

แบบฟอร์ม 2

รายงานการจัดการความรู้

1. ชื่อเรื่อง การจักระบบบริการการดูแลเด็กเป็นรายบุคคล(casemanagement) ของโรงพยาบาล
ในจังหวัดนครสวรรค์

2. หัวหน้าโครงการ นางวันเพ็ญ ประเสริฐศรี ศูนย์อนามัยที่ 8

3. สมาชิกกลุ่ม นางฐิติชญา ไทยพาท ศูนย์อนามัยที่ 8

นางสุมาลีกลิ่นแมน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

ผู้รับผิดชอบงานดูแลเด็กของโรงพยาบาลในจังหวัดนครสวรรค์

4. การทบทวนการจัดการความรู้ (ความเป็นมา เหตุผล ความจำเป็น การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ และการคัดเลือก
องค์ความรู้ที่มาจัดการความรู้)

ความเป็นมา

ประเทศไทย ได้รับผลกระทบจากการระบาดของ HIV/AIDS ในหลายทศวรรษที่ผ่านมา โดยเริ่มจากผู้ติดยาเสพติด
ที่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ตามด้วยหญิงบริการ จนเข้าสู่ระบบครอบครัว การระบาดของ HIV/AIDS มุ่งไปที่หญิง-ชาย
วัยเจริญพันธุ์ และเด็ก จากการที่มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน การติดเชื้อ HIV ในเด็กจากแม่สู่ลูกแรกจึงเริ่มขึ้นใน
ปี พ.ศ.2531

แม้ว่าอัตราการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ ลดลงจากร้อยละ 2.2 ในปี 2538 เป็นร้อยละ 0.72 ในปี 2552 และความ
ครอบคลุมของบริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกสูง แต่กลุ่มเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ยังคงมี
จำนวนมากขึ้น จากการสำรวจทางระบาดวิทยาโดยใช้ Asian Epidemic Model (AEM) ในปี 2552 คาดประมาณ
ว่าเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ติดเชื้อซึ่งมีอายุระหว่าง 0-17 ปีจะมีจำนวนถึง 321,792 คนในจำนวนนี้
ร้อยละ 64 เป็นเด็กอายุระหว่าง 10-17 ปี และร้อยละ 36 เป็นเด็กอายุระหว่าง 0-9 ปี

ถึงแม้ว่าการดำเนินงานการป้องกัน HIV/AIDS ซึ่งรวมการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกด้วย ได้มีการขยายการ
ดำเนินงานมากขึ้น ซึ่งทำให้ช่วยลดจำนวนเด็กกำพร้าที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีไปได้ แต่เนื่องจากประเทศไทยมี
ประวัติการระบาดของเอดส์ที่ยาวนาน ทำให้ในปัจจุบันจึงมีจำนวนเด็กกำพร้าที่มีผลจาก HIV/AIDS จากการ
สำรวจโดยใช้ AEM ยังคาดประมาณอีกว่า ในปี 2552 มีเด็กกำพร้าที่มีผลจากเอดส์จำนวน 301,865 คน ซึ่งมีอายุ
ระหว่าง 0-17 ปี ที่เสียชีวิตหรือมารดาอย่างน้อยคนใดคนหนึ่งจากเอดส์ ในจำนวนนี้ 91,706 คน อายุ 0-9 ปี
ยังมีการคาดประมาณอีกว่า มีเด็กกำพร้าจากทุกสาเหตุจำนวน 853,456 คน เช่นเดียวกับการคาดประมาณจาก
Multiple Indicator Cluster Surveys ในปี 2549 การสำรวจนี้ยังพบอีกว่า ร้อยละ 35.4 ของเด็กกำพร้า
ทั้งหมดในประเทศสูญเสียพ่อหรือแม่จากผลข้างเคียงของเอดส์

การสำรวจของ AEM ยังระบุว่า ในปี 2552 มีจำนวนเด็กอายุ 0-19 ปี จำนวน 26,975 คน ที่ติดเชื้อ เอชไอวีร้อยละ
46 เป็นวัยรุ่น (15-19 ปี) ซึ่งต้องการการดูแลช่วยเหลือจากวัยรุ่นไปสู่การเติบโตเป็นผู้ใหญ่ต่อไป ร้อยละ 30 อยู่
ในช่วงอายุ 10-14 ปี ซึ่งต้องการการเตรียมตัวเข้าสู่การเริ่มมีความสัมพันธ์กับเพศตรงข้าม และร้อยละ 15 อยู่
ในวัยเด็กปฐมวัย (อายุ 5-9 ปี) ซึ่งต้องการรู้สภาวะการติดเชื้อของตนเองและต้องการการช่วยเหลือด้านอารมณ์
และสังคม และร้อยละ 8 อายุต่ำกว่า 5 ปี ต้องการการดูแลที่เหมาะสมในเรื่องการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ใน

เรื่องที่เกี่ยวข้องกับเพศ อัตราส่วนเพศหญิง ต่อเพศชาย ในทุกกลุ่มอายุ เท่ากับ 1:1 ยกเว้นในวัยรุ่นอัตราส่วนเพศหญิง ต่อเพศชายเท่ากับ 1:3

การสำรวจโดยใช้ SPECTRUM Model พบว่า จำนวนเด็กที่คาดประมาณว่าต้องได้รับยาต้านไวรัสเพื่อการรักษาในปี 2551 และ 2552 เท่ากับ 9,248 คน และ 9,450 คน ตามลำดับ จากระบบควบคุมกำกับเรื่องการใช้ยาต้านไวรัสของประเทศ พบว่าเมื่อสิ้นสุดปี 2551 และ 2552 มีจำนวนเด็กที่ได้รับยาต้านไวรัส เท่ากับ 7,990 คน และ 8,076 คน ตามลำดับ ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่าความครอบคลุมของการได้รับยาต้านไวรัสในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี เท่ากับร้อยละ 86.1 ในปี 2551 และเท่ากับร้อยละ 85.5 ในปี 2552 ตามลำดับ

เมื่อประเมินช่องว่างของการดำเนินงานการให้บริการช่วยเหลือเด็กดังกล่าว พบว่ามีส่วนขาดในหลาย ๆ ด้าน เช่น ด้านสาธารณสุข พบว่าการติดตามเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อรับการดูแลรักษาที่เหมาะสมยังไม่ครอบคลุม ยังขาดการช่วยเหลือด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อเติมเต็มให้การดูแลรักษาทางคลินิกมี ประสิทธิภาพดีขึ้น ทางด้านสังคม ระบบการช่วยเหลือและปกป้องคุ้มครองเด็ก ยังขาดการป้องกันในเรื่องของ HIV แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจในชุมชน แต่ศักยภาพของชุมชน ยังไม่ให้ความสำคัญกับการดูแลเด็กเหล่านี้ ปัญหาการถูกตีตรา รังเกียจ และเลือกปฏิบัติที่ยังมีอยู่ทำให้เด็กไม่สามารถเข้าถึงบริการที่สำคัญคือข้อมูลเกี่ยวกับเด็กได้รับผลกระทบ ที่ยังไม่มีระบบที่เป็นระบบ ทั้งประเทศทำให้การดูแล และ สนับสนุน ไม่สามารถเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มความครอบคลุมการเข้าถึงบริการดูแลรักษาแบบองค์รวมที่จำเป็นและเหมาะสมกับเด็กตามกลุ่มอายุ รวม การบริการที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่การป้องกัน การดูแลช่วยเหลือด้านอารมณ์สังคม การรักษาที่เน้นที่ตัวเด็กเป็น ศูนย์กลาง ซึ่งการดำเนินงานจะสำเร็จได้ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองท้องถิ่น องค์กรเอกชน ภาคประชาสังคม องค์กรชุมชน ผ่านทางระบบบริการของทุกหน่วย ทุกระดับที่มีอยู่ในจังหวัด และสอดคล้องกับ แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ

6. กระบวนการจัดการความรู้ (อาจมีไม่ครบทุกหัวข้อ)

6.1. การเรียนรู้

สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ถึง ทฤษฎี รูปแบบ ความจำเป็นในการจัดการรายบุคคล รูปแบบการดูแลรายบุคคลในประเทศไทย ที่สถาบันเด็กแห่งชาติมาหาราซินีที่ได้ดำเนินการและมีผลลัพธ์ของการดำเนินงาน พบว่าเด็กติดเชื้อ เข้าถึงการรักษาทั้งด้านสุขภาพกาย ใจและสังคม ได้รับบริการที่มีความเชื่อมโยงของบริการต่างๆที่ดีขึ้น ได้รับ บริการอย่างต่อเนื่องยิ่งขึ้น ได้รับความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี ได้รับแรงกระตุ้นเชิงบวก สร้างเสริมกำลังใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

6.2 กระบวนการและเครื่องมือ

สมาชิกกลุ่มได้เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพเพื่อให้มีความรู้และสามารถกลับไป จัดระบบการให้บริการนโรงพยาบาลของตนเองได้ โดยได้เรียนรู้การใช้เครื่องมือการประเมิน และฝึกปฏิบัติการใช้ เครื่องมือ ต่อไปนี้

- แบบประเมิน need assessment สำหรับมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี และแนวทางการจัดบริการ เช่น เรื่องที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี

- แบบประเมิน need assessment ด้านจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลเด็ก (ที่รู้ผลเลือดของแม่เด็กแล้ว)

และแนวทางการจัดบริการ

เช่น การอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

- แบบประเมินสถานการณ์ปัญหาเด็กเมื่อแรกรับและต่อเนื่อง

เช่น สุขภาพเด็กเมื่อแรกรับ

6.3 การวัดผล

- ประเมินการมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่มได้เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพการ

จัดระบบบริการการดูแลเด็ก และเข้าร่วมกิจกรรม การฝึกทักษะการใช้เครื่องมือเพื่อประเมินผู้รับบริการ เป็นรายบุคคล(casemanagement)

- การประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมประชุม

6.4 การสื่อสาร

ใช้การสื่อสารทางสังคมออนไลน์ได้แก่ Line, E-mail , Facebook

7. การประเมินผล/กลั่นกรอง/เรียนรู้/วิเคราะห์ข้อมูล

การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดระบบบริการ การส่งต่อ และการขอรับความช่วยเหลือจากพัฒนา

สังคมและความมั่นคงของมนุษย์ การดูแลอย่างต่อเนื่อง ของแต่ละพื้นที่ ทำให้เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี และเด็กที่เกิด

จากแม่ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับผลกระทบ ได้รับการช่วยเหลือ ด้านการดูแลรักษาและทุนสงเคราะห์ ทุนประกอบ

อาชีพ โดยมีหน่วยงาน พมจ. เข้ามามีส่วนร่วม และทำให้เกิดคณะกรรมการ casg ที่เป็นคนในชุมชนที่คอยค้นหา

และส่งต่อเด็กที่ได้รับผลกระทบให้เข้าสู่ระบบได้ต่อเนื่อง

8 การนำไปใช้ การเผยแพร่ การต่อยอดความรู้

นำองค์ความรู้และรูปแบบการดำเนินงานไปเผยแพร่ให้กับผู้รับผิดชอบงาน4 จังหวัดที่ยังไม่ได้ดำเนินการ ให้จัด

ประชุมชี้แจงให้ผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาลที่รับผิดชอบทราบต่อไป

ภาพกิจกรรม





