

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ของสถาบันบำราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข

1.สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.11. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ของสถาบันบำราศนราดูร โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ของโนนากะและทาคิชิ

1.12. เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแล ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ที่พัฒนาขึ้น

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

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

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

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

สูงสุดขององค์กร)และฝ่ายพัฒนาคุณภาพจำนวน 2 คนและผู้เชี่ยวชาญภายนอกจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีจำนวน 1 คน

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

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

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

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

1.2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

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

1.3 ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้ผลการวิจัย ดังนี้

1.3.1 สถานภาพของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการของสถาบันบำราศนราดูร

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

2) ข้อมูลส่วนผู้ให้บริการ

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

- (2) เด็กที่เข้ากลุ่มสนทนาเป็น เด็กชาย และเด็กหญิง เท่ากัน อายุระหว่าง 8-14 ปี อายุ 11-12 ปี ร้อยละ 62.5 กำลังศึกษาชั้นประถมปีที่ 4-5 ร้อยละ 43.75 เรียนนอกโรงเรียนและไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 25 ผู้ดูแลเป็นบิดามารดาร้อยละ 62.5 เด็กมีร่างกายเจริญเติบโตปกติ ผิวหนังปกติร้อยละ 50 ร่างกายผอม การเจริญเติบโตช้าผิวหนังมีความผิดปกติ ร้อยละ 50

1.3.2 การพัฒนารูปแบบ การจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ของสถาบันบำราศนราดูร โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ของโหนดกะและทาคิชิ

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาครั้งนี้ได้มาจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Sharing Knowledge) ของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการเป็นกระบวนการนำความรู้ฝังลึก

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

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

1.3.3 ผลการประเมินความเหมาะสมรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูร โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ของโนนากะและทาคิวชิ

ผลการประเมินความเหมาะสมรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูร โดยทีมสหวิชาชีพจำนวน 10 คน ระดับหัวหน้างานการพยาบาล 2 คน รองผู้อำนวยการและแพทย์ผู้บริหารสถาบันบำราศนราดูร 2 คน และผู้เชี่ยวชาญภายนอก 1 คน รวม 15 คน พบว่าผู้ประเมินทุกคน(ร้อยละ 100.0) เห็นด้วยกับรูปแบบ มีค่าความเชื่อมั่นโดยรวมทุกมิติ ร้อยละ 93 (0.93) โดยเห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ได้จริงในสถาบันบำราศนราดูร

2. อภิปรายผล

จากการสรุปผลการศึกษา เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูรผู้วิจัยได้อภิปรายผลแยกตามวัตถุประสงค์และผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยได้เสนอตามประเด็นสำคัญที่ได้วิเคราะห์ไว้ ดังนี้

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

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

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

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

รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูรที่ได้จากการศึกษา วิจัยครั้งนี้ คือ รูปแบบบ้านสุขภาพ ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ รูปแบบเริ่มที่ผู้ดูแลทั้งหมดทั้งผู้ ให้บริการและผู้ใช้บริการร่วมกันประสานการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์เป็นฐานที่สำคัญและมั่นคง ของบ้าน ตั้งอยู่ด้วยเสาที่ค้ำยันให้บ้านแข็งแรงทั้งหมด 6 เสาที่ต้องมีความสัมพันธ์กันในแต่ละเสา ได้แก่มาตรฐานการดูแลรักษา รับประทานยาต่อเนื่อง ช่วยเรื่องความรู้ ปู่ทางสร้างเสริมสุขภาพ ขนบสัจธรรมและสวัสดิการ ประสานพัฒนาเครือข่าย จากฐานและเสาจะถูกยึดไว้ด้วยคานของความรัก ความใส่ใจดูแลของผู้ดูแลทั้งหมดที่ต้องเกี่ยวโยงไปด้วยกัน ผู้ดูแลที่เป็นผู้ให้บริการต้องมีความ รักความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นตัวอย่าง ส่วนผู้ให้บริการให้การบริการดูแลแบบหัวใจมนุษย์ ทั้งหมดคอยติดตามแก้ไขปัญหาลงมือตลอดเวลาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กทุกคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

องค์ประกอบที่ 1 ทีมผู้ดูแลทั้งผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ ทีมผู้ให้บริการหรือทีม สหวิชาชีพของสถาบันบำราศนราดูรต้องมีทีมที่เข้มแข็งและเป็นทีมเดียวกันตลอดในการดูแล

แม้กระทั่งผู้ดูแลที่เป็นผู้ใช้บริการก็ต้องไม่เปลี่ยนมือผู้ดูแลบ่อยๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กไว้วางใจได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นผลให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ต่อเนื่องครอบคลุมครบวงจร การให้บริการแยกแยะตามกลุ่มปัญหา ใช้นุเคราะห์ทางการแพทย์ หลากหลายวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องในการดูแล ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนาการ สังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เทคนิคการแพทย์ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ในสถาบันทุกคน ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์และบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ (Self-care Management) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ แคนเฟอร์ (Goldstein and Kanfer 1979) ที่กล่าวว่า การเตรียมพร้อมที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิชาชีพต่างๆ สำคัญ ต่อความสำเร็จของการจัดการ/ควบคุมตนเองคือ การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพบริหารจัดการระบบบริการและจัดการการดูแลของทีมสุขภาพ และเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ทุกคน ทำให้การจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ได้รับการดูแลสุขภาพตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการ แพทย์ให้บริการด้านการรักษา พยาบาลให้บริการด้านการพยาบาลและประสานจัดการดูแลกับทีมสุขภาพต่างๆ พยาบาลให้คำปรึกษามีหน้าที่ในการให้คำปรึกษาก่อนตรวจเลือด และเป็นที่ปรึกษาแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์แต่ละราย เตรียมความพร้อมผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น เภสัชกรให้บริการและปรึกษาด้านยาต่างๆ ที่ได้รับ โภชนาการให้บริการด้านอาหารรวมทั้งให้ปรึกษานิสัยของอาหารที่ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ควรบริโภคหรือควรรับประทานตามสภาพของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์แต่ละราย เทคนิคการแพทย์ ให้บริการร่วมกับแพทย์และพยาบาลเรื่องการตรวจ CD4 ตรวจปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกาย (Viral load) ตรวจหาเชื้อดื้อยา (Drug Resistance) นักจิตวิทยาให้บริการผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์และผู้ดูแลที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ ชนิดต้องได้รับการเยียวยา เพื่อให้พร้อมที่จะอยู่ในสังคมต่อไปได้ ส่วนงานบริการด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ใช้ทีมนำทางคลินิกของแผนกกุมารเวช (PCT) เป็นตัวประสานและปรับปรุงพัฒนาเมื่อเกิดข้อขัดข้องต่างๆ ในด้านผู้ใช้บริการพบว่าผู้ดูแลมีหลากหลาย ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่อยู่ในความดูแลของบิดามารดามีร้อยละ 45 ผู้ปกครองอื่นร้อยละ 30 อยู่ศูนย์ NGO ต่างๆ ร้อยละ 25 ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ประมาณร้อยละ 55 อยู่กับผู้ดูแลที่มีใช้บิดามารดา แต่ผู้ดูแลทุกคนต้องรับผิดชอบในการดูแลเด็กทุกเรื่องเพื่อให้เด็กมีชีวิตอยู่ในสังคมได้ ผู้ดูแลเหล่านี้เป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์จึงมีความสำคัญมากที่จะช่วยดูแลเด็กทุกเรื่องตั้งแต่การดูแลเรื่องสุขภาพ ร่างกาย จิตใจ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัดและอื่นๆ เพื่อช่วยให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ คาราวรรณ ต๊ะปันตา และคณะ (2543) ศึกษาการพัฒนาศักยภาพ บุคคล ครอบครัว และชุมชนในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และเสียชีวิตจากโรคเอดส์ พบว่า การใช้การดูแล ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ จะต้องเกิดจากความร่วมมือของทุกฝ่าย ได้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติผู้ให้การดูแล จากงานวิจัยของ รัตนภรณ์ ตั้งยิ่งยงและ

คณะ (2547) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ คือ การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ และปัจจัยสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อ คือ การทำงานร่วมกันเป็นทีม จากสหวิชาชีพและการวางแผนอย่างมีประสิทธิภาพ (วรารักษ์ณ์ รัตนธรรมและ คณะ 2547)

องค์ประกอบที่ 2 มาตรฐานการดูแลรักษา

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

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

องค์ประกอบที่ 3 รับประทานยาต่อเนื่อง การรับประทานยาถูกต้องครบถ้วน

(Adherence)

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

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

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

องค์ประกอบที่ 4 ช่วยเรื่องความรู้

การให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการซึ่งเป็นบุคลากรของสถาบันบำราศนราดูรที่มีพันธกิจโดยตรงในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ต้องมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ในทุกมิติ ทั้งในด้านของโรค การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค การรักษา ยาต้านไวรัส ผู้ใช้บริการเป็นผู้รับความรู้จากผู้ให้บริการ เพื่อความถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ให้มีคุณภาพความรู้เป็นสิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียนการค้นคว้าหรือประสบการณ์รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติ และทักษะความเข้าใจเป็นสารสนเทศสารสนเทศที่ได้รับจากประสบการณ์

(พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน 2542) ความรู้จึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้เองและการให้เพิ่มเติมรูปแบบของการให้ความรู้มีหลายประเภททั้งรายกลุ่มรายบุคคล ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นจากงานวิจัย คือ 1) การให้ความรู้โดยวิธีการพบปะกันในกลุ่มหรือการทำกลุ่มผู้ดูแลทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ 2) การทำกลุ่มกิจกรรมการให้ความรู้ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ด้วยการทำกิจกรรมกลุ่มโครงการ ในเด็กการให้ความรู้ต่างๆ จะสอนเป็นนิทานการ์ตูน การให้ความรู้โดยใช้สื่อหนังสือรูปแบบเข้าใจง่าย ภาพพลีกรูปการ์ตูนที่สวยงาม การใช้ชีวิตประกอบการสอน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รัตนาวดี ชานตะวัน และอัญชนา โตศิลากุล พบว่าการใช้การเล่านิทานเป็นสื่อในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับประทานยาช่วยรักษาโรค (ยาต้านไวรัส) การรักษาสุขภาพให้แข็งแรง พบว่าเด็กสนุกและได้รับความรู้และรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่ช่วยให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น เด็กว่าการรับประทานยาและการปฏิบัติตนให้แข็งแรงจะช่วยให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น จากงานวิจัยของรัตนาวดี ตั้งยิ่งยงและคณะ (2547) พบว่าการสื่อสาร/สร้างความเข้าใจกับเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ด้วยกิจกรรมค่ายเด็กครอบครัวสัมพันธ์ กิจกรรมค่ายเด็กครอบครัวสัมพันธ์มีการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของเด็กในการร่วมทำกิจกรรมโดยใช้เกมละทายพฤติกรรม เด็กมีส่วนร่วมในการเล่น เกม เด็กเกิดความรู้สึกที่ดี กล้าแสดงออก และกล้าที่จะเข้าร่วมกิจกรรม มีการเล่านิทานให้ฟังสอดแทรกเรื่องการดูแลรักษาสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยทั้งยังกิจกรรมก่อให้เกิดทักษะในการเข้าสังคม/เข้ากลุ่ม กล้าพูด กล้าคิด กล้าแสดงออก จากงานวิจัยของ ทรงพล อุปจิตกุล (2539) พบว่า การใช้สื่อการสอนโดยใช้วิธีทัศนประกอบการสอนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนโรคเอดส์สูงกว่านักเรียนที่ได้รับการสอนปกติ และสามารถสร้างความสนใจ สื่อความรู้ได้ดีและชัดเจน ช่วยให้เข้าใจเนื้อหาได้ดีขึ้น และงานวิจัยของ สมเกียรติ ชูกิจไพศาล (2538) พบว่า การสอนเรื่องโรคเอดส์โดยใช้หนังสือการ์ตูนมีประสิทธิภาพอยู่ในระดับสูงและ ผลการเรียนของกลุ่มที่สอนโดยใช้หนังสือการ์ตูนมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ใช้การสอนด้วยวิธีการสอนปกติ และจากงานวิจัยของ คาลด์เวล บุตัน และคราเรีย (Caldwell, PHY. Buton, PN. and Craria, JC. 2543) พบว่า การสอนให้ความรู้กับเด็กในโรงพยาบาลและในโรงเรียนโดยการทำกลุ่มให้เด็กมีส่วนร่วมจะมีประโยชน์กับผู้ดูแลในเรื่องของการดูแลเด็กที่ดีกว่าการได้รับการรักษาโรคร่วมที่ใหม่ๆ ผู้ดูแลสามารถดูแลเด็กอย่างมืออาชีพได้รับข่าวสารสุขภาพมีการประชุมร่วมกันและได้รับการช่วยเหลืออื่นๆ จากงานวิจัยของ นิวัลด์ เทโววิก บิลิก (Kniewald, T. Tesovic, G. Bilic, V. 2006) พบว่าความสำเร็จของการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กที่สำคัญ คือการเปลี่ยนทัศนคติของประชาชนและวิธีการให้การศึกษาหรือความรู้ในโรงเรียน นอกจากนี้งานวิจัยของ ทินมณี ทิพย์ปัญญา (2547) ยังพบว่า การให้ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการรับรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัส งานวิจัยของ ภูริชญา นรินทร์กุล (2547) พบว่าการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยา

ด้านไวรัส มีการแสวงหาข้อมูลการรักษาด้านไวรัส นั้นหมายความว่าความรู้มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแล

องค์ประกอบที่ 5 ปูทางสร้างเสริมสุขภาพ

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่วยให้การจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในสถาบันบำราศนราดูร ให้บริการ 2 ส่วนคือ 1) การสร้างเสริมสุขภาพทางด้านร่างกาย ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการต้องพัฒนาเสริมสร้างสุขภาพในเรื่องการดูแลด้านอาหาร การออกกำลังกาย การสร้างสุขนิสัยที่ดี การดูแลเรื่องการเจริญเติบโตและการพัฒนาการ 2) การสร้างเสริมสุขภาพทางด้านจิตใจเป็นการดูแลเพื่อให้เด็กมีความสุข สดใสตามวัย การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจก่อนเปิดเผยผลเลือดและเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น การสร้างเสริมสุขภาพเป็นยุทธวิธีการส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเต็มศักยภาพ (อำพล จินดาวัฒนะ 2549) ให้ทุกคนมีความสามารถที่จะเลือกแนวทางการดำเนินชีวิตให้มีความเป็นอยู่ที่ปราศจากโรค และความพิการทั้งร่างกายและจิตใจ ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการต้องร่วมมือกันสร้างเสริมสุขภาพที่ดีให้ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รัตนภรณ์ ตั้งยิ่งยง และคณะ (2547) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กติดเชื้อเอชไอวีและได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ คือ การมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง การได้รับการยอมรับจากเพื่อน ชุมชน สังคม โรงเรียน ปัจจัยดังกล่าว คือ ส่วนของการสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพด้านจิตใจเรื่องการเปิดเผยผลเลือด มีความสำคัญมากในเด็กวัยรุ่น การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจก่อนบอกผลเลือด จะช่วยให้ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ปรับตัวได้ อายุ ภาวะจิตใจของเด็ก ความรู้ มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ทั้งสิ้น ผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ ต้องร่วมกันเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ โดยต้องให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่ละน้อย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ดี แบ็คท และคณะ (De Bacts, A.J. et al. 2008) พบว่า การเปิดเผยผลเลือดควรเริ่มเปิดเผยเมื่อเด็กมีอายุตั้งแต่ 10.8 (+/-4.2) ปี โดยค่อยๆเปิดเผยและเปิดเผยอย่างสมบูรณ์เมื่อเด็กอายุประมาณ 14.4 (+/- 4.5) ปี จากงานวิจัยของเกรฟฟ์ และคณะ (Greff, M. et al. 2008) พบว่าการเปิดเผยผลเลือดในรายละเอียดเล็กๆ ควรจะได้รับการเปิดเผยจากผู้มีประสบการณ์และผู้ที่มีความเข้าใจผู้ป่วย ในประเทศไทยได้ทำการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่สมควรเปิดเผยผลเลือด คืออายุ 12-14 ปี (การประมวลความรู้จากการนำเสนอแบบโปสเตอร์การประชุมนานาชาติเอดส์ครั้งที่ 15 2547)

การสร้างเสริมสุขภาพทางด้านอาหาร ควรเลือกอาหารที่มีประโยชน์เหมาะกับเด็กในการเจริญเติบโตอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส จากการศึกษาในโรงเรียนบูทส์วานาฮาร์วาร์ด (Botswana-Harvard School 2006) ของกระทรวงสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสต้องการอาหารที่มีวิตามินรวมและแร่ธาตุต่างๆ เช่น Selenium สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้การใช้ยาต้านไวรัสได้ผลดีขึ้น และจากงานวิจัยของ จิตอารี แก้วกันธา (abstract 2545) ซึ่งศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ศึกษาแนวทางการส่งเสริมและพัฒนาเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ พบว่า แนวทางการส่งเสริมและพัฒนาเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ คือ โครงการสร้างเสริมสุขภาพและทักษะชีวิตเยาวชน จากงานวิจัยของ มอนทีรอสโซ และคณะ (Monterosso, L. et al. 2004) พบว่า ผู้ดูแลเรื่องครอบครัวต้องการการจัดการดูแลเด็กที่บ้าน ด้านอาหาร เพื่อช่วยสร้างเสริมสุขภาพ การเสริมสร้างสุขภาพทุกด้านล้วนทำให้ผู้ป่วยเด็กมีสุขภาพดี

องค์ประกอบที่ 6 ขนบสังคมและสวัสดิการ

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

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

องค์ประกอบที่ 7 ประสานพัฒนาเครือข่าย

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

องค์ประกอบที่ 8 ให้ความรัก ความสัมพันธ์ใส่ใจดูแลติดตามแก้ไข

จากการศึกษาในสถาบันบำราศนราดูร พบว่าความรัก ความใส่ใจของผู้ดูแลมีความสำคัญมากต่อการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ให้มีคุณภาพในทุกๆด้าน ความรัก ความใส่ใจจะเป็นพลังให้ผู้ดูแลสนใจต่อปัญหาต่างๆของผู้ป่วยเด็กและยินดีร่วมกันแก้ปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กมี

คุณภาพชีวิตที่ดี ประเด็นความรู้ใหม่ในส่วนที่จะช่วยเสริมให้การดูแลของผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ได้อย่างสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพ คือ การแสดงความรักของผู้ดูแลกับผู้ป่วยเด็ก การให้การดูแลทางด้านจิตใจ ให้กำลังใจ สร้างสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว (Self-help group) ในทีมผู้ให้บริการให้การดูแลรักษาที่ใช้หัวใจมนุษย์ (Humanized Healthcare) ใช้ความเป็นกัลยาณมิตรเอื้ออาทรระหว่างผู้ดูแลรักษากับผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์และผู้ดูแล การบริบาลที่ใส่ใจต่อเพื่อนมนุษย์ ตามคำกล่าวของ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2550) กายและจิตของมนุษย์นั้นมีความเชื่อมโยงกัน จิตใจมีผลต่อ ระบบประสาท (Nerve) ระบบเอ็นโดคริน (endocrine) ระบบภูมิคุ้มกัน (Immunology) (ดวงสมร บุญผดุง 2550) การดูแลทางด้านจิตใจ ให้ความรัก ความห่วงใย เป็นผลให้ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กนิษฐา ถนงค์กิจ (2545) พบว่าสัมพันธ์ภาพ แบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี และจากการศึกษาของ นภาพรรณ วิริยะศิริกุล บุษกร พันธเมธาทิธ วัณธณี วรพหุพานิช (2549) พบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ รัตนภรณ์ ตั้งยั้งยงและคณะ (2547) พบว่ากิจกรรมค่ายทำให้เห็นความผูกพันระหว่างพ่อแม่/ผู้ดูแลและเด็ก เกิดการสื่อสารกันในสิ่งที่เด็กอยากพูด อยากบอกและสิ่งที่เด็กต้องการให้พ่อแม่/ผู้ดูแลรับรู้ ทั้งยังก่อให้เกิดทักษะการสื่อสารเรื่องโรคเอดส์ ภาวะการเจ็บป่วยของพ่อแม่ทำให้เกิดความพร้อมเข้าใจกัน มีการแสดงความรักระหว่างพ่อแม่/ผู้ดูแลกับเด็ก และพบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวมีผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กติดเชื้อเอชไอวีและได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ จากงานวิจัยของทัศนีย์ สาธุธรรม (2546) พบว่าผู้ป่วยเอดส์ต้องการกำลังใจจากพ่อแม่ พี่น้อง และคนที่อยู่รอบข้าง ต้องการเป็นที่ยอมรับของคนในสังคม การจัดบริการควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนให้แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยและบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อบริการดูแลเอาใจใส่ และการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ส่งเสริมให้มีการจัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชนในการอยู่ร่วมกัน โดยชุมชนไม่แสดงการรังเกียจผู้ป่วยโรคเอดส์ ให้ความรักและการเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจและให้กำลังใจ เพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่ถูกกลั่นแกล้งจากครอบครัว ความรัก ความใส่ใจดูแล จะทำให้เด็กโรคเอดส์เป็นปัญหาของสังคม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิมพ์พร มีอิม (2546) พบว่า เด็กที่ติดเชื้อเอดส์เป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบในระบบครอบครัว บิดามารดาของเด็กติดเชื้อเอดส์ มักเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ เด็กจะพบปัญหาการอุปการะเลี้ยงดู การดูแลสุขภาพ ปัญหาด้านการรักษาพยาบาล มีปัญหาของมิตินการณ์มีส่วนร่วมทางสังคม

ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการที่เกี่ยวข้องดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ต้องติดตามผลการดูแล พร้อมปรับปรุงแก้ไขเมื่อประสบปัญหา การจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์แต่ละองค์ประกอบ มี

การพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยทีมผู้ให้บริการ การบันทึกข้อมูล วิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็งของกระบวนการทำงาน ปรับปรุงแก้ไขให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากที่สุด ตามแนวคิดของ เดมมิง (W.Edwards Deming) ใช้วงจร Deming ในกระบวนการทำงานประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การประเมินผล ปรับปรุงแก้ไขดำเนินการต่อเนื่องเป็นวงจร (PDCA) (Jame 1996 อ้างใน พูลสูง หิงคานนท์ 2550) ในกระบวนการจัดการความรู้ตามแนวคิดของ โนนากะและทาเคอุชิ การพัฒนางานและพัฒนาคนจะเป็นเกลียวความรู้ที่เกิดขึ้นและหมุนเวียนไปเรื่อยๆ ไม่มีวันสิ้นสุดจาก Tacit Knowledge เป็น Explicit Knowledge จาก Explicit Knowledge ไปเป็น Tacit Knowledge ของอีกคนหนึ่ง เพราะการเรียนรู้เกิดตลอดเวลา (Nonaka and Takeuchi 2004: 55-66) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของบุญรักษ์ เชิงชุมพิทักษ์ (2549) ในการประเมินผลการดำเนินงาน โครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามประเมินผลการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่องครบถ้วนพบว่า การประสานงานภายในทีมงานและการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพบว่ายังไม่สม่ำเสมอ และไม่ต่อเนื่อง ความเข้าใจในนโยบายจากส่วนกลางของบุคลากรในทีมบริการและบุคลากรของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่ทั่วถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานบริการในคลินิกฯ ด้านไวรัส พบมีปัญหาเรื่องการขาดแคลนทรัพยากร งบประมาณ ในผู้ให้บริการพบปัญหาเรื่องการดูแลตนเอง ด้านร่างกาย และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ จากการทราบบัญชีในการดำเนินงานทำให้ทราบถึงการปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานที่จะทำให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ

องค์ประกอบที่ 9 เป้าหมายคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็ก

คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์เป็นเป้าหมายของการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ทุกคนที่มารับบริการในสถาบันบำราศนราดูร ซึ่งเป็นผลจากการจัดการดูแลตามองค์ประกอบต่างๆ ทั้ง 8 องค์ประกอบ ดังคุณภาพชีวิต หมายถึง ชีวิตของบุคคลที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระและไม่ก่อให้เกิดปัญหาแก่สังคม เป็นชีวิตที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสามารถดำรงชีวิตที่ชอบธรรมสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม และค่านิยมสังคม ตลอดจนแสวงหาสิ่งที่ตนปรารถนาให้ได้มาอย่างถูกต้องภายใต้เครื่องมือและทรัพยากรที่มีอยู่

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

ดี หมายถึงผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์สามารถมีชีวิตได้อย่างปกติตามสมควรแก่สภาพ สามารถไปโรงเรียนได้ การเจริญเติบโตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ปราศจากโรคร่วมที่อันตรายต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล

2.3 ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบาราศนราดรุ โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ของโนนากะและทาคิวชิ

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

โดยสรุป ผลการศึกษาครั้งนี้ได้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูร โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้เป็นเครื่องมือในการพัฒนารูปแบบสามารถสนับสนุนการพัฒนาความรู้และแนวปฏิบัติ ในการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์สามารถอธิบายรูปแบบและกิจกรรมที่เกิดขึ้นมีความเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติ

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 การนำรูปแบบที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้ ควรดำเนินการใช้ให้ครบทั้ง 8 องค์ประกอบ แต่ควรมีการปรับใช้ให้ใกล้เคียงสอดคล้องกับบริบทของตนเองในการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ และก่อนใช้ควรมีการสื่อสารในทีมสุขภาพเพื่อให้เกิดความเข้าใจและปรับใช้รูปแบบในบริบทของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

3.1.2 การนำองค์ประกอบของรูปแบบไปใช้ควรดำเนินการดังนี้

- 1) องค์ประกอบสำคัญของการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูร เน้นในเรื่องของทีมผู้ดูแลและความรัก ความใส่ใจของผู้ดูแล เป็นกุญแจของความสำเร็จซึ่งค้นพบได้จากการวิจัยที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็ก ดังนั้น การดูแลที่จะประสบความสำเร็จต้องขึ้นอยู่กับทีมดูแลที่เข้มแข็ง ไม่เปลี่ยนผู้ดูแลบ่อย ครอบครัวยุติความรัก ทีมสหวิชาชีพดูแลแบบหัวใจมนุษย์
- 2) การให้ความรู้โดยใช้กลุ่มสนทนาคำนี้ความต้องการของผู้ใช้บริการในแต่ละที่ตามบริบทของตนเองและกลุ่มว่าต้องการลักษณะการให้ความรู้ในรูปกิจกรรมใด จึงจะเหมาะสมที่สุด สำหรับผู้ป่วยเด็กการให้ความรู้ควรพิจารณาแบบการสอนที่เข้าใจง่ายมีภาพเรียงร้อยเป็นเรื่องราวสนุกเด็กอยากฟัง
- 3) สำหรับผู้ให้บริการที่จะอย่างเข้าสู่วัยรุ่นการเปิดเผยผลเลือดเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์จะต้องรับรู้ เทคนิคการเปิดเผยผลเลือดที่ดีจะช่วยผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์รับรู้ข้อมูลได้โดยไม่มีผลกระทบทางด้านจิตใจและให้ความร่วมมือในการรับประทายาต้านไวรัส ตลอดจนการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอดส์ แต่ควรมีการพิจารณาความพร้อมของผู้ป่วยเด็กก่อนที่จะบอกผลเลือดและไม่ควรปล่อยให้เด็กอายุมากจนเข้าสู่วัยรุ่น

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์เพื่อประเมินประสิทธิภาพของกระบวนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่พัฒนาขึ้น โดยประเมินจากเด็กที่

ติดเชื้อเอชไอวี : ผลทางด้านร่างกาย จิตใจ การรับประทานยา และความต่อเนื่องของการตรวจรักษาที่คลินิก รวมถึงความพึงพอใจต่อกระบวนการบริการและการดูแล

3.2.3 การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้