

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการพัฒนา รูปแบบ การจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ สถาบันบำราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้แนวคิดของการจัดการความรู้ ผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งศึกษาและวิเคราะห์บริบทการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กเอดส์สถาบันบำราศนราดูร โดยมีสาระสำคัญตามลำดับดังนี้

1. บริบทของสถาบันบำราศนราดูรในการจัดการดูแลผู้ป่วยเอดส์
2. แนวคิดการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. แนวคิดทฤษฎีการจัดการความรู้ การจัดการความรู้ตามแนวคิดของโนนาเกะ และทาคิอิและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. แนวคิดการพัฒนา รูปแบบและการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. บริบทการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูร

สถาบันบำราศนราดูร เป็นสถาบันที่อยู่ในสังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เดิมใช้ชื่อเป็นโรงพยาบาลบำราศนราดูร ในปี พ.ศ.2540 เปลี่ยนชื่อเป็นสถาบันบำราศนราดูร และเปลี่ยนแปลงภารกิจหลักของโรงพยาบาลในการดูแลด้านบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาผู้ป่วย โรคติดต่อและโรคทั่วไปมาเป็นสถาบันวิชาการมีแพทย์จำนวน 42 คน พยาบาล 199 คนและเจ้าหน้าที่อื่น ๆ รวม 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 พัฒนางองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการตรวจ วินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยโรคเอดส์และโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของสถาบัน

1.3.2 กำหนดและพัฒนามาตรฐานการตรวจ วินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยโรคเอดส์และโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ

1.3.3 ให้บริการเพื่อพัฒนางองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการตรวจ วินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในระดับตติยภูมิ

1.3.4 ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการตรวจรักษา วินิจฉัยและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคที่เป็นปัญหาสำคัญโดยเฉพาะทักษะการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ให้แก่สถาบันที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ

1.3.5 ประสานและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในสาขาที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ

1.4 การจัดบริการดูแลผู้ป่วยเด็กติดเชื้อและผู้ป่วยเด็กเอดส์ในสถาบันบำราศนราดูร

นับตั้งแต่มีรายงานโรคเอดส์ในประเทศไทยเมื่อปีพ.ศ.2547 และมีการติดเชื้อในเด็กตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 เป็นต้นมา จำนวนผู้ติดเชื้อได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วปัจจุบันประเทศไทย มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 327,604 คน (รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 2550) ขณะเดียวกันจำนวนเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีก็เพิ่มขึ้นตามไปด้วยจากการติดเชื้อจากแม่ประมาณ 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 การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ

เชื้อและผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ทั้งที่มีอาการและยังไม่มีอาการรวมทั้งการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารกในครรภ์ 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 สถาบันบำราศนราดูรมีนักจิตเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางจิตเล็กน้อย ถ้าผู้ป่วยที่มีปัญหามากต้องได้รับการรักษาจะติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโดยจิตแพทย์

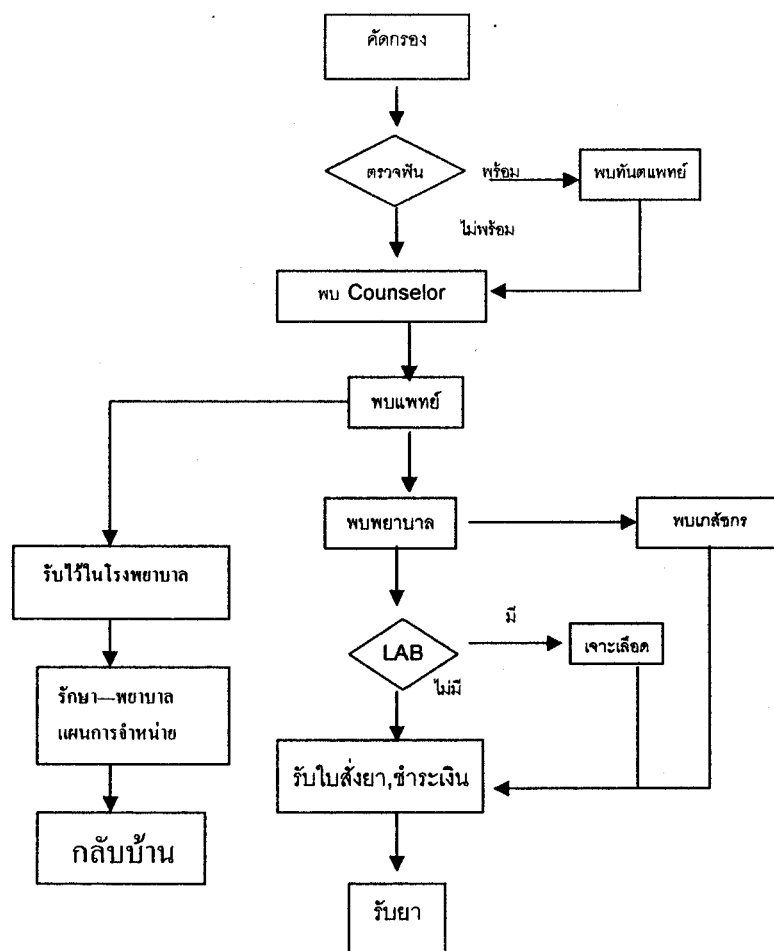
1.4.3 การบริการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ (Referral network)

สถาบันบำราศนราดูร ได้สร้างระบบเครือข่ายการรับส่งผู้ป่วยในเขตใกล้เคียงร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน 5 แห่ง และโรงพยาบาลจังหวัด 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลปากเกร็ด โรงพยาบาลบางใหญ่ โรงพยาบาลบางบัวทอง โรงพยาบาลบางกรวย โรงพยาบาลไทรน้อยและโรงพยาบาลปทุมธานี ร่วมกับองค์กรเอกชน (NGO) เช่น ศูนย์เมอร์ซี องค์การสยามแคร์ เป็นต้น เนื่องจากสถานพยาบาลเหล่านี้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ แต่อาจจะขาดประสบการณ์และปัจจัยบางอย่าง ดังนั้นทางสถาบันบำราศนราดูร 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 ซึ่งทางสถาบันได้จัดระบบการดูแลผู้ป่วยไว้ได้ระดับหนึ่ง กล่าวคือการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกจัดเป็นคลินิกตรวจเฉพาะโรคผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์อาทิตย์ละ 2 วันคือ วันจันทร์ทั้งวันและวันพุธครึ่งวันเช้า ให้บริการแบบสหสาขาวิชาชีพ มีแพทย์ พยาบาล พยาบาลให้คำปรึกษา เกสเซอร์ร่วมกันประเมินผู้ป่วยที่มาใช้บริการทุกราย ดังภาพที่ 2.1 ผู้ป่วยรายใดที่ต้องรับไว้รักษาในสถานบริการแผนกผู้ป่วยในจะเป็นผู้ให้การดูแลรักษาจนผู้ป่วยอาการดีและกลับบ้านได้ ผู้ป่วยรายใดที่มารับยาและมาตรวจตามนัดจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล เกสเซอร์ก่อนกลับบ้านตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งระบบดังกล่าวจะเป็นขั้นตอนการทำงานในแต่ละแผนกดังภาพที่ 2.1

Pediatric HIV Clinic



ภาพที่ 2.1 แผนผัง (Flow Chart) แสดงขั้นตอนการตรวจรักษาผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์สถาบัน

บาราศนราดรุ

ที่มา : ระเบียบปฏิบัติประจำแผนกกุมารเวช (2550) สถาบันบาราศนราดรุ นนทบุรี

ในขั้นตอนการปฏิบัติงานดังกล่าวยังขาดรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่เชื่อมโยงกันในทีมสหสาขาวิชาชีพที่เป็นผู้ดูแลรักษา รวมทั้งขาดความเชื่อมโยงกับเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ในชุมชน

จากวิสัยทัศน์พันธกิจหน้าที่ความรับผิดชอบ และการจัดบริการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ

เอชไอวี/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 แผนการดูแลมีความเกี่ยวข้องกับทั้งแพทย์ พยาบาล พยาบาลให้คำปรึกษา เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ นักจิตวิทยาใช้ประกอบการปฏิบัติเพื่อให้ได้มาตรฐานและการดูแลที่มีประสิทธิภาพ การทำงานร่วมกันเป็นทีมจากสหสาขาวิชาชีพที่เข้มแข็งและการวางแผนอย่างมีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (วรลักษณ์ รัตนธรรมและคณะ 2547) การบริหารจัดการดูแล (Self-Care Management) คือ การบริหารจัดการส่วนที่เป็นระบบบริการ และส่วนของการจัดการ การดูแลของทีมสุขภาพร่วมกับการจัดการดูแลตนเองของผู้ดูแลและผู้ป่วย

ร่วมกันดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงปราศจากโรคแทรกซ้อนมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมได้ คุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กดัดเชื้อเอชไอวี ควรประกอบไปด้วย การมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงเหมือนเด็กทั่วไป การเกิดโรคฉวยโอกาสน้อยลงมีสุขภาพจิตที่ดี ได้รับการยอมรับจากผู้ดูแล เพื่อน ครอบครัว ชุมชน สังคม และโรงเรียน การดำเนินงานให้เด็กทุกคนได้รับการติดตามดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยทีมวิชาชีพและผู้ดูแลเด็กมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับทีมสหวิชาชีพระหว่างรพพบแพทย์ ผู้ดูแลได้รับความรู้เรื่องการดูแลเด็กแบบองค์รวม (รัตนภรณ์ ตั้งยิ่งยง และคณะ 2547) การปฏิบัติเพื่อให้ถึงผลลัพธ์ดังกล่าวจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการที่ดีเป็นแนวทางให้ทุกคนปฏิบัติ 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/เอดส์และครอบครัวสามารถดำเนินไปอย่างเป็นองค์รวมและรอบด้าน ส่วนความต่อเนื่องของการจัดการดูแล (continuum of care) หมายถึง การจัดการดูแลที่มีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกันระหว่างโรงพยาบาลสถานบริการด้านสุขภาพบ้านและชุมชน ตลอดระยะเวลานับตั้งแต่มีการติดเชื้อเอชไอวี (พิกุล นันทชัยพันธ์ 2550: 29) โดยมีรายละเอียดของความครบถ้วนและต่อเนื่องดังนี้

2.1.1 การจัดการที่ครอบคลุมสภาพปัญหาต่างๆ อย่างครบถ้วน (Comprehensive care) โดยบริการต่างๆ ที่จัดจะต้องมีความครอบคลุมสภาพปัญหาต่างๆ ทั้งหมดที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์และครอบครัว ซึ่งพอจะแยกแยะบริการต่างๆ ตามกลุ่มของปัญหาได้แก่ การจัดการทางคลินิก การดูแลทางด้านจิตสังคม การดูแลทางด้านการดำรงชีวิตและบริการทางสังคมต่างๆ 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 สนับสนุนให้เกิดกลุ่มเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ และครอบครัว (Self-help group) รวมทั้งการให้ ข้อมูลข่าวสารต่างๆ แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ และครอบครัว เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุมประเด็นปัญหาด้านจิตใจ ความเป็นอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคม ตลอดจนสุขภาวะด้านจิตวิญญาณอันได้แก่ความเชื่อต่างๆ ศาสนา พุทธิปัญญา การใช้แพทย์ทางเลือก การสนับสนุนทางสังคมถือเป็นองค์ประกอบของการดูแลที่สำคัญมากสำหรับเด็กที่ได้รับการ ปฏิเสธจากโรงเรียน การสื่อสารและสร้างความเข้าใจกับเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ด้วย กิจกรรมค่ายเด็กครอบครัวสัมพันธ์เป็นกิจกรรมที่ช่วยสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว เช่น กิจกรรม ค่ายเด็กครอบครัวสัมพันธ์ได้มีการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของเด็กในการร่วมทำกิจกรรมโดยการ ใช้เกมละลายพฤติกรรม เด็กมีส่วนร่วมในการเล่นเกมนึกความรู้สึกที่ดีกล้าแสดงออกและกล้าที่จะ เข้าร่วมกิจกรรม มีการเล่านิทานให้ฟังสอดแทรกเรื่องการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย กิจกรรม ค่ายทำให้เห็นความผูกพันระหว่างพ่อแม่/ผู้ดูแลและเด็ก เกิดการสื่อสารกันในสิ่งที่เด็กอยากพูด อยากบอกและสิ่งที่เด็กต้องการให้พ่อแม่/ผู้ดูแลรับรู้ ทั้งยังก่อให้เกิดทักษะในการเข้าสังคม/เข้ากลุ่ม กล้าพูด กล้าคิด กล้าแสดงออกรวมทั้งการสื่อสารเรื่องโรคเอดส์ ภาพการณ์เจ็บป่วยของพ่อแม่ทำให้เกิดความพร้อมเข้าใจกันมีการแสดงความรักระหว่างพ่อแม่หรือผู้ดูแลกับเด็ก (รัตนภรณ์ ตั้งยิ่งยง และคณะ 2547) นอกจากนี้สัมพันธภาพในครอบครัวยังมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแล เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี (นภาพรณ วีระยะศิริกุล และคณะ 2549) ใช้การเล่านิทานเป็นสื่อในการให้

ความรู้เกี่ยวกับเชื้อโรค การกินยา ช่วยรักษาโรค การรักษาสุขภาพให้แข็งแรง พบว่าเด็กสนุกและได้รับความรู้ และรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่ช่วยให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น (รัตนาวดี ชวนตะวัน และอัญญา โตศิลากุล 2549)

3) การดูแลทางด้านการดำรงชีวิตและบริการทางสังคมต่างๆ (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) เนื่องจากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น

กับผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์และครอบครัว ผู้ดูแลมีความซับซ้อนและหลากหลาย แปรเปลี่ยนไปได้ตามเงื่อนไขต่างๆ เช่น ความเจ็บป่วย ปฏิกริยาจากชุมชน ภาระงานและรายได้ของผู้ดูแลในครอบครัว เป็นต้น ดังนั้นหน่วยงานและบุคลากรในหน่วยงานจึงต้องปฏิบัติงานให้ประสานกันโดยประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์และครอบครัวให้ครบถ้วน จัดให้มีการส่งต่อติดตามการนัดมารับยาตามกำหนด การคลาดเคลื่อนในการรับประทานยาต้านไวรัสมาจากการไม่มาพบแพทย์ตามนัด เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่ง (Fong, et al. 2003) การส่งต่อผู้ให้บริการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดบริการสำหรับประเด็นปัญหาในความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานจึงมีความสำคัญในการดูแลบริการอย่างต่อเนื่อง

ความต่อเนื่องระหว่างหน่วยงานต่างๆ ผู้ปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ใน

โรงพยาบาลควรส่งต่อผู้ป่วยและครอบครัวไปขอใช้บริการจากหน่วยงานประชาสงเคราะห์ หรือหน่วยงานด้านการศึกษาสงเคราะห์ครอบครัวและชุมชนยังเป็นหน่วยทางสังคมที่มีความสำคัญและมีศักยภาพที่จะดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ได้โดยหน่วยงานต่างๆ จะต้องสนับสนุนให้เกิดการดูแลที่บ้านและในชุมชนการดูแลจึงจะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม 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 ได้แก่องค์กรการบริหารส่วนจังหวัดและส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการประจำหมู่บ้าน พระสงฆ์เจ้าอาวาส ครู ตลอดจนกลุ่มและชมรมต่างๆ นิจจรา หัสมาน และคณะ(2549)ได้พัฒนารูปแบบแกนนำเยาวชนทำกิจกรรมป้องกันเอดส์ในชุมชน ชุมชนได้เรียนรู้กระบวนการการมีส่วนร่วมในการป้องกันเอดส์อย่างต่อเนื่อง การดูแลโดยกลุ่มและเครือข่ายผู้ติดเชื้อ (Peer Support) การดำเนินงานของเครือข่ายผู้ติดเชื้อในประเทศไทยได้รับการยอมรับจากทั่วโลกว่าเป็น The best practice การสนับสนุนผู้ติดเชื้อให้มีการพัฒนาศักยภาพในตนเองเพื่อการอยู่ร่วมกับเอดส์ การณรงค์ป้องกันการจรัระบบดูแลผู้ติดเชื้อ ชูติมา สายแสงจันทร์ (2544) พบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อมีบทบาทสำคัญในการมีส่วนร่วมในการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ การสนับสนุนกลุ่มต้องคำนึงถึงศักยภาพของกลุ่ม ความชัดเจนในการรวมกลุ่มและการสนับสนุนจากองค์กรพี่เลี้ยง การใช้เครือข่ายการดูแล (Care Network) การกำหนดนโยบายและแผนร่วมกันในการส่งต่อผู้ป่วยมีการปฏิบัติร่วมกัน(พิกุล นันทชัยพันธ์ 2550: 37-38) การจัดการบริการการดูแลให้ต่อเนื่องต้องคำนึงถึงปัญหาระยะยาวที่มักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ คือ ผู้ป่วยเด็กกำพร้าพ่อแม่ต้องใช้ชีวิตอยู่กับผู้ปกครองอื่นหรืออยู่ศูนย์ สถานสงเคราะห์ การจัดการดูแลควรวางแผนเพียงพอที่จะช่วยให้เด็กสามารถดำรงชีวิตและมีสังคมอยู่ได้แบบปกติ การจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่กล่าวมาเป็นการดูแลที่ผู้ให้บริการเป็นผู้จัดการให้ แต่ถ้าจะให้การดูแลประสบความสำเร็จผู้ดูแลและผู้ป่วยจะต้องมีบทบาทในการจัดการดูแลตนเองด้วย

2.2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ในทางการบริหารจัดการตนเอง

(Self management)

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

การบริหารจัดการ/ควบคุมตนเองในทางทฤษฎีด้านพฤติกรรมและในการปฏิบัติ ความหมายของการบริหารจัดการ / ควบคุมตนเองจะถูกนำไปประยุกต์ในรูปแบบต่างๆ การบริหารจัดการตนเอง หมายถึง กระบวนการทางธรรมชาติที่บุคคลบังคับหรือควบคุมพฤติกรรมของตนเอง ผลของกระบวนการเหล่านั้น สามารถที่จะนำมาประเมินได้ เช่น ความสามารถในการที่จะชะลอการเกิดความพึงพอใจหรือความอดทนต่อความเจ็บปวด การนำเอาแนวคิด การบริหารจัดการ/ควบคุมตนเองมาใช้ในทางคลินิกนั้นอาจจะเกี่ยวข้องกับการเลือกของผู้ใช้บริการ การเลือกเป้าหมายและสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ กระบวนการช่วยเหลือจำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ หลากหลาย ปัจจัย (Tabin, et al. 1986: 39-45) ส่วน คาร์ค (Cark, et al. 1991: 3-27) เสนอว่าความสำเร็จของการบริหารจัดการ/ควบคุมตนเองต่อภาวะที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังจำเป็นที่บุคคลจะต้องคำนึงปัจจัยสำคัญ 3 ประการ ที่เกี่ยวข้องในกิจกรรม ประการแรก จำเป็นต้องมีความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับเงื่อนไขต่างๆ และวิธีการรักษาต่างๆ ที่จะช่วยให้เกิดการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของเขาได้ ประการที่สอง จำเป็นต้องมีพฤติกรรมที่มุ่งหมายในการจัดการต่อเงื่อนไขต่างๆ ที่เขามี และประการสุดท้าย จำเป็นต้องประยุกต์ทักษะที่สำคัญในการดำรงรักษาไว้ซึ่งการทำหน้าที่ด้านจิตวิทยาสังคมที่เหมาะสมพฤติกรรมทั้งหลายมีจุดหมายอยู่ที่การลดผลกระทบของโรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

กระบวนการบริหารจัดการ/ควบคุมตนเองที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องดำเนินการด้านประสิทธิภาพในตนเอง (Self-efficacy) ผู้ป่วยจำเป็นต้องการที่จะมีการรับรู้ถึงพลังและความสามารถที่จะควบคุมและความตระหนักถึงเป้าหมายรวม (mutual goal) ที่ได้ตั้งขึ้นระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล นอกจากนี้โทบิน (Tobin, et al. 1986: 39-45) ชี้ว่าความสำเร็จในการบริหารจัดการ/ควบคุมตนเองต่อสภาวะความเจ็บป่วยได้แก่ ด้านพฤติกรรม (behavior) ด้านการใช้ความคิดเหตุผล (Cognitive) ด้านทรัพยากรสิ่งแวดล้อมทางสังคม และกระบวนการด้านร่างกาย สิ่งแวดล้อมและทรัพยากรทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมากต่อความสำเร็จในการบริหารจัดการ/ควบคุมตนเอง สังคมจะมีผลที่สำคัญยิ่งต่อความสำเร็จในการบริหารจัดการ/ควบคุมตนเอง การสนับสนุนทางสังคมได้ถูกนำมาอภิปรายถึงความมีประสิทธิภาพว่าจะเกิดขึ้นเมื่อได้รับมาจากบุคคลซึ่งมีการแลกเปลี่ยนความเข้าใจและประสบการณ์ต่างๆ ร่วมกันกับผู้ป่วย ปัจจัยนี้ตามลำพังก็อาจเป็นเหตุผลที่พอเพียงในการที่จะพิจารณารูปแบบการบริหารจัดการ/ควบคุมตนเองที่เหมาะสมกับกลุ่มอายุได้ (Clarle, et al. 1991: 3-27 อ้างในวาริ กังใจ 2545) การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการบริหารจัดการ/ควบคุมตนเอง อาจคาดหมายได้ถึงการเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดซึ่งไม่อาจสรุปได้ว่าผู้ป่วยจะรับผิดชอบได้ต่อการเจ็บป่วยหรือการเกิดโรคแต่อาจสรุปได้ว่าอย่างน้อยที่สุดผู้ป่วยก็มีส่วนร่วมเข้ามาร่วมรับผิดชอบในการจัดการรักษาความเจ็บป่วย

การเตรียมพร้อมระหว่างนักวิชาชีพต่างๆที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกันเป็นสิ่งสำคัญต่อความสำเร็จของการจัดการ/ควบคุมตนเองการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีผลอย่างยิ่งต่อความสามารถที่จะยอมรับในการช่วยเหลือเนื่องจากเป็นผู้ป่วยเด็ก ดังนั้นการบริหารจัดการ/ควบคุมตนเองจึงต้องใช้ผู้ดูแลซึ่งมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา คือ ผู้ที่มีความสามารถในการดูแลตามโครงสร้างพื้นฐานมาจาก ความสามารถในการคาดการณ์ (Estimative) ปรับเปลี่ยน (Transitional) และลงมือปฏิบัติ (Productive) เพื่อที่จะทราบและสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลอื่น นอกจากนี้ยังมีส่วนของพลังความสามารถที่เฉพาะ (Power component specific) ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition)ที่จะทำให้เข้าใจ ความต้องการของบุคคลอื่นรวมถึงให้การดูแลบุคคลอื่นด้วย (Orem 2001: 284) การที่บุคคลจะสามารถดูแลบุคคลอื่นได้นั้นบุคคลที่จะต้องมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งเป็นความสามารถที่เปรียบได้เช่นเดียวกับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่แตกต่างกันตรงที่เป็นการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของอีกบุคคลหนึ่ง (กนิษฐา ถนอดกิจ 2545) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่จะช่วยให้กระบวนการของชีวิตดำเนินไปได้คือ การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการที่จะช่วยให้เด็กสามารถเจริญเติบโตเข้าสู่ภาวะในวัยต่างๆได้อย่างปกติ และการดูแลเมื่อมีปัญหาภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพให้ผสมผสานเป็นระบบการดูแลเด็กที่ต้องปฏิบัติร่วมกับกิจกรรมอื่นๆที่ต้องกระทำในชีวิตประจำวัน (Orem 2001: 284-285) ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี (นภาพรรณ วิริยะศิริกุล บุญกร พันธ์เมธาฤทธิ์ วันธณี วุฒพันธ์พานิช 2549) วิธีการจัดการกับปัญหาคด้วยตนเองช่วยให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ ส่วนประกอบโดยทั่วไปในหลากหลายรูปแบบของวิธีการจัดการปัญหาคด้วยตนเอง ขึ้นกับบทบาทของผู้ดูแล ผู้กระตุ้นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเริ่มต้นการเปลี่ยนแปลง ผู้รักษาอาจจะมีการสร้างรูปแบบใหม่ของการจัดการ เพื่อให้มั่นใจว่าความพยายามของ ผู้ดูแลและผู้ป่วยจะได้รับการประทับประคองต่อไปในอนาคตโดยใช้สิ่งแวดล้อมที่บ้านที่โรงเรียนการผสมผสานในด้านการเพิ่มทักษะของผู้ดูแลและผู้ป่วยในการเลือกใช้วิธีต่างๆ 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 การจัดการความรู้ตามแนวคิดของโนนากะและทาคิอิและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1 แนวคิดทฤษฎีในการจัดการความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1.1 ความหมายและความสำคัญของความรู้ ความรู้ คือ สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้าหรือ ประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะความเข้าใจหรือสารสนเทศที่ได้รับจากประสบการณ์สิ่งที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิดหรือการปฏิบัติองค์วิชาในแต่ละสาขา (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2542) ฮิเดโอะ ยามาซากิ (Hideo Yamazaki) กล่าวว่า ความรู้ คือ สารสนเทศที่ผ่านกระบวนการคิด เปรียบเทียบ เชื่อมโยงกับความรู้อื่นจนเกิดเป็นความเข้าใจและนำมาใช้ประโยชน์ในการสรุปและตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ ได้โดยไม่จำกัดช่วงเวลาหรือกล่าวได้ว่าเป็นสารสนเทศที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับเราในการนำไปใช้งานและ “ปัญญา” คือความรู้ที่ฝังอยู่ในตัวคนก่อให้เกิดประโยชน์ในการนำไปใช้เพื่อให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น (อ้างในยุทธนา 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 ความรู้ชนิดนี้พัฒนาและแบ่งปันกันได้และเป็นความรู้ที่ก่อให้เกิดความได้เปรียบในการแข่งขัน

2) ความรู้ที่เปิดเผย (Explicit Knowledge) เป็นความรู้ที่เป็นเหตุเป็นผลสามารถรวบรวมและถ่ายทอดออกมาในรูปแบบต่างๆ ได้ เช่น หนังสือ คู่มือ เอกสารและรายงานต่างๆซึ่งทำให้คนสามารถเข้าถึงได้ง่ายเป็นการยากมากที่จะให้นิยามคำว่า“ความรู้” ด้วยถ้อยคำสั้นๆ ยิ่งในความหมายที่ใช้ในศาสตร์ด้าน

ความรู้ (ชัชวาล วงษ์ประเสริฐ 2548: 17) หมายถึง กรอบของการประสมประสานระหว่างประสบการณ์ ค่านิยม ความรอบรู้ในบริบทและความรู้แจ้งอย่างซ้ำของเป็นการประสมประสานที่ให้กรอบสำหรับการประเมินค่า และการนำเอาประสบการณ์กับสารสนเทศใหม่ๆมาผสมผสานเข้าด้วยกัน มักเกิดขึ้นและถูกนำไปประยุกต์ในใจของคนที่มี สำหรับในแง่ขององค์กรนั้น ความรู้มักจะสั่งสมอยู่ในรูปของเอกสารหรือแฟ้มเอกสารต่างๆรวมไปถึงสั่งสมอยู่ในการทำงาน อยู่ในกระบวนการปฏิบัติงานและอยู่ในบรรทัดฐานขององค์กรนั่นเอง (โทมัส เอช คาเวนพอร์ทและลอเรนซ์ พรูแซค แบลโดย นิทัศน์ วิเทศ 2542: 8) จากความหมายของความรู้ทำให้เข้าใจความสำคัญของความรู้ในองค์กร องค์กรที่เจริญจะต้องใช้วิธีการที่ไม่ธรรมดาในการเข้าถึงความรู้ภายในองค์กร มีปัจจัยหลายประการที่เป็นเหตุให้ความรู้ได้รับความสนใจอย่างมากในปัจจุบัน องค์กรเริ่มมองหาบางสิ่งบางอย่างที่จะนำความรู้เหล่านั้นมาใช้ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดหากกลยุทธ์การถ่ายทอดความรู้และหัวใจของการทำงานไม่ให้สูญหาย การแสวงหานวัตกรรมผู้บริหารเริ่มตระหนักว่าสิ่งที่องค์กรและพนักงานองค์กรรู้คือหัวใจที่สำคัญที่สุดในการจะรู้ว่าองค์กรกำลังทำหน้าที่อย่างไรนำไปสู่วิถีทางของการนำความรู้มาอยู่ในตัวบุคคลซึ่งได้แก่การจัดการความรู้ในโลกปัจจุบัน

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 เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับบริบทกระตุ้นให้เกิดขึ้นโดยความต้องการเป็นทุนปัญญาหรือทุนความรู้สำหรับใช้สร้างคุณค่าและมูลค่ารวมแล้วการจัดการความรู้เป็นกระบวนการ

ใช้ทุนปัญญานำไปสร้างคุณค่าและมูลค่า เป็นกระบวนการในการนำความรู้ที่มีอยู่หรือเรียนรู้มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์กร โดยผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น 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 ให้ต้องกระทำสิ่งนั้นๆ เมื่อเผชิญสถานการณ์ (วิจารณ์ พานิช 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 ภายใต้อำนาจคิดว่าเราไม่สามารถเขียนทุกเรื่องออกมาเป็นลายลักษณ์อักษรได้เนื่องจากข้อจำกัดในการเขียน 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) เน้นทั้งด้านการจัดการกับสาระและการสร้างการแลกเปลี่ยนไหลเวียนของความรู้จึงให้ความสำคัญกับการจัดการความรู้ในลักษณะ Context และ Narrative มากกว่า Content Management

การจัดการความรู้เป็นแนวคิดองค์รวมที่บูรณาการศาสตร์ต่างๆ เข้าด้วยกัน 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 ทักษะใหม่ๆ หรือความรู้ฝังลึกขึ้นในตัวบุคคลอื่น โดยผ่าน

กระบวนการซึ่งประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้าง รวบรวม จัดระบบ เผยแพร่ความรู้ สารสนเทศด้วยสื่อและเครื่องมือทางอิเล็กทรอนิกส์ต่างๆแล้วนำไปใช้เพื่อประโยชน์ในการพัฒนา งานแก้ปัญหาทางหรือสร้างนวัตกรรมใหม่ภายในองค์กร

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

เควิกิ (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 บุญญาภิกิจ 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 กระบวนการความรู้ที่ปัจจัยที่สามารถทำให้องค์กรสามารถจัดการความรู้ได้และอาจรวมถึง ขั้นตอนในการจัดการความรู้ได้ด้วยอย่างเช่น

บริษัทซีเมนส์ (บุญดี บุญญาภิกิจ และคณะ 2548: 42) มีแนวคิดการจัดการความรู้คือ บริษัทเน้นหลักการที่ว่า “ ความรู้คือสินทรัพย์ที่สำคัญของบริษัท ” สามารถนำมาสร้างคุณค่ากับธุรกิจได้ ดังนั้นการวางกลยุทธ์การจัดการความรู้จะต้องเชื่อมโยงกับกลยุทธ์ทางธุรกิจมีการสำรวจความคิดเห็นของพนักงานอย่างเป็นระบบ และพบว่า “ การแบ่งปันความรู้ การไว้วางใจกัน 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 วัฒนธรรมองค์กรเป็นสิ่งสำคัญเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงยากใช้เวลาแต่จำเป็นต้องเปลี่ยนถ้าเป็นวัฒนธรรมอุปสรรค (ยูดี เกดสัมพันธ์ 2548) และความเข้าใจในวัฒนธรรมองค์กรของเราจะทำให้เราสามารถจัดกิจกรรมที่มีความเหมาะสมในแต่ละช่วงเวลา นั่นก็หมายความว่าแต่ละองค์กรต้องเลือกการจัดการความรู้ตามกรอบที่ตนเองคิดว่าทำได้มากที่สุดมาเป็นกรอบในการจัดการความรู้ วิธีการดำเนินการต้องดูวัฒนธรรมขององค์กรอย่าทำอะไรให้ใหม่จนแยกไปจากวิถีการดำรงชีวิตเดิมๆอย่างสิ้นเชิง เพราะนั่นเท่ากับจะทำให้เกิดแรงต้านทานที่ในองค์กร (เกสรารักษ์ ภักดีวงศ์ 2548) ดังตัวอย่างการจัดการความรู้ในโรงพยาบาลบ้านตากใช้เทคนิค การจัดการความรู้ในหน้าที่ของ Knowledge Facilitators

พัฒนาการจัดการความรู้ ประกอบไปด้วย 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 สร้างทีม (Team Work) ระยะที่ 2 สร้างเครือข่ายหน่วยงานภายในองค์กร กระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยน โดยใช้ปัญหาเป็นตัวตั้งสร้างเวที หรือกระตุ้นให้เกิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันและหาข้อตกลงในการแก้ประเด็นปัญหาร่วมกัน อันนำไปสู่ Best Practice กระตุ้นให้เก็บคลังความรู้ (Knowledge Asset) อย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็น วัฒนธรรมในรูปของเรื่องเล่าระเบียบปฏิบัติ วิธีปฏิบัติและนวัตกรรมต่างๆ ระยะที่ 3 สร้างเครือข่าย ระหว่างหน่วยงานภายในองค์กรกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนโดยใช้ Best Practice กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนแบบ Cross Functional เก็บคลังความรู้ในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ เรื่องเล่า แนวทางการดูแล ผู้ป่วย ระเบียบวิธีปฏิบัติ เพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานวิชาชีพเดียวกัน ระยะที่ 4 สร้าง เครือข่ายภายนอกองค์กร ให้ความรู้ที่ดีที่สุดและเหมาะสม จัดเวทีแลกเปลี่ยนระหว่างชุมชนระหว่าง ผู้ป่วย/ญาติ

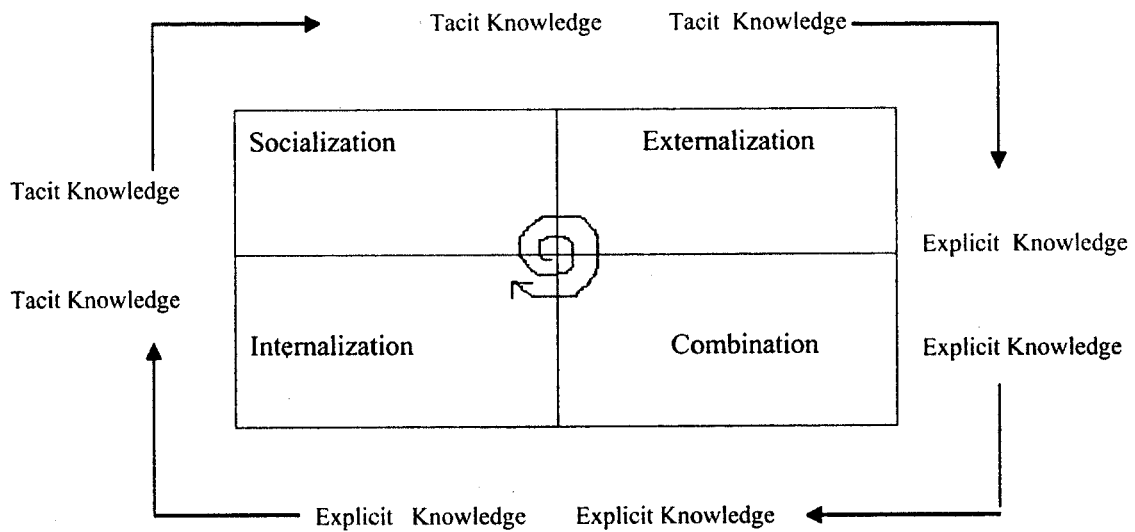
การจัดการความรู้ในประเทศไทยโดยส่วนใหญ่จะใช้รูปแบบการจัดการ ความรู้โมเดลปลาหู ของดร.ประพนธ์ ฝาสุกยัต ซึ่งสถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคมนำมา เป็นแนวทางให้องค์กรต่างๆจัดการความรู้ โมเดลปลาหู มีองค์ประกอบ คือ “หัวปลา” หมายถึง เป้าหมายหลักของการดำเนินการจัดการความรู้ “ตัวปลา” หมายถึง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือการ แบ่งปันความรู้ (Knowledge Sharing) “หางปลา” หมายถึง ขุมความรู้ (Knowledge Assets) ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สำหรับในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบความคิดของโนนาเกะและทาคิชิมา เป็นกรอบการจัดการความรู้เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ เนื่องจากการ จัดการความรู้ตามแนวคิดของโนนาเกะและทาคิชิมาได้รับความนิยมอย่างสูงในช่วงปี ค.ศ. 1995-1996 หลังจากนี้ Lkujiro Nonaka และ Hirotaka Takeuchi ได้ตีพิมพ์หนังสือชื่อ “ The Knowledge Creating Company ” ขึ้นในปี ค.ศ.1995 หนังสือเล่มนี้มีอิทธิพลอย่างสูงในวงการธุรกิจและส่งผล ทำให้ผู้นำทางธุรกิจจำนวนมากตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการความรู้นับตั้งแต่นั้นมา “การจัดการความรู้” ได้กลายเป็นเรื่องสำคัญที่องค์กรหลายแห่งได้พยายามนำไปประยุกต์ใช้ ปัจจุบันทุกหน่วยงานในประเทศไทยก็พยายามจัดการความรู้เพื่อพัฒนาองค์กรและสร้างงานให้มี คุณภาพ (พริดา วิเชียรปัญญา 2547) โดยเฉพาะการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(กพร.) ได้กำหนดการจัดการความรู้เป็นตัวชี้วัดหนึ่งของการประเมินผลการปฏิบัติราชการเพื่อให้ หน่วยงานภาครัฐมีการปรับปรุงการทำงานอย่างต่อเนื่อง ส่วนราชการต้องตอบคำถามในการจัดการ ความรู้ในเรื่องต่อไปนี้ให้บรรลุผล การรวบรวมและถ่ายทอดความรู้ของบุคลากรในส่วนราชการ การถ่ายทอดความรู้ที่มีประโยชน์จากผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและองค์กรอื่น การแสวงหาวิธี ปฏิบัติที่เป็นเลิศ (คู่มือแนวทางการดำเนินงานสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ)

หัวใจสำคัญของการจัดการความรู้ตามแนวคิดของโนนากะและทาคิวชิ (Nonaka & Takeuchi) คือ บุคคลของการบริหารระดับกลางจะเป็นกำลังหลักในการเชื่อมโยงให้เกิดการจัดการความรู้ที่ทรงพลังและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในองค์กร รูปแบบของการจัดการองค์กรที่เหมาะสมต่อการจัดการความรู้แบบ “ กลาง-ขึ้น-ลง ” (middle-up-down) โดยที่พนักงานระดับกลางจะเป็นผู้เชื่อมโยงวิสัยทัศน์หรือความฝันของผู้บริหารระดับสูงเข้ากับความเป็นจริงหรือการปฏิบัติของพนักงานระดับล่าง (วิจารณ์ พานิช 2548) ซึ่งการพัฒนาารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ด้วยวิธีการจัดการความรู้นี้ใช้ผู้ปฏิบัติเป็นผู้ช่วยสร้างรูปแบบซึ่งจะเป็นแนวทางให้สถาบันบำราศนราดูรได้จัดการความรู้ตามกรอบแนวคิดของโนนากะและทาคิวชิที่ เรียกว่า วงจร “SECI” ในการพัฒนาการจัดการความรู้ขององค์กรต่อไป

การจัดการความรู้ในสถาบันบำราศนราดูรเริ่มปฏิบัติตามนโยบายของผู้บริหาร โดยจัดการอบรมบุคลากรระดับผู้บริหารให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องของการจัดการความรู้และนำรูปแบบการจัดการความรู้รูปแบบ “ ปลาทุ ” ของสถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส) มาใช้เป็นแนวทางการจัดการความรู้ในสถาบัน บางหน่วยงานเริ่มดำเนินการตามกระบวนการจัดการความรู้ตาม โมเดลปลาทุ แต่ในแผนกกุมารเวชยังไม่ได้ดำเนินการเรื่องของการจัดการความรู้ จากการศึกษาของผู้วิจัยพบว่าการจัดการความรู้ตามแนวคิดของโนนากะและทาคิวชิ สามารถนำมาจัดการความรู้ในแผนกกุมารเวชได้เนื่องจากแนวคิดนี้เหมาะกับการจัดการความรู้ในระดับผู้ปฏิบัติ และตัวผู้วิจัยเป็นผู้บริหารระดับกลาง สามารถเชื่อมโยงให้เกิดการจัดการความรู้ในแผนกพัฒนาเป็นรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ สร้างเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) ให้กับแผนกกุมารเวชและเป็นตัวอย่างของการจัดการความรู้ตามแนวคิดของโนนากะและทาคิวชิ

3.2 การจัดการความรู้ตามแนวคิดของโนนากะและทาคิวชิและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รูปแบบกระบวนการจัดการความรู้ตามกรอบแนวคิดของโนนากะและทาคิวชิ ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบของการสร้างองค์ความรู้ด้วยการขยายผลจากความรู้ที่ฝังลึกอยู่ในตัวบุคคลและความรู้ที่เปิดเผย (Knowledge Conversion Process Model) ซึ่งมักเรียกกันว่า วงจร “SECI” (Socialization, Externalization, Combination, Internalization) และเกลียว “SECI” เป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการยกระดับความรู้และนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ (Nonaka & Takeuchi 2004: 54-66 และบุญทิพย์ สิริธรรังศรี และพิเชฐ บัญญัติ 2549: 13-20 และเพ็ญจันทร์ แสนประसार 2548: 41-42 และวิจารณ์ พานิช 2547)



ภาพที่ 2.2 แผนภูมิเกี่ยวกับการจัดการความรู้ของโนนากะและทาคิวชิ

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

โดยโนนากะและทาคิวชิอธิบายว่า เริ่มจาก Socialization คือ การจัดให้คนมา ปฏิสัมพันธ์ (Socialite) กันในรูปแบบต่างๆและมีการสนทนา (dialogue) แลกเปลี่ยนความรู้และ ประสบการณ์ที่ฝังลึกอยู่ในตัวบุคคล (tacit knowledge) จากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง (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 ถ่ายทอดไปยังกระบวนการทำงานในองค์กรซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการทำงานในองค์กรที่มี ลักษณะของการเรียนรู้ที่เกิดจากการทำงาน (learning by doing) เป็นการทำงานในลักษณะองค์กร

แห่งการเรียนรู้ (learning organization) ความรู้ที่เกิดขึ้นใหม่นี้จะเป็นข้อมูลใหม่เพิ่มเติมเข้าไปในกระบวนการจัดการความรู้และยกระดับเกลียวความรู้ (knowledge spiral) ขึ้นไปอีกทำให้งจร “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 ร่วมกันโดยมีผู้รู้ในเรื่องนั้นเป็นที่ปรึกษา

เทคนิคที่ 6 สะสมกรณีศึกษา เก็บรวบรวมความรู้ใหม่ที่ได้

เทคนิคที่ 7 ทำกระดานถามตอบ ทำให้ผู้อื่นที่มีความรู้ช่วยแลกเปลี่ยน

ความรู้ด้วย

ในกระบวนการจัดการความรู้ที่สำคัญต้องมีเป้าหมายร่วมกัน เน้นความรู้ระดับปฏิบัติ ใช้คนหลากหลายทักษะและหลากหลายวิธีคิด 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” จะฟังดูเหมือนกับการถ่ายทอดความรู้ น่าจะมีความเป็นระเบียบแบบแผนบ้าง แต่องค์ประกอบที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งของการถ่ายทอดความรู้คือ การค้นหายุทธวิธีสำคัญบางอย่างสำหรับกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้กันอย่างไม่ตั้งใจ เป็นไปตามธรรมชาติของการทำงานยิ่งองค์กรที่มีบทบาทหลักในการสร้างความรู้ยิ่งจำเป็นต้องมียุทธวิธีและเทคนิคที่เหมาะสม (โทมัส เอช. ดาเวนพอร์ทและลอเรนซ์ พรูแซค แปลโดยนิทัศน์ วิเทศ 2542: 143)

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

(1) เตรียมผู้เข้าร่วมโครงการ ในหนังสือเชิญทุกคนจะรับทราบว่าต้องเตรียมประสบการณ์ความสำเร็จในการทำงานรูปแบบใดก็ได้มาเล่าสู่กันฟัง

(2) เตรียมทีมงาน ทีมงานทุกคนได้อ่านหนังสือ การจัดการความรู้

(3) เตรียมบรรยากาศและสถานที่ หาสถานที่และบรรยากาศในห้องประชุมที่ผ่อนคลายพอควร ไม่ให้ผู้เข้าประชุมรู้สึกอึดอัดและเครียดจนเกินไป

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

ผู้รับฟังที่เป็น “ผู้ฟังอย่างตั้งใจ” ที่เรียกว่า active listening หรือ deep listening คำถามที่แสดงความสนใจและชื่นชม (appreciative inquiry) ช่วยกระตุ้นอารมณ์สร้างสรรค์ เช่นเดียวกันและยังจะช่วยทำให้การเล่าเรื่องครบถ้วนมากขึ้น ในกรณีที่การเล่าเรื่องมีการข้าม ขั้นตอนผู้อำนวยความสะดวกในการประชุม (group facilitator) อาจช่วยถามว่า “ทำไมจึงทำเช่นนั้น” “คิดอย่างไรจึงทำเช่นนั้น” ก็จะช่วยให้ความรู้สึกรู้สึกนึกคิดในขณะเกิดเหตุการณ์ถูกเล่าออกมา บรรยากาศของการประชุมมีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเล่าเรื่อง ห้องประชุมที่ให้ความสงบ รับฟังเสียงจากการเล่าได้ดีมีที่จดบันทึก บรรยากาศที่เป็นอิสระ ผ่อนคลายที่มีความเป็นกัลยาณมิตรเอื้ออาทรต่อกันซึ่งจะช่วยให้การสื่อสารโดยการเล่าเรื่องมีคุณภาพสูง กระจ่างชัดและลึก (วิจารณ์ พานิช 2548)

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

(1) การทำ Dialogue เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้จะต้องมีหัวข้อที่จะพูดคุย
แน่นอน

(2) การทำ Dialogue เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากการได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จำเป็นต้องมีข้อตกลงร่วมกัน เช่นกำหนดเวลาการพูดคุย ในการสนทนาควรพูดทีละคน อีกคนพูด อีกคนฟัง รอให้อีกคนพูดจบก่อน คนที่จะพูดต่อไปจึงเริ่มพูดคุย การพูดพร้อมกันเป็นการสนทนาที่ไม่ทำให้เกิดการเรียนรู้ผู้ฟังไม่ได้ฟังผู้พูด จึงทำให้ไม่สามารถเรียนรู้ว่าสิ่งที่ผู้อื่นต้องการจะพูดจริงๆ นั้นคืออะไร และไม่สามารถถอดยอความรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่นได้ ฟังด้วยความตั้งใจ ไม่ต้องเตรียมพร้อมอะไรเลยตั้งใจฟังอย่างเดียว ฟังด้วยความเข้าใจ การฟังด้วยความเข้าใจนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งยวดในกรณีที่ เป็น facilitator และการแลกเปลี่ยนความรู้ของกลุ่มคนที่มีฐานคิดต่างกันอย่างสิ้นเชิง และเทคนิคการฟังที่กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้และ facilitator ควรปฏิบัติขณะเข้ากลุ่ม คือ มองตาคนเล่าอย่างสนใจตั้งใจฟัง สนใจคนพูดไม่ฟังแต่เรื่องอย่างเดียว แต่ฟังคนเล่าเอาใจไปฟังคนเล่ามากกว่าเรียนรู้เรื่องราวมากมายที่อยู่นอกเหนือจากเรื่องเล่า ใจกับใจต่อถึงกันจริงๆ รู้สึกว่ารู้จักเขาจริงๆ ฟังแล้วรู้สึกเรื่องมันสนุกคนเล่าก็สนุกด้วย (มिरา ชัยมทาวงค์ 2548)

3) ในองค์กรใหญ่ๆ ที่ความรู้และทักษะที่ซ่อนเร้นจะมีความคลุมเครือเป็นความรู้ที่ค่อนข้างยากเป็นพิเศษในการที่จะถ่ายทอดออกไปจากแหล่งที่สร้างความรู้ขึ้นมา เพื่อส่งไปยังส่วนอื่นๆ ขององค์กรบางวิธีที่พอจะเชื่อถือได้สำหรับการนำความรู้แบบนี้ออกมาหมุนเวียนผลัดเปลี่ยนกัน คือ การโยกย้ายหรือหมุนเวียนเจ้าหน้าที่โดยปล่อยให้พวกเขาได้ใช้เวลาสักปีสองปี ดูดซับเอาความรู้และทักษะ ช่วยสร้างความรู้ใหม่ๆ เวลาออกไปทำหน้าที่ใหม่ก็จะได้นำความรู้ที่นั้นติดตัวไปด้วย (โทมัส เอช คาเวนพอร์ท และลอเรนซ์ พรูแซค แพลโคยนิทส์ วิเทศ 2542) การ

ถ่ายทอดความรู้ที่ซ่อนเร้นต้องอาศัยการติดต่อสื่อสารกันระหว่างบุคคลเป็นสำคัญ ความสัมพันธ์ของการถ่ายทอดอาจอยู่ในรูปแบบของการเป็นเพื่อนกัน การแนะนำสั่งสอนระหว่างรุ่นพี่รุ่นน้อง ดังเช่น กรมราชทัณฑ์จัดให้บุคลากรรุ่นใหม่ได้เรียนรู้จากบุคลากรอาวุโสที่เกษียณราชการโดยการถ่ายทอดผ่านการสัมภาษณ์และแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อให้คนรุ่นใหม่รู้เทคนิคในการทำงาน หรือเหตุผลหลายๆอย่างที่คนรุ่นเก่าทำได้ ความสัมพันธ์ในการทำงานมักจะเกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดความรู้ชนิดต่างๆที่มีอยู่มากมาย ตั้งแต่ความรู้ที่เปิดเผยไปจนถึงความรู้ที่ซ่อนเร้น ความรู้สึกที่มีการถ่ายทอดกันมีทั้งความสลับซับซ้อนและความเรียบง่าย ความรู้สึกที่ซ่อนเร้น บางครั้งไม่สามารถที่จะถ่ายทอดมันออกมาได้ด้วยวิธีการอื่นใด นอกจากการพูดคุยคนที่มีความรู้แบบเดียวกันมักจะสื่อสารกันได้ดีกว่าและสามารถถ่ายทอดความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าคนที่ต่างวัฒนธรรมกัน (โทมัส เอช คาเวนพอร์ท และลอเรนซ์ พรูแซค แปลโดย นิทัศน์ วิเทศ 2542: 159) อันเป็นที่มาของเทคนิคกลยุทธ์ในการจัดความรู้แบบชุมชนนักปฏิบัติ Community of Produce (CoP)

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

3.2.3 การเตรียมความพร้อมก่อนทำการจัดการความรู้

ในการทำกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทุกครั้งผู้อำนวยความสะดวกในการทำกลุ่ม(Facilitator) ต้องดำเนินการดังต่อไปนี้

1) เตรียมหัวเรื่อง ไม่ควรกว้าง/ใหญ่จนเกินไป หัวเรื่องที่จะมาคุยกันน่าจะเป็นเรื่องที่เป็นนโยบายขององค์กร เรื่องที่เป็นภารกิจหลัก เรื่องที่อยู่ในความสนใจของผู้เข้าประชุม เพื่อนำมาพัฒนาตน พัฒนางาน พัฒนาองค์กร

2) ควรเชิญผู้เข้าประชุมที่มีประสบการณ์จริงตรงกับหัวเรื่อง จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และซักถามกันเองในกลุ่มอย่างเป็นธรรมชาติและได้จบความรู้อย่างที่ทุกคนต้องการ

3) บอกล่วงหน้าให้ผู้เข้าประชุมเตรียมเรื่องมาแล้ว 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 อะไรที่องค์กรจำเป็นต้องมีทำให้องค์กรทราบว่าขาดความรู้ อะไรบ้างหรืออีกนัยหนึ่งคือ “รู้เรา” นั่นเองโดยทั่ว ๆ ไปองค์กรสามารถใช้เครื่องมือที่เรียกว่า “Knowledge Mapping ” หรือการทำแผนที่ความรู้ในขั้นตอนนี้เพื่อหาว่าความรู้ใดมีความสำคัญ สำหรับองค์กรจัดลำดับความสำคัญของความรู้เหล่านั้นเพื่อให้องค์กรวางขอบเขตของการจัดการความรู้และสามารถจัดสรรทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2) การสร้างและแสวงหาความรู้(Knowledge Creation and Acquisition) จากแผนที่ความรู้องค์กรจะทราบว่ามีความรู้ที่จำเป็นต้องมีอยู่หรือไม่ถ้ามีแล้วองค์กรก็จะต้องหาวิธีการ 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 การส่งข้อมูลความรู้ให้ผู้รับโดยผู้รับ

ไม่ได้ร้องขอ เช่น การส่งหนังสือเวียนแจ้งให้ทราบ การให้โอกาสเลือกใช้ความรู้ คือการที่ผู้รับสามารถเลือกใช้หรือรับแต่เฉพาะข้อมูลความรู้ที่ต้องการ

6) การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ (Knowledge Sharing) คือ การทำ Socialization

7) การเรียนรู้ (Learning) คือ การเรียนรู้ของบุคลากรที่นำความรู้นั้นไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาและปรับปรุงองค์กร การเรียนรู้ของบุคลากรจะทำให้เกิดความรู้ใหม่ๆขึ้นมากมาย

3.2.5 ผลสัมฤทธิ์ในการจัดการความรู้

การจัดการความรู้ที่ถูกต้องจะต้องเริ่มที่งานหรือเป้าหมายของงาน เป้าหมายของงานที่สำคัญ คือ การบรรลุผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินการตามที่กำหนดไว้เรียกว่า Operation effectiveness และนิยามผลสัมฤทธิ์ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

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

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

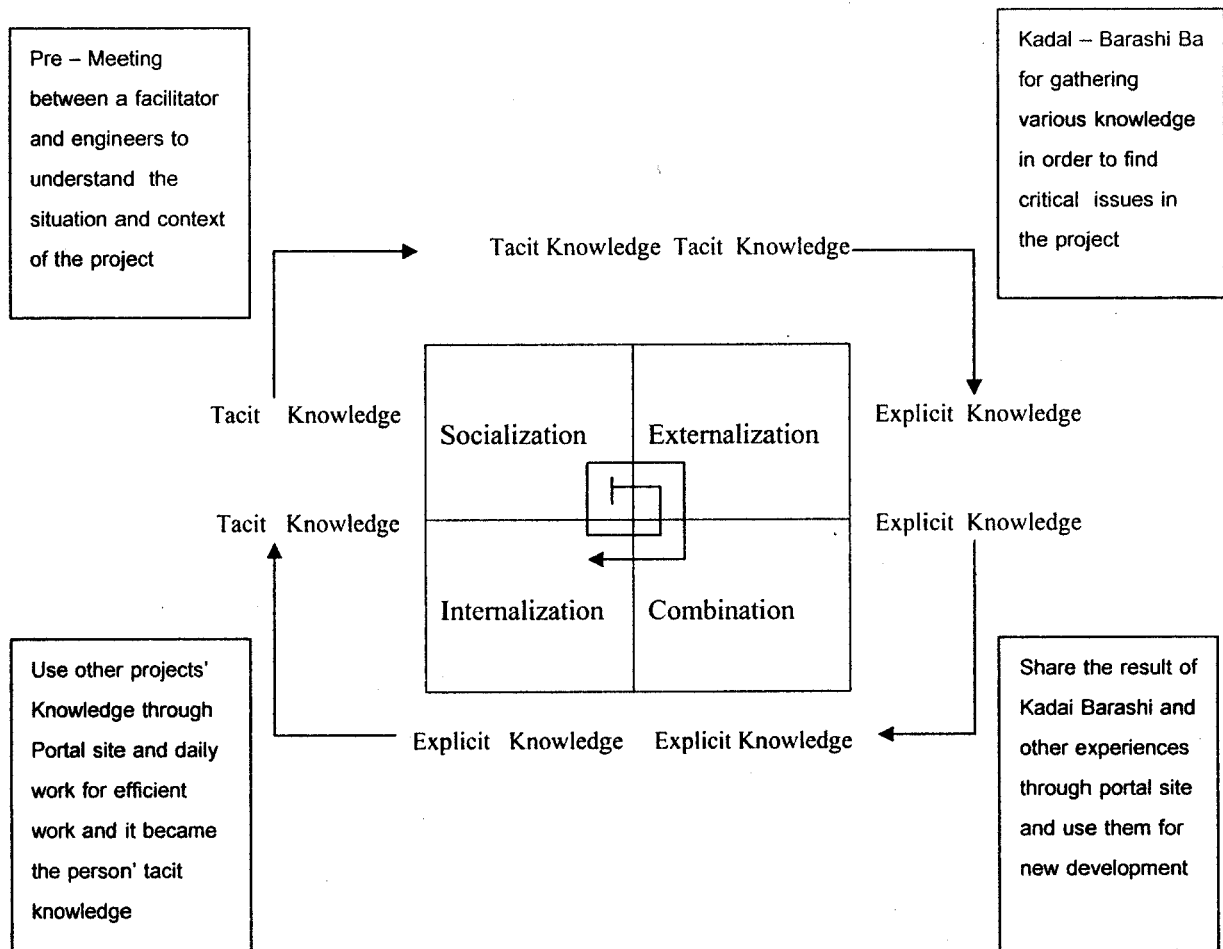
รุกในชุมชนตั้งชมรมผู้ป่วยเบาหวาน (เอกสารวิชาการมหกรรมการจัดการความรู้ 2549) นอกจากนี้ นำกระบวนการจัดการความรู้ไปใช้ในเรื่องอื่นอีก เช่น การดูแลแผลกดทับ จัดให้เจ้าหน้าที่เวิร์ค เกล็ด โภชนาการ นักกายภาพบำบัดมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ในการจัดการป้องกันแผลกดทับ จนได้เป็นแนวทางการปฏิบัติ (ถักทอสายใยแห่งความรู้ สคส. 2548)

3) **ขีดความสามารถ (Competency)** ขององค์กรและของบุคลากรที่พัฒนาขึ้น สะท้อนสภาพการเรียนรู้ขององค์กร ผู้นำองค์กรเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาองค์กรไปสู่ องค์กรแห่งการเรียนรู้ สภาพแวดล้อม เทคโนโลยีขององค์กรเป็นสิ่งสำคัญของการส่งเสริมให้ บุคลากรเกิดการเรียนรู้ นอกจากนี้ยังเป็นช่องทางการเรียนรู้ระหว่างบุคลากรภายในและภายนอก องค์กร (พรพิมล ยุติโกมิตร 2549) โรงพยาบาลบ้านตากใช้การจัดการความรู้พัฒนาองค์กรผ่านการ ประเมินคุณภาพโรงพยาบาลคุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ(HA/HPH/HWP) เป็นที่ศรัทธา ของชุมชนเจ้าหน้าที่ใช้ศักยภาพที่มีอยู่มากขึ้น บรรยาภาสการทำงานดีขึ้น(พิเชฐ บุญยัติ 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 บทวิเคราะห์วงจรการจัดการความรู้ของ SONY SEMICONDUCTOR ตามแนวคิดโนนากะ
 ที่มา : เอกสารประกอบการประชุมภาคีการจัดการความรู้ ภาคราชการ ครั้งที่ 4 วันที่ 7 สิงหาคม
 2549 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

การจัดการความรู้ของหน่วยงานจะพัฒนาไปสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ แม้ว่าหน่วยงานจะมีความแตกต่างกันในบริบทต่างๆทั้งด้านภารกิจ หน้าที่ ผู้บริหาร บุคลากร เทคโนโลยี การขับเคลื่อนองค์กรให้เกิดคุณทรัพย์ความรู้อย่างต่อเนื่องทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี องค์กรอยู่รอดเข้าหน้าที่มีความสุข แต่สิ่งสำคัญที่ทุกหน่วยงานต้องการ คือการพัฒนาองค์กรให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้ สร้าง Best Practice โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ตามรูปแบบที่เลือกใช้ พัฒนาคน งาน องค์กร ประเทศ ภายใต้สังคมฐานความรู้ที่ยั่งยืน Best Practice ที่เกิดจากการจัดการความรู้ขององค์กรจึงเป็นรูปแบบที่ผู้ปฏิบัติงานพึงพอใจเนื่องจากถูกกำหนดโดยผู้ปฏิบัติงาน และผู้ที่เกี่ยวข้อง

เอง จากความสำคัญของการจัดการความรู้ดังกล่าวมาแล้วประกอบกับนโยบายของรัฐบาลในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(กพร.) กำหนดให้ทุกหน่วยราชการต้องมีการจัดการความรู้ในองค์กรเป็นตัวชี้วัดที่ 4 ของการประเมินส่วนราชการ และการเยี่ยมสำรวจของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล(HA)มีการประเมินเรื่องการจัดการความรู้เช่นเดียวกัน ดังนั้นองค์กรจำเป็นต้องมีการจัดการความรู้ซึ่งจะเป็นรูปแบบใดควรพิจารณาตามบริบทขององค์กรและหน่วยงาน ในการศึกษาใช้การจัดการความรู้ของโนนากะเพราะจัดการความรู้ในฐานะของผู้บริหารระดับกลาง(หัวหน้าตึกและเลขาทีมนำทางคลินิก)ร่วมกับระดับปฏิบัติ สามารถจัดการความรู้ได้ตามกระบวนการวงจร “SECI” ในกระบวนการศึกษา ผลจากกระบวนการทำให้เกิดการพัฒนาสร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูรและผ่านการพิจารณาความเหมาะสมโดยผู้ใช้รูปแบบและผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้รูปแบบน่าเชื่อถือและเป็นแนวทางที่ปฏิบัติได้จริง

4. แนวคิดการพัฒนารูปแบบและการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 ความหมายของพัฒนารูปแบบ

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

รูปแบบหรือแบบจำลอง (Model) คือ สิ่งที่แสดงโครงสร้างทางความคิดองค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ ต่างๆที่สำคัญของเรื่องที่ศึกษา (พลสุข หิงคานนท์ 2540: 50) ซึ่งเป็นวิธีการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ถ่ายทอดความคิด ความเข้าใจ ตลอดจนจินตนาการที่มีต่อปรากฏการณ์หรือเรื่องราวใดๆ ให้ปรากฏโดยใช้การสื่อสารในลักษณะต่างๆ เช่น ภาพวาด ภาพเหมือน แผนภูมิ แผนผัง ฯลฯ เพื่อให้เข้าใจง่ายและสามารถนำเสนอเรื่องราวได้อย่างมีระบบ (เขวาคี ราชชัยกุลวิบูลย์ศรี 2542: 27) หรือเป็นตัวแทนแผนการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การพัฒนาในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ใช้ เป็นกรอบความคิดประกอบด้วยแผนโครงสร้างและแนวทางปฏิบัติงานนั้นๆ (ปริญญา แสงรัตน์ 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 ปรัชญาการใช้ข้อความในการอธิบาย

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

ในการศึกษาวิจัยนี้ได้ใช้รูปแบบตามแนวคิดของคีเวส 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 สิริธรรังศรี และพิเชฐ 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 การทำทสนทนากลุ่มแต่ละครั้งใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม 60-90 นาที ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มควรมี 6 – 12 คนในระหว่างการทำสนทนากลุ่มนั้น ผู้วิจัยจะสังเกตพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่ม และทำการจดบันทึก พร้อมบันทึกเทปการโต้ตอบภายในกลุ่มเพื่อการวิเคราะห์รายละเอียดต่อไป จึงทำให้การสนทนากลุ่มมีความตรงตามเนื้อหาและสอดคล้องกับความเป็นจริง การจัดการความรู้จัดเป็นการรวบรวม สร้างความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม เช่นเดียวกัน ต่อจากนั้นนำความรู้ที่ได้มาผนวกกับความรู้เชิงทฤษฎีออกมาเป็นรูปแบบที่ต้องการ และแก้ไขปัญหโดยกลุ่มกลับไปให้กลุ่มตรวจสอบเพื่อเพิ่มความตรงและความเชื่อมั่นของข้อมูล 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 โดยให้ความเชื่อถือกับผู้ทรงคุณวุฒินั้นทั้งเชิงธรรมและมีคุณพินิจที่ดี ทั้งนี้มาตรฐานและเกณฑ์พิจารณาต่าง ๆ นั้นจะเกิดขึ้นจากประสบการณ์และความชำนาญของผู้ทรงคุณวุฒินั่นเอง

4.3.4 เป็นรูปแบบที่ยอมให้ความยืดหยุ่น ในกระบวนการทำงานของผู้ทรงคุณวุฒิ ตามอรรถาธิบายและความถนัดแต่ละคน นับตั้งแต่การกำหนดประเด็นสำคัญที่พิจารณา การบ่งชี้ข้อมูลที่ต้องการ การเก็บรวบรวม การประมวลผล การวินิจฉัยข้อมูล ตลอดจนวิธีการนำเสนออย่าง

รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูร จึงเป็นรูปแบบซึ่งแสดงด้วยข้อความใช้หลักการเทียบเคียงจากแนวความคิด ประสบการณ์ โดยใช้ภาษาข้อความประกอบแผนภูมิอธิบาย เพื่อให้เกิดความกระจ่างชัดมากยิ่งขึ้นของรูปแบบ เนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบัน จึงใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานหรือการจัดการที่ทุกคนในทีมสุขภาพหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องปฏิบัติ เป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์

4.4 การประเมินคุณภาพรูปแบบ

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการประเมินแนวปฏิบัติ มาประยุกต์เป็นแนวทางการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์เนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูร

4.4.1 แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดีและมีคุณภาพจะต้องมีคุณลักษณะ 11 ประการดังนี้

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

1) **ความน่าเชื่อถือ** แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดีและมีคุณภาพจะต้องพัฒนามาอย่างเป็นระบบและถูกต้องตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ค้นพบ มีการอภิปรายความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อขัดแย้งและเปรียบเทียบซึ่งนำหน้าระหว่างความเห็นของกลุ่มกับหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเปิดเผย และเมื่อปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติที่แนะนำในแนวปฏิบัติานั้นแล้ว จะต้องทำให้ผู้รับบริการมีสุขภาพที่ดีขึ้น

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

3) **ความคงที่** แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดีและมีคุณภาพจะต้องพัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความคงที่ หมายความว่าในหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเดียวกันกลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติฯ กลุ่มอื่นจะสรุปเป็นวิธีปฏิบัติที่แนะนำคล้ายคลึงกันนอกจากนี้วิธีปฏิบัติที่แนะนำนั้นสามารถนำไปใช้ในหน่วยงานอื่นได้ด้วย

4) **ความเที่ยง** แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดี และมีคุณภาพจะต้องมีความเที่ยง หมายความว่าในสถานการณ์ทางคลินิกอย่างเดียวกัน ทีมสุขภาพคนอื่นๆจะทำตามวิธีปฏิบัติที่

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
ระยะและปรับปรุงความรู้ให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ

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 นั้นอาจมีความน่าเชื่อถือและมีความสำคัญแต่อาจจะมีประโยชน์สำหรับทุกคน อาจจะประเมินด้วยคำถามต่อไปนี้

(1) วิธีปฏิบัติที่แนะนำนั้นเหมาะกับหน่วยงานหรือไม่ กลุ่มเป้าหมายคล้ายกับผู้ป่วยเรา วิธีปฏิบัติที่แนะนำนั้นต้องการใช้เทคโนโลยีหรือทรัพยากรที่มีอยู่ในหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติทางคลินิกและผู้ป่วยสามารถใช้วิธีปฏิบัตินั้นได้

(2) วิธีปฏิบัตินั้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือไม่ วิธีปฏิบัตินั้นควรจะสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

(3) วิธีปฏิบัติที่แนะนำนั้นสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ ผู้จัดทำแนวปฏิบัติฯ จะต้องให้นิยามเชิงปฏิบัติการที่ชัดเจน เพื่อผู้นำไปใช้จะได้ทำตามได้

(4) วิธีปฏิบัติที่แนะนำนั้นมีนัยที่เหมาะสมหรือไม่ ถ้าวิธีปฏิบัติที่แนะนำไม่มีนัยที่เหมาะสมสำหรับผู้ปฏิบัติทางคลินิกแสดงว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกนั้นไม่มีประโยชน์

จากแนวคิดการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบด้วยวิธีการปฏิบัติที่มาตรฐานจะทำให้ได้ความสมบูรณ์ของรูปแบบก่อนนำไปใช้ อีกทั้งรูปแบบที่มาจากการจัดการความรู้ขององค์กร ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมเป็นผู้สร้าง ทราบความสำเร็จและปัญหาของการปฏิบัติเป็นอย่างดีทั้งผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ การพัฒนารูปแบบโดยการจัดการความรู้ จึงเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งที่ดีของการพัฒนาองค์กร การพัฒนางานและรูปแบบต่างๆ ในการปฏิบัตินั้นจะต้องเป็นพลวัตมีการพัฒนาปรับปรุงให้ทันสมัยยิ่งขึ้นเรื่อยๆ ตามการพัฒนางานและปัญหาที่เกิดขึ้น รูปแบบแต่ละที่สามารถนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละที่ (สมหวัง พิทักษ์ดิลกุล 2542: 22) ดังการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานเรื่องโรคเอดส์ในชุมชนแออัดจังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มเยาวชน กลุ่ม อสม. รูปแบบดังกล่าวนี้สามารถสร้างความตระหนักกับชุมชนและนำไปสู่กิจกรรมการรณรงค์ป้องกันและดูแลผู้ติดเชื้อโดยใช้กลุ่ม ดำเนินการเป็นการเสริมสร้างศักยภาพของกลุ่มในการแก้ปัญหาของชุมชนด้วยตนเอง (อารี ปิ่นโพธิ์ 2548) การสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความเป็นไปได้ภายใต้เงื่อนไขการมีส่วนร่วมของชุมชนและตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาในจังหวัด สงขลา ได้รูปแบบ 3 ทางเลือกในการจัดบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) การถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น 2) ส่งเสริมการรวมกลุ่มและการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่ ผู้สูงอายุ 3) การร่วมมือกันของผู้เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ (เพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์ 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 ความเหมาะสมของรูปแบบในการนำไปใช้โดยเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 70 (สากุล ช่างไม้ 2549)

การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูรที่เกิดจากการจัดการความรู้ตามแนวคิดของโนนากะและทาคิวชิ โดยใช้ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการในแผนกกุมารเวชเป็นผู้ร่วมสร้าง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยหวังว่ารูปแบบนี้จะเป็นตัวอย่างของการจัดการความรู้ในหน่วยงานที่นำมาพัฒนาการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ พัฒนาศักยภาพให้เรียนรู้เพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติงาน เป็นส่วนร่วมในกระบวนการจัดการความรู้ และสามารถนำความรู้ฝังลึกออกมาถ่ายทอดนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับองค์กร พัฒนาให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และเผยแพร่งานวิชาการให้กับสถานบริการอื่นๆเพื่อนำไปใช้เป็นตัวอย่างการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ตามบริบทของตนเองต่อไป