

แนวคิดการพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
ในการดูแลผู้ป่วยเด็กในภาวะวิกฤตและเรื้อรัง
A Concept of Family-Centered Nursing
Care among Children with Critical and Chronic Illness

ชูศักดิ์ ยีนนาน* Choosak Yuennan, Ph.D.*

บทคัดย่อ

การพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นแนวคิดสำคัญในการดูแลสุขภาพ โดยแนวคิดนี้เน้นการมีส่วนร่วมของเด็กและครอบครัวโดยเฉพาะการดูแลเด็กที่เจ็บป่วยทั้งในภาวะวิกฤตและเรื้อรัง เพื่อดำรงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพของครอบครัวและคุณภาพของการให้บริการ แนวคิดสำคัญของการพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลรักษาทุกขั้นตอน ซึ่งจะช่วยให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการที่ดี พัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กป่วยและสนับสนุนครอบครัวให้สามารถพึ่งพาตัวเองได้ นอกจากนี้ การพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางยังตอบสนองความต้องการการดูแลแบบองค์รวม เพราะครอบครัวควรตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเอง คำนึงถึงความสามารถของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และส่งเสริมศักยภาพของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลซึ่งกันและกัน อย่างไรก็ตามแนวคิดและหลักการทั้งหมดควรนำไปใช้อย่างเหมาะสม กล่าวคือบุคลากรในทีมรักษาพยาบาลต้องคำนึงถึงสภาพของครอบครัว ความซับซ้อนของโรคและการรักษา ความปลอดภัยทางด้านสุขภาพ และความต้องการของครอบครัว เพื่อก่อให้เกิดมาตรฐานในการดูแลสุขภาพของเด็กป่วย

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิดการพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยในภาวะวิกฤตและเรื้อรัง

คำสำคัญ: การพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยเด็กในภาวะวิกฤตและเรื้อรัง

* อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลเด็กและผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

* Nursing instructor, Department of Pediatric and Elderly Nursing Department
Boromarajonnani College of Nursing Chiang Mai

Abstract

Family-centered nursing care emerged as an important concept in health care services. This approach provides an expanded view of how to work with children and families, particularly, children with critical and chronic illness in order to maintain the relationships between the family members and health-care quality. The core principle of Family-centered nursing care is respecting families as integral and coequal parts of the health care team which influencing on the development of the best care plan, maximizing the well-being of pediatric patients, and encouraging the family to take their responsibility for their children independently. Moreover, this approach helps extending the concept of holistic care as the family should concern about their roles, consider the ability of the family members to provide patient care, and promote the potential of the family to give care to each other. However, the family-centered care concept should be applied appropriately. The healthcare team should focus on family condition, the complexity of the illness and treatment, patient safety, and the family needs in order to provide standardized care for pediatric patients.

The purpose of this article is to present the concept of family-centered nursing care in children with critical and chronic illness.

Key words: Family-centered nursing care, Children with critical and chronic illness

บทนำ

การพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นแนวคิดที่ทำให้เกิดการพยาบาลเพื่อการดูแล สุขภาพที่ยั่งยืน ซึ่งมีการประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลาย เช่นการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การดูแลเด็กที่มีการ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและเฉียบพลัน อีกทั้งยังมีการ นำแนวคิดไปใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งให้การ พยาบาลโดยดำรงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพของครอบครัว ใน ขณะที่คุณภาพของการให้บริการพยาบาลยังมี มาตรฐาน ซึ่งสะท้อนความสำคัญของการที่ครอบครัว มีส่วนร่วมในการให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง¹⁻³ การให้ สมาชิกของครอบครัวมีโอกาสเข้าร่วมในการตัดสินใจ ในการดูแลรักษาทุกขั้นตอน⁴ เป็นการส่งเสริมคุณภาพ

การบริการ และคุณภาพชีวิตของเด็ก และการให้การ สนับสนุนให้ครอบครัวพึ่งพาตัวเองได้ การพยาบาล ในรูปแบบนี้เป็นการตอบสนองความต้องการทั้งทาง ด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเด็ก โดยเน้นให้ผู้ ปกครองตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเอง ในการ ดูแลเด็กป่วย ส่งผลให้ลดความวิตกกังวลต่อการรักษา พยาบาลและภาวะสุขภาพของเด็ก เพิ่มความมั่นใจต่อ การรักษา⁵ ความเชื่อมั่นที่มีต่อสมาชิกในครอบครัวว่า มีความสามารถที่จะร่วมมือในการให้การพยาบาล อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ⁶ การประเมินผล การพยาบาลเพื่อการพัฒนา และปรับปรุงคุณภาพการ พยาบาล⁷ และการดูแลสภาพจิตใจของผู้ป่วยเด็กและ ผู้ดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

โดยหลักการที่นำมาประยุกต์นี้มีส่วนสำคัญที่จะปรับปรุงรูปแบบการบริการโดยการกระจายการบริการสุขภาพสู่สังคมและชุมชน² ดังต่อไปนี้ 1) การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมสำคัญในการดูแล เปิดโอกาสให้เข้าถึงการให้บริการ มีความต่อเนื่อง ความครอบคลุมของการบริการสุขภาพ และ 2) พัฒนาริธีให้บริการสุขภาพให้เกิดประโยชน์มากที่สุดและมีความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของเด็กที่มีความเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ 3) เข้าถึงการบริการเฉพาะทางเด็ก ถ้าเด็กมีภาวะพิการหรือป่วยเรื้อรัง 4) สร้างความร่วมมือในกลุ่มเครือข่ายผู้ดูแลที่มารับบริการ โดยไม่ต้องอาศัยการดำเนินการของโรงพยาบาลในการสร้างเครือข่าย 5) ให้ผลตอบแทนและสร้างเสริมแรงให้เกิดความร่วมมืออย่างกระตือรือร้น 6) ให้ผลตอบแทนที่เหมาะสม 7) ให้รางวัลกับบุคลากรที่ให้ความสนใจในการปรับปรุงคุณภาพการบริการโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแล บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงแนวคิดการพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการให้บริการผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยในภาวะวิกฤตและในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงแนวคิดการพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการให้บริการผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยในภาวะวิกฤตและในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

การพยาบาลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ตามแนวคิดของเซลตันและคณะ³

การพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นแนวทางการพยาบาลมีความยืดหยุ่นด้านวิธีการ และไม่มีข้อจำกัดด้านความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ ดังนั้น แนวคิดนี้จึงสามารถประยุกต์ใช้ในการพยาบาลได้หลากหลาย หลักการของการพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีดังนี้ 1) เชื่อในปรัชญาที่ว่าด้วยครอบครัวเป็นความมั่นคงของชีวิตเด็ก 2) ตระหนักถึงการจัดให้ผู้ปกครองได้แสดงความคิดเห็น ความกังวล เพื่อให้ความร่วมมือประสานการดูแลทุก

ระดับของการให้การพยาบาล 3) คำนึงถึงศักยภาพ ทำให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ เน้นสิ่งที่เป็นปัจจัยสำคัญ คือความเข้มแข็งของครอบครัวและความเป็นปัจเจกที่แต่ละครอบครัวมีความสามารถในการยอมรับปัญหา และการจัดการกับความเจ็บป่วยได้ 4) การให้และการรับข้อมูลระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยครอบครัว 5) จัดให้มีการช่วยเหลือกันในกลุ่มของผู้ปกครองที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน 6) ความเข้าใจบทบาทของครอบครัวที่ลึกซึ้งทั้งด้านความต้องการทางด้านจิตใจและการรักษา พัฒนาการทางด้านร่างกาย ซึ่งนำไปสู่การให้บริการที่มีคุณภาพตรงตามความต้องการ 7) กำหนดแนวทาง วิธีการ รวมถึงวิธีปฏิบัติที่มีความยืดหยุ่น พร้อมทั้งจะปรับให้สอดคล้องกับความต้องการ ทั้งนี้ไม่ขัดกับการรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วยรวมถึงการให้ความสำคัญทางด้านเศรษฐกิจ 8) ให้ความมั่นใจว่าการให้การดูแลนั้นมีความยืดหยุ่น ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงบริการง่าย และการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของครอบครัว สถาบันเพื่อการดูแลโดยผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Institute for Patient and Family-Centered Care)⁷ ได้ออกแบบแนวทางการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยยึดหลัก 4 ประการ คือ 1) การยอมรับความเป็นปัจเจกบุคคล หลักการนี้ชี้ให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลได้ตระหนักว่าการพยาบาลครอบครัวต้องคำนึงถึง ความรู้ ค่านิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรม โดยที่พยาบาลต้องให้ความสำคัญของความเป็นปัจเจกบุคคลด้วยความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง 2) การให้ข้อมูลและการแลกเปลี่ยนข้อมูล หลักการนี้ได้แสดงให้เห็นว่าข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแล รักษา หลักการนี้มีหลักการสำคัญให้ความสำคัญกับการดูแล ซึ่งมีความสำคัญมาที่ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวทำการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กได้อย่างถูกต้อง โดยมีการแจ้งแผนการดูแล ระยะเวลา และข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริง 3) การมีส่วนร่วมและมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งหลักการนี้เน้นสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทมากในการดูแลผู้ป่วย ส่วนบทบาทของพยาบาลนั้นทำการ

ส่งเสริมมากขึ้นเพื่อก่อให้เกิดการดูแลอย่างยั่งยืนโดยครอบครัว หลักการนี้เป็นหลักการที่ชี้ให้เห็นถึงแนวทางการปฏิบัติโดยมุ่งส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น 4) หลักการสุดท้ายคือความร่วมมือโดยคำนึงบทบาทความสามารถของสมาชิกในครอบครัวซึ่งนับรวมเป็นสมาชิกของทีมผู้ให้การดูแลสุขภาพความร่วมมือนี้ได้นับรวมถึงความร่วมมือในการกำหนด นโยบาย การพัฒนารูปแบบการดูแล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล และการส่งต่อเพื่อการรักษาพยาบาลในระดับที่สูงขึ้น

จากปรัชญาและหลักการเกี่ยวกับการพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีการประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง แต่จะเห็นได้ว่าหลักการสำคัญคือการคำนึงถึงการมีส่วนร่วมและตระหนักในความสามารถของสมาชิกในครอบครัวต่อการให้การดูแลผู้ป่วยในครอบครัว รวมถึงการส่งเสริมศักยภาพของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัว การเตรียมระบบให้บริการที่เอื้อให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วม ซึ่งการนำไปประยุกต์ใช้ต้องมีการคำนึงถึงสภาพของครอบครัว ความซับซ้อนของภาวะเจ็บป่วย การดูแลระดับความปลอดภัยทางด้านสุขภาพ และความต้องการของครอบครัวการดูแลในครอบครัว

การพัฒนาการพยาบาลเด็กโดยใช้แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

การนำหลักการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีขั้นตอนการพัฒนาตามลำดับการมีส่วนร่วมของครอบครัวซึ่ง ฮัทช์ฟิลด์⁹ (Hutchfield) ได้ให้แนวทางเป็นลำดับขั้น 4 ระดับดังนี้

1. ครอบครัวมีส่วนร่วม (Parental Involvement) หมายถึงเป็นขั้นต้นที่ครอบครัวมีส่วนร่วมเข้ามาพูดคุย ให้ข้อคิดเห็น ขั้นนี้เป็นส่วนเริ่มต้นที่จะวางรากฐานให้พยาบาล และสมาชิกในครอบครัวได้รับรู้บทบาทของตนเองต่อการดูแลเด็กและครอบครัว ฮัทช์ฟิลด์⁹ (Hutchfield) อธิบายขั้นตอนนี้ว่าพยาบาลเป็น

ผู้นำที่สร้าง และสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เปิดโอกาสที่ผู้ปกครองได้มีส่วนร่วมในการให้การดูแล ทั้งนี้ได้ให้ความสำคัญของการสื่อสาร มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโดยพยาบาล และสังเกตผล และติดตามผลการพยาบาลโดยสมาชิกในครอบครัว ซึ่งแสดงออกโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันความสำคัญของการสื่อสารในขั้นนี้ เป็นการเปิดใจ และสร้างความเชื่อถือซึ่งกันและกันกระบวนการสื่อสารนี้ไม่ได้จำกัดว่าเป็นการพูดคุย การสัมผัส หรือว่าเป็นการสื่อสารอย่างเป็นทางการ ในสังคมไทยนั้นขั้นตอนนี้อาจกล่าวได้ว่าพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทมากในการริเริ่มสร้างความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวก่อน เนื่องจาก การที่สมาชิกในครอบครัวยังมีความนิยม ยอมรับนับถือต่อผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ดังนั้นพยาบาลจึงควรตระหนักเสมอว่าการพยาบาลครอบครัวเป็นศูนย์กลางนั้น สมาชิกในครอบครัวควรมีบทบาทมาก ซึ่งจากการศึกษาการให้การพยาบาลครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยจัดให้ผู้ป่วยเด็กอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้ป่วยเด็กและครอบครัว โดยจัดให้สมาชิกของครัวอยู่ใกล้ชิดและและอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเด็ก ระหว่างให้การพยาบาล ได้ส่งผลให้ประสิทธิภาพของการพยาบาลได้ผลดี¹⁰

2. การมีปฏิสัมพันธ์ (Parental participation) ระหว่างสมาชิกของครอบครัวกับพยาบาลนั้น เป็นการพัฒนาขึ้นมาอีกขั้นหนึ่งของการให้การพยาบาลครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ฮัทช์ฟิลด์⁹ (Hutchfield) ชี้ให้เห็นถึงระดับความร่วมมือที่สูงขึ้นของสมาชิกในครอบครัวในการความสัมพันธ์และความร่วมมือกับพยาบาล จะสังเกตได้ว่ามีปฏิสัมพันธ์มีรูปแบบที่ชัดเจนขึ้น เช่น การแบ่งปันประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยในขั้นนี้มีการสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์ที่มีความลึกซึ้งมากขึ้น เป็นสิ่งที่สะท้อนว่าพยาบาลมีการยอมรับว่าสมาชิกของครอบครัวว่ามีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพเด็กป่วย ในทางปฏิบัติแล้วสมาชิกในครอบครัวไม่ได้รับบทบาทของพยาบาลทั้งหมดในการดูแลเด็กป่วย แต่การเปลี่ยนแปลงใน

ระดับนี้สมาชิกในครอบครัวได้เพิ่มความบทบาทจากผู้ดูแลความต้องการพื้นฐานของร่างกายเป็นการทำบทบาทของพยาบาลเท่าที่ความสามารถของสมาชิกในครอบครัวจะทำได้ ทั้งนี้พยาบาลมีการปรับบทบาทในการดูแลโดยให้ความมั่นใจว่าสามารถให้การสนับสนุนการพยาบาลหรือขอความช่วยเหลือพยาบาลในส่วนที่เกินขีดความสามารถของสมาชิกในครอบครัวที่จะปฏิบัติได้ ซึ่งการพยาบาลนี้รวมถึงการให้ความรู้เพื่อเพิ่มความสามารถของสมาชิกในครอบครัวเพื่อการดูแลเด็กป่วยในระยะยาว

การศึกษาของเคมป์¹¹ (Kemp) ยืนยันว่าผลของการให้การพยาบาลในขั้นตอนนี้ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างชัดเจนกล่าวคือ ผู้ดูแลได้มีการเจรจาต่อรองและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการเลือกใช้บริการทางด้านสุขภาพแก่เด็ก ซึ่งก่อให้เกิดความมั่นใจของสมาชิกในครอบครัวที่จะได้รับการพยาบาลที่เหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และมีความมั่นใจต่อการเผชิญหน้ากับความซับซ้อนของการรักษาพยาบาล อีกทั้งทำให้เกิดการแก้ปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยที่ สมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมและมีการตัดสินใจบนพื้นฐานของประสบการณ์ซึ่งใช้เป็นแนวทางให้การพยาบาลที่เป็นความต้องการที่มีลักษณะเฉพาะตามความแตกต่างของสภาพครอบครัว

จากการศึกษาของ คอร์เลทท์และ ไทวครอส¹² (Corlett and Twycross) เป็นอีกตัวอย่างที่แสดงว่าสมาชิกของครอบครัวมีความต้องการที่เข้าร่วมการให้พยาบาลในการดูแลสุขภาพเด็กป่วย แต่มีข้อจำกัดด้านความรู้และความซับซ้อนของการพยาบาลเช่นเดียวกับการศึกษาของสมิท¹³ (Smith) สมาชิกของครอบครัวเข้าสู่กระบวนการต่อรองได้ โดยที่พยาบาลให้โอกาสและอาสาเข้าร่วมในกระบวนการพยาบาล โดยที่พยาบาลทำหน้าที่ในการให้ความรู้กับสมาชิกในครอบครัวเพื่อเพิ่มพูนความสามารถในการดูแลเด็กป่วย ชีลด์¹⁴ (Shields) ได้แนะนำข้อควรระวังว่าการให้สมาชิกของครอบครัวปฏิบัติการพยาบาลทั้งการดูแลขั้นพื้นฐานและการดูแลที่ซับซ้อนนั้นพยาบาล

ต้องแน่ใจว่าสมาชิกของครอบครัวสมัครใจปฏิบัติโดยไม่มีการบังคับ ซึ่งการบังคับให้สมาชิกในครอบครัวปฏิบัตินั้นไม่อาจนับได้ว่าเป็นการพยาบาลครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

3. การเป็นสมาชิกในทีมการพยาบาล (Partnership with parents) ที่ให้การพยาบาลเด็ก บ่งบอกถึงการยอมรับบทบาทการดูแลของสมาชิกในครอบครัวเทียบเท่ากับพยาบาล บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในขั้นนี้ทำให้พยาบาลต้องให้นำหน้าการดูแลไปที่สมาชิกของครอบครัวไม่น้อยกว่าผู้ป่วย ซึ่งสมาชิกมีส่วนสำคัญในการกำหนดแนวทางการให้การดูแล หรือจัดโปรแกรมการดูแลที่เหมาะสมกับเด็ก การกำหนดแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม ซึ่งเคมป์¹¹ (Kemp) ได้ประยุกต์ขั้นตอนนี้ในในระยะแรกของกระบวนการกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยเด็กป่วย

4. การเป็นผู้นำด้านการดูแล (Family-centred care) ขั้นนี้เป็นขั้นการแสดงศักยภาพขั้นสูงของผู้ปกครองหรือสมาชิกในครอบครัว โดยการแสดงบทบาทผู้นำในการดูแลเด็กที่มีความกระตือรือร้น จะปฏิบัติดูแลเด็ก โดยที่พยาบาลเป็นที่เล็งใญ่ในยามที่ผู้ปกครองหรือสมาชิกในครอบครัวต้องการการสนับสนุน เช่นการสนับสนุนด้านความรู้ การดูแลที่ซับซ้อน ในส่วนนี้เป็นส่วนที่แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลจึงควรตระหนักเสมอว่าการพยาบาลครอบครัวเป็นศูนย์กลางนั้น สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ให้การดูแลและอาจแสดงบทบาทเป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลเกี่ยวกับความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยเด็ก เพื่อให้ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยเด็กได้ผลดีมีการดูแลครอบคลุมทุกมิติ ทั้งทางด้านร่างกาย สังคมและจิตใจ ของผู้ป่วยเด็ก¹⁰

ประโยชน์ของการพยาบาลเด็กโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

หลักการพยาบาลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางนี้ เน้นความสำคัญของสมาชิกในครอบครัว

ที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพเด็ก ดังนั้นพยาบาลต้องปรับบทบาทที่มีต่อการดูแลสุขภาพเด็กป่วยและครอบครัว ซึ่งมีความสำคัญที่ต้องดำเนินกิจกรรมการพยาบาล ตั้งแต่การสร้างความสัมพันธ์ การเคารพในความเป็นปัจเจกบุคคล การยอมรับความสามารถของสมาชิกในครอบครัว การสอนหรือให้ความรู้โดยเน้นการพึ่งพาตนเองและใช้ศักยภาพของตนเองของสมาชิกในครอบครัว ในบริบทของการพยาบาลในปัจจุบันการเปลี่ยนผ่านบทบาทของพยาบาลจากผู้ควบคุมการปฏิบัติการและ/หรือให้การพยาบาลทั้งหมด เป็นผู้ให้การสนับสนุน ได้ทำการส่งมอบบทบาทผู้นำการดูแลเหล่านั้นให้กับสมาชิกในครอบครัวได้ลงมือดูแลเด็กด้วยตนเองอย่างถูกวิธี ผ่านการกระตุ้น แนะนำ สาธิต และเป็นแบบอย่างในการลงมือปฏิบัติ

ลดความเหลื่อมล้ำของการบริการ การพยาบาลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีความยืดหยุ่นและสามารถนำไปประยุกต์ได้อย่างหลากหลาย ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการให้บริการจึงขึ้นอยู่กับความเหมาะสมแต่กระนั้นการนำไปประยุกต์จึงต้องพิจารณาปัจจัยภายในและภายนอก ดังเช่นงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางให้ผลทางบวกและความพึงพอใจสูงในการให้การพยาบาลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของเด็กป่วยด้วยโรคเบาหวานในสหราชอาณาจักร ผลการวิจัยยืนยันว่าการให้การสนับสนุนครอบครัวให้เป็นผู้แสดงบทบาทผู้นำในการดูแลนั้นทำให้เกิดผลดีต่อเด็กไม่ว่าจะให้การดูแลที่บ้านหรือเมื่อเด็กมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ทั้งนี้เมื่อให้การดูแลโดยยึดหลักการตอบสนองความต้องการและให้ผลดี โดยที่ความเหลื่อมล้ำของการบริการก็ลดลงเช่นเดียวกัน^{15,16}

ช่วยส่งเสริมให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ^{17,18} การบริการในหอบริบาลทารกในภาวะวิกฤต (Neonatal Intensive Care Unit : NICU) การบริการในหอบริบาลทารกในภาวะวิกฤตพัฒนาขึ้นโดยการให้ความสำคัญของผู้ปกครองให้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบริการสำหรับเด็กและครอบครัว ในการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน มิทเชลล์ และ

ชาบอยเยอร์¹⁹ (Mitchell and Chaboyer) พบว่าสมาชิกในครอบครัวให้การดูแลร่วมกับพยาบาลได้เป็นอย่างดี เช่น ได้ดูแลกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยถึงอย่างไรก็ตามสิ่งสำคัญคือการที่สมาชิกในครอบครัวได้แสดงบทบาทของผู้ดูแล (Enacting care) ความใกล้ชิดระหว่างผู้ป่วยกับญาติ (Connecting with sick relatives) และการเป็นผู้ร่วมดูแลในทีมการพยาบาล (Partnering with Nurses) แต่การดูแลที่ซับซ้อนนั้นยังต้องอาศัยพยาบาลเป็นผู้นำการพยาบาล การพยาบาลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางสามารถประยุกต์ใช้ได้ดีกับการพยาบาลวิกฤตและซับซ้อนเช่นกัน

ทำอย่างไรการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางจึงจะเกิดขึ้นได้

ทิทเลอร์และคณะ²⁰ (Titler et al.) พยายามพัฒนาการให้การดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยการปรับปรุงวิธีการสื่อสารระหว่างพยาบาลและสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วย ช่วยบรรเทาปัญหาการพร้อมความสัมพันธ์ภาพของสมาชิกในครอบครัว และลดความขัดแย้งในการแสดงบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาผู้ปกครองเป็นผู้ร่วมดำเนินการที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยในการดูแลเด็กป่วยในภาวะวิกฤต²¹ การร่วมดูแลและร่วมตัดสินใจ เป็นสิ่งสำคัญและผลประโยชน์ร่วมกันระหว่างครอบครัวและพยาบาล นำไปสู่การปรับปรุง กลยุทธ์และเครื่องมือในการสื่อสาร อาศัยนโยบายและการจัดระเบียบการเยี่ยมเพื่อเอื้อให้กับสมาชิกของครอบครัวในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามความต้องการ ทั้งนี้ต้องทำความเข้าใจเพื่อให้พยาบาลปรับตัวเข้ากับนโยบายการเยี่ยมที่เอื้อให้สมาชิกของครอบครัวมีโอกาสเยี่ยมเด็กป่วยมากขึ้นจากการกำหนดนโยบายของผู้ป่วยเปิด (An open unit) กล่าวคือการจัดการให้บริการโดยมุ่งลดความเครียดของผู้ป่วยเด็กและสมาชิกในครอบครัว มีความปลอดภัยที่ดีกว่าเดิม และให้มีความพึงพอใจของพ่อแม่ที่สูงขึ้น ตัวอย่างงานวิจัยของ วูส์และปาร์ค²² (Voos and Park) พบว่า การจัดหอบุป่วยแบบเปิดนี้ทำให้สมาชิกของครอบครัวมีอัตราการเยี่ยมเพิ่มขึ้นร้อยละ

46% มีระดับอารมณ์ที่ดีขึ้นร้อยละ 43% และมีรู้สึกถึงความใกล้ชิดเมื่อได้เข้าเยี่ยมเพิ่มขึ้น 92% นอกจากนี้การดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางในภาวะวิกฤติ⁽²³⁾ นั้น ต้องการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ และมีการให้บริการพยาบาลที่สอดคล้องกับ การปฏิบัติต่อการให้บริการสุขภาพด้วยความเคารพ และ ตอบสนองความต้องการต่อปัจเจกบุคคล และคุณค่าของครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งมีคำแนะนำ 5 ด้านดังนี้²⁴

เอื้อให้ครอบครัวอยู่ร่วมในหอผู้ป่วยหนักคือ การเอื้ออำนวยให้สมาชิกในครอบครัวสามารถเข้าออกในหอผู้ป่วยหนักได้โดยสะดวก ซึ่งสนับสนุนให้มีการเสริมแรง สำหรับเป็นทีมให้การดูแลสุขภาพ

สนับสนุนครอบครัว ให้การศึกษา และคำแนะนำเกี่ยวกับการช่วยเหลือการดูแล

การสื่อสารกับสมาชิกของครอบครัว การสนทนาเพื่อส่งเสริมการสื่อสารและสร้างความเชื่อมั่นระหว่างสมาชิกและผู้ดูแล ลดความเครียด ภาวะซึมเศร้า และภาวะการได้รับความบาดเจ็บจากความกระตือรือร้นทางจิตใจ

การให้คำปรึกษาและแนะนำผู้ให้การดูแลในหอผู้ป่วยหนัก ในบทบาทของผู้ให้คำปรึกษา การดูแลแบบประคับประคองรวมถึงบทบาทของนักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ชี้แนะให้ครอบครัว และผู้นำทางจิตวิญญาณ

กระบวนการดำเนินการและการจัดสิ่งแวดล้อม นโยบายและวิธีการปฏิบัติ เพื่อสนับสนุนครอบครัว เช่น การจัดสถานที่ให้ครอบครัวได้พักผ่อน เป็นต้น

จากความสำเร็จในการให้ผู้ปกครองมีสิทธิ์ในการร่วมให้การดูแล โดยเริ่มต้นให้ผู้ปกครองมีการสื่อสาร พูดคุย ด้วยความเคารพในความเป็นบิดามารดา^{19,25,26} การส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดำเนินการให้การดูแล ทั้งนี้ การให้ความสำคัญของความแตกต่างและความต้องการตามพื้นฐานของวัฒนธรรมของครอบครัว ศักยภาพ ความเข้มแข็ง และความสัมพันธ์ใน

ครอบครัว จะส่งผลดีต่อคุณภาพการบริการ⁷ โดยทำการออกแบบการดูแลให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว^{7,27} ดังต่อไปนี้

โปรแกรมการเตรียมการในหน่วยดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตในการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา การเตรียมความพร้อมให้กับสมาชิกของครอบครัวหรือผู้ปกครองในการเข้าร่วมการดูแล ตลอดจนถึงการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและสมาชิกของครอบครัวในการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

การเอื้อเวลาให้กับผู้ปกครองและสมาชิกในครอบครัวได้เยี่ยมผู้ป่วยเด็ก ตามที่สมาชิกของครอบครัวต้องการและได้รับทราบความก้าวหน้าของการรักษาโดยผ่านระบบการสื่อสารทางไกล เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในการมีส่วนร่วมตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา

การจัดสถานที่ให้เกิดความสะดวกสบาย ให้ผู้ปกครองและสมาชิกในครอบครัวได้อยู่ร่วมกัน เพื่อลดความวิตกกังวลว่าผู้ป่วยจะถูกแยกออกจากครอบครัว

การจัดโปรแกรมการให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับครอบครัว โดยคำนึงถึงปัจเจกบุคคล และความแตกต่างทางวัฒนธรรม เป็นการให้บริการที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับศักยภาพของผู้ปกครองและสมาชิกของครอบครัว

การจัดระบบการรับผู้ป่วย การรักษา และการจำหน่าย โดยให้สมาชิกของครอบครัวได้ร่วมกันออกแบบการดูแลร่วมกันตลอดระยะเวลาของการรักษา และการวางแผนให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการร่วมกันพัฒนาทักษะความสามารถของสมาชิกในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยแต่ละระยะได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

การดูแลสุขภาพเด็กเป็นการดูแลที่ซับซ้อนและมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตของเด็ก โดยเฉพาะการดูแลในช่วงที่เด็กเกิดการเจ็บป่วยทั้งแบบ

วิกฤติและเรื้อรัง สมาชิกในครอบครัวควรจะมีโอกาส
ร่วมแบ่งปันประสบการณ์ และให้การดูแลร่วมกัน
ระหว่างพยาบาลและผู้ปกครอง แนวคิดการพยาบาล
โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นแนวคิดที่มีความ
เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน เป็นระบบ
ที่มีความยืดหยุ่นสามารถประยุกต์ใช้ได้ดีในการ
พยาบาลเด็ก ครอบครัวภาวะวิกฤต และการเจ็บป่วย
เรื้อรังโดยเฉพาะลักษณะเด่นที่มีความยืดหยุ่น
ประยุกต์ให้เกิดการดูแลครอบครัวทุกมิติ ทั้งทาง
ร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ การจัดกิจกรรม
ต่างๆ เช่นการจัดเวลาเข้าเยี่ยม การแบ่งปันใช้ข้อมูล

การดูแลร่วมกัน การสื่อสารแบบสองทางโดยร่วมรับ
ฟังและถ่ายทอดความรู้ เสมือนว่าพยาบาลและผู้
ปกครองเป็นผู้ร่วมจัดการการดูแลและการร่วม
วางแผน การให้การพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็น
ศูนย์กลางมีความสำคัญแต่รูปแบบที่เหมาะสมกับสภาพ
สังคมไทยยังต้องมีการศึกษาโดยให้ความซับซ้อนใน
การดูแลทั้งครอบครัวและการบรรเทาความทุกข์
ทรมานจากการได้รับผลกระทบจากการเกิดโรค จึง
ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับการนำหลักการ
พยาบาลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาใช้ในบริบท
ของสังคมไทย

เอกสารอ้างอิง

1. Franck LS, Callery P. Re-thinking family-centred care across the continuum of children's healthcare. *Child Care Health Development*. 2004; 30(3): p. 265-277.
2. Hockenberry MJ, Wong DL, Wilson D. *Wong's nursing care of infants and children* St. Louis, Mo: Elsevier Mosby; 2013.
3. Gasper A, Aylott M, Battrick C. *Developing practical skills for nursing children and young people* London: Hodder Arnolds; 2010.
4. Helen L. *The Child With Cancer: Family-Centered Care in Practice: Elsevier Health Sciences*; 2000.
5. Shields L, Pratt J, Hunter J. Family centred care: a review of qualitative studies. *Children and Families*. 2006;; p. 1317-1323.
6. Bowden VR, Greenberg CS. *Children and Their Families: The Continuum of Care: Lippincott Williams & Wilkins*; 2009.
7. Institute for Patient and Family-Centered Care. Institute for Patient and Family-Centered Care. [Online].; 2013 [cited 2013 June 27. Available from: <http://www.ipfcc.org/about/index.html>
8. Shelton TL, Jeppson ES, Johnson BH. *Family-Centred Care for Children with Special Health Care Needs* Washington D.C.: Association for the Care of Children's Health; 1987.
9. Hutchfield K. Family-centred care : a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 1999; 29(5): p. 1178-1187.

10. Mitchell ML, Chaboyer W. Family Centred Care - A way to connect patients, families and nurses in critical care: A qualitative study using telephone interviews. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2010; 26(3): p. 154-160.
11. Kemp VH. Providing Care to Children and Their Families in the Emergency Center. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 1998;; p. 167-169.
12. Corlett J, Twycross A. Negotiation of Parental Role Within Family Centred Care: a Review of a Research. *Children and Families*. 2006;; p. 1308-1316.
13. Smith L. Child and Family-centred Healthcare. In Smith L, Coleman V, editors. *Child and Family-centred care*. Chippenham: Palgrave Macmillan; 2010. p. 257.
14. Shields L. Questioning family-centred care. *Journal of Clinical Nursing*. 2010; 18(17-18): p. 2629–2638.
15. Gance-Cleveland B. Decreasing Health Disparities. *Family-Centered Care*. 2006; 11(1): p. 72-76.
16. Green SB. Significant of the Philosophy of Family-Centered Care In the Pediatric Clinical Setting. *DigitalCommon@UConn*. [Online].; 2008 [cited 2012. Available from: http://digitalcommons.uconn.edu/son_articles/49
17. Byers JF, Lownman KB, Francis J, Haigle L, Lutz NH, Waddell T, et al. A Quasi-Experimental Trial on Individualized, Developmentally Supportive Family-Centered Care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2006; 35(1): p. 107-115.
18. Moore MH, Mah KK, Trute B. Family-centred care and health-related quality of life of patients in paediatric neurosciences. *Child:care, health and development*. 2009; 35(4): p. 454-461.
19. Mitchell ML, Chaboyer W. Family Centred Care - A way to connect patients, families and nurses in critical care: A qualitative study using telephone interviews. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2010; 26(3): p. 154-160.
20. Titler MG, Cohen MZ, Craft MJ. Impact of adult critical care hospitalization: perceptions of patients, spouses, children, and nurses. *Heart Lung*. 1991; 20(2): p. 174-82.
21. Griffin T. A family-centered “visitation” policy in the neonatal intensive care unit that welcomes parents as partners. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. 2013; 27(2): p. 166-167.
22. Voos K, Park N. Implementing an Open Unit Policy in a Neonatal Intensive Care Unit. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*. 2014; 28: p. 313-8.
23. Harris GM. Family-centered rounds in the neonatal intensive care unit. *Nursing for women’s health*. 2014; 18(1): p. 18-27.
24. Health. WK. New guidelines seek to promote family-centered care in the ICU: Evidence-based recommendations to be introduced by researchers . www.sciencedaily.com. [Online].; 2017 [cited 2017 February 20. Available from: <http://www.sciencedaily.com/releases/2017/01/170118181737.htm>

25. King S, King G, Rosenbaum P. Evaluating health service delivery to children with chronic conditions and their families: Development of a refined measure of processes of care (MPOC-20). *Child Health Care*. 2004; 33: p. 35-37.
26. Mikkelsen G, Frederiksen K. Family-centred care of children in hospital – a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2011; 67(5): p. 1152-1162.
27. Staniszewska S, Brett J, Redshaw M, Hamilton K, Newburn M, Jones N, et al. The POPPY Study: Developing a Model of Family-Centred Care for Neonatal Units. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2012;; p. 1-13.