

การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ สถาบันบาราศนราดुर กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้แนวคิดของการจัดการความรู้

สมถวิล อัมพรอารีกุล พย.บ, บุญทิพย์ สิริธรรังศรี ปร.ด,
สุพิมพ์ ศรีพันธ์วรสกุล ปร.ด, พิเชฐ บัญญัติ พ.บ.
สถาบันบาราศนราดुर กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์สถาบันบาราศนราดुरโดยใช้การจัดการความรู้ 2) ประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวนทั้งหมด 51 คน ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ 15 คน ผู้ดูแล 20 คน และผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ 16 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ชุด คือ 1) ประเด็นสนทนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการทำกลุ่มแต่ละกลุ่ม และ 2) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ เครื่องมือทั้งสองชุดผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา มีค่าระหว่าง 0.80 – 1.00 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม ใช้เทคนิคการเล่าเรื่อง และสุนทรียสนทนาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ คือ 1) ทีมผู้ดูแลทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการประสานความร่วมมือดูแลผู้ป่วย 2) มาตรฐานการดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาล 3) การรับประสานยาอย่างถูกต้องต่อเนื่อง 4) การให้ความรู้ด้วยสื่อที่เหมาะสมกับเด็กและการทำกลุ่มสนทนาในผู้ดูแล 5) การสร้างเสริมสุขภาพทางกายและจิตใจเตรียมความพร้อมก่อนเปิดเผยผลเลือดและเข้าสู่วัยรุ่น 6) การช่วยเหลือด้านสังคมสวัสดิการและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 7) การพัฒนาเครือข่ายที่ดูแลผู้ป่วยเด็กให้เชื่อมโยงกับสถาบันเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง 8) ให้ความรักความสัมพันธ์ในครอบครัว ความเอาใจใส่และดูแลแบบหัวใจมนุษย์ของผู้ดูแลทั้งหมด การประเมินผล และแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง 9) เป้าหมายของรูปแบบคือคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็ก การประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่ามีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ตามบริบทของสถาบันบาราศนราดुरในระดับความเชื่อมั่นทางสถิติ 0.93

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์โดยใช้ประสบการณ์ความรู้ทักษะต่าง ๆ ที่อยู่ในตัวของแต่ละบุคคลนำมาแลกเปลี่ยนเป็นความรู้ที่เปิดเผย และพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลที่เหมาะสม

The Development of Care Management Model for Pediatric AIDS patients in Bamrasnaradura Institute Diseases Institute Based on Knowledge Management

**Somtavil Ampornareekul B.N.S, Boontip Siritarungsri Ph.D,
Supim Sripanvoraskul Ph.D, Pichet Banyante M.D.**
*Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute,
Department of Disease Control, Ministry of Public Health*

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 storytelling 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 per-sons 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 disclosure 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.

บทนำ

ในยุคปัจจุบันประเทศไทยและประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกได้เข้าสู่กระแสใหม่ของการเปลี่ยนแปลงที่ใช้ความรู้ และนวัตกรรมใหม่เป็นปัจจัยหลักในการพัฒนาองค์กร การจัดการความรู้เป็นแนวทางหนึ่งที่น่าสนใจเป็นเครื่องมือ ในการพัฒนาคุณภาพงานโดยใช้วิธีการพูดคุยแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน เพื่อเรียนรู้การปฏิบัติงาน นำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) หรือสร้าง นวัตกรรมใหม่การจัดการความรู้เป็นกระบวนการที่นำ ความรู้ที่มีอยู่หรือเรียนรู้มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อ องค์กรโดยผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การสร้าง รวบรวม แลกเปลี่ยน และใช้ความรู้เป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งเพื่อ การบรรลุเป้าหมายของงานเป้าหมายคน เป้าหมายการ พัฒนาองค์กรเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้¹ การจัดการ ความรู้มีแนวคิด และวิธีการอยู่มากมายหลายวิธีขึ้นอยู่กับ องค์กรจะเลือกใช้วิธีการใดให้เหมาะสมกับบริบทของ องค์กร ผู้วิจัยเลือกใช้การจัดการความรู้ของโนนาเกและ อิคุจิโรทาเคชิ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วย เด็กโรคเอดส์เนื่องจากวงจร “SECI” (Socialization, Externalization, Combination, Internalization)² ได้รับการยอมรับจากองค์กรต่าง ๆ กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลง ความรู้ (Knowledge Conversion) ระหว่างความรู้ที่ฝัง ลึก (Tacit Knowledge) ไปสู่ความรู้ที่เปิดเผย (Explicit Knowledge) ทำให้เกิดความรู้ใหม่ขึ้นซึ่งจะหมุนเวียนไป เรื่อย ๆ อย่างไม่มีที่สิ้นสุด โดยโนนาเกและทาเคชิอธิบายว่า เริ่มจาก Socialization คือ การจัดให้คนมาปฏิสัมพันธ์ (Socialite) กันในรูปแบบต่าง ๆ และมีการสนทนา (dialogue) แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ที่ฝังลึกอยู่ในตัว บุคคล (tacit knowledge) จากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง (tacit knowledge to tacit knowledge) และตามมาด้วย Externalization เป็นกระบวนการที่เปลี่ยนความรู้ที่ฝังลึก ในตัวบุคคลให้เป็นความรู้ที่เปิดเผย (tacit knowledge to explicit knowledge) โดยเป็นภาษาพูดหรือภาษาเขียน เป็นการเปลี่ยนความรู้ในคนออกมาเป็นความรู้ในกระดาษ หรือความรู้ที่เข้ารหัส (codified knowledge) ซึ่งเป็นความ รู้ที่สามารถแลกเปลี่ยนกันได้ง่ายโดยผ่านเครื่องมือสื่อสาร

ต่าง ๆ ทั้งด้านเทคโนโลยี และสารสนเทศอื่น ๆ Combination เป็นกระบวนการรวบรวมความรู้ที่เปิดเผยเข้าด้วยกัน (explicit knowledge to explicit knowledge) ได้เป็น ความรู้ที่เปิดเผยที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นเกิดเป็นความรู้ใหม่ (new knowledge) ที่สามารถนำไปเผยแพร่ในรูปของการประชุม อบรมได้เป็นทางการ (formal education) หรือจัดหมวด หมู่ของความรู้ให้ชัดเจนเก็บเป็นคลังความรู้เผยแพร่ ทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์คอมพิวเตอร์กระบวนการสุดท้าย Internalization เป็นการจารึกความรู้ที่เปิดเผยหรือความรู้ ที่ได้รับเข้าเป็นความรู้ที่ฝังลึกในตัวบุคคล (explicit knowledge to tacit knowledge) ความรู้ดังกล่าวจะถูก ถ่ายทอดไปยังกระบวนการทำงานในองค์กร ซึ่งมีความ สัมพันธ์ใกล้ชิดกับการทำงานในองค์กรที่มีลักษณะของ การเรียนรู้ที่เกิดจากการทำงาน (learning by doing) เป็นการทำงานในลักษณะองค์กรแห่งการเรียนรู้ (learning organization) ความรู้ที่เกิดขึ้นใหม่นี้จะเป็นข้อมูลใหม่ เพิ่มเติมเข้าไปในกระบวนการจัดการความรู้และยกระดับ เกลียวความรู้ (knowledge spiral) ขึ้นไปอีกทำให้วงจร “SECI” ดำเนินต่อไปอย่างไม่มีสิ้นสุด การจัดการความรู้ แนวคิดนี้เป็นการจัดการความรู้ในผู้บริหารระดับกลาง และผู้ปฏิบัติระดับล่าง ซึ่งจะเป็กำลังหลักในการเชื่อมโยง ให้เกิดการจัดการความรู้ที่ทรงพลัง และก่อให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงภายในองค์กร และผู้บริหารระดับกลางจะ เป็นผู้เชื่อมโยงกับผู้บริหารระดับสูงเพื่อจัดระบบการ ปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ

บุคลากรในสถาบันบำราศนราดูรมีประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ เริ่มตั้งแต่พบผู้ป่วยเอดส์ ในประเทศไทยแต่ยังไม่มีการวางแผนการจัดการดูแล ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่เชื่อมโยงระหว่างทีมสหวิชาชีพเป็น แนวทางการดูแลในภาพรวมและใช้งานอย่างเป็นระบบ การจัดการความรู้จึงเป็นวิธีกาหนึ่งที่จะช่วยให้อุคลากรของ สถาบันนำความรู้ที่มีอยู่ในตัวบุคลากร และองค์กร แสดงออกมาเป็นความรู้ที่เปิดเผยในรูปของแนวทางการ จัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์เพื่อพัฒนาคุณภาพการ ปฏิบัติงานและพัฒนาบุคลากรอันนำไปสู่องค์กรแห่งการ เรียนรู้พร้อมกับเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยเด็กที่อยู่

ในความดูแล การนำการจัดการความรู้ไปใช้ในการบริการ
สุขภาพมีเป้าหมายเพื่อคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการ
นำความรู้จากบุคลากรสาธารณสุขไปให้บริการประชาชน
อย่างถูกต้อง ปลอดภัย มีคุณภาพโดยทีมสหวิชาชีพ การ
ใช้ความรู้เพื่อทำให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง การนำ
ความรู้ทางสุขภาพมาใช้ถ่ายทอดสู่ประชาชนเพื่อให้ประชาชน
มีความรู้เรื่องสุขภาพจนสามารถพึ่งพาตนเองทางด้าน
สุขภาพได้ การจัดการความรู้จึงเป็นแนวทางการบริหาร
จัดการที่กำลังได้รับการกล่าวถึงมากที่สุด³ เป็นตัวช่วย
ทำให้การปฏิบัติงานมีคุณภาพ ปรับปรุงคุณภาพคน
คุณภาพบริการ โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่โดยเฉพาะบุคลากร
ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ปัจจุบันผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มของ
อายุเมื่อเริ่มป่วยครั้งแรกสูงขึ้น⁴ การใช้ยาต้านไวรัสทั่วถึง
ทำให้ผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีภูมิคุ้มกันสูงขึ้น
ปริมาณไวรัสลดลง การติดเชื้อฉวยโอกาสลดลง มีอายุ
ยืนยาวขึ้นจึงส่งผลให้เสียชีวิตเมื่ออายุมากขึ้น⁵ การดูแล
ผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีจะ
ต้องมีแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/
เอดส์ที่ดี มีคุณภาพ แนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็ก
โรคเอดส์ที่เหมาะสมทั้งในฐานะผู้ดูแลรักษา ผู้ดูแลที่บ้าน
ตัวผู้ป่วยเอง ในเรื่องการดูแลสุขภาพจึงมีความสำคัญมาก
ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีปัญหาก
กับสังคมและเศรษฐกิจน้อยลง การพัฒนารูปแบบการ
จัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ดำเนินการได้หลายวิธีใน
บริบทของสถาบันบำราศนราดูรที่มีประสบการณ์การดูแล
ผู้ป่วยเอดส์มายาวนานจึงพัฒนารูปแบบการจัดการดูแล
ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ นำผู้
มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลเด็กมาแลกเปลี่ยน
เรียนรู้และวางแผนทางปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้เกิดความ
ต่อเนื่องในการดูแลในแต่ละหน่วยงานเป็นสหวิชาชีพ
นอกจากนี้ยังสามารถพัฒนารูปแบบเพื่อใช้เป็นตัวอย่าง
การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ให้กับหน่วยงานสาธารณสุข
ต่างๆ ตามพันธกิจของสถาบัน

จากสภาพปัญหาของเอดส์และด้วยความสำคัญ
ของการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรค

เอดส์ดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าเด็กป่วยจึงมีความ
ประสงค์นำแนวทางการจัดการความรู้ของโนนากะและ
ทาคิชิมา นาร่องในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแล
ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ และจัดการความรู้ของแผนกกุมารเวช
สถาบันบำราศนราดูร เพื่อเป็นตัวอย่างในการจัดการ
ความรู้ให้หน่วยงานต่างๆ อนึ่งการพัฒนารูปแบบการ
จัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่เหมาะสมต่อเนื่องเชื่อม
โยงครบวงจรทั้งที่บ้าน และในสถานพยาบาลทำให้เกิด
การบริการที่มีคุณภาพปฏิบัติได้จริง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต
ที่ดี และกระบวนการการจัดการความรู้ที่ดำเนินการให้
ทุกฝ่ายโดยเฉพาะบุคลากรมีส่วนร่วมจะนำไปสู่การพัฒนา
เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็ก
โรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูรโดยใช้กระบวนการ
จัดการความรู้ของโนนากะและทาคิชิมา
2. เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการ
จัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ใน
สถาบันบำราศนราดูร

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรที่ได้รับการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ให้บริการ
และผู้ใช้บริการของแผนกกุมารเวช สถาบันบำราศนราดูร
ในระหว่างเดือน มิถุนายน – กันยายน พ.ศ. 2550 แบ่ง
ออกเป็น 2 ชุดกลุ่มตัวอย่าง

ชุดที่ 1 กลุ่มตัวอย่างในช่วงการวิจัยตามกระบวนการ
“SECI Model” (SECI=knowledge conversion
process model) ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม

1. กลุ่มผู้ให้บริการสถาบันบำราศนราดูรประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา
นักโภชนาการ เภสัชกร พยาบาลให้คำปรึกษา นักเทคนิค
การแพทย์ จำนวน 15 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่ม
แบบเฉพาะเจาะจงเป็นตัวแทนของแต่ละงาน

2. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ในชุมชน
ประกอบด้วย บิดา มารดา ผู้ปกครอง ผู้ดูแลในศูนย์

สังเคราะห์ต่างๆ จำนวน 20 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เลือกผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่มีสุขภาพดีและยินดีเข้าร่วมวิจัย

3. กลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์จำนวน 16 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เลือกผู้ป่วยเด็กที่มีสุขภาพดีสามารถสนทนากลุ่มได้ที่มีมารับบริการที่สถาบันบาราศนราตูล ณ ช่วงเวลานั้น

ชุดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างในช่วงการวิจัยประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ไปใช้จำนวน 14 คน และผู้มีความรู้ทางวิชาการการพยาบาลเด็กนอกสถาบันบาราศนราตูล จำนวน 1 คน

วิธีดำเนินการ

ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน 1) การพัฒนาแบบแผนการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ตาม “SECI model” ของโนนาเกและทาคิชิ 2) การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ฉบับ ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาแบบแผนการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ได้แก่ ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย ประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างเองโดยการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์แบบครอบครัวต่อเนื่อง ครบวงจร⁶ และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม 2) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ เป็นเครื่องมือที่ประเมินกระบวนการการพัฒนาประเมินเนื้อหาสาระสำคัญของแนวปฏิบัติว่าสามารถนำไปใช้ได้หรือไม่ สร้างขึ้นโดยประยุกต์จากแนวทางการประเมินแนวปฏิบัติของ The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE Collaboration 2001) โดยครอบคลุม 6 มิติ 15 ข้อ คำถามการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือกระทำด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน นำผลการพิจารณาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่า CVI เฉลี่ยเท่ากับ 0.97 ทั้งสองชนิด

ขั้นตอนการพัฒนาแบบแผนการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ตาม “SECI model”

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนการทำงาน (Planning) ได้แก่ การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในการเป็น Facilitator ในการสนทนา เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัยในการบันทึกการสนทนา ขออนุญาตคณะกรรมการจริยธรรมของสถาบัน ติดต่อประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างการวิเคราะห์ปัญหา และความต้องการวางแผนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และกำหนดนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนาแบบแผนโดยการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) การพัฒนาแบบแผนจากการมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ตามแนวคิดของโนนาเกและทาคิชิใน 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอน Socialization เป็นการสร้างสัมพันธภาพและการแลกเปลี่ยน (Sharing) ความรู้ซึ่งกันและกัน โดยผู้วิจัยจะเป็นตัวเชื่อมในการสนทนาทำหน้าที่เป็น Facilitator เอื้ออำนวยการแลกเปลี่ยนความรู้ และเก็บข้อมูลในการสนทนาทั้งหมดโดยดำเนินการ (1) กำหนดหัวข้อเรื่องของการสนทนา Knowledge vision (2) ถามความคาดหวังของผู้เข้ากลุ่ม คือทำ BAR (Before Action Review) (3) สร้างบรรยากาศเป็นกัลยาณมิตร ผ่อนคลาย เปิดใจในการสนทนากลุ่มสัมพันธ์ (4) ชี้แจง ทักทาย เสนอใจการทำกลุ่ม ข้อตกลงระยะเวลา (5) บอกเงื่อนไขสำคัญของการสนทนา (Dialogue) และการเล่าเรื่อง (Story telling) เน้นเรื่องของความสำเร็จพูดตามความจริงของการปฏิบัติหรือการดูแลตามประสบการณ์พูดอย่างตั้งใจ ถ้ามีปัญหาหรืออยากรู้ข้อมูลเพิ่มเติมให้ซักถามอย่างชื่นชม และแสดงความซาบซึ้งใจเมื่อได้รับคำตอบ (6) การสนทนา (Dialogue) Facilitator ต้องดึงส่วนลึกๆที่เป็น Tacit Knowledge ออกมาจากผู้ร่วมสนทนา ส่วนการเล่าเรื่อง ผู้เล่าจะเล่าด้วยความภาคภูมิใจผู้ฟังต้องฟังอย่างตั้งใจ (7) ทำ After Action Review (AAR) ก่อนจบการสนทนากลุ่ม การสนทนาในกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มใช้เวลาการสนทนา 60 - 90 นาที โดยในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้งจำนวนไม่เกิน 8 คน จัดเวทีความรู้เป็นการ

สนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ และทักษะโดยตรงของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ใช้เทคนิคการเล่าเรื่อง (Story telling) ในกลุ่มตัวอย่างทีมสหวิชาชีพ และเทคนิคการสนทนากลุ่ม (dialogue) ในกลุ่มผู้ดูแล และผู้ป่วยเด็ก ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการสนทนา และเทปบันทึกเสียงเป็นเครื่องมือในการวิจัย ผู้วิจัยเชื่อมโยงข้อมูลหลังการสนทนา (dialogue) และการเล่าเรื่อง (Story telling) เก็บประเด็นต่าง ๆ รวบรวมเป็นหมวดหมู่ ทำกิจกรรมดังกล่าวทั้งหมดนี้ซ้ำกันทุกกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างละ 3 ครั้ง

ขั้นตอน Externalization นำความรู้และข้อมูลที่ได้จากการสนทนาตามประเด็นที่ศึกษาในแต่ละครั้งมา รวบรวมจัดหมวดหมู่ตามหัวข้อแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์แบบครอบคลุมและต่อเนื่อง พิจารณา Tacit knowledge และความรู้ใหม่ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จัดกลุ่มบันทึกไว้เป็นแต่ละกิจกรรมเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และเพิ่มเติมให้สมบูรณ์เป็นระยะ ๆ พร้อมกับนำเข้าไปให้กลุ่มสนทนาเพิ่มเติมทุกครั้งที่มีการสนทนา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่อึดตัวและสมบูรณ์มากที่สุด

ขั้นตอน Combination นำแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Socialization สู่ Externalization) ของทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแล และผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันมาผนวกรวมความรู้ที่เปิดเผย (Explicit knowledge to Explicit knowledge) เข้าด้วยกันพัฒนาเป็นรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบาราศนราดурที่สมบูรณ์ เกิดเป็นรูปแบบใหม่คือ รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่เกิดจากกระบวนการจัดการความรู้ของทีมผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ในสถาบันบาราศนราดур

ขั้นตอน Internalization ในกระบวนการกลุ่มหรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่อยู่ในกลุ่มจะได้รับความรู้ และทักษะที่ดีอันเป็นความรู้ฝังลึก (Tacit knowledge) ของเพื่อนที่ร่วมถ่ายทอด สามารถนำไปปฏิบัติเกิดเป็นความรู้ฝังลึกในอีกคนหนึ่ง แต่สำหรับรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ต้องผ่านการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญก่อน

ลงสู่การนำไปปฏิบัติเพื่อเข้าสู่ขั้นตอน Internalization ในทีมงานของแผนกกุมารเวชเพื่อให้เกิดความรู้ประสบการณ์ และปัญญาอยู่ในสมองในเชิง Tacit knowledge

ขั้นตอนการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่พัฒนาขึ้นโดยส่งรูปแบบให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 15 คน ตรวจสอบรูปแบบดูความถูกต้องและประเมินความเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติจริงในแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่มี 6 มิติ นำมาหาค่าความเชื่อมั่นในแต่ละมิติและหาค่าความเชื่อมั่นเฉลี่ย = 0.93 นำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงให้รูปแบบมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) การลงรหัสข้อมูล (coding the data) การจัดหมวดหมู่ข้อมูล (categorizing or grouping text units) การนำเสนอประเด็นสำคัญที่พบ (refining emerging themes)

การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์

1) การศึกษาแนวคิดทฤษฎีเอกสาร ตำรางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) พัฒนารูปแบบจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์โดยการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3) ผู้วิจัยประมวลข้อมูลผนวกความรู้ที่ได้จากการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นหมวดหมู่ 4) สร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์สถาบันบาราศนราดур และปรับปรุงตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

ผลการศึกษา

แบบองค์รวมเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์มีรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพที่บ้าน ตลอดจนการเสริมสร้างการดูแลที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กัน 9 องค์ประกอบการดูแลตนเอง คือ 1) ทีมผู้ดูแลร่วมประสานเป็นฐานสำคัญขององค์ประกอบที่ 3 รับประทานยาต่อเนื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ 2) มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ทุกคนเมื่อได้รับยาต้านไวรัสรักษาทั้งแพทย์และพยาบาล

3) รับประทานยาต่อเนื่อง 4) ช่วยเรื่องความรู้ ต้องมีการดูแลเพื่อให้เด็กทุกคน 5) ปูทางสร้างเสริมสุขภาพ 6) ขนบสังคม และสวัสดิการ 7) ประสานพัฒนาเครือข่าย 8) ให้ความรัก ความสัมพันธ์ ใส่ใจดูแล ติดตามแก้ไข 9) สู่เป้าหมายคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็ก

องค์ประกอบที่ 1 ทีมผู้ดูแลร่วมประสานผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ทั้งผู้ให้บริการ และใช้บริการทุกคน ต้องร่วมมือช่วยกันประสานการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ โดยมีหลักการสำคัญคือ

- 1) การมีทีมที่เข้มแข็งทำงานร่วมกันได้
- 2) ทีมผู้ดูแลเป็นทีมเดิมไม่เปลี่ยนบ่อย
- 3) เสียสละประสานงานกันตลอดเวลา
- 4) ปฏิบัติงานในส่วนที่ตนเองรับผิดชอบอย่าง

เต็มที่

องค์ประกอบที่ 2 มาตรฐานการดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาล รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องในทีม จะให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์อย่างเหมาะสมตามสภาพร่างกาย สังคม เศรษฐกิจ แพทย์ที่ดูแลเป็นแพทย์เฉพาะทางเด็กและเป็นผู้เชี่ยวชาญในการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ แพทย์ทำหน้าที่เป็นผู้วินิจฉัยและเลือกสูตรยาต้านไวรัสให้กับเด็ก ในสูตรยาที่เหมาะสมตามสภาพร่างกายตามโอกาสสิทธิการรักษาบนพื้นฐานมาตรฐานของการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์แบบองค์รวมเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพที่บ้าน ตลอดจนการเสริมสร้างการดูแลตนเอง

องค์ประกอบที่ 3 รับประทานยาต่อเนื่องผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ทุกคน เมื่อได้รับยาต้านไวรัสต้องมีการดูแลเพื่อให้เด็กทุกคนรับประทานยาได้ต่อเนื่อง ไม่ขาดยา และรับประทานยาได้ตรงเวลา ไม่คลาดเคลื่อนเป็นประจำ การรับประทานยาตรงเวลาจะช่วยไม่ให้เกิดการดื้อยา กิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์รับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง และตรงเวลาส่วนใหญ่อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ดูแลที่บ้านหรือในชุมชนและตัวผู้ป่วยเอง แต่พยาบาลต้องให้ความช่วยเหลือให้ผู้ดูแลในชุมชนสามารถดูแลเด็กให้รับประทานยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ กิจกรรมที่ทำให้

เด็กรับประทานยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีอยู่ 9 กิจกรรม

- 1) การให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องยาต้านไวรัส
- 2) การดูแลตนเองในการรับประทานยา (Self care)
- 3) การดูแลกันเองโดยกลุ่ม (Self Help group) ผู้ที่ติดเชื้อมีด้วยกัน
- 4) การสร้างวินัยในการรับประทานยาและเข้มงวดในการดูแล
- 5) เทคนิคการรับประทานยาต้านไวรัสด้วยวิธีต่างๆ ใช้น้ำหวานผสมยา วิธีรับประทานยาเม็ด
- 6) เทคนิคการรับประทานยาต้านไวรัสได้ตรงเวลา การใช้นาฬิกาปลุก
- ใช้รายการโทรทัศน์เตือน
- 7) การรับประทานยาเป็นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- 8) การตรวจสอบการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็ก การให้ทานยาต่อหน้า
- 9) การสร้างแรงจูงใจในการอยากรับประทานยา จัดสถานที่ห้องพยาบาล การให้ทุนการศึกษาเมื่อทานยาดี

องค์ประกอบที่ 4 ช่วยเรื่องความรู้ การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาต้านไวรัส การดูแลสุขภาพ การควบคุมเชื้อไวรัส การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การให้ความรู้พิจารณาให้เหมาะกับวัยของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ การใช้สื่อต่างๆ สื่อที่เด็กสนใจ เช่น ลักษณะสื่อภาพที่เป็นการ์ตูนภาพสี เป็นหนังสือหรือภาพพลิกดูแล้วเข้าใจง่าย วิธีการสอนต้องเป็นภาษาที่เข้าใจง่าย เล่าเป็นนิทาน ประกอบภาพการ์ตูน สอนในแบบการทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน การให้ความรู้สำหรับผู้ดูแล การทำกลุ่มสนทนา แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลเด็กในกลุ่มผู้ดูแลด้วยกัน เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลพอใจและต้องการแลกเปลี่ยนประสบการณ์พบปะคุยกันช่วยให้ผู้ดูแลมีกำลังใจขึ้น

องค์ประกอบที่ 5 ปูทางสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์มีสุขภาพดี เป็นการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ต่ออย่างหนึ่ง การสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเด็กต้องอาศัยผู้ดูแล ผู้ดูแลมีความสำคัญมากที่จะช่วยผู้ป่วยเด็กในการดูแลสุขภาพให้แข็งแรงหรือช่วยให้ผู้ป่วยเด็กสามารถดูแลตนเองได้ หน้าที่ของผู้ดูแล ผู้ป่วยเด็กเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ สร้างสุนนียที่ดีให้เด็กการดูแลเด็กในเรื่องต่างๆ เช่น การดูแลด้านสุขภาพร่างกาย ความสะอาด การดูแลเรื่องอาหาร การขับถ่าย การออกกำลังกาย การเจริญเติบโต และพัฒนาการ การป้องกันโรค ตลอดจนการดูแลด้านอารมณ์จิตใจให้

ว่าจริงแจ่มใสตามวัย การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ ก่อนบอกผลเลือด และเมื่อเข้าสู่วัยรับการเตรียมตัว ก่อนบอกผลเลือดเป็นเรื่องสำคัญมากในการดูแลเด็กที่ เริ่มมีอายุยืนยาว เด็กควรได้รับการเตรียมตัวก่อนบอก ผลเลือดตั้งแต่อายุน้อยๆ (9 ปีขึ้นไป) ต้องให้ข้อมูลความรู้ ไปที่ละน้อยพร้อมให้กำลังใจ และอยู่เคียงข้างเด็กตลอดเวลา

องค์ประกอบที่ 6 ขนบสังคม และสวัสดิการ ผู้ป่วยเด็กที่มารับบริการในสถาบันบำราศนราดูร ประมาณ ร้อยละ 60 อยู่ในความดูแลของผู้ปกครอง ดังนั้นเด็ก เหล่านี้ต้องการความช่วยเหลือในด้านสวัสดิการ และสิทธิ ที่พึงได้รับควบคู่ไปกับการดูแลรักษาด้านอื่น ๆ เพื่อให้เด็ก สามารถอยู่กับครอบครัวเหล่านี้ได้อย่างมีความสุข เด็ก บางรายมีปัญหาด้านการศึกษา ผู้ดูแลมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องสิทธิต่างๆ สิ่งเหล่านี้อยู่ใน ความรับผิดชอบของงานสังคมสงเคราะห์ทั้งสิ้น อีกทั้งการ พึงทักสิทธิเรื่องความลับ บุคลากรทุกคนต้องระมัดระวัง รักษาความลับให้กับผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ทุกคน งานด้าน สังคม และสวัสดิการจัดการดูแลในเรื่องการศึกษา เด็ก ติดเชื้อไม่มีที่เรียน สวัสดิการและสิทธิการรักษา การส่งตัว ไปรักษาที่ต้นสังกัด การบริการค่าตรวจบางชนิด ค่าพาหนะ ค่าอาหาร การฝึกอาชีพ สวัสดิการครอบครัวที่อยู่อาศัย ในกรณีบิดามารดาเสียชีวิต การดูแลทางด้านจิตใจ

องค์ประกอบที่ 7 ประสานพัฒนาเครือข่าย ความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพ ส่วนหนึ่งเกิดจากการ ส่งต่อในระบบบริการสุขภาพและการประสานความร่วมมือ มีระหว่างผู้ให้บริการในสถานบริการสุขภาพ (Health care provider) กับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ในชุมชน อันได้แก่ ครอบครัว และศูนย์ NGO ต่างๆ สถานบริการ ต้องมีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เชื่อมโยง ให้การ ดูแลอย่างต่อเนื่องศูนย์ต่างๆ เหล่านี้ต้องมีศักยภาพที่ เหมาะสมในการดูแลเด็ก สถานบริการสามารถให้การช่วยเหลือศูนย์เพื่อการดูแลเด็กที่มีคุณภาพ

องค์ประกอบที่ 8 ให้ความรัก ความสัมพันธ์ ใส่ใจดูแล ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่จะได้รับการดูแลที่ดีจะ ต้องมีฐานความสัมพันธ์ของครอบครัวที่ดี และผู้ดูแลให้ ความรักความใส่ใจต้องการที่จะดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์

ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีอีกทั้งผู้ให้บริการต้องมีความใส่ใจ ดูแลสุขภาพร่างกาย และจิตใจเด็กให้มีประสิทธิภาพ มีความเสียสละดูแลให้บริการแบบหัวใจมนุษย์

การติดตามแก้ไขและประเมินผล การจัดการดูแล ผู้ป่วยเด็กในแต่ละคนจะพบปัญหาที่แตกต่างกันตามสภาพ ของผู้ป่วยเด็กแต่ละราย ทีมผู้ดูแลต้องใช้กระบวนการงาน ที่มีคุณภาพเพื่อประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่ ดำเนินการไปแล้ว และติดตามแก้ไขปัญหาลงเวลา อย่างต่อเนื่อง

องค์ประกอบที่ 9 เป้าหมายคุณภาพชีวิตที่ดีของ เด็ก คือ เด็กสามารถมีชีวิตได้อย่างปกติตามสมควรกับ อติภาพ ไปโรงเรียนได้เหมือนเด็กปกติทั่วไป การเจริญ เติบโตอยู่ในเกณฑ์ปกติจำนวนครั้งของการป่วยที่ต้อง นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยกว่า 1 ปี/ครั้ง



ภาพที่ 1 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์

ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่ พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในสถาบัน บำราศนราดูร ในระดับความเชื่อมั่น 0.93

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบที่ได้จากการศึกษา คือ รูปแบบที่มี ความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้รับบริการ ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรค เอดส์ตามบริบทของสถาบันบำราศนราดูร สร้างมาจาก ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของผู้ให้บริการ และผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่ได้ปฏิบัติมาแล้ว และ ประสบความสำเร็จในการดูแลตามกระบวนการ การจัดการความรู้ของโนนกะและทาคิชิ ผู้วิจัยพยายามสื่อ ความหมายออกมาในรูปแบบที่สามารถปฏิบัติได้ชัดเจน

เหมาะสมในการนำไปใช้ในทีมสุขภาพ จากผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ ได้ค่าดัชนีคะแนนความเชื่อมั่นในการนำรูปแบบไปใช้ร้อยละ 93 แสดงให้เห็นว่า ผู้ปฏิบัติที่ร่วมสร้างรูปแบบ และใช้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์เห็นด้วยกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างมาก (ค่าคะแนนความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ร้อยละ 70) องค์ประกอบสำคัญที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าทำให้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีคือ ทีมผู้ดูแลทั้งหมดรวมกับการดูแล ด้วยความรัก ความใส่ใจ ด้วยหัวใจมนุษย์ ติดตามแก้ไขปัญหาลดเวลา รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีแนวทางการจัดการระบบการบริการดูแลที่คล้ายคลึงกับกรอบการดูแลแบบครอบคลุม และต่อเนื่อง (Comprehensive and continuums) ต่างกันตรงองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ประสบความสำเร็จในสถาบันบำราศนราดูร คือ ทีมผู้ดูแลทั้งหมดรวมกับการดูแลด้วยความรัก ความใส่ใจ ด้วยหัวใจมนุษย์ และการติดตามแก้ไขปัญหาลดเวลา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่พบในงานวิจัยต่างประเทศมีรูปแบบการดูแลที่มีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ แต่องค์ประกอบขึ้นอยู่กับความเกี่ยวข้องในรูปแบบกับผู้ป่วยเอดส์ เช่น งานวิจัยของ คาเซอเรส และคณะ⁷ ศึกษาแบบรูปของการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่ใช้เครื่องมือในการเฝ้าระวังผู้ป่วยสำหรับรูปแบบการดูแลแบบผสมผสานในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์พบว่า มี 3 องค์ประกอบที่ใช้ 1) สมุดบันทึกประจำวันที่ใช้เตือนตัวเอง 2) วิเคราะห์ข้อมูล 3) เครื่องมือสื่อสารผู้ป่วยกับผู้ดูแล และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีมิติทางด้านวัฒนธรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่สร้างขึ้นโดย The National Minority AIDS Education and Training Center (NMAETC)⁸ ประเทศสหรัฐอเมริกา อันประกอบด้วยบุคคลต่าง ๆ หลายวิชาชีพและวัฒนธรรมสร้างรูปแบบอันประกอบด้วยคำขึ้นต้นของชื่อเต็ม B E S A F E กระบวนการทางวัฒนธรรมในการจัดบริการสุขภาพดูแลที่บ้าน คือ B = Barriers to care อุปสรรคในการดูแล E = Ethics จริยธรรมความเชื่อ S = Sensitivity of the

provider ความรู้สึกของผู้ดูแล A = Assessment การประเมินผู้ป่วยในบริบทของวัฒนธรรมผู้ป่วย F = Facts ความจริงทางจิตใจ พฤติกรรมความแตกต่างทางด้านสุขภาพวัฒนธรรมความเชื่อของผู้ป่วย E = Encounters การให้การสนับสนุนประสิทธิภาพการให้ข่าวสารกับผู้ป่วยเอดส์ในสภาวะที่เหมาะสมกับสุขภาพ รูปแบบดังกล่าวเป็นเครื่องมือและขั้นตอนในการปฏิบัติงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์มีประสิทธิภาพ รูปแบบที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จึงมีรูปแบบที่แตกต่างจากรูปแบบที่เคยมีมาเป็นรูปแบบที่จัดการดูแลในบริบทของสถาบันบำราศนราดูร ที่จัดบริการให้ผู้ใช้บริการของสถาบันเพื่อการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบที่ได้จากการวิจัยและพัฒนาในครั้งนี้ เป็นการวิจัยในบริบทของสถาบันบำราศนราดูรดำเนินการวิจัยเพียงขั้นตอนการพัฒนาแบบ และประเมินความเหมาะสมของรูปแบบยังไม่ผ่านกระบวนการนำลง ไปใช้ ดังนั้นการนำไปประยุกต์ใช้นอกจากจะมีข้อจำกัดในเรื่องความแตกต่างของวัฒนธรรมขององค์กร ตลอดจนสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการแล้วยังต้องพิจารณาปัญหาอุปสรรค ติดตามประเมินผล ปรับปรุงการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดเวลาเพื่อให้รูปแบบสมบูรณ์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อนำไปใช้จริง และก่อนใช้ควรมีการสื่อสารในทีมสุขภาพเพื่อให้เกิดความเข้าใจ และปรับใช้รูปแบบในบริบทของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

2. แนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูร เน้นความสำคัญในเรื่องของทีมผู้ดูแล และความรักความใส่ใจของผู้ดูแล ดังนั้นการดูแลที่จะประสบความสำเร็จต้องขึ้นอยู่กับทีมผู้ดูแลที่เข้มแข็ง ไม่เปลี่ยนผู้ดูแลบ่อย ครอบคลุมให้ความรัก ทีมสหวิชาชีพดูแลแบบหัวใจมนุษย์

3. ประยุกต์กระบวนการจัดการความรู้เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโรคต่าง ๆ โดยใช้ผู้ให้บริการ และผู้ให้บริการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบเพื่อให้ได้กิจกรรมการดูแลที่สามารถปฏิบัติได้จริง

บรรณานุกรม

1. วิจารย์ พานิช. การจัดการความรู้ฉบับนักปฏิบัติ กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สุขภาพใจ; 2548.
2. Nonaka Ikujiro. The Knowledge Creating Company. USA : Harvard BusinessReview; 2004. p.47–68.
3. บุญทิพย์ สิริธรรังศรี, พิเชษฐ บัญญัติ. การจัดการความรู้ในประมวลสาระชุดวิชาการระบบสุขภาพ และการจัดการหน่วยที่13. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2549:13–42.
4. ชัยพันธุ์เจริญ ทวีโชติพิทยสุนนท์, อุษา ทิสยากร. โรคเอดส์ในเด็ก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
5. Palella FJ, et al. Declining morbidity among patients with advanced Human Immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigator. N Engl J Med 2001; 338: 853–60.
6. พิกุล นันทชัยพันธ์. การจัดการดูแลผู้ติดเชื้อในประมวลสาระชุดวิชาประเด็น และแนวโน้มทางการบริหารการพยาบาลหน่วยที่11. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; p. 29–39.
7. Caceres C, Gomez E J, Pozo F Del. A Patient Monitoring Tool for an HIV/AIDS. Integral Care Model Medicine and Medical Research. [Internet]. 2001 [cited 2008 May 7]; Available from: <http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/ma?f=102242722.html>
8. Minority Nurse, et al. A Model Approach to Culturally Competent AIDS Care. Minority Nurse magazine. [Internet]. 2008 [cited 2008 March 19]; Available from: <http://minoritynurse.com/vitalsigns/feb06-3.html>