็ญไรและคณะ (2550) “การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสในโครงการแอนติรีโทรไวรัสโรล โรงพยาบาลแม่ทา จังหวัดลำพูน” *สายวิชาการปริทัศน์* คณะเภสัชศาสตร์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- จันทวรรณ น้อยวัน (2548) “ระบบสื่อเพื่อการจัดการความรู้ของไทย” *ฉกทอสายใยแห่งความรู้* 14 (กันยายน- ตุลาคม) : 30-33
- จิตร สิทธิอมร (2547) *เวชปฏิบัติผู้ป่วยใน แนวทางการบริการผู้ป่วยในแบบองค์รวม* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- เจริญศิลป์ อินต๊ะผัด (2545) “การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายองค์กรชุมชนในการทำงานด้านเอดส์
ระดับตำบล” ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คั่นคืนวันที่ 9 มีนาคม
2551 จาก http://archive.lib.cmu.ac.th/full/T/2545/noned0545sci_abs.pdf
- จิษณ พันธ์เจริญ ทวี โชติพิทยสุนนท์ และอุษา ทิสยากร (2545) *โรคเอดส์ในเด็ก* กรุงเทพมหานคร
โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ัชชวาลย์ วงษ์ประเสริฐ (2548) *การจัดการความรู้ในวงธุรกิจ* กรุงเทพมหานคร
ธรรมมลการพิมพ์
- ฐลีกร แสนสบาย (2550) “การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเอดส์ ตามการรับรู้ของ
พยาบาลและผู้ป่วยเอดส์ ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย” วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ถนอมศักดิ์ ทองมัน (2547) “การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์
นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- คาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา และคณะ (2543) “การพัฒนาศักยภาพบุคคล ครอบครัวและชุมชนในการ
ปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคเอดส์” หน่วยบริการคอมพิวเตอร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คั่นคืนวันที่ 9 มีนาคม 2551
จาก <http://202.28.25.165/research/db/showfull.php3?id=199>
- ทัศนีย์ สาธุธรรม (2546) “คุณภาพชีวิต สักยภาพ และความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้
ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยโรคเอดส์ : ศึกษากรณีผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี”
มหาวิทยาลัยบูรพาชลบุรี คั่นคืนวันที่ 9 มีนาคม 2551
จาก <http://202.28.25.165/research/db/showfull.php3?id=199>
- ทินมณี ทิพย์ปัญญา (2547) “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และ การรับรู้เกี่ยวกับยาด้านไวรัส กับ
ความมีวินัยในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเอดส์จังหวัดเชียงใหม่” วิทยานิพนธ์
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ทรงพล อุปจิตกุล (2539) “การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเรื่องโรคเอดส์ของนักเรียนชั้น
มัธยมศึกษาปีที่ 3 โดยใช้วีดิทัศน์ประกอบการสอนกับการสอนปกติ” วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเทคโนโลยีการศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คั่นคืนวันที่ 26 มีนาคม 2551 จาก http://dcms.thailis.or.th/dcms/browse.php?option=show&browse_type=title&titleid=102310

- โทมัส เอนคาเวนพอร์ท และลอเรนซ์ พรูแซต การจัดการความรู้ : เทคนิคในการแปรความรู้สู่ความ
ได้เปรียบในการแข่งขันแปลจาก Working Knowledge: How Organization Manage
What they Know โดย วิทัศน์ วิเทศ (2542) กรุงเทพมหานคร เออาร์บีซีเนสเพรส
ธวัช หมัดเต๊ะ (2549) “AAR คุณานเคอะโตโยต้าเวย์” ถักทอสายใยความรู้ 17
(มีนาคม-เมษายน) :37
- นภาพรรณ วิริยะศิริกุล บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์ วันธณี วุฒิปานิช (2549) อิทธิพลของ
สัมพันธภาพในครอบครัวและภาวะการดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัย
เรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี วารสารโรคเอดส์ 18, 3 (พฤศจิกายน) : 150-158
- นารีรัตน์ เอกปัญญากุล (2541) “ การศึกษาการให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ของนัก
สังคมสงเคราะห์ : ศึกษากรณีศูนย์บริการสาธารณสุขสุขสำนึกอนามัยกรุงเทพมหานคร”
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- นิจรา หัสมาน (2548) “การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในกิจกรรมป้องกันเอดส์ระหว่าง
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้ปกครองและเยาวชนชุมชนแห่งหนึ่ง อำเภอเทพา
จังหวัดสงขลา” วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนา
ระบบสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- นิตชาล อุ่นจิตร(2545) นิทานส่งเสริมสุขภาพและสร้างสันติในสังคม กรุงเทพมหานคร อมรินทร์
ปรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง
- บุญดี บุญญากิจและคณะ (2547) การจัดการความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ กรุงเทพมหานคร
จิรวัดน์เอกซ์เพรส
- บุษยา จันทรสุกีร์ (2545) “ การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วน
และต่อเนื่อง” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสังคม
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- บุญรักษ์ เจริญพิทักษ์ (2549) “การประเมินผลการดำเนินงาน โครงการพัฒนาระบบบริการ
และติดตามประเมินผลการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องที่
คลินิกฯ ด้านไวรัสโรยพยาบาลสกลนคร ” รายงานการศึกษาอิสระปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

- บุญทิพย์ สิริรังศรีและพิเชษฐ์ บัญญัติ (2549) “การจัดการความรู้” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการระบบสุขภาพ และการจัดการ* หน่วยที่ 13 หน้า 13-42 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- ปริญญา แสงรัตนา (2547) “การพัฒนารูปแบบการนิเทศของพยาบาลตรวจการนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลน่าน” *วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหาร การศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์*
- ประยงค์ ธรรมรงค์ (2550) *ผู้นำการเรียนรู้* กรุงเทพมหานคร สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม
- พสุ เดชะรินทร์ (2546) *กลยุทธ์ใหม่ในการจัดการ Retooling The New Strategy* กรุงเทพมหานคร เอ็กเซอร์ธรรคมลการพิมพ์
- พิบูล นันทชัยพันธ์ “การจัดการดูแลผู้ติดเชื้อ” ใน *ประมวล สาระชุดวิชา ประเด็นและแนวโน้มทางการบริหารการพยาบาล* หน่วยที่ 11 หน้า 29-39 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- พิมพ์พร มีอิม (2546) การคุ้มครองสิทธิตามกฎหมายของเด็กติดเชื้อเอดส์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร สำนักหอสมุดกลาง ค้นคืนวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2551 จาก http://dcms.thailis.or.th/dcms/browse.php?option=show&browse_type=
- พูนลาภ อุทัยเลิศอรุณ (2548) การจัดการความรู้ด้วย communities of Practice เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 15 เดือนกุมภาพันธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชฯ (หน้า 52-58) กรุงเทพมหานคร สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
- พูนลาภ อุทัยเลิศอรุณ (2548) “เทคนิคการประยุกต์ใช้หลักการของ Dialogue เข้ากับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้” *ถักทอสายใยแห่งความรู้* 14 (กันยายน-ตุลาคม) : 22-23
- พูลสุข หิงคานนท์ (2540) “การพัฒนารูปแบบการจัดการองค์การของวิทยาลัยพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข” *วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร การศึกษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (2548) *การจัดการทางการพยาบาลสู่การเรียนรู้* กรุงเทพมหานคร สุขุมวิทการพิมพ์

- เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และคณะ (2544) “รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการให้การดูแล
ผู้สูงอายุที่มีความเป็นไปได้อย่างต่อเนื่องในการมีส่วนร่วมของชุมชนและตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาในจังหวัดสงขลา” ค้นคืนวันที่ 30 พฤษภาคม 2551
จาก <http://library.hsri.or.th/th/index.php>
- พรชิตา วิเชียรปัญญา (2547) การจัดการความรู้: พื้นฐานและการประยุกต์ใช้ กรุงเทพมหานคร
ธรรมกมลการพิมพ์
- พองคำ ดิลกสกุลชัย (2548) การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์หลักการและวิธีปฏิบัติ
กรุงเทพมหานคร พรวิวัน
- ฤทธิญา บุรินทร์กุล (2547) “การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้าน
ไวรัส” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาลัยเชียงใหม่
- มาร์ติน และคณะ การสร้างกลยุทธ์ในการจัดการความรู้ แปลจาก Creating a Strategy to Manage
Knowledge โดย ประไพ จรูญนารถ และ วีรวิษ มาฆะศิริานนท์ (2547)
กรุงเทพมหานคร ธรรมกมลการพิมพ์
- มิรา ชัมมawangศ์ (2548) “เปิดบันทึก: แผนที่คุณค่าของชุมชน” ถักทอสายใยแห่งความรู้
14 (กันยายน- ตุลาคม) : 11
- ไมเคิล เจ มาร์ควอดด์ท การจัดการความรู้สู่ปัญญาปฏิบัติ การพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้ แปลจาก
Knowledge Management in Action โดย บดินทร์ วิจารณ์ (2549) พิมพ์ครั้งที่ 3
กรุงเทพมหานคร ธรรมกมลการพิมพ์
- ยุทธนา แซ่เตียว(2548) การวัดการวิเคราะห์และการจัดการความรู้สร้างองค์กรอัจฉริยะ
พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร อินโนกราฟฟิกส์จำกัด
- ยุวบุษ ทินนะลักษณ์ (2548) “บนเส้นทางแสวงหาคำตอบ” ถักทอสายใยแห่งความรู้ 14
(กันยายน- ตุลาคม) : 15-18
- ยุวดี เกตสัมพันธ์ (2549) การจัดการความรู้ทางการพยาบาล เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ
ประจำปี 2549 วันที่ 18 สิงหาคม 2549 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
จังหวัดนนทบุรี
- รัตนารณ์ ตั้งยิ่งยงและคณะ (2547) “ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตเด็กติดเชื้อเอชไอวีและได้รับการ
รักษาด้วยยาต้านไวรัส” โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี บทความย่อ
ประกอบการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 10 วันที่ 13 -15 ส.ค. 48

- วราลักษณ์ รัตนธรรมและคณะ (2547) สหสาขาวิชาชีพพร้อมกับเครือข่ายผู้คิดเชื่อกับการพัฒนา
คุณภาพการดูแลผู้คิดเชื่อเอชไอวี มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต และ มหาวิทยาลัย
ราชภัฏสวนสุนันทา บทความประกอบการประชุมระดับชาติเรื่องโรคเอดส์
ครั้งที่ 10 วันที่ 13 -15 ส.ค. 48
- วันเพ็ญ พูลเพิ่ม (2550) “การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้คิดเชื่อเอช ไอ วีและผู้ป่วยเอดส์
ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสโยใช้การสร้างพลังร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม”
วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริม
คุณภาพบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- วรรณมา เลิศวิจิตรจรัส (2548) “พลังเครือข่ายการจัดการความรู้ของกลุ่มโรงพยาบาล
จังหวัดนครสวรรค์” *ถักทอสายใยแห่งความรู้* 14 (กันยายน- ตุลาคม) : 36-38
- วาสนี วิเศษฤทธิ์ (2547) “ การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะใกล้ตายในชุมชนชนบทอีสาน”
วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาคุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- วิจารณ์ พานิช(2548) *การจัดการความรู้ฉบับนักปฏิบัติ* กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์สุขภาพใจ
_____. (2549) *KM วันละคำ* กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์สุขภาพใจ
_____. (2547) *การจัดการความรู้คืออะไร ไม่ทำไม่รู้ :การจัดการความรู้เพื่อคุณภาพที่สมดุล*
กรุงเทพมหานครศิไซร์
- วิมลพร ไสยวรรณ (2545) “การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมในหน่วยงาน
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วรภัทร์ ภูเจริญ (2549) *Learning Organization & Knowledge Management* กรุงเทพมหานคร
สามลดา
_____. (2549) *The Inner Path of Learning Organization & Knowledge Management*
พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร สามลดา
- วงศา เลหาศิริวงศ์ และ คณะ (2547) “การศึกษาระบบการดูแลผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เมื่อ
กลับสู่บ้าน” สำนักวิทยบริการ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คั่นคืนวันที่ 26 มีนาคม 2551
จาก Copyright 2000 - 2008 ThaiLIS is Thailand Library Integrated System
- ศากุล ช่างไม้ (2549) “ การประเมินแนวปฏิบัติเพื่อใช้ในการวิจัยและประเมินผล ” *วารสาร
มหาวิทยาลัยคริสเตียน* 12,3 (ม.ค.-เม.ย.) : 16-23

- คันสนีย์ ศรีวงษ์ชัย (2543) “การพัฒนาเครือข่าย การดำเนินการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์”
 วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ศิริกุล อิศรานุรักษ์ (2549) HIV/AIDS orphans and vulnerable children and supporting
 systems in Thailand : situational analysis. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน
 มหาวิทยาลัยมหิดล
- สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (2549) นานาเรื่องราวการจัดการความรู้ปี 2549
 กรุงเทพมหานคร บิมแอดเวอร์ไทซิ่ง
- สุกัญญาธิปอนันต์ (2542) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในงานส่งเสริมการเกษตร โดย
 กระบวนการ A-I-C กองแผนงานส่งเสริมการเกษตร: 18-28
- สุธิศา ถ้าม้าง รัตนาวดี ขอนตะวัน และอัญชญา โตศิลากุล (2546) “ การรับรู้เกี่ยวกับความ
 เจ็บป่วยของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ภายหลังจากการเล่านิทานประกอบการ์ตูน”
 วารสารโรคเอดส์ 15, 1 (พฤศจิกายน) : 43-56
- สุวรรณา บุญยะสิทธิ์พรหม (2545) โรคเอดส์ : การพยาบาลแบบองค์รวม ขอนแก่น
 โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา
- สุดศิริ หิรัญชอุณหะ (2541) “การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
 เลือดสมอง” วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุพักตร์ พิบูลย์ (2549) การวิจัยและพัฒนาสำหรับครูและบุคลากรทางการศึกษา นนทบุรี
 จตุพรดีไซน์
- สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ และพินิจ ฟ้าอำนวย (2549) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างกับสุขภาพ”
 ใน ประมวลสาระชุดวิชา ระบบสุขภาพ หน่วยที่ 2 หน้า 4-10 นนทบุรี
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- เสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล (2550) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้าน
 ไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วย” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- สมเกียรติ ชูกิจไพศาล (2538) “การศึกษาเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนกลุ่มสร้างเสริม
 ประสบการณ์ชีวิต ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 เรื่องโรคเอดส์โดยวิธีสอนด้วย
 หนังสือ การ์ตูนสีและวิธีสอนปกติ” วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต
 สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ การพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

- สมจิต หนูเจริญกุล (2537) การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์ พิมพ์ครั้งที่ 3
กรุงเทพมหานคร วิเจพรินดี้ง
- สร้อยทอง เตชะเสน (2548) “กล้าที่จะก้าวอย่างไร” ถักทอสายใยแห่งความรู้ 14
(กันยายน-ตุลาคม) : 5-7
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (2545) แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย
โรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง นนทบุรี เจเอส.การพิมพ์ : 6-27
- _____ (2547) การประมวลความรู้จากการนำเสนอแบบโปสเตอร์ “การประชุมนานาชาติ
เรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 15” วันที่ 11-16 กรกฎาคม 2547 อิมแพ็คเมืองทองธานี
กรมควบคุมโรค
- _____ (2547) “สรุปบทเรียนการส่งเสริมการรับประทันยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง
สม่ำเสมอสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์” กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์
การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด หน้า 21-23,44
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (2549) คู่มือแนวทางดำเนินงาน นนทบุรี
สหมิตรพรินดี้ง
- อารีย์ ปันโพธิ์ (2548) “ การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเรื่องโรคเอดส์ในชุมชนแออัด จังหวัด
เชียงใหม่” วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการศึกษานอกระบบ
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- เอเดียม เวนเตอร์ ริชาร์ด แมคเคอร์ม็อค และ วิลเลียม เอ็ม ชไนเคอร์ การจัดการความรู้สาย
พันธ์ใหม่ : Cultivating Communities of Practice. (2547) แปลโดย พูนลาภ
อุทัยเลิศอรุณ กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์วีเจริน
- เอกสิทธิ์ ไชยปิน (2549) “การสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครผู้ติดเชื้อเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์
และครอบครัว” วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริม
สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- อำพล จินดาวัฒนะ (2549) “ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ ” ใน รูปแบบการพัฒนาสุขภาพ
ประมวลสาระชุดวิชาการระบบสุขภาพ หน่วยที่ 5 หน้า 36-38 นนทบุรี มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- AGREE Collaboration. (2001). “Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE)
Instrument”. Retrieved on November 28, 2007, from.
[http://www.agreecollaborating.org/pdf/agreeinstrument final.pdf](http://www.agreecollaborating.org/pdf/agreeinstrument%20final.pdf).

- Arthur Anderson and American Productivity & Quality Center. (1996). "The Knowledge Management Assessment Tool : External Benchmarking Version", Arthur Anderson/APQC,USA.
- Bulterys, m. and Fowler, MG. (2000). Prevention of HIV Infection in children *Pediatric Clin North America* : 47 : 241-60.
- Caceres, C. Gomez, E. J. and Pozo, F. Del. (2001). "A Patient Monitoring Tool For An HIV/AIDS Integral Care Model" *Medicine and Medical Research*. Retrieved on May 7, 2008.
from:<http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/ma?f=102242722.html>
- Caldwell, PHY., Butow, PN. and Craig, JC. (2003). " Parents' attitudes to children's participation in randomized controlled trials " *Journal of Pediatrics* 142, 5 May : 554-559
- Carolyn, FW. Ora, LS. and Elizabeth, RL. *Measurement in Nursing Research*. Philadaphia: F.A. Davis.
- David, A. Ross Bruce Dick and Jane Ferguson. (2006). Preventing HIV / AIDS in young people Who Health Organization .
- De Bacts, AJ. et al. (2008). " HIV disclosure and discussions about grief with Shona children: A comparison between health care workers and community members in Eastern Zimbabwe " *Social Science & Medicine* 66 , 2 January :479-491.
- Experts from the fields of medicine, et al. (1998). "A Model Approach to Culturally Competent AIDS Care" *Minority Nurse magazine*. Retrieved on May 19, 2008, from : <http://www.minoritynurse.com/vitalsigns/feb06-3.html>.
- GanziniL, Goy, ER. and Dobscha, SK. (2008). " Why oregon patients request assisted death: Family members' views " *Journal of General Medicine* 23,2 February: 154-157.
- Greeff, M. Phetlhu, R. Makoae, LN. et al. (2008). "Disclosure of HIV status: Experiences and perceptions of persons living with HIV/AIDS and nurses involved in their care in Africa". *Qualitative Health Research* 18, 3 Mar: 311-324.
- Grundy, S. (1982) "Three modes of action research" *Curriculum Perspective*. 2, 3: 23-24.
- Hammami, N. et al. (2004). "Integrating adherence to highly active Antiretroviral therapy into children's daily lives: A qualitative study." *Pediatrics* 114 , 5 November : E591-E597.

- Harvard School. (2006). "Micronutrient Study" Botswana-Harvard School of public Health AIDS Initiative Partnership for HIV Research and Education .Retrieved on February 22, 2008 ,From :
<http://www.hshp.harvard.edu/bhp/research/mucronutrient.html>
- Jeannette, R. and Andrew, W. (2001). " Adherence in AIDS clinical trials: A framework for clinical research and clinical care." *Department of Internal Medicine and Psychology*.USA . Retrieved on February 22, 2008, from:
http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T84-3RJCW49-
[_user=10&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000050221](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T84-3RJCW49-)
[_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=2220ca0e568e826c3b98cb468d92](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T84-3RJCW49-)
 0734.
- Jing Yun, LI.et al. (2005). " Prevalence and evolution of drug resistance HIV-1 variants in Henan, China." 15 : 843-849 Retrieved on February 2, 2008 . from:
<http://www.nature.com/cr/journal/v15/n11/abs/7290356a.html>
- Kanfer, FH. (1991). "Self management methods" In F.kanfer & A.Goldstein. Helping people Change : A textbook of Method 3 rd ed. pp :305-314.
- Kniewald, T. Tesovic, G . and Bilic, V. (2006). "HIV-infected children in Croatia - Medical care versus ethical and social issues." *Collegium Antropologicum* 30 ,2 December : 121-130 Retrieved on February 2, 2008 ,
 from: http://apps.isiknowledge.com/full_record.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&qid=4&SID=R2PMLPbhkKlKmhOMCFA&page=1&doc=2
- Leonard-Barton, (1995). " Wellsprings of Knowledge ". Harvard Business School Press,USA.
- Levin, L. (1976). "The Layperson as the primary care practitioner". *Public Health Reports*. 9,3 : 206- 210.
- Mangkom, P.(2004). "Development of a medication safety System Through knowledge Management :A case study of A Private Hospital" Dr.P.H Mahidol University
- Mark Cichocki,R.N. (2001). HIV Rebound and Resistance . AIDS Read 11(2): 77-80.
 Retrieved on February 22, 2008.
 From : <http://aids.about.com/od/generaladherenceinfo/a/rebound.html>.

- Martin SA, et al. (1999). Patient satisfaction with an Australian ambulatory model for HIV/AIDS in Thailand. *Annu Conf Australas Soc HIV Med.* Dec 9-11; 11: 80.
- Minority Nurse et al. (2008). "A Model Approach to Culturally Competent AIDS Care" *Minority Nurse magazine* Retrieved on March 19,2008, from [:// minority nurse.com/vitalsigns/feb06-3.html](http://minoritynurse.com/vitalsigns/feb06-3.html).
- Mok S, Minson Q. (2008). "Drug-related problems in hospitalized patients with HIV infection. *American Journal of Health System Pharmacy* 65, 1 January : 55-59.
- Monterosso, L. et al.(2007). "Supportive and palliative care needs of families of children with life-threatening illnesses in Western Australia: evidence to guide the development of a palliative care service" *Palliative Medicine* 21,8 :689-696.
- Nonaka, Ikujiro (1991). "The Knowledge Creating Company", *Harvard Business Review,USA*, November-December, 91608, pp.47-68.
- O'Dell,C. Jackson Grayson,Jr. and Essaides, N. (1998). "If Only We Knew What We Know: The Transfer of Internal Knowledge and Best Practice", *The Free Press,USA*, pp.21-27.
- Orem, D. (1985). *Nursing : Concepts of Practice*. New York : McGraw-Hill Book.
- Palella, FJ. et. al (2001). Declining morbidity among patients With advanced Human deficiency virus infection. *HIV Outpatient Study Investigator N. Engl J Med.*: 338 : 853-860.
- Patel, SJ and Neu, N (2008) . "Treating children and adolescents with HIV infection " *Infectious in Medicine* 25 , 1 JAN : 40 Retrieved on March 22, 2008,from [:http://apps.isiknowledge.com/full_record.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&qid=2&SID=Z2P8D54J8f3kPEg@8PB&page=1&doc=55/03/51](http://apps.isiknowledge.com/full_record.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&qid=2&SID=Z2P8D54J8f3kPEg@8PB&page=1&doc=55/03/51)
- Rubenstein Montano,B.and Liebowitz,J. Buchnalter and D.McCaw.(2001). "A system Thinking Framework for Knowledge Management,Decision Support System" 31, 1 May: 5-16.
- Waltz, Carolyn Feher, Strickland, Ora L, and Lenz, Elizabeth R. (1991). *Measurement in Nursing Research*. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis.
- Wang, HH et al. (2008) "Self-reported adherence to antiretroviral treatment among HIV-infected people in Central China." *AIDS Patient Care And STDS* 22 , 1 January : 71-80.
- Wiig,K.(1993). "Knowledge Management Foundation", Schema Press, USA.

William, M. Valenti. (2001). AIDS Read 11(2) :77-80 . Retrieved on February 22, 2008 ,

From : <http://www.medscape.com/viewarticle/420932>.

Williams, PL. et al.(2006). "Predictors of adherence to antiretroviral medications in children and adolescents with HIV infection" *Pediatrics* 111, 6 December : E1745-E1757.

Yeow Kuan, Alton Chua, Lecturer, Ngee Ann Polytechnic, (2001) Singapore Productivity and Standards Board. Retrieved on October 6, 2006 , from :

<http://www.tlinc.com/artic145.html>.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ	ตำแหน่งและสังกัด
1. อาจารย์ ดร.กรองกาญจน์ สังกาศ	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล (ศิริราช)
2. อาจารย์ ดร.วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล (ศิริราช)
3. อาจารย์ ดร.อัญชลีพร วิสิทธิ์วงษ์	อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสายนาท
4. อาจารย์ ดร.เพลินตา พรหมบัวศรี	หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลกุมารเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนนทบุรี
5. แพทย์หญิง จุไร วงศ์สวัสดิ์	นายแพทย์ 9 แผนกกุมารเวช สถาบันบิราศนราดรุ

ภาคผนวก ข
หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

**Documentary Proof of
Institutional Review Board of
Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute**

Protocol Title: การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ สถาบันบำราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้แนวคิดของการจัดการความรู้
The Development of a Self-Care Management Model for Pediatric AIDS patients in Bamrasnaradura Institute Based on Knowledge Management

Protocol No.: -

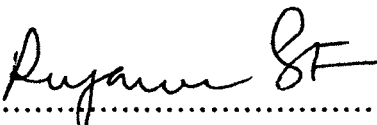
Principal Investigator: Somtawil Ampornarekul

Official Address: 126 Tiwanon Road, Nonthaburi, Thailand, 11000
Research Co-ordination Section
Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute


Document Reviewed: 1. Protocol proposal in Thai language

The aforementioned documents have been reviewed and acknowledged by Committee on Human Right Related to Researches Involving Human Subjects, based on the ICH-GCP.

**Signature of Chairman
Committee on Human Rights Related to
Researches Involving Human Subjects**


.....
(PUSANEE SUNTHORNKACHIT, MD)

**Signature of Director of
Bamrasnaradura Infectious
Diseases Institute**


.....
(APHARA CHAOUAVANICH)

Date of Reviewed

19 JUNE 2007
.....

Date of Approval

22 JUNE 2007
.....



หนังสืออนุมัติให้ดำเนินโครงการวิจัย

หนังสือฉบับนี้ออกเพื่อรับรองว่า สถาบันปαραศนราดรุ ยินยอมให้ นางสมถวิล อัมพรอารีกุล สังกัด กรมควบคุมโรค ดำเนินโครงการวิจัย โดยครอบคลุมถึงการใช้เวชระเบียน และอื่นๆ ซึ่งทั้งหมดต้องอยู่ภายใต้ระเบียบของสถาบัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ชื่อโครงการวิจัยหลัก (ภาษาไทย): การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ สถาบันปาราศนราดรุ กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้แนวคิดของการจัดการความรู้

ชื่อโครงการวิจัยหลัก (ภาษาอังกฤษ): The Development of a Self-Care Management Model for Pediatric AIDS patients in Bamrasnaradura Institute Based on Knowledge Management

สถานที่ดำเนินโครงการวิจัย: สถาบันปาราศนราดรุ
ที่อยู่ 126 หมู่ 4 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

ให้ไว้ ณ วันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๕๐

.....
(แพทย์หญิงอัจฉรา เขาวะวณิช)

ผู้อำนวยการสถาบันปาราศนราดรุ

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ประเด็นสนทนာในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ สถาบันบำราศนราดูร
ผู้วิจัยนำแบบสนทนาที่ได้รับมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับ
อาจารย์ที่ปรึกษา โดยพิจารณาข้อคำถามที่มี CVI เท่ากับ 0.80 จำนวน 7 ข้อ มา ปรับปรุงประเด็น
สนทนา แก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและพิจารณาเพิ่มประเด็น
คำถามย่อยในหัวข้อการดูแลทางด้านสังคมอีก 1 ประเด็น ซึ่งไม่กระทบต่อโครงสร้างของแบบสนทนา
ทำให้ได้ข้อมูลครบถ้วนขึ้น จนได้เครื่องมือที่มีความสมบูรณ์ ซึ่งการปรับปรุงเครื่องมือหลังผู้ทรงคุณวุฒิ
ตรวจสอบมีดังนี้

1.1 ประเด็นคำถามในการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในผู้ให้บริการ ข้อคำถามใหญ่จำนวน
5 ข้อ ข้อคำถามย่อย 16 ข้อ

1.2 ประเด็นคำถามในการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในผู้ใช้บริการ (ผู้ดูแล) ข้อคำถามใหญ่
จำนวน 3 ข้อ ข้อคำถามย่อย 18 ข้อ

1.3 ประเด็นคำถามในการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในผู้ใช้บริการ(ผู้ป่วยเด็ก) ข้อคำถาม
ใหญ่จำนวน 2 ข้อ ข้อคำถามย่อย 12 ข้อ

ข้อคำถามย่อยจำนวน 7 ข้อ (1.1, 1.2, 1.3, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8) CVI รายข้อมีค่า = .80 ปรับปรุง
เนื้อหาเพิ่มเติมให้เหมาะสมกับเป็นประเด็นสนทนากับเด็กตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่
ปรึกษาโดยคงความหมายเดิม

ตัวอย่างประเด็นการสนทนา

ประเด็นสนทนากลุ่มผู้ให้บริการ (ทีมสหวิชาชีพ) มี 5 ข้อใหญ่ 16 ข้อคำถามย่อย

1. การจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ด้านงานบริการในปัจจุบันของแต่ละงานที่เกี่ยวข้อง
ให้บริการครอบคลุมครบวงจรอย่างไร (เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การติดตามการรักษา การให้ความรู้กับ
ผู้ดูแลเรื่องพัฒนาการ การให้วัคซีน การให้ยาต้านไวรัส การมาตรวจตามนัด) มีลักษณะการบริการ
อย่างไรที่ประสบความสำเร็จในงานต่างๆ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน หน่วยให้คำปรึกษา เกสซกร พยาธิวิทยา
สังคมสงเคราะห์ โภชนากร และต้องการพัฒนาปรับปรุงการจัดบริการให้ดีขึ้นอย่างไร

2. การจัดการดูแลทางด้านจิตใจและ สังคมการบริการให้คำปรึกษาให้ประสบความสำเร็จ
มีลักษณะอย่างไร

3. การประเมินปัญหาผู้ป่วยทางด้านสังคมที่ผ่านมามีการดำเนินการอย่างไรและควรพัฒนา
อย่างไร

4. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและการช่วยเหลือเมื่อถูกทอดทิ้งเป็นอย่างไรและควรพัฒนาอย่างไร

5. การจัดการดูแลแบบต่อเนื่องได้มีการดำเนินการหรือไม่และควรทำอย่างไรจึงจะประสบความสำเร็จ

ตัวอย่างประเด็นสนทนากลุ่มผู้ดูแล

1. การดูแลสุขภาพร่างกายเป็นอย่างไรและควรพัฒนาอย่างไรเพื่อให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. เล่าวิธีการดูแลเรื่องการรับประทานยาที่มีความสำเร็จเพียงใดและควรพัฒนาอย่างไรเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด
3. การใช้ชีวิตในบ้านหรือชุมชน

ตัวอย่างประเด็นสนทนากลุ่ม ผู้ป่วยเด็ก

1. ลักษณะการจัดกิจกรรมการดูแลเด็กในโรงพยาบาลต่อไปนี้เป็นอย่างไรและควรพัฒนาอย่างไร
2. กิจกรรมในการดูแลเด็กที่บ้าน ชุมชนและโรงเรียน เป็นอย่างไรและควรพัฒนาอย่างไร

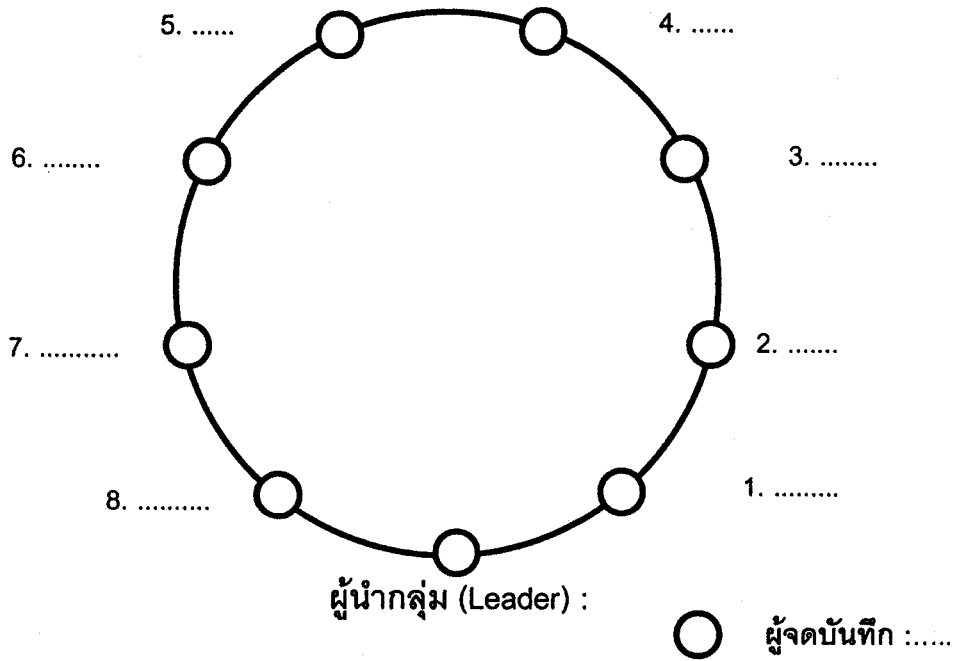
แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยแผนผังที่นั่งสนทนาของผู้เข้าร่วมวิจัยและชื่อ พร้อมความเกี่ยวข้องกับเด็กตามรหัส ดังตัวอย่างแบบบันทึกดังนี้

บันทึกการจัดกิจกรรมกลุ่มการจัดการความรู้ผู้ดูแลเด็กโรคเอดส์

ครั้งที่ วันที่.....

ณ ห้องประชุม..... สถาบันบําราศนราดรุ

เวลาน.



Leader : เปิดประเด็นด้วยการทักทายสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว.....

.....
.....

2. แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์
สถาบันบําราศนราดรุ

2. แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์

สถาบันบำราศนราดูร

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่ได้รับมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ปรับปรุงภาษาให้เหมาะสม เข้าใจง่าย 4 ข้อ จนได้เครื่องมือที่มีความสมบูรณ์ ซึ่งการปรับปรุงเครื่องมือหลังผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ มีดังนี้

ด้านขอบเขตและเป้าหมาย (scope and purpose) จำนวน 1 ข้อ คงเดิม ปรับปรุงภาษาให้เหมาะสม 2 ข้อ (ข้อ 1,2)

ด้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (stakeholder involvement) จำนวน 2 ข้อ คงเดิม

ด้านความแม่นยำของรูปแบบการพัฒนา (rigour of development) จำนวน 2 ข้อ คงเดิม ปรับปรุงภาษาให้เหมาะสม 1 ข้อ (ข้อ 7)

ด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ (Clarity and presentation) จำนวน 1 ข้อ คงเดิม ปรับปรุงภาษาให้เหมาะสม 1 ข้อ (9)

ด้านอิสระในการให้ข้อมูล (Editorial independence) จำนวน 2 ข้อ คงเดิม

ด้านการนำไปใช้ (Applicability) จำนวน 3 ข้อ คงเดิม

ประเด็นการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์

ด้านขอบเขตและเป้าหมาย (scope and purpose)

1. วัตถุประสงค์ของรูปแบบที่สร้างขึ้นมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนอย่างต่อเนื่องครบวงจร

2. ประเด็นการสนทนาในการสร้างรูปแบบครอบคลุมในเรื่องการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์แบบองค์รวม

3. รูปแบบที่สร้างขึ้นเหมาะสมกับการดำเนินงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์

ด้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมพัฒนารูปแบบ (stakeholder involvement)

4. เป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์

5. เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในการพัฒนารูปแบบ

ด้านความแม่นยำของรูปแบบการพัฒนา (rigour of development)

6. การพัฒนารูปแบบ ใช้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์

7. มีหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิชาการ จากตำราและงานวิจัย นำมาสนับสนุนการสร้างรูปแบบได้อย่างเหมาะสม

8. ประเด็นการสนทนาเพื่อการพัฒนาารูปแบบ มีการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิก่อนด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ (Clarity and presentation)

9. รูปแบบที่สร้างขึ้นมีการระบุแนวทางการดำเนินการตามรูปแบบได้อย่างชัดเจนและครอบคลุมดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง

10. องค์ประกอบของรูปแบบมีขั้นตอนชัดเจนสามารถเป็นแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติได้ง่ายด้านอิสระในการให้ข้อมูล (Editorial independence)

11. ผู้ร่วมสร้างรูปแบบทุกคนมีอิสระในการให้ข้อมูลและความรู้โดยไม่มีการถูกบังคับหรือชี้นำจากผู้อื่น

12. มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในมุมมองที่หลากหลายของผู้เข้าร่วมพัฒนารูปแบบซึ่งปรากฏในแบบการบันทึกข้อมูลและความรู้

ด้านการนำไปใช้ (Applicability)

13. รูปแบบเหมาะสม และสามารถนำไปปฏิบัติได้กับบริบทของสถาบันบําราศนราดูร

14. การนำรูปแบบไปปฏิบัติ ใช้ทรัพยากรเหมาะสมคุ้มค่ากับประสิทธิผลที่เกิดขึ้น

15. รูปแบบมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานได้ง่าย

การคิดค่า CVI ในเครื่องมือทั้งสองชุดตามตารางการให้คะแนนจากผู้เชี่ยวชาญ 5 คนดังนี้

ผู้เชี่ยวชาญ	Rate คะแนน	ข้อคำถามแลกเปลี่ยนเรียนรู้	ข้อคำถามประเมินความเหมาะสม
คนที่ 1	Rate 1-2	7	1
	Rate 3-4	39	14
คนที่ 2	Rate 1-2	0	1
	Rate 3-4	46	14
คนที่ 3	Rate 1-2	0	0
	Rate 3-4	46	15
คนที่ 4	Rate 1-2	0	0
	Rate 3-4	46	15
คนที่ 5	Rate 1-2	0	0
	Rate 3-4	46	15
รวม	Rate 1-2	5.6	1.6
	Rate 3-4	39	13
รวมข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ	44.6	14.6
	ทั้งหมด	46	15

การคิดค่าคะแนน ถ้าข้อคะแนนใดที่ผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดให้คะแนน 3 -4 ค่า CVI ข้อนั้น = 1.00
 ถ้าผู้เชี่ยวชาญครึ่งหนึ่งให้คะแนน 1-2 ค่า CVI ข้อนั้น = 0.50 (Martuza 1977 อ้างใน

Walz ,Strickland and Lenz 1991)

ค่า CVI ข้อคำถามทั้งหมด คือ $\frac{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด} - \text{ข้อคำถามที่ CVI} = 0.50}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$

$$\text{CVI เครื่องมือชุดที่ 1} = 44.6/46 = 0.969 = 0.97$$

$$\text{CVI เครื่องมือชุดที่ 2} = 14.6/15 = 0.973 = 0.97$$

ภาคผนวก ง

หนังสือแสดงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ท่านเป็นผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับเชิญให้เข้าร่วมในการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ สถาบันบำราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้แนวคิดของการจัดการความรู้ ดิฉันนางสมถวิล อัมพรอารีกุล ขณะนี้กำลังศึกษาระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในระดับปริญญาโท ดังกล่าว ท่านเป็นหนึ่งในจำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ที่มาใช้บริการที่สถาบันบำราศนราดูรถ้าท่านยินดีที่จะให้เด็กเข้าร่วมการวิจัยโดยกระบวนการกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งนี้ดิฉันขอให้ท่านลงนามที่ด้านล่างนี้ ในการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ใช้เวลาครั้งละประมาณ 60-90 นาที จำนวน 1 ครั้ง

ขณะที่ดำเนินการวิจัยท่านมีสิทธิ์ที่จะยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของบุตร หลานท่าน ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่านให้ผู้อื่นทราบ แต่จะนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์และสรุปในภาพรวมและจะถูกทำลายเมื่อการวิจัย สิ้นสุดลง

หากท่านมีข้อสงสัยประการใด ในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยนี้ ดิฉันยินดีตอบข้อสงสัยของท่านได้ตลอดเวลาโดยติดต่อได้ตามที่อยู่ที่แจ้งไว้ในท้ายเอกสารนี้

ที่สำคัญที่สุด งานวิจัยครั้งนี้จะสำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์ก็ด้วยความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากท่านที่กรุณาสละเวลาให้สัมภาษณ์ ข้อมูลที่ได้รับจากท่านในการวิจัยครั้งนี้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้เป็นอย่างสูง

(สมถวิล อัมพรอารีกุล)

แผนกผู้ป่วยเด็ก 5/3 โทรศัพท์ 025903640

สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย/ ผู้ปกครอง

ข้าพเจ้าได้อ่านและได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย จนมีความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์การทำวิจัยและประโยชน์ที่ได้รับแล้ว มีความยินดีและพอใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ลงนาม..... ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้ปกครอง

(.....)

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ท่านเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับเชิญให้เข้าร่วมในการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ สถาบันบาราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้แนวคิดของการจัดการความรู้คิฉนนางสมถวิล อัมพรอารีกุลขณะนี้กำลังศึกษาระดับปริญญาโทคณะพยาบาลศาสตร์สาขาบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในระดับปริญญาโท ดังกล่าว ท่านเป็นหนึ่งในจำนวนผู้ปกครองเด็กที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ที่มาใช้บริการที่สถาบันบาราศนราดูร ถ้าท่านยินดีที่จะให้เด็กเข้าร่วมการวิจัยโดย กระบวนการกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งนี้ คิดฉนนขอให้ท่านลงนามที่ด้านล่างนี้ ในการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ใช้เวลาครั้งละประมาณ 15-30 นาที จำนวน 1 ครั้ง

ขณะที่ดำเนินการวิจัยท่านมีสิทธิ์ที่จะยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของบุตร หลานท่าน ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่านให้ผู้อื่นทราบ แต่จะนำข้อมูลที่ไ้ไปวิเคราะห์และสรุปในภาพรวมและจะถูกทำลายเมื่อการวิจัย สิ้นสุดลง

หากท่านมีข้อสงสัยประการใด ในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยนี้ คิดฉนนยินดีตอบข้อสงสัยของท่านได้ตลอดเวลาโดยติดต่อไ้ตามที่อยู่ที่แจ้งไว้ในท้ายเอกสารนี้

ที่สำคัญที่สุด งานวิจัยครั้งนี้จะสำเร็จไ้ตามวัตถุประสงค์ไ้ด้วยความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากท่านที่กรุณาสละเวลาให้สัมภาษณ์ ข้อมูลที่ไ้รับจากท่านในการวิจัยครั้งนี้เป็นสิ่งที่มีความค่าเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้เป็นอย่างสูง

.....
(สมถวิล อัมพรอารีกุล)

แผนกผู้ป่วยเด็ก 5/3 โทรศัพท์ 025903640

สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าไ้อ่านและไ้รับการอธิบายจากผู้วิจัย จนมีความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์การทำวิจัยและประโยชน์ที่ไ้รับแล้ว มีความยินดีและพอใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ลงนาม.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย

(.....)

ภาคผนวก จ
ตัวอย่างการถอดบทสนทนา

การสนทนากลุ่มผู้ดูแล

ครั้งที่ 1 วันที่ 16 กรกฎาคม 2550 15 สิงหาคม วันที่ 3 กันยายน 2550 วันที่ 1 ตุลาคม 2550

ประเด็น หัวข้อสนทนา	รหัส	ประเด็นหรือความรู้ ที่ได้จากการสนทนา	Sub category	Themes images
การดูแลเรื่องการ รับประทานยา	CG (9-1)	ถ้าไม่ทานยา ก็จะมีปัญหาเรื่องเชื้อ คือยาเพราะเขาต้องแก้ปัญหาการ ไม่กินยา	ความรู้เรื่องยาด้านไวรัส	การรับประทานยา ตรงเวลา
	CG (6-1)	เขาจะกินยาแข่งกับแม่ ลูกก็จะทาน ยาเวลาเดียวกันกับแม่ทุกวัน เขาก็ จะมาทานยาเอง เขาก็จะคอยเตือน เราด้วยลูก	การดูแลตนเอง และ ช่วยกันดูแลโดยกลุ่ม	การรับประทานยา ตรงเวลา
	CG (8-1)	ก็เลยต้องบอกเขาว่าถ้าไม่รักษาจะ ตาย พยายามอธิบายให้เขาเข้าใจ การโตขึ้นประสบความสำเร็จตรงเด็กมี มากขึ้นเด็กดีขึ้นก็รู้ว่ายาทำให้ดีขึ้น เขาก็เริ่มทานยาได้สม่ำเสมอ	การรับผิดชอบตัวเอง ดูแลตนเองตนเองทานยา สม่ำเสมอ	การรับประทานยา ต่อเนื่อง
	CG (7-1)	จะไม่ค่อยมีปัญหาเรื่องการทานยา เพราะเด็กที่อยู่ร่วมกันเป็นรุ่นที่ ต้องช่วยดูแลน้องในบ้าน คอย เตือนให้เขาทานยาตรงเวลาทุกวัน เวลาเด็กเขาจะมาทานยาเอง ซึ่งเรา จะเตรียมไว้ให้เขาเป็นเดือน ๆ จะมี ยาไว้ในกล่องให้เขา ถ้ามานับเม็ด เขาก็จะรู้ว่ากินหรือไม่ ตรวจสอบ การทานยาของเขาทุกวัน โดยนับ จำนวนเม็ด	-การช่วยเหลือดูแลกัน ในกลุ่มเรื่องการ รับประทานยา -การดูแลตนเอง -การตรวจนับเม็ดยา	การรับประทานยา ถูกต้อง

ประเด็น หัวข้อสนทนา	รหัส	ประเด็นหรือความรู้ ที่ได้จากการสนทนา	Sub category	Themes images
	CG (2-1)	ถึงเวลาฝ่ายก็จะบอกว่า “ขวยชา ช่ายน้ำ” ซึ่งใช้เป็นคำเรียกกระตุ้น ทุกครั้งที่คุณคนได้ยินเสียงนี้ก็จะ รีบมาทานยาที่ห้องพยาบาล	วิธีการช่วยให้เด็ก รับประทานยาตรงเวลา	การรับประทานยา ถูกต้องตรงเวลา
การดูแลเรื่อง รับประทานยา	CG (3-1)	เรื่องการทานยาตอนแรกให้เขา ทานเองเราไว้ใจเขาคิดว่าเขาจะทำ ตามที่เรบอก ถามเขาเมื่อไหร่ก็ จะบอกทานยาแล้ว หลังจากนั้นมา รู้ทีหลังว่าเขาเอายาทั้งหมดเลยไม่ ยอมทานยา ตอนอยู่ ป 1 คิดันมา เจอยาในถังขยะ ก็ใจไม่ค่อยดีกลัว เขาเป็นอะไรที่ไม่ทานยา หลังจาก มาเจาะเลือดแล้วเลือดเขาค่ำ ซีด หลังจากไม่ทานยาเขาผอม รูปร่าง เปลี่ยน ก็รู้ว่าเกิดจากการที่เขาไม่ ยอมทานยา จึงต้องเฝ้าเรื่องการ ทานยาเฝ้าให้ทานเองต้องกลับมา ดูแลใกล้ชิดทุกวันนี้ต้องคอยเตือน เขามากๆ เรื่องการทานยา	การตรวจสอบเรื่องการ รับประทานยาให้ทานยา ต่อหน้า	การรับประทานยา ถูกต้องตรงเวลา
	CG (7-1)	เด็กที่ศูนย์ เราจะจัดยาไว้ให้เขาที่ตู้ เสื้อผ้าที่ห้องนอนของเขา เขาก็จะ ทานยาเอง เขาจะจำชื่อยาได้หมด ดูเวลาเองช่วยเตือนกันมีนาฬิกา เรือนใหญ่ให้ดูไม่ค่อยได้ใช้นาฬิกา ปลุก	-การดูแลตนเอง -ดูแล โดยกลุ่มเรื่องการ รับประทานยา	การรับประทานยา ถูกต้องตรงเวลา
	CG (1-1)	เตรียมตัวก่อนจะมาทานยา เมื่อถึง เวลาทานยาทุกคนจะมารวมกันที่ ห้องพยาบาล ที่ศูนย์จะทานยาไม่ เคยกินเวลาเกิน 5 นาที เด็กจะมี	-วิธีให้เด็กรับประทานยา ตรงเวลา -จัดสถานที่ห้องพยาบาล	การรับประทานยา ถูกต้องตรงเวลา

ประเด็น หัวข้อสนทนา	รหัส	ประเด็นหรือความรู้ ที่ได้จากการสนทนา	Sub category	Themes images
		ความรู้สึกว่าอยากมาที่ห้อง พยาบาล พยาบาล ที่ห้องพยาบาล จะมีหนังสือให้อ่าน มีของให้เล่น เด็กๆจะชอบมาที่ห้องพยาบาลไม่ มีความรู้สึกว่าจะมาที่ห้อง พยาบาลเป็นเด็กที่ป่วยเป็นที่น่า กลัวอีก	ให้มีความสุขและ เพลิดเพลิน	
การดูแลเรื่อง รับประทานยา	CG (1-1)	เราก็จะมี ตลับยาที่ได้จาก โรงพยาบาลไปก็จะทำสัญลักษณ์ ติดบอกให้อันไหนกินตอนเช้า (วิธีการจัดยา)	-วิธีให้เด็กรับประทานยา ถูกต้อง	การรับประทานยา ถูกต้องตรงเวลา
	CG (1-1)	เด็กจะต้องกินยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ ทุกคนค่ะ	-วิธีให้เด็กรับประทานยา ครบถ้วน	การรับประทานยา ถูกต้อง
	CG (1-1)	หมอเขาจะมีใบติดตามการทานยา ว่าหลังจากทานยาแล้วเกิดอาการ อย่างไรบ้างให้เราบันทึกไว้	-วิธีให้เด็กรับประทานยา ถูกต้อง	การรับประทานยา ถูกต้อง
	CG (2-2)	ถึงเวลาต้องเรียกเขากินเลย จัดยา วางไว้ ตั้งแต่ 5 ครั้ง คอยตามเขา เช็คด้วยว่าทานยาหรือไม่ทาน เหมือนกับว่าเราต้องคอยนับยาด้วย	-วิธีให้เด็กรับประทานยา ถูกต้องตรงเวลาและ ตรวจเช็คการ รับประทานยา	การรับประทานยา ถูกต้องตรงเวลา
	CG (3-2)	ถ้าไม่ตื่นจะปลุก ต้องผสมยา เขา กินยาเม็ดไม่ได้ โดยใช้ Syringe ที่ ขอหมอไป ปกติเป็นคนจัดยาให้ และผสมยาบางครั้งเขาก็ถามเองว่า หนูทานยาหรือยัง เขาจะคอยเตือน ด้วย เหมือนเป็นกิจวัตร	-ผู้ดูแลหาวิธีให้เด็ก รับประทานยาได้ -ช่วยกันเตือน	การรับประทานยา ถูกต้องตรงเวลา

ประเด็น หัวข้อสนทนา	รหัส	ประเด็นหรือความรู้ ที่ได้จากการสนทนา	Sub category	Themes images
	CG (5-2)	ก่อนนี้สักปีหนึ่ง ทานยาเม็ดไม่ได้ มาให้เภสัชกรเป็นคนสอน สอน วิธีการกลืนยา กินอย่างไรพอจบ ละครก็หีบยาเลย มียาเม็ดหนึ่งที่ กินวันละครั้งก่อนไปโรงเรียน กิน ข้าวเช้าแล้วกินเลย กินยาเหมือน ผม เดือนสตักันทั้งคู่	-วิธีให้เด็กรับประทานยา ครบถ้วน -ช่วยกันเตือน	การรับประทานยา ถูกต้อง
การรับประทานยา	CG (5-2)	ทำไมต้องทานยา ก็บอกว่า ถ้าไม่ ทานจะตายนะ	ใช้การบังคับ	การรับประทานยา ครบถ้วน
	CG (6-2)	เป็นคนดูแลตัวเอง พ่อเขาเสียแล้ว แม่ไม่ได้ช่วย เป็นยาย 5 โมง เย็นละลายยาเม็ดให้เพราะเขาติด คอ	วิธีให้ทานยา	การรับประทานยา ครบถ้วน
	CG (3-2)	ต้องกินยา เดี่ยวตาย	ใช้คำขู่	การรับประทานยา ครบถ้วน
	CG (8-2)	ไม่เคยป่วยนอนโรงพยาบาล ผม ให้กินยาตรงเวลา	ความรู้และวิธีให้ยา	การรับประทานยา ตรงเวลา
	CG (8-2)	ไม่มีลิ้ม ไปแล้วต้องรีบกลับ เป็น หน้าที่ต้องรับผิดชอบ	ผู้ดูแลเสมือนเป็นหน้าที่	การรับประทานยา ตรงเวลา
	CG (6-2)	ในความคิดพี่คิดว่า มันเป็นหน้าที่ ลิ้มไม่ได้	ผู้ดูแลเสมือนเป็นหน้าที่	การรับประทานยา ตรงเวลา
	CG (1-2)	ก็ป้อนยาปกติ ยากเหมือนกัน ต้อง บังคับกินยาที่เป็นน้ำ เป็นเม็ดก็ ต้องผสมน้ำหวาน ทานได้ตรงเวลา 6 โมงเช้า 6 โมงเย็น คุณแม่ดูแล หมด	ใช้การบังคับ	การรับประทานยา ตรงเวลา

ประเด็น หัวข้อสนทนา	รหัส	ประเด็นหรือความรู้ ที่ได้จากการสนทนา	Sub category	Themes images
	CG (9-2)	หมอสั่ง แนะนำ ให้กินยาตรงเวลา กินแล้วกินน้ำแดงตาม และ อมลูกอม	วิธีการทานยาขมมากๆ	การรับประทานยา ครบถ้วน
	CG (1 -2)	ผสมน้ำแดง	เทคนิคการกินยาขม มากๆ	การรับประทานยา ครบถ้วน
	CG (5-2)	กรรไกรตัด ผสมน้ำแดง น้ำหวาน	เทคนิคการกินยาขม มากๆ	การรับประทานยา ครบถ้วน
	PT(3-1)	ทานยาไม่ตรงเวลาจะทำให้ไม่ สบาย	ความรู้เรื่องยา	การรับประทานยา ถูกต้องตรงเวลา

ภาคผนวก ฉ

รายละเอียดกิจกรรมรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์

องค์ประกอบที่ 1 ทีมผู้ดูแลร่วมประสาน กิจกรรมการดูแลที่จัดขึ้นในสถาบันบำราศนราดูร

1. ทำกิจกรรมกลุ่ม Conference ตามปัญหาของเด็กแต่ละคนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องในทีมสหวิชาชีพ ร่วมดูแลในส่วนของวิชาชีพ ตนเอง
2. ประสานความร่วมมือและการส่งต่อผู้ป่วยในทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องครบวงจร
3. ทำกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่บ้านและการเปิดเผยผลเลือด เพื่อให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และนำประสบการณ์จริงของผู้ดูแลที่เคยปฏิบัติแล้วไปลองปฏิบัติกับผู้ป่วยเด็กที่ตนเองดูแล

4. กิจกรรมการมีส่วนร่วมของโภชนากร

- 1) ให้การดูแลเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการเจริญเติบโต นำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
- 2) ประเมินผู้ป่วยที่ปรึกษาเพื่อจัดอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
- 3) ให้คำปรึกษาและให้ความรู้ผู้ป่วยนอกในรายที่มีปัญหาเรื่องผลข้างเคียงของยา ทำให้กลอเรสเตอรอลสูง เดือนละครั้ง

5. กิจกรรมการมีส่วนร่วมของเทคนิคการแพทย์

- 1) ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการภูมิคุ้มกันและไวรัสวิทยาแก่ผู้ป่วย ได้แก่ การตรวจหาปริมาณเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 ,CD8 และปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (HIV-1 Viral load)
- 2) ให้คำปรึกษาในกรณีที่ผลตรวจต่างๆมีปัญหาหรือผลตรวจไม่เป็นไปตามการรักษา เช่น Immunological failure , Virological failure รวมถึงการพิจารณาส่งตรวจหาเชื้อฮิว และร่วมสร้างแนวทางการส่งตรวจหาเชื้อฮิวในผู้ป่วยเอดส์
- 3) พัฒนาการให้ข้อมูลสนับสนุนในส่วนฐานข้อมูลของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีผลเก่าซ้อนหลังเปรียบเทียบ ทำให้สะดวกและมีประโยชน์กับแพทย์ในด้านการดูแลการรักษาของผู้ป่วยซ้อนหลัง ซึ่งแสดงผลในรูปแบบของกราฟและตารางเปรียบเทียบผลตรวจเก่าและผลตรวจปัจจุบัน
- 4) ร่วมทีมการดูแลและConference กับทีมแพทย์ พยาบาลอาทิตย์ละครั้ง
- 5) ให้คำปรึกษาในการเก็บ Specimen ส่งตรวจในรายติดเชื้อมวยโอกาส

6. กิจกรรมการมีส่วนร่วมของเภสัชกร

- 1) ให้คำปรึกษาและแนะนำกับผู้ดูแลเด็กและเด็กที่มีปัญหาเรื่องยาและการรับประทานยา
 - (1.1) เทคนิคในการส่งเสริมการรับประทานยา เด็กไม่รับประทานยา จากสาเหตุต่างๆ เนื่องจากขาดวินัยหรือขาดสติหรือต้องการยาปริมาณมากๆ แนะนำให้นำยาผสมน้ำหวาน หรือปรับเปลี่ยนเวลาทานยาให้เหมาะสมกับชีวิตประจำวันของเด็ก ย้ำถึงความสำคัญของการทานยา อธิบายเหตุผลถึงเหตุที่ต้องทานยาให้เด็กเข้าใจ

(1.2) การเปลี่ยนสูตรยาหรือปรับขนาดยาจากสาเหตุคือยา ปรับขนาดยาตามน้ำหนักเด็ก ให้คำปรึกษากับญาติและผู้ดูแลในการทานยาสูตรใหม่ หาวเวลาที่เหมาะสมในการทานยา บอกถึงผลข้างเคียงจากยาและข้อควรระวังในการใช้ยา เบอร์โทรศัพท์ติดต่อหากเกิดปัญหา

(1.3) เก็บรักษายาไม่ถูกต้อง ยาต้านไวรัสบางชนิดดูความชื้นได้ง่ายบางชนิดต้องเก็บในตู้เย็น แนะนำการเก็บยาในภาชนะที่เหมาะสมกับยานั้นๆและข้อสังเกตลักษณะยาที่เสื่อมคุณภาพ

2) ให้คำแนะนำและความรู้กับผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับยาที่เด็กใช้อยู่ ในประเด็น จำนวนเม็ดยาในการทานแต่ละครั้ง ลักษณะเม็ดยาที่ทาน เวลาที่ทานยา การเก็บรักษายา รวมถึงหากลืมทานยาควรปฏิบัติอย่างไร

3) ให้คำแนะนำกับเด็กถึงรสชาติของยาแต่ละชนิด ทบทวนการทานยาในแต่ละชนิดต้องรับประทานอย่างละกี่เม็ด ปริมาณยาที่รับประทานแต่ละครั้ง กี่ซีซี สอนการดูดขีดบอกปริมาณที่ Syringe หรือหากเป็นยาเม็ด แนะนำการใช้ที่ตัดเม็ดยา การเก็บรักษายาที่ถูก ตัดแบ่งไม่ให้เสื่อมคุณภาพ

4) ทวนสอบกับผู้ดูแลเด็กหรือเด็กทบทวนเรื่องยาอีกครั้งหลังเภสัชกรอธิบายหรือแนะนำยาเสร็จ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

5) ออกบัตรติดตามการใช้ยาเมื่อเด็กได้รับยาด้านไวรัสครั้งแรก หรือมีการปรับขนาดยา หรือเปลี่ยนสูตรยา พร้อมกับแนะนำให้ยื่นบัตรนี้พร้อมใบสั่งยาเมื่อมาพบแพทย์ครั้งหน้าเพื่อประเมินติดตามผลการใช้ยา

6) ร่วมกิจกรรม Discharge Planning ในผู้ป่วยเด็กเอดส์ที่รับนอนในโรงพยาบาล โดยขึ้นเยี่ยมผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์และให้คำปรึกษาเรื่องยาต่างๆที่ผู้ป่วยได้รับก่อนผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน

7 กิจกรรมการมีส่วนร่วมของนักจิตวิทยา

- 1) ประเมินการเจริญเติบโตและสุขภาพจิตของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่ส่งปรึกษา
- 2) ประเมินสภาวะทางจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่ส่งปรึกษา
- 3) ร่วมกิจกรรมโครงการต่างๆของงานพยาบาลให้คำปรึกษา
- 4) ใช้กิจกรรม Play and Learn ช่วยในการสร้างความเข้าใจกับเด็ก

องค์ประกอบที่ 2 มาตรฐานการดูแลรักษา กิจกรรมที่ให้บริการในแต่ละหน่วยงาน

1. แนวทางการจัดการรักษาของแพทย์

1) การตรวจร่างกาย ประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อพิจารณาการเริ่มให้ยาด้านไวรัส และยาป้องกันโรคร่วมต่างๆ (Prophylaxis) โดย พิจารณาจากผลการตรวจร่างกายดังนี้
เด็กอายุ < 1 ปี CD4 < 25 % , 1-3 ปี CD4 < 20 % , เด็กอายุ > 3 ปี CD4 < 15 %

2) การประเมิน ภาวะโรคแทรกซ้อนหรือโรคร่วม (Opportunity Infection) และให้ยาป้องกันโรคแทรกซ้อน (OI Prophylaxis) โดยพิจารณาจากผลการตรวจร่างกาย และ CD4

3) พิจารณาสูตรยาต้านไวรัส (Antiretroviral therapy) ที่เหมาะสมกับเด็กแต่ละรายในสูตรพื้นฐานพิจารณาการให้ยาด้านไวรัส เมื่อ CD4 ดังนี้ เด็กอายุ < 1 ปี CD4 <25 % , 1-3 ปี CD4 <20 % , เด็กอายุ > 3 ปี CD4 <15 %

4) ประเมินสภาพครอบครัว ความพร้อมในการรักษาต่อเนื่องระยะยาว ก่อนเริ่มให้ยาผ่านการให้คำปรึกษาโดยพยาบาลให้คำปรึกษา (Counselor) มีการประเมินเรื่องความเชื่อมั่นและทัศนคติที่มีต่อการรักษาของผู้ดูแล การให้ความร่วมมือในการรักษา การรับประทานยาอย่างถูกต้องต่อเนื่องตรงเวลา (Adherence) ของเด็ก ความเอาใจใส่ การมาตรวจหรือมารับยาตามนัด

5) การจัดการเรื่องการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น (Lab Monitor) ในผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ตามหลักเกณฑ์ของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช)

(5.1) การติดตามผลการรักษา ตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดขาวที่ต่อต้านเชื้อโรค (CD4) ทุก 6 เดือน ตรวจหาปริมาณเชื้อ ไวรัส (Viral Load) 1 ครั้ง/ปี

(5.2) การติดตามภาวะแทรกซ้อนจากยา ตรวจ Blood Chemistry, CBC ทุก 6 เดือน

(5.3) การติดตามภาวะเชื้อดื้อยา ตรวจ Drug Resistance เมื่อมีความล้มเหลวของการให้ยาด้านไวรัส

6) ประเมินการได้รับภูมิคุ้มกันโรค (Vaccine) พิจารณาให้วัคซีนครบถ้วนเหมาะสมกับอายุกับภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย งดการให้วัคซีน BCG, MMR ในเด็กที่มีอาการของโรคเอดส์ ถ้าอาการรุนแรงงดวัคซีนโพลีโอแบบรับประทาน (OPV) แต่สามารถให้วัคซีนโพลีโอแบบฉีดได้ (IPV)

7) การประเมินการเจริญเติบโตตามวัย ในเด็กที่เข้าสู่วัยรุ่น ตรวจเรื่องของการเจริญเติบโตทางเพศ (TANNER Stage)

8) การเปิดเผยผลเลือดการติดเชื้อเอชไอวีกับเด็ก (Disclosure) มีกระบวนการเปิดเผยผลเลือดโดยเริ่มจากการประเมินความพร้อมผู้ดูแลก่อน พยาบาลให้คำปรึกษา (Counselor) ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ดูแลเป็นผู้เลือกตัดสินใจว่าจะให้ใครเป็นผู้เปิดเผยผลเลือดให้เด็กทราบ

9) การติดตามเรื่องของการเจริญเติบโต พัฒนาการสติปัญญา (IQ) นำหนัก ส่วนสูง

10) การดูแลเรื่องฟันและส่งตรวจฟันโดยทันตแพทย์ให้เด็กที่อายุ 6 ปี ขึ้นไป

11) การคัดกรองเรื่องของการตรวจลานสายตา และส่งพบจักษุแพทย์ ถ้า CD4 < 50 เพื่อตรวจจอประสาทตา (Retina) วัคสายตา ดู eye ground เพื่อค้นหาโรค Cytomegalovirus retinitis (CMV retinitis)

12) เตรียมญาติเรื่องการมาตรวจตามนัด เพื่อความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

13) ประเมินและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาด้านไวรัส (Adverse Drug Reaction)

2. แนวทางการจัดการดูแลของพยาบาลผู้ป่วยใน ปฏิบัติงานบริการให้การดูแลแบบองค์รวมโดยมีกิจกรรมการพยาบาลและการดูแลดังนี้

1) ด้านร่างกาย ให้การพยาบาลตามอาการ การป้องกันโรคแทรกซ้อนและการติดเชื้อในโรงพยาบาล การให้ยาต้านไวรัส อย่างต่อเนื่อง ตรงเวลา

2) ด้านจิตใจ

(2.1) ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ช่วยผู้ดูแลให้สามารถแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจก่อนบอกผลเลือด การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย

(2.2) พยาบาลให้คำปรึกษา ขึ้นเยี่ยมผู้ป่วยเด็กทุกวันในภาคบ่ายและร่วมกับพยาบาลจัดกิจกรรมต่างๆ ให้เด็กได้รับความเพลิดเพลิน เช่น การเล่นเกม การให้ความรู้ทางสื่อต่างๆ ภาพพลิก สื่อของป้าแบน (คุณนิสาชล) ได้แก่นิทานการ์ตูน สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (DVD) การวาดภาพระบายสี ฯลฯ

3) ด้านสังคม

(3.1) ประสานกับนักสังคมสงเคราะห์ช่วยเรื่องสวัสดิการและสิทธิต่างๆ

(3.2) การให้การดูแลแบบครอบครัว ญาติสามารถอยู่ดูแลผู้ป่วยได้โดยมีห้องพักผู้ป่วยที่เป็นสัดส่วนเฉพาะผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์

4) ด้านจิตวิญญาณ ให้ผู้ดูแลมีสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองเกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในกิจกรรมต่างๆ ทางศาสนาที่ผู้ดูแลต้องการ

5) การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) ผู้ดูแล และผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ได้รับการสอนการสาธิตวิธีการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านอย่างเหมาะสม เช่น การเช็ดตัวลดไข้ การให้ความรู้เรื่องยา การดูแลรักษาสุขภาพตนเอง วัคซีน เป็นต้น

(5.1) การใช้ทีมสหวิชาชีพ ร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ตั้งแต่การให้โภชนาการดูแลเรื่องอาหารผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ตั้งแต่แรกเริ่ม และ เกสซกรดูแลเรื่องยาที่ผู้ป่วยได้รับ ตลอดจนการรักษารวมทั้งพบผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กเตรียมเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัส ยาป้องกันโรคร่วมที่มักเกิดกับผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

(5.2) การส่งต่อผู้ป่วยเด็กเพื่อรับบริการต่อเนื่องจากสถานบริการสุขภาพแห่งอื่นๆ เช่น รพศ/รพท./รพช. สถานีอนามัย หรือ องค์กรภาครัฐ องค์กรเอกชน ศูนย์ NGO ต่างๆ.

(5.3) การนัดติดตามผลการรักษา และการรับยาอย่างต่อเนื่องรวมทั้งการส่งต่อหน่วยงานผู้ป่วยนอกเพื่อติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อไม่มาตรวจตามนัด

6) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Care of the dying) กิจกรรมการดูแล

(6.1) การเตรียมสภาพจิตใจของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ให้กล้าเผชิญกับความตายได้อย่างสงบ

(6.2) การดูแลช่วยเหลือตามอาการ เช่น การให้ยาระงับปวด (Pain Management) การดูแลตามสภาพร่างกาย เป็นต้น

(6.3) การเตรียมความพร้อมของครอบครัว เกี่ยวกับ การพัฒนาทักษะการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ระยะสุดท้าย การเตรียมใจจะยอมรับกับการสูญเสีย การจัดการศพ

3. แนวทางการจัดการดูแลของพยาบาลปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยนอก มีกิจกรรมการพยาบาลและดูแลดังนี้

1) พยาบาลต้องมีความรู้และประเมินการเจริญเติบโตทางเพศ (TANNER Stage) มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ การดำเนินของโรค ยาต้านไวรัสเรื่องฤทธิ์และผลข้างเคียงของยาด้านแต่ละตัว การป้องกันการติดเชื้อ และผลทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้คำแนะนำแก่ ผู้ป่วยและญาติได้ถูกต้อง

2) ประเมินการเจริญเติบโตและการ พัฒนาการ ตรวจร่างกาย ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง

3) ติดตามให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามนัด เพื่อไม่ให้ขาดยาและการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล กรณีผู้ป่วยกินยาด้านไวรัสในกลุ่ม Protease Inhibitors (PI) จะมีผลข้างเคียงไขมันในเส้นเลือดสูง ต้องได้รับการวัดความดันโลหิต การให้คำแนะนำเรื่องโภชนาการ และติดตามผล การตรวจ คอเลสเตอรอล (Cholesterol) ตามแผนการนัด

4) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ช้อบ่งชี้การเจาะเลือดและกำหนดระยะเวลาให้พร้อมก่อนนัด เพื่อความสะดวกและรวดเร็ว เมื่อพบแพทย์ แพทย์อาจปรับเปลี่ยนยาหรืออาจตรวจเชื้อคือ ยา ตรวจ check ให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจประเมิน CD4 ทุก 6 เดือน หาปริมาณเชื้อไวรัสปีละครั้ง กรณีผู้ป่วยที่กินยาด้านไวรัสชนิด Indinavia (IDV) ต้องได้รับการตรวจปัสสาวะ (U/A) ทุก 6 เดือน เป็นต้น

5) ต้องทราบรายละเอียดสิทธิผู้ป่วย รายได้เพื่อประโยชน์ในการรับยาด้านไวรัสและแจ้งสิทธิของผู้ป่วยให้ทราบเพื่อความสะดวกในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลพยาบาล

6) ติดตามให้ผู้ป่วยได้รับวัคซีนให้ครบถ้วนตามความเหมาะสมกับอาการของโรคและ ตามอายุที่ควรจะได้รับ

7) คัดกรองวงวน โรคโรคติดเชื้อต่างๆ CMV (Cytomegalovirus retinitis) ให้ผู้ป่วยได้รับการเอ็กซเรย์ปอด อย่างน้อยปีละครั้ง ชักประวัติการสัมผัสเชื้อวงวน โรคทุกครั้งที่มาโรงพยาบาลตรวจตา ในผู้ป่วยที่ CD4 < 50

8) ให้การดูแลทั้งครอบครัวโดยผนวกพ่อแม่ที่ติดเชื้อเอดส์ให้ได้รับการรักษาต่อ กรณีมารดายังมีชีวิตอยู่ส่งเสริมให้ได้รับการตรวจสุขภาพและตรวจมะเร็งปากมดลูกทุก 6 เดือน

4. แนวทางการจัดการดูแลของพยาบาลงานพยาบาลให้คำปรึกษา มีกิจกรรมการพยาบาลและการดูแลดังนี้

- 1) ให้คำปรึกษาก่อนตรวจเลือด และ หลังตรวจเลือดในงานบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
 - 2) ให้บริการร่วมกับแพทย์ในการซักประวัติ ตรวจสุขภาพเด็ก ประเมินสุขภาพทั่วไป พัฒนาการตามวัยและการเจริญเติบโต ทุกครั้งที่มาตรวจตามนัด
 - 3) ประเมินผู้ดูแลเรื่องการ รับประทานยาต้านไวรัส อย่างต่อเนื่องตรงเวลาของเด็ก ช่วยให้เด็กได้รับประทานยาถูกขนาดอย่างต่อเนื่อง โดยให้บริการผู้ป่วยนอกร่วมกับแพทย์ทุกวันที่มีการตรวจผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์
 - 4) ให้ความรู้ในรูปแบบต่างๆ เช่น พัฒนาการและการเจริญเติบโตตามวัย การป้องกันโรค การรักษาสุขภาพให้แข็งแรง การดูแลตนเอง การรับประทานยา ความสำคัญของยาต้านไวรัส และการรับประทานยาให้สามารถควบคุมเชื้อโรคได้
 - 5) ช่วยประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาต้านไวรัสชนิดต่างๆ รวมทั้งการคัดกรองผู้ป่วยเด็กโรค CMV (Cytomegalovirus retinitis)
 - 6) การดูแลทางด้านจิตใจ ให้การปรึกษาปัญหา ทางด้านสังคม สนับสนุนสิทธิและประโยชน์ การเรียน มีการจัดกิจกรรมและโครงการที่แก้ไขปัญหาดังกล่าวให้กับเด็กที่พบ เช่น เตรียมความพร้อมของญาติในการบอกผลเลือด โครงการครอบครัวสุขสันต์รู้ทันวันโรค โครงการอนุรักษ์ตนเองอนุรักษ์สุขภาพอบรมการดูแลรักษาสุขภาพโดยใช้สื่อกิจกรรม โครงการกิจกรรมกัลยาณมิตร พิชิตทุกข์ (ช่วยเรื่องทุนการศึกษา)
 - 7) ให้การดูแลแบบครบวงจร พยายามสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้สร้างเสริมสุขภาพตนเอง (Health Promoting)
 - 8) ประสานความร่วมมือในการดูแลเป็นทีม สหวิชาชีพ เมื่อเด็กประสบปัญหาต่างๆ เช่น ผู้ดูแล สงสารเด็ก ไม่บังคับให้เด็กรับประทานยา การรับประทานยาไม่ถูกขนาด มีปัญหาทำให้ไม่สามารถรับประทานยาได้ถูกต้องครบถ้วน ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพ ขาดการติดต่อ ขาดค่าเดินทางมารับยา การแก้ปัญหาต้องสำรวจปัญหาที่แท้จริงและช่วย แก้ไขให้ตรงประเด็นโดยทีมพยาบาล เกสซ์ แพทย์
 - 9) ทำกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Sharing) การดูแลสุขภาพเด็ก การรับประทานยาของเด็ก การเปิดเผยผลเลือด หรือ ทำกลุ่ม (group counseling) มารดาในการบอกผลเลือดกับสามี
 - 10) การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจของผู้ดูแลและเด็กก่อนบอกผลเลือด (Discloser) เมื่อผู้ป่วยถึงวัยที่เหมาะสม (เริ่มตั้งแต่เด็กอายุ 9- 12 ปี)
- (10.1) การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กก่อนเข้าสู่วัยรุ่น

(10.2) ในผู้ป่วยที่มีการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจของผู้ดูแลและเด็กเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย

11) เด็กที่มีปัญหาด้านจิตใจ ด้านสติปัญญา (IQ) ส่งพบนักจิตเพื่อประเมินสติปัญญาและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

12) ดูแลติดตามผู้ป่วยให้มาตรวจตามนัดมีเบอร์โทรศัพท์ผู้ดูแลทุกคน

13) ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตั้งแต่ เวลา 06.00 น. -22.00 น. โดยให้เบอร์มือถือผู้ดูแลสามารถติดต่อได้ตลอดเวลา ปรึกษาได้ทุกเรื่อง

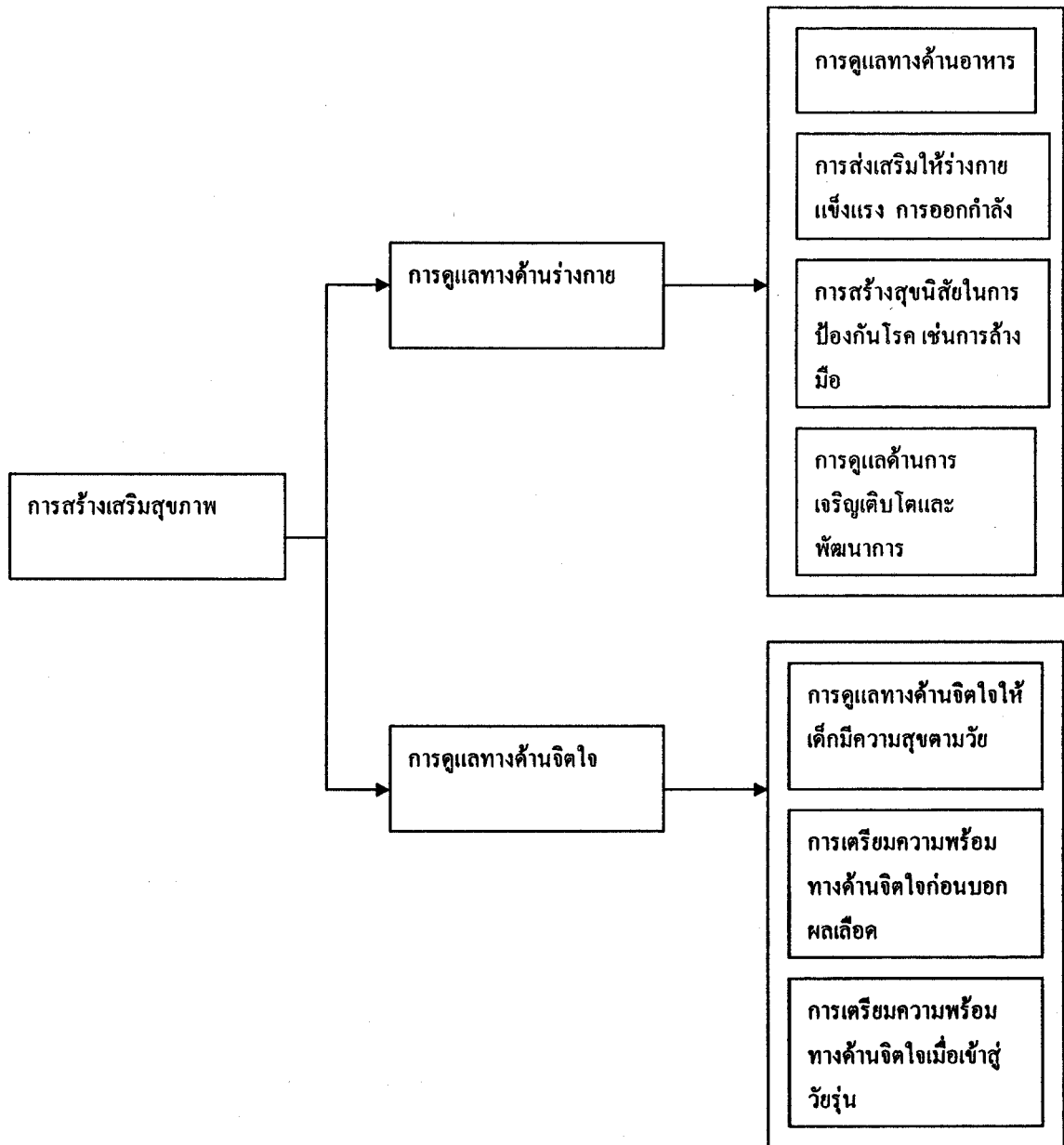
องค์ประกอบที่ 3 การรับประทานยาถูกต้องครบถ้วน ประกอบด้วยวิธีการดูแลดังนี้

1. การได้รับความรู้ ความเข้าใจเรื่องยาต้านไวรัส ทราบว่ายาต้านไวรัสเอดส์ต้องรับประทานแบบใดจึงจะได้ผลในการควบคุมเชื้อไวรัส วิธีการรับประทานยาที่เหมาะสม การเก็บรักษา
2. ความรับผิดชอบเรื่องการรักษาตนเองในการรับประทานยา (Self care) จัดยาทานเอง ดูเวลาในการทานยาเอง
3. การดูแลกันเองโดยกลุ่ม (Self Help group) ในกลุ่มผู้ที่ติดเชื้อมีชีวิตอยู่บ้านพักรวม ช่วยกันเตือนเรื่องการรับประทานยา ช่วยดูแลกันเองในกลุ่มรุ่นพี่ดูแลรุ่นน้อง จัดยาให้น้องทาน ทานยาด้วยกัน
4. สร้างวินัยในการรับประทานยาและเข้มงวดในการดูแล การใช้กฎระเบียบบังคับ ใช้คำพูดทำให้เด็กกลัวถ้าไม่ทานยา เช่น “ถ้าไม่ทานยาจะตายนะ”
5. ใช้เทคนิค การรับประทานยาต้านไวรัสด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การผสมยากับน้ำหวาน การทานลูกอมตามหลังการรับประทานยา การนำยาผงใส่แคปซูลแล้วให้เด็กทาน
6. ใช้เทคนิค ต่างๆที่ทำให้รับประทานยาต้านไวรัสได้ตรงเวลา เช่น ใช้นาฬิกาปลุก ใช้โทรศัพท์มือถือปลุก ดูรายการทีวี ช่วยกันเตือนระหว่างมารดากับบุตร บิดากับบุตร เทคนิคการเรียกเด็กมารับประทานยาเป็นสัญลักษณ์ที่ทุกคนทราบ “ขวยขา ซ้ายน้ำ”
7. ทำให้การรับประทานยาเป็นเรื่องของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น เมื่อตื่นนอนอาบน้ำแปรงฟัน แล้วก็ทานยา ปฏิบัติอย่างนี้ทุกวัน
8. การตรวจสอบการรับประทานยาต้านไวรัส เช่น การนับเม็ดยา การให้ทานยาต่อหน้า
9. สร้างแรงจูงใจให้เด็กอยากมารับประทานยา โดยการแจกทุนการศึกษาเด็กที่มีประวัติการรับประทานยาดี หรือจัดสถานที่ห้องพยาบาลในศูนย์ NGO ต่างๆ ให้สามารถทำกิจกรรมได้หลายอย่าง เช่น เป็นที่อ่านหนังสือ เล่นเกมส์ ฟังดนตรี เพื่อให้เด็กอยากมาห้องพยาบาลและเข้าใจว่าไม่ป่วยก็สามารถมาที่ห้องพยาบาลได้ ปฏิบัติเป็นเรื่องปกติในชีวิตประจำวัน

องค์ประกอบที่ 4 ช่วยเรื่องความรู้ กิจกรรมการให้ความรู้ที่ดำเนินการในแผนกเด็ก

1. การให้ความรู้โดยใช้สื่อการสอนขององค์กรหอไร้พรมแดน (คุณ นิสาชล) สำนักโรคเอดส์และมีโครงการการให้ความรู้กับเด็กเรื่องการดูแลสุขภาพ เช่น ครอบครัวสุขสันต์รู้ทันไวรัสโรค หนูรักตนเอง หนูรักสุขภาพอบรมการดูแลรักษาสุขภาพโดยใช้สื่อกิจกรรม
2. การให้ความรู้กับผู้ดูแลในลักษณะกลุ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการดูแลเด็กและการเปิดเผยผลเลือด
3. การทำ Discharge planning ก่อนผู้ป่วยจะจำหน่ายกลับบ้านด้วยการให้ความรู้กับผู้ดูแลเรื่องการดูแลเด็กด้านต่างๆ โดยพยาบาล การดูแลเรื่องอาหาร โดยโภชนาการ การดูแลเรื่องยา โดยเภสัชกร

องค์ประกอบที่ 5 ปูทางสร้างเสริมสุขภาพ ดังภาพที่ 4.2 และภาพที่ 4.5 รวมเป็นภาพการสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วยแนวทางการจัดการดูแลตามกรอบดังนี้



ตารางที่ 4.5 รูปแบบวิธีการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจก่อนเข้าสู่วัยรุ่น เรื่องการเปิดเผยผลเลือดที่ได้จากการทำกลุ่มสนทนาประกอบด้วยแนวทางการจัดการดูแลตามตารางดังนี้

รูปแบบวิธีการดูแล	กิจกรรมการดูแล
<p>การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจก่อนเข้าสู่วัยรุ่น เรื่องการเปิดเผยผลเลือด</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ก่อนการบอกผลเลือดต้องเตรียมความพร้อมและ มีการเตรียมตัวเด็ก - การให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์ที่ถูกต้องในรูปแบบหนังสือนิทานการ์ตูนให้เห็นภาพคนเป็นโรคเอดส์ที่เหมือนคนปกติทั่วไป - ผู้ดูแลเด็กที่บ้านหรือชุมชนจะเป็นผู้บอกผลเลือดกับผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ด้วยตนเอง - บอกผลเลือดด้วยวิธีการต่างๆกัน เช่น ค่อยๆ ให้ข้อมูล ซึมซับเข้าไปในตัวผู้ป่วยเด็กทีละน้อยๆ ดูความพร้อมของเด็กแต่ละคน - การบอกด้วยการยกตัวอย่างเปรียบเทียบกับตัวเอง ค่อยๆ บอกว่าถ้าคนในครอบครัวเราเป็น จะรู้สึกอย่างไรต้องคอยให้กำลังใจและอยู่เคียงข้างกันและกัน - การบอกโดยให้ข้อมูลพื้นฐานทีละน้อยค่อยๆ บอก ดูจังหวะดีๆ ต้องควบคุมอารมณ์ก่อนจะบอกผลเลือด - พยายามให้คำปรึกษาเป็นผู้บอกผลเลือดกับเด็กแล้วให้ผู้ดูแลที่บ้านหรือชุมชนคอยให้กำลังใจและให้การดูแลอย่างใกล้ชิด

องค์ประกอบที่ 6 ขนบสังคมและสวัสดิการ มีกิจกรรมการดูแลต่างๆดังนี้

1. เรื่องการศึกษาเด็กติดเชื้อ ไม่มีที่เรียน ไม่มีทุนการศึกษา เด็กพ่อแม่ตายขาดทุนการศึกษา สามารถส่งหน่วยงานภาครัฐ และ กลุ่มปัญญาภิวัฒน์ (NGO) นอกจากนี้ยังร่วมมือกับสาธารณสุขจังหวัด ถ้าเด็กต้องถูกออกจากโรงเรียนด้วยปัญหาของการติดเชื้อหรือ เพราะ โรงเรียนต้องการผลเลือด ปัจจุบันมีพระราชบัญญัติคุ้มครอง ผู้ปกครองต้องยืนยันให้เด็กอยู่ที่โรงเรียนและแจ้งให้เจ้าหน้าที่งานสังคม

สงเคราะห์ทราบ นักสังคมสงเคราะห์จะประสานงานกับหน่วยงานการศึกษาเพื่อเข้าไปดูแลเด็ก ทางโรงเรียนต้องให้เด็กเรียนหนังสือต่อ

2. เรื่องสวัสดิการสิทธิการรักษาต่างๆ

1) สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ การส่งตัวไปรักษาที่ต้นสังกัด การขอใบส่งตัวเพื่อส่งต่อผู้ป่วย สิทธิในโครงการ NAPRA Extend (ให้ในผู้ป่วยต่างด้าว) สิทธิในโครงการ NAP

2) สิทธิข้าราชการของบิดามารดา

3. การบริการค่าตรวจบางชนิด เด็กที่อยู่ในโครงการยาฟรี แต่ค่าตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายได้ สังคมสงเคราะห์ให้สงเคราะห์เงินค่าตรวจนั้นๆ ในกรณีที่ไม่มีเงินจริงๆ เช่น การตรวจหาเชื้อดื้อยา หรือการตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด

4. ค่าพาหนะมีงบให้ถ้ามีปัญหาค่าเดินทางในการมาตรวจตามนัด เช่น มารับยาเดินทางมาจากต่างจังหวัดจะให้เงินสงเคราะห์คิดตามระยะทาง

5. จ่ายค่าอาหารให้เป็นรายวันในกรณีผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ไม่สามารถทานอาหารที่สถาบันจัดให้ได้

6. การฝึกอาชีพ (กำลังอยู่ในโครงการทดลองกับผู้ติดยาเสพติดอยู่รอขยายผลไปกับผู้ดูแลกลุ่มอื่น)

7. การดูแลเด็กโรคเอดส์จะดูแลครอบครัวด้วยรวมทั้ง สวัสดิการครอบครัว การศึกษา ที่อยู่อาศัย ในกรณีบิดามารดาเสียชีวิต การดูแลทางด้านจิตใจ ถ้าพบมีปัญหารุนแรง ส่งพบพยาบาลให้คำปรึกษา (Counselor) โดยจะทำงานประสานกับพยาบาลให้คำปรึกษา

8. การติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตรวจตามนัด โดยเฉพาะในผู้ป่วยเอดส์ร่วมกับวัณโรค มีงบประมาณในการติดตาม

องค์ประกอบที่ 7 ประสานพัฒนาเครือข่าย มีกิจกรรมที่จัดบริการดังนี้

1. การเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ระหว่างโรงพยาบาลและศูนย์ NGO (ศูนย์เมอร์ซี่) มีแบบฟอร์มการลงข้อมูลเพื่อส่งต่อผู้ป่วยระหว่างศูนย์และโรงพยาบาล

2. การให้คำปรึกษาด้านต่างๆเกี่ยวกับข้อมูลการดูแลเด็กที่ศูนย์ต้องการ

3. การประเมินความพร้อมและเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของศูนย์ NGO ต่างๆ โดยมีโครงการเชื่อมศูนย์ NGO ที่ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์และมารับบริการ ในสถาบันบำราศนราดูร โดยทีมสหวิชาชีพ

4. นำผล การประเมินศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของศูนย์ NGO ต่างๆ มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ระหว่างศูนย์ NGO ด้วยกัน ทั้งเป็นผู้ประสานงาน นำความรู้ต่างๆมาถ่ายทอดในศูนย์ที่ต้องการพัฒนา

องค์ประกอบที่ 8 ให้ความรักความสัมพันธ์ใส่ใจดูแลติดตามแก้ไข จัดกิจกรรมการดูแลดังนี้

1. ความรักความสัมพันธ์ใส่ใจของผู้ดูแล

- 1) ประเมินความพร้อมผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ตลอดชีวิต ด้วยความรัก ความสนใจ
- 2) ประเมินผู้ดูแลเรื่อง ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์ การป้องกัน ความสามารถในการให้ยา ด้านไวรัส การมาตรวจตามนัด ทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม
- 3) การให้คำปรึกษากับผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆในการดูแลเด็กโรคเอดส์ การเสริมสร้างกำลังใจให้ เห็นคุณค่าของชีวิต
- 4) ประสานเครือข่ายในการส่งต่อผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ถ้าครอบครัวไม่พร้อมจะดูแล
- 5) ทีมผู้ดูแลทุกคนให้การดูแลแบบหัวใจมนุษย์ มีความใส่ใจ ไม่รังเกียจ ติดตาม แก้ไข ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นและยินดีให้คำปรึกษาทุกครั้งกับผู้ดูแลพาเด็กมาโรงพยาบาล

2. การติดตามแก้ไขและประเมินผล จัดกิจกรรมที่จำเป็นต้องปฏิบัติดังนี้

- 1) ประเมินการดูแลรักษาโดยสุ่มเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนแล้วนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ในการลงข้อมูลผู้ป่วยเอดส์ (HIV QUAL-T) ทำให้ทราบจุดอ่อนจุดแข็งของกระบวนการดูแลรักษาเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขต่อไป
- 2) ประเมินเรื่องการรับประทานยา (Adherence) ของผู้ป่วยตลอดทุกการพบแพทย์ตามนัด (visit)
- 3) ประเมินผลข้างเคียงของยาที่เกิดกับผู้ป่วยแต่ละรายทุกครั้งที่มาพบแพทย์ตามนัด (visit) โดยมีแบบฟอร์มการบันทึกผลข้างเคียงของยาให้กับผู้ดูแลเพื่อบันทึกข้อมูล และให้การช่วยเหลือโดยให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง
- 4) จัดประชุม Conference ทีมสหวิชาชีพ ทุกสัปดาห์ก่อนวันนัดผู้ป่วยมาตรวจ 1 วัน เพื่อวางแผนการรักษาและให้บริการอย่างครบถ้วน
- 5) ติดตามผู้ป่วยทุกคนที่มีการขาดนัด โดยไม่ทราบสาเหตุ
- 6) ประเมินผลตัวชี้วัดคุณภาพและวิเคราะห์แนวทางพัฒนาคุณภาพให้ดียิ่งขึ้น

องค์ประกอบที่ 9 เป้าหมายคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็ก เด็กมีความสุขในการมีชีวิตเหมือนเด็กอื่นทั่วไป

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสมถวิล อัมพรอารีกุล
วัน เดือน ปีเกิด	20 มกราคม 2505
สถานที่เกิด	1200 ถ.ปราจีนอนุสรณ์ ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ. ปราจีนบุรี 25000
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี พ.ศ.2526 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ.2533 สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต วิชาเอกบริหาร โรงพยาบาล
สถานที่ทำงาน	สถาบันบำราศนราดูร อ. เมือง จ.นนทบุรี
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ วร. 7 หัวหน้าหอผู้ป่วยเด็ก