

การเสริมสร้างการจัดการความรู้เพื่อเป็นชุมชนนักปฏิบัติผู้ติดเชื้อเอชไอวี
และผู้ป่วยเอดส์ในภาคตะวันออก: กรณีศึกษาแบบเจาะจง
THE PROMOTION TO KNOWLEDGE MANAGEMENT FOR HIV/AIDS
COMMUNITY OF PRACTICE IN EASTERN: PURPOSEIVE CASE STUDY*

เฉลิมศรี ขจรวงศ์วัฒนา **

ดร. สมหมาย แจ่มกระจ่าง ***

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา
สังเคราะห์วิธีการเรียนรู้การดูแลตนเองสู่การจัดการ
ความรู้ และเสริมสร้างการเป็นชุมชนนักปฏิบัติ
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในภาคตะวันออก
เก็บข้อมูลกับ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์
ญาติและผู้ดูแลชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัด
ฉะเชิงเทรา ระยอง และจันทบุรี วิเคราะห์ข้อมูล
โดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า วิธี
การเรียนรู้การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
และผู้ป่วยเอดส์เป็นการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ และมี
ปัจจัยเอื้อให้เกิดการเรียนรู้คือ 1) บริบทชุมชน
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ 2) การสนับสนุน
การเรียนรู้จากพี่เลี้ยงกลุ่มและการเรียนรู้
ด้วยการนำตนเอง 3) การมีส่วนร่วมของครอบครัว
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ วิธีการเรียนรู้สู่
การจัดการความรู้ในการดูแลตนเอง ประกอบ
ด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การทำงานเป็นทีม 2) พลัง

การดูแลด้วยจิตใจ 3) การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน
แบบเพิ่มคุณค่าผู้อื่นและลดอัตตาตนเอง 4) กระ
บวนการจัดการความรู้

ส่วนการเสริมสร้างการเป็นชุมชนนัก
ปฏิบัติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ใช้
กิจกรรม ศูนย์สนทนา เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้
มีหลัก 6 ประการ คือ การมีสัมพันธภาพ การสร้าง
บรรยากาศภายในชมรม การมีเครือข่ายพันธมิตร
การมุ่งแสวงหาองค์ความรู้ การสนับสนุนให้เกิด
การเปลี่ยนแปลง และความเชื่อในหลักการทำไป
เรียนรู้ไป และ 3 กิจกรรม คือ การมีเป้าหมาย
ร่วมกัน การส่งเสริมการเรียนรู้ ในองค์กร และ
การทำโครงการร่วมกัน

ABSTRACT

This study aimed to study and synthe
size the self care learning method of HIV/ AIDS
people toward the community of practice.

* คุญทินพนธ์ สาขาการศึกษาและการพัฒนาสังคม คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการศึกษาและการพัฒนาสังคม คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา

*** รองศาสตราจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

The study had done in 3 provinces of Thailand: Chachoengsao, Rayong and Chantaburi. The community action Research (CAR) for Community of Practice was employed. The data collection dealt with indept interview, focus group, observations both participation and non-Participations. The data analyzed by content analysis. The results indicated as follow: The self care of Adult learning method of HIV/AIDS were consisted of 3 factors 1) Community context of HIV/AIDS People 2) Learning support by self directed learning of HIV/AIDS groups and intended coach 3) Family participation. The learning method toward self care knowledge management of HIV/ AIDS groups consisted of “THInK” 1) T =TEAM 2) H =HEART 3) In = Interaction 4) K= Knowledge Management (KM)

Knowledge management promotion of self care toward the Community of Practice of HIV/AIDS people was depended on the holistic performance of the HIV/ AIDS people. 1) Dialogue 2) Community action which consisting of 6 topics: groups relationship, setting climate, learning network, knowledge inquiry, support for changing and learning by doing and 3 activities consisting of sharing goal, promotion of learning organization and join project operating.

บทนำ

จากสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโลกและสถานการณ์ในประเทศไทย

ซึ่งคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในปี 2551-2553 จะอยู่ในกลุ่มผู้หญิงที่ติดเชื้อจากสามี หรือคู่อรัก และกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมากขึ้น ทำให้ทุกฝ่ายต้องหันมาให้ความสนใจกับการดูแลผู้ติดเชื้อเพื่อให้มีสุขภาพดีสามารถดูแลตนเองได้ภายใต้ศักยภาพที่มีจำกัดทั้งด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ และด้าน การยอมรับของสังคม สำหรับด้านสุขภาพนั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องมีความรู้เพียงพอที่จะใช้เป็นภูมิคุ้มกัน ในการดำรงชีวิตตลอดจนดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมแต่ปัจจุบันจากการรายงานด้านการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ผู้ติดเชื้อยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองที่ชัดเจน ยังเป็นกลุ่มที่มีความผันผวนของการรักษา เพราะการติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องที่ยากต่อการทำใจยอมรับ ผู้ติดเชื้อบางส่วนยังแสวงหาการรักษาที่ไม่ถูกวิธี ซึ่งจะทำให้เป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวจนเกิดเป็นปัญหาเศรษฐกิจในครัวเรือนของผู้ติดเชื้อเอง สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์จึงมิใช่ สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโรคอย่างธรรมดาและเกิดขึ้นอย่างโดด ๆ แต่เป็นสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องถึงภาวะวิกฤติทางจริยธรรมวัฒนธรรมของสังคมทั้งระบบ

จากความสลับซับซ้อนของปัญหา ทำให้วิธีคิดเชิงระบบของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีความแตกต่างกัน การมุ่งหวังที่จะเห็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีสุขภาพดี โดยการให้ข้อมูลความรู้ตามชุดความรู้ที่จัดขึ้นนั้น จึงเป็นการดูแลที่ไม่เน้นความเป็นองค์รวมขาดการมองบริบทรอบด้านและมุ่งเน้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เคยชินกับการบริโภคความรู้จากกลุ่มผู้ติดเชื้อ สร้างสังคมแห่งการรับรู้มากกว่า

สังคมแห่งการเรียนรู้ กระบวนการเรียนรู้จึงไม่เกิดขึ้นตามที่ควรจะเป็น ส่งผลให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ตามที่มุ่งหวัง ดังนั้นหากมีการเสริมสร้างการจัดการความรู้ในการดูแลตนเองให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ร่วมกับคุณดูแล อาทิ แพทย์หรือพยาบาล จะเป็นการเปิดมุมมองมิติสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์บนกระบวนทัศน์ใหม่ ทำให้เกิดการพึ่งตนเอง และรู้จักการต่อยอดความรู้จากกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติและเป็นการเรียนรู้ตลอดชีวิต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาวิธีการเรียนรู้ในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในภาคตะวันออก
2. เพื่อสังเคราะห์วิธีการเรียนรู้การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ในภาคตะวันออก
3. เพื่อเสริมสร้างการเป็นชุมชนนักปฏิบัติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยใช้เครื่องมือการจัดการความรู้แบบสุนทรียสนทนา

วิธีการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง และพื้นที่ในการศึกษา เลือกแบบเจาะจง (Purposive Selective) จากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อายุ 18 ปีขึ้นไป อยู่ในชมรมผู้ติดเชื้อของ 3 จังหวัดในภาคตะวันออก คือ จะเข้เกรา ระยอง และจันทบุรี
2. การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 2.1 การวิเคราะห์เอกสาร เพื่อหาข้อมูลเบื้องต้นที่จะใช้เป็นพื้นฐานในการศึกษา
 - 2.2 การสังเกต เป็นการเฝ้าดูปรากฏการณ์

ที่ศึกษาอย่างเป็นระบบ นำผลที่ได้มาวิเคราะห์และสรุปผล ใช้การสังเกต 2 วิธี คือ การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation) และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participatory Observation)

2.3 การสัมภาษณ์ เป็นการสนทนากับผู้ให้ข้อมูลแบบเผชิญหน้า คือการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Unstructured Interview) โดยการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องของ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง เพื่อนำไปสู่ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) โดยใช้แนวคำถามที่กำหนดไว้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ เน้นการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

2.4 การสนทนากลุ่ม (Focus group) ในชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

2.5 การทำกิจกรรมสุนทรียสนทนา (Dialogue) ซึ่งเป็นเครื่องมือการจัดการความรู้

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

วิธีการเรียนรู้ในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์กลุ่มตัวอย่างในภาคตะวันออกเป็นการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Adult learning) ที่มีการคำนึงถึงจุดสำคัญต่าง ๆ (5L) คือ

1. การสร้างบรรยากาศในชมรม (Learning Climate) เป็นบรรยากาศที่เป็นกันเอง มีความไว้วางใจต่อกัน
2. รู้ถึงความต้องการของสมาชิกชมรม (Learning Need) ที่ต้องการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้กับตนเองและครอบครัว

3. มีการวางแผนการเรียนรู้ (Learning Plan) โดยพี่เลี้ยงและแกนนำ

4. มีการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ (Learning Activity design) พี่เลี้ยง หรือแกนนำ เป็นผู้จัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับสมาชิก โดยเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ดี มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ไม่มุ่งสอนอย่างเดียว

5. มีการประเมินผลการเรียนรู้ (Learning Evaluation) เป็นลักษณะการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมินผล ซึ่งไม่ได้กำหนดมาจากพี่เลี้ยง เพียงคนเดียว สมาชิกในชมรมสามารถประเมินตนเอง และประเมินการทำงานของชมรมได้ ทั้งนี้มีปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่เอื้อทำให้เกิดการเรียนรู้ให้สัมฤทธิ์ผล ได้แก่

1. บริบทของชุมชนที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้่วยเอดส์ (context of community) พบว่า มีส่วนสำคัญประกอบด้วย 4 P คือ Place, Policy, Party spirited, Progression of learning wisdom

1.1 สถานที่ตั้งชมรม ฯ (Place) มีผลต่อการมาเข้าร่วมชมรม ทั้งนี้ทั้ง 3 จังหวัด ชมรม อยู่ในโรงพยาบาล เอื้อต่อการมาตรวจรักษาโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้่วยเอดส์

1.2 นโยบาย (Policy) ของโรงพยาบาล ชัดเจนผู้บริหารเห็นความสำคัญ

1.3 มีการจัดตั้งเป็นชมรมมีนโยบาย ชมรมและมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นหนึ่งเดียวกัน (Party spirited)

1.4 มีวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่สามารถประยุกต์ใช้เพื่อต่อยอดความรู้ให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้่วยเอดส์ได้ (Progression of learning wisdom)

2. การสนับสนุนการเรียนรู้ (Factor to support Learning) พบว่า

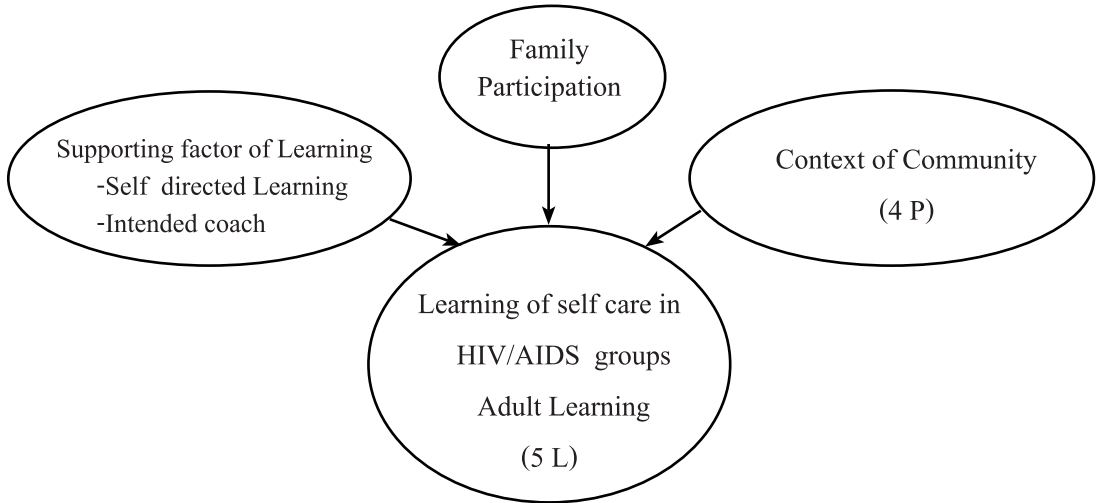
2.1 พื้นฐานการเรียนรู้ของสมาชิก ชมผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้่วยเอดส์มาจากความต้องการและความสนใจของตัวเองที่ต้องการเรียนรู้เป็นสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของตนเองและครอบครัว ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงมีความต้องการที่จะเป็นผู้นำตนเอง (Self Directed Learning)

2.2 มีพี่เลี้ยงชมรมที่เข้าใจ ทุ่มเท (Intended Coach) เปิดโอกาสให้เกิดการเรียนรู้ ซึ่งกันและกันนอกจากนี้ ยังมีองค์กรที่เข้าใจและเปิดโอกาสการเรียนรู้อย่างเท่าเทียมจึงทำให้ประสบความสำเร็จในการดำเนินการชมรม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ของสมาชิก

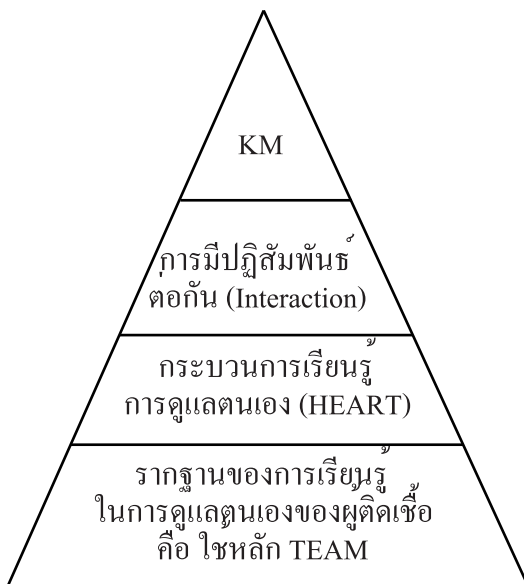
3. การมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้่วยเอดส์ในการดูแลตนเอง (Family Participation) ความพร้อมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้่วยเอดส์ ด้านครอบครัว มีผลอย่างยิ่งต่อการเรียนรู้ การดูแลตนเอง หากครอบครัวให้การสนับสนุน และเข้าใจ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะมีความมั่นใจ มีความสบายใจ ไม่มีภาวะเครียด ซึ่งส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีได้ ทั้ง 3 ชมรม เน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมโดยเปิดโอกาสให้เข้ามาเรียนรู้ร่วมกัน หรือมีการเยี่ยมเยียนที่บ้าน

สรุปแผนภูมิภาพรวมวิธีการเรียนรู้ในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้่วยเอดส์ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังนี้

ภาพที่ 1 สรุปภาพรวมวิธีการเรียนรู้ในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้่วยเอดส์กลุ่มตัวอย่างในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



นอกจากนี้การเป็นชุมชนนักปฏิบัติ ของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในชมรมพบว่า มีจุดร่วมที่ทำให้แต่ละชมรมเกิดความเข้มแข็งและมีกระบวนการเรียนรู้การดูแลตนเองแบบเป็นองค์กร เขียนเป็นแผนภูมิพีระมิด “THInK” แสดงถึงการมองแต่ละขั้นตอนแบบรอบคอบดังนี้



ภาพที่ 2 สรุปแผนภูมิพีระมิด “THInK”

พื้นฐานของการเรียนรู้ในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไขหลักการ “TEAM” ประกอบด้วย

T = Target: เป้าหมาย ของชมรมหรือเป้าหมาย ของการทำงานร่วมกันในชมรม

E = Equal: ความเท่าเทียมกัน โดยยึดถือความเป็นมนุษย์

A = Acknowled: การยอมรับซึ่งกันและกัน ทั้งในส่วนของผู้ติดเชื้อและผู้ติดเชื้อ

M = Management: การจัดการและการดูแล เพื่อให้ ชมรมเป็นแหล่งรวมการเรียนรู้ หรือเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้ ตลอดไป

จะเห็นว่า “TEAM” เป็นผลมาจากการรวมตัวของหลักการที่ทำให้เกิดการยอมรับได้ ทำให้เอื้อต่อการเรียนรู้ในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ส่วนกระบวนการเรียนรู้การดูแลตนเองของ ผู้ติดเชื้อมาจากจุดยืนเดียวกันนั่นคือ พลังของ “HEART” ซึ่งประกอบด้วย

H = Hand: การร่วมมือกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องใด ทั้งผู้ติดเชื้อและผู้เลี้ยงจะร่วมมือกัน

E = Eager: กระตือรือร้น มีความประสงค์อย่างแรงกล้าและมีความอยากรู้อยากเห็นในการเรียนรู้การดูแลตนเอง

A = Apply: ผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สามารถประยุกต์ใช้ความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมชมรม มาใช้กับตนเองและครอบครัว

R = Rational: การเข้าร่วมชมรมทำให้เป็นผู้ที่รู้จักเหตุและผล เป็นคนมีสติในการใช้ชีวิต

T = Trust: การไว้วางใจกัน ซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญในการอยู่ร่วมกันของแต่ละชมรม

นอกจากนี้จะต้องมีการอยู่ร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ด้วยการมีปฏิสัมพันธ์แบบเพิ่มคุณค่า/ลดอัตรา (Interaction) ซึ่งเป็นการเน้นให้เห็นว่าหากมีผู้หนึ่งที่ลดความเป็นตัวตนหรืออัตราของตนเองลง ก็จะทำให้เป็นการเพิ่มคุณค่าให้กับผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ที่เรามีปฏิสัมพันธ์ด้วย ในกรณีนี้เน้นทั้งในส่วนของบุคลากร ทางกายภาพและกลุ่มผู้คิดเชื่อเอชไอวีที่เกิดการจัดการความรู้ที่ยอดสุดของพีรามิด ในการปฏิบัติ การจัดการความรู้ นั้น ชมรมผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั้ง 3 ชมรม ต่างมุ่งให้เกิดกระบวนการจัดการความรู้โดยผ่านการทำกิจกรรมกลุ่มและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งเป้าหมายอยู่ที่ วิสัยทัศน์หรือเรื่องที่เรียนรู้ (Knowledge Vision: KV) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันภายในชมรม (Knowledge Sharing: KS) และการเก็บรวบรวมความรู้ไว้ในบุคคล (Knowledge Asset: KA) การเสริมสร้างการเป็นชุมชนนักปฏิบัติของผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในเขตภาคตะวันออก โดยใช้เครื่องมือการจัดการความรู้แบบสุนทรียสนทนาและการประเมินผลการใช้เครื่องมือและการเป็นชุมชนนักปฏิบัติ พบว่า

1. การใช้กิจกรรมสุนทรียสนทนา ช่วยในกลุ่มผู้คิดเชื่อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และพี่เลี้ยงชมรมมีความเข้าใจกันมากขึ้น สามารถฟังในขณะที่ยังไม่พูดอย่างมีคุณภาพ ไม่มีการตัดสินหรือชี้นำผู้อื่น ผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีความพึงพอใจด้านบรรยากาศการทำกิจกรรมและการได้รับความรู้ใหม่อยู่ในระดับมากกว่าร้อยละ 90 ทั้ง 3 ชมรม

2. มีแนวทางประเมินการทำงานในชมรม 6 ประเด็น (6 topics: 6t) คือ

2.1 การสนับสนุนให้เกิดสัมพันธภาพและความร่วมมือที่ดี ระหว่างองค์กร และเครือข่ายพันธมิตรในฐานะเป็นผู้นำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติ

2.2 การสร้างบรรยากาศในองค์กร ให้เป็นองค์กรแห่งสมาชิก ที่มีการสะท้อนและเรียนรู้ระหว่างกัน

2.3 การเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่องค์กรในการสร้างการเปลี่ยนแปลงด้วยการเชื่อมเครือข่ายพันธมิตรให้ช่วยผลักดัน และคงศักยภาพในการพัฒนา

2.4 มุ่งการแสวงหาองค์ความรู้ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและเป็นประโยชน์ต่อประชาชน

2.5 มุ่งการสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในมิติต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

2.6 เชื่อมมั่นในหลักการ “ทำไปเรียนรู้ไป” และผลลัพธ์จะได้ความรู้ใหม่ ผลงานใหม่ที่เป็นนวัตกรรมของชุมชน เสริมด้วย 3 กิจกรรมหลัก (3 activities: 3 a) คือ

1. การมองเป้าหมายร่วมกัน (guiding ideas) เป็นการสร้างความชัดเจนในหลักการเป้าหมาย และแนวทางในการทำงานเพื่อสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ เป็นการปรับทัศนคติและ

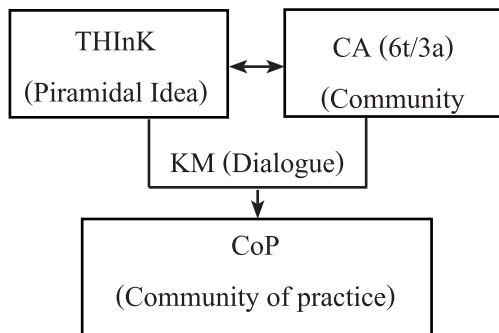
พฤติกรรมให้สอดคล้องกับการสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้

2. การสร้างโครงสร้าง/กลไกพื้นฐาน เพื่อการพัฒนาชุมชนแห่งการเรียนรู้ โดยเป็นการเสริมสร้างการเรียนรู้ภายในองค์กรและระหว่างองค์กร เพื่อให้เกิดเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

3. การทำโครงการร่วมกัน เป็นการกระตุ้นให้ภาคีเกิดการเรียนรู้ โดยมีการสื่อสารเป็นช่องทางเพื่อให้เกิดกิจกรรมและการทำภารกิจร่วมกัน

ทั้งนี้ ถือว่าการปฏิบัติการตามกิจกรรมของชมรม เป็นการปฏิบัติการเพื่อสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ ซึ่งในที่นี้เรียกว่า Community Action: CA

สรุปได้ว่า ชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้ง 3 จังหวัด คือ จังหวัดฉะเชิงเทรา ระยอง และจันทบุรี ต่างก็มีจุดเด่นและมีการจัดการความรู้สู่การเป็นชุมชนนักปฏิบัติ ดังแสดงในแผนภูมิ



ภาพที่ 3 แผนภูมิการเสริมสร้างการเป็นชุมชนนักปฏิบัติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในภาคตะวันออก

สรุปผลการวิจัย

งานวิจัยนี้มุ่งหวังให้เกิดประโยชน์แก่สังคมในด้านการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีพื้นที่ในการสื่อสารในสังคม โดย

เฉพาะด้านสุขภาพที่เป็นเป้าหมายหลักของผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยตามที่เสนอประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยครั้งนี้คือทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในภาคตะวันออก สามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีได้โดยใช้การเรียนรู้ที่มาจากการจัดการความรู้ของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะเป็นการศึกษาเพื่อสร้างพลัง ทำให้เห็นความสามารถตนเองและกลุ่มรู้จักเรียนรู้ที่จะดูแลตนเอง ทำให้ไม่เป็นภาระของสังคม นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) ด้านการเรียนรู้การดูแลตนเองของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นที่คาดหวังของสังคม ที่จะเห็นการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย และเกิดการทำงานเป็นทีมปฏิบัติการที่เป็นเลิศในการดูแลสุขภาพระหว่างแพทย์พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยผู้สนใจสามารถนำแนวคิดการปฏิบัติการที่พบจากงานวิจัยนี้ ไปใช้ในงานการดูแลชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้

ข้อเสนอแนะ

1. กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์กลุ่มอื่นๆสามารถนำวิธีการเสริมสร้างการจัดการความรู้ ไปใช้ให้เกิดชุมชนนักปฏิบัติในกลุ่มของตนเองได้ ซึ่งต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ดูแลชมรมที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้กิจกรรมของชมรมที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพ

2. งานวิจัยนี้สามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีความพร้อมในการร่วมกิจกรรมกลุ่ม และเป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงไม่มีโรคแทรกซ้อนเป็นกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาการดูแลทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตมาแล้ว

3. งานวิจัยนี้สามารถประยุกต์ใช้กับกลุ่ม- และสามารถดูแลตนเอง
ตัวอย่างโรคอื่นๆ ได้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน

เอกสารอ้างอิง

- ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์. (2549). *องค์กรแห่งความรู้: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: รัตนไทร.
- ปรีชา เปี่ยมพงศ์สานต์. (2549). *วิถีใหม่แห่งการพัฒนา: วิถีวิทยาศาสตร์สังคมไทย*. กรุงเทพฯ: คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ. (2546). *กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา*. กรุงเทพฯ: โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข, สกว.
- ปิ่นนเรศ กาศอุดม และวชิระ ชาวหา. (2551). การพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้จากการปฏิบัติของ
อาจารย์พยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารการศึกษาและการพัฒนาสังคม*. 4(2),
121 - 140.
- พริดา วิเชียรปัญญา. (2547). *การจัดการความรู้: พื้นฐานและการประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ: ธรรมกมลการพิมพ์.
- Knowles, M.S. Holton, E.F. & Swanson, R.A. (2005). *The adult learner: the definitive classic in Adult Education and Human resource development*. (5th ed.). Burlington, MA: Elsevier.
- Senge, P.M. (1990). *The fifth discipline: The art and Practice of the learning organization*. New York: Double day currency.