

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความต้องการการดูแล และการได้รับการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางของครอบครัวในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลบางละมุง ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. แนวคิดของการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-centered Care)
2. อายุของเด็กป่วยกับความต้องการการดูแลและการได้รับการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางของครอบครัว
3. ประเภทความเจ็บป่วยกับความต้องการการดูแลและการได้รับการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางของครอบครัว

แนวคิดของการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-centered Care)

ความหมายของการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

การดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Stower (1992 อ้างถึงใน รุจา ภูไพบูลย์, 2541 ข) กล่าวว่าเป็นการดูแลเด็กที่เน้นตัวเด็กและสมาชิกครอบครัว โดยจัดให้มีกิจกรรมในโรงพยาบาลใกล้เคียงกับที่บ้านมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เด็กจะได้รับประโยชน์จากการที่เด็กมีบิดามารดาอยู่ด้วยในโรงพยาบาล

Shelton and Stepanek (1995) กล่าวว่า เป็นวิธีการให้การดูแลภาวะสุขภาพภายใต้พื้นฐานของการมีผลประโยชน์ร่วมกันแบบหุ้นส่วน ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้การดูแล

สถาบันการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง Institute for Family-centered Care (1996 cited in Johnson, 2000) กล่าวว่า เป็นการดูแลที่มีการวางแผน การจัดกระทำ และการประเมินผลในการให้บริการสุขภาพ โดยเน้นความเป็นหุ้นส่วนในประโยชน์ที่จะได้รับร่วมกันระหว่างบุคลากรวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว

สถาบันการศึกษาของอเมริกาเกี่ยวกับผู้ป่วยเด็ก (American Academy of Pediatrics, 2003) ให้ความหมายว่า เป็นรูปแบบการให้บริการที่คำนึงถึงบริบทของครอบครัวโดยเชื่อมโยงกับสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ และประสบการณ์ต่าง ๆ ในอดีต ครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญในการกำหนดภาวะสุขภาพของเด็ก

รัชณี นามจันทร์ (2549) กล่าวว่า การดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นรูปแบบ

หนึ่งของการบริการสุขภาพที่อยู่บนพื้นฐานของการเป็นหุ้นส่วนที่ได้รับประโยชน์ร่วมกัน (Mutually Beneficial Partnerships) ระหว่างบุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการ และครอบครัว โดยการเป็นหุ้นส่วนกันนั้นเริ่มตั้งแต่การวางแผน การให้การดูแล และการประเมินผลการดูแล จากความหมายดังกล่าวจะเห็นว่า การให้บริการสุขภาพแก่บุคคลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางนั้น บุคลากรสุขภาพจะต้องรวมผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการและครอบครัวเป็นหน่วยเดียวกันของการให้บริการ การบริการสุขภาพจะเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการ และครอบครัว โดยการทำงานร่วมกันนั้นเกิดขึ้นตลอดกระบวนการดูแล ตั้งแต่การกำหนดปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการ การวางแผน การให้การดูแล และการประเมินผลการดูแล แต่ละฝ่ายต่างได้รับประโยชน์จากการทำงานร่วมกัน ผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการมีสุขภาพดีขึ้น สามารถลดอัตราการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วย เกิดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่า เพิ่มความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่าง สมาชิกในครอบครัว สามารถลดความเครียดของครอบครัวได้ ผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการและครอบครัวพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพมากขึ้น ครอบครัวสามารถบริหารจัดการการดูแล และมีความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพของสมาชิกมากขึ้น พึงพาศาบุคลากรสุขภาพน้อยลง ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง โรงพยาบาลเพิ่มความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความอิสระทางวิชาชีพ

จากการศึกษาการให้ความหมายของการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง พอสรุปได้ว่า การดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง หมายถึง การตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัว ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดกับการดำรงชีวิตของเด็ก ระบบบริการและบุคลากรจำเป็นต้องสนับสนุน เคารพ กระตุ้นและส่งเสริมความเข้มแข็งและศักยภาพของครอบครัวตลอดจนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการช่วยเหลือ ครอบครัวและผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นความเป็นหุ้นส่วน ในประโยชน์ที่จะได้รับร่วมกันระหว่างบุคลากรวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว

การพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางถูกพิจารณาว่าเป็นปรัชญาการดูแลที่เน้น การสนับสนุนความเป็นองค์รวมของการดูแลครอบครัวและบุคคลเพื่อส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับ บุคคลและครอบครัว (May & Mahlmeister, 1990) แนวคิดหลักของการดูแลที่เน้นครอบครัว เป็นศูนย์กลาง คือ ความเชื่อว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ ของเขาเอง การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ครอบครัว และสนับสนุนให้ครอบครัวได้รับความสะดวก ในการดูแล แนวคิดนี้ถูกหยิบยกมาอภิปรายกันอย่างกว้างขวางในช่วง 40 ปีมานี้ โดยเริ่มแรกเป็น การดูแลสตรีตั้งครรภ์และเลี้ยงดูบุตรซึ่งถือว่าเป็นเหตุการณ์ที่สำคัญของครอบครัว (Galvin, 2000) และการดูแลเด็กป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลพิเศษเฉพาะ ปัจจุบันได้แนวคิดเหล่านี้มาประยุกต์ใช้ อย่างกว้างขวางมากขึ้นในการดูแลบุคคลและครอบครัวทั้งที่อยู่ในภาวะปกติและมีปัญหาสุขภาพ อื่น ๆ ดังประกอบไปด้วยแนวคิดและองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

แนวคิดการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

ประกอบด้วย 2 แนวคิดหลักที่สำคัญ คือ ความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (Dunst, Johanson, Trivette, & Hamby, 1988)

1. ความสามารถ บุคลากรสามารถส่งเสริมครอบครัวโดยการเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวแสดงความสามารถและศักยภาพของตนเองในการตอบสนองความต้องการของเด็กและครอบครัว

2. เสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการอธิบายถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรและครอบครัวเพื่อบำรุงความเป็นครอบครัว และความสามารถในการควบคุมชีวิต และความเป็นอยู่ภายในครอบครัว พร้อมทั้งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวก ซึ่งเป็นตัวอย่างจากการปรับพฤติกรรมเพื่อเพิ่มความเข้มแข็ง ความสามารถในการแสดงออกของครอบครัว

องค์ประกอบของการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

การดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางนี้จะเกิดขึ้นโดยยึดหลักการในองค์ประกอบจะทำให้ครอบครัวได้รับการสนับสนุนให้สามารถสร้างความเข้มแข็งของตนเองของแนวคิดทั้งหลายดังต่อไปนี้ (จริยา วิฑะสุกร, 2541)

1. ตระหนักว่า ครอบครัวสำคัญที่สุดสำหรับชีวิตเด็กทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย ซึ่งครอบครัวเป็นหน่วยที่มีความรับผิดชอบในการตอบสนองด้านอารมณ์ สังคม พัฒนาการ และความต้องการการดูแลสุขภาพ ทั้งภาวะปกติและเจ็บป่วย โดยเฉพาะในภาวะที่เด็กเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นวิกฤต พยาบาลควรยอมรับในการรับรู้ และค่านิยมของครอบครัว มีความสำคัญ ต่อชีวิตของเด็กป่วย พยาบาล ควรปฏิบัติดังนี้

1.1 จัดให้บิดามารดาเป็นหุ้นส่วน และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย หรือย้ายออกจากหอผู้ป่วย โดยสร้างความเชื่อมั่นและแสดงความสามารถในการดูแลเด็กให้ปลอดภัยพ้นวิกฤต

1.2 ให้บิดามารดาพึงไว้ซึ่งบทบาทของตนเองในการร่วมดูแลผู้ป่วยในขอบเขตที่เน้นการดูแลเฉพาะที่สนองตอบต่อความต้องการทางด้านร่างกาย และช่วยเหลือให้สามารถปรับตัวต่อการดำรงบทบาทของบิดามารดาเมื่อบุตรอยู่ในภาวะวิกฤต รวมทั้งเตรียมความพร้อมสนับสนุนและประคับประคองจิตใจของบิดามารดาเป็นรายบุคคล

2. เชื้ออำนาจให้เกิดบรรยากาศของการทำงานร่วมกันอย่างเสมอภาคระหว่างครอบครัวหรือผู้ให้การดูแลและบุคลากรทีมสุขภาพที่ให้การดูแลทุกระดับ

3. ให้ข้อมูลการดูแลรักษาเด็กป่วยแก่บิดามารดาและครอบครัวอย่างครบถ้วน โดยไม่มีอคติ บนพื้นฐานของรูปแบบการประคับประคองด้านจิตใจอย่างเหมาะสมและตลอดเวลา

4. ปฏิบัติการดูแลเด็กโดยตระหนักและเคารพในความแตกต่างของภาวะอารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ศักยภาพ และความเป็นบุคคลของครอบครัว

5. ตระหนัก และยอมรับความแตกต่าง ของวิธีการเผชิญความเครียด ของแต่ละครอบครัว หรือในแต่ละบุคคลดังนี้

5.1 ยอมรับและตระหนักถึงความเปลี่ยนแปลงของบิดา มารดา รวมทั้งปฏิกิริยา ที่บิดามารดาแสดงออกเมื่อเผชิญกับภาวะเครียด โดยยอมรับความแตกต่างทางวัฒนธรรมของ แต่ละครอบครัว

5.2 วิเคราะห์ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ทั้งสภาพแวดล้อมภายในของผู้ป่วย และสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ไม่คงที่ ที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายถึงชีวิตและให้ข้อมูลที่ตรง ตามความจริง

5.3 เสริมสร้างความแข็งแกร่งให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้มีการเผชิญกับความเครียด อย่างเหมาะสม

5.4 สร้างบรรยากาศให้ครอบครัวและผู้ป่วย มีความไว้วางใจบุคลากรทีมสุขภาพ ที่ดูแลผู้ป่วย

6. เข้าใจถึงความต้องการและปฏิบัติต่อเด็กตามระยะพัฒนาการและการเจริญเติบโต เด็กป่วยยังมีความต้องการการพัฒนาการเช่นเดียวกับเด็กที่มีสุขภาพในภาวะปกติ จึงมีความจำเป็น ที่จะต้องเน้นการฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังได้ โดยบุคลากรจะต้องมีความรู้ ในการวางแผนดูแล เด็กป่วยตามระยะพัฒนาการรวมทั้งส่งเสริมการเล่นหรือจัดสถานการณ์ให้กับเด็กตามความเหมาะสม กับสภาพการเจ็บป่วย โดยจัดกิจกรรมเหล่านี้ร่วมกับครอบครัว

7. ส่งเสริม สนับสนุน ช่วยเหลือ และเอื้ออำนวยให้มีกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ระหว่างครอบครัวกับครอบครัว พยาบาลมีบทบาทสนับสนุนให้บิดามารดาของผู้ป่วยเด็กได้มี ส่วนช่วยเหลือกันและกัน โดยพยาบาลควรตระหนักถึงบทบาทของบิดามารดาของผู้ป่วยเด็ก ครอบครัวที่มีประสบการณ์จะเป็นแหล่งประโยชน์ในการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ แนวทางการแก้ปัญหา และการปรับตัวของครอบครัวในการเผชิญความเครียดให้ผ่านพ้น ซึ่งจะ ส่งเสริมให้ครอบครัวที่ร่วมเข้ากลุ่มได้เสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งกันและกันในการพัฒนาทักษะ และประสบการณ์ใหม่ ๆ รวมทั้งวิเคราะห์แหล่งประโยชน์และแหล่งสนับสนุนที่จะเอื้อประโยชน์ ให้กับกลุ่มประสบความสำเร็จ

8. จัดให้มีระบบบริการสุขภาพที่มีความยืดหยุ่นสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย และ ตอบสนองความต้องการของครอบครัวได้ จำเป็นที่ผู้บริหารและบุคลากรในทีมจะต้องร่วมมือ ประสานงานในการให้บริการที่มีหลักประกันว่าสามารถตอบสนองความต้องการของครอบครัว

และผู้ป่วยได้โดยมีกลยุทธ์ดังนี้

8.1 ตรวจสอบ โครงสร้าง วิเคราะห์เป้าหมาย พันธกิจ และผลลัพธ์ของการให้บริการ
ในหอผู้ป่วยเด็ก

8.2 จัดระบบการดูแลที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่
แรกถึงจนกระทั่งจำหน่ายหรือย้ายออกจากหอผู้ป่วย

8.3 วิเคราะห์อุปสรรคที่ขัดขวางการดำเนินการ รวมทั้งนำมาเป็นโอกาสพัฒนา
ที่จะสนับสนุนให้ครอบครัวได้เข้าถึงบริการในหอผู้ป่วยเด็กได้สะดวก

องค์ประกอบสำคัญของการดูแลเด็กโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Stower, 1992
อ้างถึงใน รุจา ภูไพบูลย์, 2541 ข)

1. ควรมองครอบครัวตามบริบทของลักษณะสังคม วัฒนธรรม และศาสนา
2. มีการประเมินความต้องการด้านร่างกายและอารมณ์ของสมาชิกครอบครัว เพื่อให้
การช่วยเหลือสนับสนุน
3. ครอบครัวต้องการข้อมูลที่แจ้งชัดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็ก เพื่อให้สามารถ
มีส่วนร่วมในการดูแลได้เหมาะสม
4. พยาบาลประเมินและวางแผนการดูแลเด็กร่วมกับครอบครัว
5. หากครอบครัวเต็มใจที่จะมีส่วนร่วมในการใช้เทคโนโลยีในการดูแลเด็ก ควรได้รับ
การประเมินความสามารถและตอบสนอง
6. ส่งเสริมการทํากิจวัตรประจำวันของเด็กตามปกติ
7. ประเมินผลของความเจ็บป่วยของเด็กต่อครอบครัวและให้การช่วยเหลือสนับสนุนทั้ง
ที่บ้านและในโรงพยาบาล พบว่ามีการให้การดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลางได้หลายระดับ
ทั้งมองที่ผู้ป่วยเป็นหลัก หรือครอบครัวทั้งครอบครัวเป็นจุดรวม

**องค์ประกอบที่สำคัญตามกรอบแนวคิดการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางของ
ผู้ป่วยเด็ก** (Shelton & Stepanek, 1995)

อธิบายได้ดังนี้

1. ครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญในการดูแล โดยต้องคำนึงถึงคำสำคัญ 2 คำ คือ ครอบครัว
และศูนย์กลาง สมาชิกของครอบครัวมีบทบาทต่อการดำรงชีวิตและการดูแลเด็ก
2. ความร่วมมือกันระหว่างครอบครัวและบุคลากร ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของความเสมอภาค
และเท่าเทียมกันก่อนที่จะร่วมมือกัน
3. การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารอย่างสมบูรณ์และปราศจากอคติ หรือความลำเอียง
โดยยึดหลักการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและปราศจากความลำเอียงในการให้ข้อมูลข่าวสาร
พร้อมทั้งต้องประกอบด้วยบรรยากาศของการร่วมมือกันระหว่างครอบครัวและบุคลากร

ในการแลกเปลี่ยนความคิดและสิ่งที่กังวล

4. ความหลากหลายของครอบครัว ความคิดหลักของการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง คือ การที่เด็กได้รับการดูแลที่ดีที่สุดเมื่อมีความเข้าใจในครอบครัวในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้ ได้แก่ วัฒนธรรม เชื้อชาติ กลุ่มชน ความเชื่อ สังคม เศรษฐกิจ การศึกษา และลักษณะภูมิศาสตร์ ตามแนวคิดการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางนั้นต้องการให้ยอมรับถึงความแตกต่างระหว่างครอบครัว การตัดสินใจต่าง ๆ ต้องอาศัยการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารอย่างระมัดระวัง ภายใต้บรรยากาศความร่วมมือกัน ความเท่าเทียมกัน

5. การเผชิญกับปัญหาและการสนับสนุนส่งเสริมในแต่ละครอบครัวจะมีวิธีการที่แตกต่างกัน ดังนั้น บุคลากรจึงควรยอมรับ เคารพในวิธีการแก้ปัญหาของแต่ละครอบครัว

6. การเป็นเครือข่ายช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เช่น เพื่อน ญาติ หรือระดับวิชาชีพทางการพยาบาล สามารถช่วยเหลือครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. การประสานความร่วมมือระหว่างบริการและการสนับสนุน การช่วยเหลือเป็นปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน เพื่อให้สามารถบรรลุความต้องการที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา นอกจากนี้ระบบบริการและการสนับสนุนจะต้องยืดหยุ่นเข้าถึงและมีความครอบคลุมถึงความต้องการของครอบครัวที่มีความแตกต่างกันอย่างมากได้

8. ชื่นชมครอบครัวในฐานะที่เป็นครอบครัว โดยยอมรับว่าครอบครัวจัดเป็นผู้ดูแลหลักของเด็ก และมีความเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสิ่งที่วิตกกังวลและการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในครอบครัวตลอดเวลา

โดยสรุปการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางนี้จะเกิดขึ้นโดยยึดหลักการในองค์ประกอบที่สำคัญของการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางดังที่กล่าวมาทั้งหมดนี้จะมีลักษณะที่สำคัญคล้ายกัน ซึ่งสอดคล้องตามกรอบแนวคิดการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วยเด็กของ Shelton and Stepanek (1995) ดังที่อธิบายข้างต้น และได้ทำการศึกษาโดยรวมองค์ประกอบทั้ง 8 ข้อ มาเป็น 4 ด้าน คือ

1. การให้ความเคารพแก่ครอบครัว หมายถึง พฤติกรรมที่บุคลากรของโรงพยาบาลแสดงถึงการให้เกียรติแก่ครอบครัว ซึ่งอาจโดยการใช้คำสรรพนามเรียกนำหน้าชื่อ การพูดจาไพเราะ ให้การพยาบาลอย่างสุภาพ และขออนุญาต ก่อนให้การพยาบาล เป็นต้น

2. การประสานความร่วมมือกับครอบครัว หมายถึง การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจการรักษาพยาบาล การวางแผนการดูแลเด็ก และกิจกรรมการดูแลเด็กตามความต้องการของครอบครัวและตามความเหมาะสม

3. การให้ข้อมูล หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่บุคลากรของโรงพยาบาลสื่อสารกับครอบครัวเด็กในการให้ข้อมูลทั่วไปแก่ครอบครัวเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม นโยบายการปฏิบัติในหอผู้ป่วย การช่วยเหลือด้านการเงิน และข้อมูลของเด็กเกี่ยวกับ โรค การรักษา อาการ แผนการรักษาพยาบาล การดูแล และเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้กับเด็ก

4. การสนับสนุนครอบครัว หมายถึง กิจกรรมที่บุคลากรของโรงพยาบาลให้การดูแลด้านจิตใจเกี่ยวกับการให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจ และระบายความรู้สึก และการยืดหยุ่นในกฎระเบียบของโรงพยาบาล เช่น ยืดหยุ่นเวลาในการเข้าเยี่ยมเพื่อเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้าเยี่ยมบุตรตรงกับเวลาที่ครอบครัวสะดวก และการอำนวยความสะดวกในการจัดสถานที่สำหรับครอบครัว เช่น จัดสถานที่ส่วนตัวให้ครอบครัวพูดคุยปรึกษากับบุคลากรของโรงพยาบาล

สิ่งที่ต้องตระหนักในการลงมือปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

(Johnson, 2000) ดังนี้

1. ครอบครัวมีความสำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วยในทุกอายุอย่างถาวร ซึ่งสมาชิกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวโดยการเกิด การแต่งงาน การรับเข้ามาเป็นบุตรบุญธรรม หรือจากความต้องการเพื่อการสนับสนุนซึ่งกันและกัน

2. ครอบครัวมีความหมายหลากหลายได้ตามที่ผู้ป่วยและครอบครัวกำหนด

3. การดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต้องเป็นการดูแลที่ครอบคลุมและผสมผสานเข้าไปในระบบการดูแลสุขภาพ ในทุกสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

4. การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและโครงการบริการสุขภาพจะทำให้รูปแบบการดูแลนี้มีความหมายและใช้ได้อย่างกว้างขวาง

วิธีการส่งเสริมการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

จะต้องปฏิบัติดังนี้

1. ส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยในการดูแลและจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและบริบทของครอบครัว

2. ให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยและครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ และเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ตัดสินใจอย่างอิสระ และร่วมวางแผนในการดูแลรักษาสุขภาพ

3. ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์ จิตวิญญาณ และสังคม

4. ให้อิสระแก่ผู้ดูแลและครอบครัวในการเลือกตามความต้องการของตนเอง และมีสิทธิในการกำหนดเป้าหมายของตนเอง

5. ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว

6. มีการยืดหยุ่นสำหรับความต้องการของครอบครัว
7. ให้กำลังใจและเตรียมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อครอบครัว
8. ให้การยอมรับต่อความเชื่อ ค่านิยม และศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว
9. ไม่แยกผู้ป่วยออกจากครอบครัวหรือญาติ
10. ส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวหรือญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วย
11. ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนและประเมินผลการดูแล ซึ่งจะทำให้เกิดการแก้ปัญหาตรงจุดมากขึ้นและเกิดความพึงพอใจในการดูแล

จากการศึกษาได้มีการนำแนวคิดการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาประยุกต์ใช้ พิสมัย ธรรมชาติ (2541) ได้กล่าวถึงการนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี จากการตระหนักถึงความสำคัญและบทบาทของครอบครัวในกลุ่มพยาบาลเด็กจึงมีการวางแผนเตรียมการ คือ

1. เตรียมในด้านนโยบาย และการบริหารจัดการต่าง ๆ เพื่อให้เอื้ออำนวยต่อการนำแนวคิดนี้มาใช้ โดยกลุ่มงานการพยาบาลได้เริ่มปรับนโยบาย นำแนวคิดดังกล่าวมาระบุไว้ในปรัชญามีการปรับเปลี่ยนระยะเวลาในการเยี่ยมผู้ป่วยจากเดิม 8 ชั่วโมง (เวลา 12.00-20.00 น.) เป็น 12 ชั่วโมง (09.00-21.00 น.) เพื่อให้ครอบครัวได้ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยมากขึ้นและมีเวลาในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ซึ่งจะเอื้อให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันและนำไปสู่ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ในผู้ป่วยเด็กเล็กบางรายก็จะมีการยืดหยุ่นอนุญาตให้เฝ้าได้ตลอด 24 ชั่วโมง และมีการจัดเตรียมสถานที่ให้มีมุมสำหรับญาติพักไว้เป็นสัดส่วน จัดให้มีเอกสารแผ่นพับให้ความรู้ในเรื่องโรคต่าง ๆ และการดูแลที่จำเป็น จัดให้มีการสอนและแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยทั้งแบบกลุ่มและรายบุคคล โดยเกิดจากความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยกับงานรักษาพยาบาลในชุมชน

2. การเตรียมทีมสุขภาพทุกระดับ โดยเฉพาะพยาบาลจะต้องได้รับการส่งเสริมความรู้ในเรื่องการได้รับการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้เข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัว โดยพยาบาลต้องประเมินผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่แรกรับ ด้วยการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทาง มีการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลเป็นระยะ ๆ ร่วมกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยด้วยการประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย คือ ประเมินศักยภาพของครอบครัว และแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะพึ่งพาได้ในชุมชน ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีต่อเนื่องไปถึงที่บ้าน

จริยา วิริยะสุร (2541) เป็นอีกท่านหนึ่งที่นำแนวคิดเรื่องครอบครัว คือ ศูนย์กลางของการดูแลเริ่มต้นประยุกต์ใช้อย่างจริงจังในแผนการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 และด้วยความร่วมมืออันดีระหว่างหัวหน้างานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ และหัวหน้าภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โดยการจัดโครงการประชุมวิชาการเพื่อเตรียมความพร้อมของบุคลากร ทั้งฝ่ายพยาบาลและการแพทย์ ทำให้เกิดการคิดและทำงานร่วมกันเป็นทีม และเกิดความร่วมมือกันของสหสาขาวิชาชีพ ทีมสุขภาพที่มีวิสัยทัศน์และพันธกิจร่วมกัน ทีมสุขภาพตระหนักในความต้องการของผู้ป่วย เด็กและครอบครัว มีการร่วมงานกันอย่างอดทน และเกิดความร่วมมือกันอย่างอดทน และเกิดความร่วมมือสนับสนุนเงินทุนจากภาคเอกชนในการปรับเปลี่ยนสถานที่ภายในหอผู้ป่วยให้เอื้ออำนวยต่อการนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้โดยงานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ได้ดำเนินการดังนี้

1. จัดการประชุมร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ กำหนดนโยบายการเฝ้าและการเยี่ยมผู้ป่วยเด็ก
2. ทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างแพทย์ พยาบาล และครอบครัวด้วยการกำหนดแบบแผนการปฏิบัติที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีความเข้าใจตรงกัน ครอบครัวใหม่ที่ลูกมารับการรักษาพยาบาลจะได้คำแนะนำให้เข้าทีมครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล และมีวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องตรงกัน
3. เน้นวิธีการดำเนินงานด้วยการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างแพทย์กับครอบครัว แพทย์กับพยาบาลและครอบครัว พยาบาลกับครอบครัว โดยแพทย์จะมีหน้าที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคของเด็กและการรักษาแก่ครอบครัว พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูลการดูแลและอาการที่เปลี่ยนแปลงในขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาล และมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างและกระตุ้นให้เกิดพลังอำนาจของครอบครัวในการดูแลเด็กป่วย
4. ทั้งแพทย์และพยาบาลมีหน้าที่สอบถามความต้องการของครอบครัวเรื่องการดูแลและความเครียดที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งหาแนวทางการแก้ไข และช่วยเหลือครอบครัวมากที่สุด
5. มีการจัดกลุ่มครอบครัวช่วยครอบครัว เช่น เด็กป่วยโรคมะเร็ง ทารกเกิดก่อนกำหนด
6. ปรึกษาและติดต่อประสานงานกับแผนกงานพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เรื่องการดูแลเด็กป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ตลอดจนการจัดหาอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลที่บ้าน
7. พัฒนาบุคลากร เรื่อง ครอบครัว คือ ศูนย์กลางของการดูแลให้แก่เจ้าหน้าที่ใหม่ของแผนกงานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ทุกคน

จากการศึกษาข้างต้นพอสรุปปัจจัยความสำเร็จในการประยุกต์การพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Johnson, 2000) ในโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพ

1. การสร้างเครือข่ายที่ใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแล ทั้งระหว่างบุคลากรสุขภาพและครอบครัว เพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนซึ่งกันและกัน

2. การประชุมวิชาการเกี่ยวกับการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การวิเคราะห์สถานการณ์และองค์ความรู้ด้านการใช้รูปแบบการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในครอบครัวต่าง ๆ การสัมมนา ความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางระหว่างทีมสุขภาพ สหสาขาในองค์กรสุขภาพ เพื่อปรับกระบวนการทัศน์ของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพหรือวัฒนธรรมองค์กรให้เห็นคุณค่าของรูปแบบการดูแลนี้

3. การปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลของโรงพยาบาล โดยการทำงานร่วมกันระหว่างผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อ

3.1 สร้างปรัชญาการดูแลเพื่อเป็นข้อนำการพัฒนาโปรแกรม การออกแบบหน่วยงานและการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ

3.2 พัฒนาโครงสร้างภายในโรงพยาบาลที่สนับสนุนการร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว

3.3 เอื้อให้เกิดการตั้งสภาที่ปรึกษาครอบครัวเพื่อพัฒนากลวิธีการดูแล

3.4 ทบทวนและปรับระบบบันทึกที่ครอบคลุมถึงเป้าหมาย การจัดลำดับปัญหาศักยภาพและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และการพัฒนาการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ

3.5 พัฒนาและปฏิบัติการเพื่อเพิ่มการสนับสนุนครอบครัวต่อครอบครัว

3.6 ทบทวนนโยบายและผสมผสานวิธีการปฏิบัติการการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในกิจกรรมต่าง ๆ ของโรงพยาบาลเริ่มตั้งแต่การตกลงเข้าทำงาน การปฐมนิเทศพนักงานใหม่กำหนดตำแหน่ง การประเมินผลงานและการพัฒนาบุคลากร

3.7 ช่วยวางแผนการออกแบบหอผู้ป่วยที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเพิ่มควมมีคุณค่าในการดูแลผู้ป่วย

3.8 ลงมือปฏิบัติการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบจากผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพและผู้ป่วยและครอบครัวในด้านความพึงพอใจ และคุณภาพการดูแล

4. การออกแบบหอผู้ป่วยแผนกต่าง ๆ ที่สนับสนุนกิจกรรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพน่าจะเปิดใจกว้างยอมรับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดูแล

เมื่อมีสถานที่ที่เหมาะสมกับการทำงาน

5. การปรับเปลี่ยนรูปแบบการศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อเพิ่มความสนใจและความคุ้นเคยของทีมสุขภาพตั้งแต่เป็นนักศึกษา

6. การกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ นโยบาย และระบบการใช้รูปแบบการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง หน่วยงานหรือองค์กรสุขภาพต้องมีการกำหนดนโยบายของคนให้ชัดเจน และประกาศให้ทราบทั่วกันเพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจ และความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว

กิจกรรมการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (จินตนา วัชรสินธุ์, 2550) ที่ปฏิบัติในโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยหรือครอบครัวเลือกสมาชิกครอบครัวและมอบหมายให้เป็นผู้ดูแลหลักซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยและประสานงานกับทีมสุขภาพ
2. การประชุมเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัวเพื่อวางแผนการรักษา
3. การบันทึกทางสุขภาพ ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบันทึกอาการ การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และรายงานทีมสุขภาพ
4. การตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วยโดยครอบครัว ครอบครัวแสวงหาความรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวและวิธีการดูแลรักษา และเป็นผู้สนับสนุนการตัดสินใจการรักษาผู้ป่วยหรือเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วย
5. ประชุมปรึกษาร่วมกับทีมสุขภาพทุกวันเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และปรับแผนการดูแลรักษา

อายุผู้ป่วยเด็กกับความต้องการการดูแลและการได้รับการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางของครอบครัว

อายุของเด็กที่แตกต่างกัน การเจริญเติบโตและพัฒนาการก็แตกต่างกัน ทำให้เด็กมีขีดจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยเฉพาะครอบครัวเพื่อที่จะตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของตนเอง และนำไปสู่การพัฒนาในด้านต่าง ๆ ของชีวิต

1. อายุ แรกเกิด-2 ปี

เป็นวัยที่ต้องการการดูแลเป็นอย่างมาก เพราะยังไม่เข้าใจความหมาย และการติดต่อสื่อสารยังไม่สมบูรณ์ (Byrne & Hunsberger, 1994) มีขีดจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นเพื่อที่จะตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของตนเองให้สมบูรณ์ ความสามารถในการ

การสื่อสารที่แสดงให้พ่อแม่ ผู้ดูแล หรือครอบครัวทราบ คือ การแสดงพฤติกรรมออกมาเริ่มต้นจากภาษาท่าทางพัฒนาไปเป็นภาษาพูดที่พบบ่อย คือ การร้องไห้ซึ่งครอบครัวสามารถที่จะวิเคราะห์และตอบสนองความต้องการของทารกได้อย่างเหมาะสม เช่น ร้องจากเจ็บปวด หรือร้องจากเลอะอุจจาระ เป็นต้น เมื่อทารกป่วยและเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลจะทำให้มีอาการหงุดหงิดเพราะความเจ็บป่วยทำให้จำกัดความต้องการของวัยทารก (Leifer, 1999; กัลยา นาคเพ็ชร และคณะ, 2547) และเมื่อนำการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาปฏิบัติมีผลดีต่อพัฒนาการของผู้ป่วยเด็ก และตอบสนองความต้องการของครอบครัวต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กได้เป็นอย่างดีจากการที่ครอบครัวได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแล อาบน้ำ เปลี่ยนผ้าอ้อม หรือการป้อนนม และยังทำให้ครอบครัวลดความวิตกกังวลลงอีกด้วย (ฉันทนา ผ่องคำพันธุ์, 2537)

2. อายุมากกว่า 2-6 ปี

เป็นวัยแห่งการอยากรู้อยากเห็น ต้องการความอิสระ (กัลยา นาคเพ็ชร และคณะ, 2547) เมื่อเด็กเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลจะทำให้เด็กพบกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ทั้งผู้คน สถานที่ การให้การดูแลและการรักษาพยาบาล เป็นต้น เด็กจะเกิดความสับสนในกิจกรรมที่ทำประจำ เช่น เวลารับประทานอาหาร เวลานอน การเข้าห้องน้ำ เสื้อผ้าของโรงพยาบาลที่แตกต่างไปจากที่คุ้นเคย (Wong & Perry, 1999) ส่งผลให้เกิดความไม่ไว้วางใจบุคคลรอบข้าง ทำให้เด็กเกิดความกลัว ความกังวล ความคับข้องใจและความโกรธได้ ถ้าเด็กได้รับการผูกมัดจะเป็นการยับยั้งพัฒนาการในด้านการเคลื่อนไหว ถ้าขาดการทดแทนเด็กจะแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบออกมาในรูปของความก้าวร้าว เช่น ไม่ให้ความร่วมมือและต่อต้านอย่างรุนแรง เด็กจะมีปฏิกิริยาการแยกจากที่รุนแรง (Leifer, 1999; Ball & Bindler, 1995) เมื่อนำการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาปฏิบัติพบว่าทำให้ครอบครัวเป็นผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเด็กทั้งในด้านการปลอบใจให้เด็กร่วมมือในการรักษาพยาบาลและทำกิจกรรมต่าง ๆ การประเมิน การสังเกตอาการของเด็กป่วยยังช่วยให้บุคลากรพยาบาลรับทราบข้อมูลที่ถูกต้องได้เป็นอย่างดี และช่วยให้เด็กลดความกลัว ความกังวล ความคับข้องใจและความโกรธได้ (Hunsberger, 1989)

3. อายุมากกว่า 6-13 ปี

เป็นวัยแห่งการเตรียมพร้อมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา สามารถปรับตัวให้เข้ากับประสบการณ์ใหม่หรือสิ่งแวดล้อมใหม่ได้อย่างราบรื่น เด็กในวัยนี้จะมีการเรียนรู้เพิ่มขึ้นเนื่องจากเป็นวัยที่เข้าโรงเรียน เด็กจะเริ่มเรียนรู้ในสิ่งที่อยู่ใกล้ตัวก่อนแล้วจึงค่อยเป็นประสบการณ์ไปหาสิ่งแวดล้อมที่อยู่ไกลตัวออกไป สำหรับเด็กที่เริ่มเข้าเรียน จะสามารถเรียนรู้ได้ดี ถ้าทางโรงเรียนได้จัดสิ่งแวดล้อมโดยปล่อยให้เด็กได้มีการเคลื่อนไหว และเข้าร่วมในกิจกรรมอยู่เสมอ ซึ่งจะเป็นการเพิ่มหรือเสริมพัฒนาการทางปัญญาของเด็กเป็นอย่างมาก เนื่องจากเด็กประสบสิ่งต่าง ๆ

เป็นสิ่งที่ช่วยหรือก่อให้เกิดความอยากรู้อยากเห็น อยากทดลอง ค้นคว้า เด็กวัยเรียนนี้วุฒิภาวะทุกด้านกำลังงอกงามเกือบเต็มที่ ทำให้เด็กมีความสามารถเพิ่มขึ้นอีกหลายด้าน เป็นเพราะเด็กได้เรียนรู้กว้างขวางขึ้นในช่วงนี้ ทำให้เด็กสามารถที่จะคิดและแก้ปัญหาต่าง ๆ ด้วยตัวของตัวเอง เมื่อเด็กเจ็บป่วย เด็กจะเกิดความกลัวจากปัญหาการแยกจากครอบครัว ขาดการควบคุมตนเอง กลัวร่างกายบาดเจ็บและกลัวความเจ็บปวด (รุจา ภูไพบูลย์, 2541 ก) เมื่อนำการดูแล โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาปฏิบัติ ทำให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่โรงพยาบาลโดยการจัดสภาพแวดล้อมให้อบอุ่นและปลอดภัย ช่วยปลอบ ให้อ้าใจ อธิบาย และดูแลขณะที่เด็กได้รับความเจ็บปวดขณะทำการรักษาจะช่วยให้เด็กให้ความร่วมมือ ให้ความเวลา และให้ความสนใจในตัวเด็ก ซึ่งจะทำให้เกิด “ความรัก” ความเข้าใจ และครอบครัวสามารถรับรู้ในความต้องการของเด็ก และตอบสนองได้ตามความต้องการของเด็ก (พรศิริ ใจสม, 2536)

ประเภทความเจ็บป่วยกับความต้องการการดูแลและการได้รับการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางของครอบครัว

ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเนื่องจากระยะเวลาที่แตกต่างกัน ความรุนแรงของโรคและความต้องการของผู้ป่วยเด็กย่อมมีความแตกต่างกัน

1. ประเภทวิกฤต

ความเจ็บป่วยวิกฤต หมายถึง ความเจ็บป่วยที่มีอาการหนัก และมีเครื่องมือที่ช่วยในการรักษา เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องให้น้ำเกลือ เครื่องให้ยาหรือนม มีปัญหาของระบบหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งอาการไม่คงที่และคาดได้ว่าจะเกิดอาการรุนแรงได้ทุกขณะ มีอาการบาดเจ็บ หรือยังไม่สามารถวินิจฉัยแยกโรคได้แน่นอน หลังผ่าตัดที่มีอาการแย่ลง ได้รับสารพิษ ยาพิษ และมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (วรรณวิไล จันทราภา, 2537) การอยู่โรงพยาบาลของสมาชิกที่เจ็บป่วยขั้นวิกฤต เป็นความเครียดสำหรับครอบครัวทั้งครอบครัว ประการแรก สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ครอบครัวผู้ป่วยมองเห็น ได้กลิ่น และเสียงที่ได้ยิน ซึ่งเป็นแหล่งของความไม่สุขสบายของครอบครัว การมองเห็นสมาชิกของครอบครัวที่ป่วยหนัก ซึ่งมักจะไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองหรือมีปฏิกิริยาตอบสนองได้น้อย ต้องถูกต่อกับท่อและเครื่องมือต่าง ๆ มากมาย เป็นสิ่งที่ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยตกตะลึง (Hickey, Breu, Cardin, Rudy, & Whittaker, 1993, pp. 91-101) นอกจากนี้ สิ่งที่เป็นความเครียดสำหรับครอบครัวผู้ป่วย คือ ความจริงที่ว่า ครอบครัวผู้ป่วยต้องพึ่งและเชื่อถือแพทย์และพยาบาล ซึ่งเป็นคนแปลกหน้า เพื่อให้การดูแลคนที่เขารัก Gardner and Stewart (1978) กล่าวว่าครอบครัวผู้ป่วยจะมองตัวเองว่าหมดหนทางและไม่มีอำนาจ ไม่สามารถที่จะช่วยสมาชิกที่ป่วยได้ในเวลานี้ ครอบครัวผู้ป่วยจะไว้วางใจในการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยบ่อย ๆ แต่ถ้า

เกิดการสื่อสารที่ไม่ดีระหว่างบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยกับครอบครัวผู้ป่วยก็จะทำให้เกิดความยากลำบาก แก่ครอบครัวผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้

มีผู้ศึกษาถึงความต้องการการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ดังนี้ Molter (1979) ได้ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 40 ราย โดยใช้การสัมภาษณ์ พบว่าความต้องการ 10 อันดับแรกที่ครอบครัวผู้ป่วยให้ความสำคัญมาก คือ ความรู้สึกรู้ว่ามีความหวัง รู้สึกว่าบุคลากรของโรงพยาบาลได้ให้การดูแลผู้ป่วย มีที่พักรอเยี่ยมใกล้หอผู้ป่วย ได้รับแจ้งไปที่บ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ได้ทราบการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย ได้รับการตอบคำถามที่ตรงกับความจริง ได้รับทราบความจริงเกี่ยวกับความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วย ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยวันละครั้ง ได้รับคำอธิบายที่เข้าใจง่าย และได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยบ่อย ๆ Daley (1984) ได้ศึกษาการรับรู้ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต จำนวน 40 คน โดยใช้การสัมภาษณ์ พบว่าความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต เรียงตามลำดับสำคัญ คือ ต้องการลดความวิตกกังวล ต้องการข้อมูล ต้องการอยู่กับผู้ป่วย ต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย และความต้องการส่วนบุคคล จากการศึกษายังพบอีกว่า ญาติรับรู้ว่ายพบาลเป็นผู้ที่สามารถตอบสนองความต้องการส่วนใหญ่ของครอบครัวผู้ป่วยได้

ในประเทศไทยได้มีการศึกษาความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตบ้าง คือ อุไรพร พงศ์พัฒน์วุฒิ (2532) ได้ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยหนักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทางอายุรกรรม และศัลยกรรม โรงพยาบาลแพ่ง จำนวน 60 ราย พบว่า ความต้องการของญาติผู้ป่วยเรียงตามลำดับความสำคัญ คือ ต้องการลดความวิตกกังวล ต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย ต้องการข้อมูล ต้องการกำลังใจ และการระบายความรู้สึก และความต้องการส่วนบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จงกล ศรีวัฒนา (2539) ซึ่งได้ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี จำนวน 65 ราย นอกจากนี้ยังพบอีกว่าญาติผู้ป่วยที่มีบทบาทความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่แตกต่างกัน มีความต้องการไม่แตกต่างกัน และบุคคลที่ญาติระบุว่าตอบสนองความต้องการของญาติมากที่สุด คือ พยาบาล การศึกษาของ Beveridge, Bodnaryk, and Ramachandran (2001) พบว่าในการดูแลของผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดที่เต็มไปด้วยแสงไฟ เสียง และเทคโนโลยี อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการรักษา ทำให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกกลัวและจากการศึกษาของ Scott (1998) พบว่าการศึกษาที่สนับสนุนความต้องการ โดยต้องการ ความสม่ำเสมอ สิทธิพิเศษ ในด้านการให้การยอมรับครอบครัวและการกระทำให้เกิดความสำเร็จในสิ่งที่ครอบครัวต้องการได้

จากการศึกษาทั้งหมดข้างต้นนั้นเมื่อนำการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาใช้พบว่า มีผลดีต่อพัฒนาการของผู้ป่วยเด็กและความต้องการของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็ก สามารถที่จะเกิดการประสานความร่วมมือระหว่างครอบครัวและพยาบาลทำให้

ลดภาวะตึงเครียดจากสถานการณ์ พยาบาลมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อครอบครัวมากขึ้น โดยการให้คำปรึกษา ให้ความรู้และให้การช่วยเหลือครอบครัว

2. ประเภทเจ็บป่วย

ความเจ็บป่วยเฉียบพลัน หมายถึง ความเจ็บป่วยของเด็กที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ภายใน 3-7 วัน (Plitponkarpim, Ruangkanchanasetr, & Thanyajira, 1996) สามารถแบ่งได้เป็น ชนิดที่ไม่รุนแรง (Minor Illness) และชนิดที่รุนแรง (Serious Illness) ความเจ็บป่วยเฉียบพลันชนิดที่ไม่รุนแรงจะรบกวนการทำกิจวัตรประจำวันของเด็ก ทำให้เด็กพักผ่อนได้น้อย รู้สึกไม่สุขสบาย ผู้ปกครองสามารถให้การดูแลรักษาอาการที่เกิดขึ้นที่บ้านได้ (Hunsberger, 1989; Neff & Spray, 1996) อาการเจ็บป่วยเฉียบพลันชนิดที่รุนแรง เป็นความเจ็บป่วยที่อาจคุกคามต่อชีวิตของเด็กจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรพยาบาล (Neff & Spray, 1996) เช่น อุจจาระร่วงเฉียบพลัน ชักจากไข้สูง ปอดอักเสบ ไข้เลือดออก หลอดลมอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อเด็กและครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (รุจา ภูไพบูลย์, 2541 ก) กล่าวคือ ในด้านร่างกายเด็กป่วยได้รับความไม่สุขสบายจากความเจ็บป่วย และได้รับความเจ็บปวดจากการทำหัตถการเพื่อการตรวจวินิจฉัย (Wong & Whaley, 1999) ในด้านจิตใจอารมณ์ กลัวอันตรายจากการบาดเจ็บ และวิตกกังวลต่อสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ในโรงพยาบาลรวมถึงแพทย์และพยาบาลด้วย ในด้านสังคมเด็กป่วยต้องพลัดพรากจากบิดาหรือมารดา พี่น้อง และเพื่อน (London, Wieland, Ball, & Bindler, 2007) ดังนั้นในการดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันจึงจำเป็นต้องการผู้ดูแลที่สามารถตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจอารมณ์ของเด็กป่วยได้ นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องการมีบทบาทในการดูแลเด็กจึงต้องการอยู่เฝ้าและมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล (Power & Franck, 2008)

จากการศึกษาของ จรูญศรี สุวรรณภูมิ (2539) พบว่า ครอบครัวเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน มีความต้องการรับรู้ด้านข้อมูล และพบว่า ความต้องการของครอบครัวจะมีมากขึ้นและแสดงออกมาเมื่อผู้ป่วยเด็กต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนกำหนด โดยเฉพาะความต้องการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการดำเนินของโรค ผลที่จะเกิดขึ้นจากการวางแผนการรักษาที่เด็กจะได้รับ และครอบครัวต้องการให้แพทย์และพยาบาลเปิดเผยอาการและการพยากรณ์โรคของเด็ก การสนับสนุนด้านข้อมูล และอธิบายถึงการรักษาเพิ่มขึ้น รวมทั้งต้องการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกับทีมที่ให้การรักษาและจากการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาล โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความสามารถและความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันของ แสงตะวัน บุญรอด, มณีนรีน ภาณุรูป และยุณี พงศ์จตุรวิทย์ (2553) พบว่ากลุ่มที่ใช้โปรแกรมการพยาบาล โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน

มีความสามารถและความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้โปรแกรมการพยาบาลโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน

ดังนั้นการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมจะมีประโยชน์ต่อเด็กป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการพยาบาล มีประโยชน์ต่อเด็กป่วยคือเด็กได้รับความสะดวกสบาย ส่งผลดีต่อการรักษาของเด็กป่วยช่วยให้หายเร็วขึ้น ช่วยลดความกลัว (วชิราภรณ์ บ่อน้อย, 2551) ซึ่งทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลลดลง (Wheeler, 2005) เด็กป่วยรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และลดความวิตกกังวลจากการที่มีครอบครัวอยู่เฝ้า ประโยชน์ต่อครอบครัว คือ ช่วยลดความวิตกกังวล รู้สึกพอใจที่ได้มีโอกาสดูแลเด็ก รู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ ได้ทำบทบาทหน้าที่ของผู้ปกครองได้เหมาะสม มั่นใจว่าเด็กป่วยจะได้รับความสะดวกสบายและปลอดภัยมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ต่อบุคลากร คือ ครอบครัวเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็กทำให้พยาบาลให้การพยาบาลเด็กป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (Coyne, 1995) นอกจากนี้ยังพบว่า การมีส่วนร่วมทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถเพิ่มขึ้นและระดับความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น กล่าวคือ การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยจะเพิ่มความสามารถของครอบครัวโดยการแลกเปลี่ยนความรู้ และทักษะอย่างต่อเนื่อง (ปรัชญาภรณ์ คอกกุลลาบ, 2549) และเพิ่มการรับรู้สมรรถนะในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลเด็กป่วย (Neill, 1996) เพิ่มความสามารถในการช่วยเหลือเด็กป่วย เมื่อเด็กป่วยแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นผลจากความเครียดของเด็กป่วยที่เกิดขึ้นขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเมื่อครอบครัวได้รับการตอบสนองตามความต้องการทั้งร่างกายและจิตใจตามความต้องการหรือเกินความคาดหวัง จะทำให้ครอบครัวมีความพึงพอใจที่ได้รับหรือยินดีที่ได้รับในการให้บริการ

การพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมกับเด็กป่วยมากขึ้น อีกทั้งช่วยให้ครอบครัวสามารถคงบทบาทได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ให้เกียรติซึ่งกันและกัน และเคารพในสิทธิของครอบครัว เมื่อครอบครัวได้รับการบริการที่ตอบสนองความต้องการของครอบครัวและเด็กป่วยเฉียบพลันได้อย่างเหมาะสมจะส่งผลให้ครอบครัวมีความพึงพอใจในการให้บริการของพยาบาลด้วย

3. ประเภทเรื้อรัง

ความเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง ภาวะสุขภาพที่ร่างกายมีความบกพร่องหรือเบี่ยงเบนไปจากปกติ เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายด้วยวิธีการต่าง ๆ ในระยะเวลาอันสั้นได้ระยะการเจ็บป่วยเกิน 7 วัน มารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 4 ครั้งในเวลา 1 เดือน (Plitponkarpim, Ruangkanhasetr, & Thanyajira, 1999) และมีระยะเวลาการดำเนินการของโรคนาน มีอาการมากขึ้นเรื่อย ๆ อาจถึงแก่ชีวิตได้หรือมีชีวิตรอยู่ได้นาน

และระยะการเจ็บป่วยหรือระยะเวลาการรักษาต้องนานติดต่อกันมากกว่า 3 เดือนใน 1 ปี หรือมีระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องมากกว่า 1 เดือน ใน 1 ปี (Neff & Spray, 1996) ซึ่งลักษณะของโรคอาจมีอาการดีขึ้น เลวลงหรือเสียชีวิตในที่สุด หรือการเจ็บป่วยนั้นก่อให้เกิดพยาธิสภาพถาวร หรือหลงเหลือความพิการไว้ อาการของโรคมักเสื่อมลง มีการกลับเป็นซ้ำ หรืออาการหายไป แล้วรุนแรงขึ้นมาเป็นช่วง ๆ ซึ่งต้องการคำแนะนำ ความช่วยเหลือและการดูแลระยะยาว อาจตลอดชีวิตของผู้ป่วย ความเจ็บป่วยเรื้อรังจำแนกตามความรุนแรง ของความเจ็บป่วยในเด็ก (Neff & Spray, 1996) แบ่งได้เป็น ความเจ็บป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต เช่น โรคมะเร็ง โรคไต โรคหัวใจ แต่กำเนิด เป็นต้น ความเจ็บป่วยที่ไม่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต เช่น โรคเบาหวาน โรคหอบหืด กลุ่มอาการดาวน์ เป็นต้น

การเจ็บป่วยเรื้อรังจึงมีผลกระทบทำให้พัฒนาการของบุคลิกภาพไม่สมบูรณ์นัก เด็กจะมีลักษณะไม่เป็นตัวของตัวเอง ขี้กังวล แยกตัวเอง หงอยเหงาม ต้องการความสนใจจากผู้ใกล้ชิด ในทางตรงกันข้าม เด็กบางคนอาจมีลักษณะก้าวร้าว ไม่ยอมรับว่าตนเองกำลังเจ็บป่วย แสดงอาการขัดขืน ปฏิเสธการรักษา ในด้านภาพพจน์ของตัวเอง เด็กเหล่านี้จะมีความรู้สึกและคิดว่าตนเองด้อยกว่าคนอื่น แปลกกว่าคนอื่น บางครั้งไม่สามารถทำกิจกรรมเหมือนกับเพื่อน ๆ ได้ จึงทำให้กลายเป็นเด็กมีปมด้อย ไม่อยากพบหน้าเพื่อนฝูง และต่อไปก็จะปรับตัวเข้ากับสังคมได้ยาก การเจ็บป่วยเรื้อรังยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้ง โดยตรงและโดยอ้อม คือ ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงหลาย ๆ ด้านในครอบครัว ผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งในด้านชีวิตประจำวัน สังคม อาชีพ ความสัมพันธ์ระหว่าง สมาชิก-ภรรยา หรือแม้แต่ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กป่วย กับพี่น้องด้วยกันเอง ทำให้สมาชิกทุกคน ในครอบครัวต้องพยายามปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม

จากการศึกษาพบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ดังเช่น โรคมะเร็ง เด็กต้องเข้ารับการรักษานานเป็นเวลานาน มีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและการเงินของครอบครัว ทำให้มีความต้องการด้านการเงินเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษา ค่ายา ค่าอนชา้งแพงและต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านอื่น ๆ ที่ไม่ใช่การรักษา เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าโทรศัพท์ (Birembaum, & Clarke-Steffen, 1992) ตลอดจนมีเวลาการทำงานลดลงเพราะผู้ปกครองต้องใช้เวลาในการดูแลเด็กที่ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งมีผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัว เช่น ทำให้ต้องขาดงานบ่อย ต้องลดชั่วโมงการทำงานลงทำให้ขาดรายได้ (Susan & Sandra, 1988 อ้างถึงใน จรูญศรี สุวรรณภู, 2539) ทำให้เกิดความรู้สึกว่าปัญหาด้านการเงินเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความกดดัน (Decker & Young, 1991) รวมทั้งต้องการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกับทีมที่ให้การรักษา ซึ่งการได้รับข้อมูลจะเป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจ ช่วยเพิ่มอำนาจในการตัดสินใจ (Butler-Simon & Smith, 1992; Cohen, 1993; Jerrett, 1994; Jerrett & Costello, 1996 อ้างถึงใน ปราณี จินต์สุภาวงศ์,

2547) และจากผลการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของมารดาเด็กโรคเรื้อรัง พบว่า มารดาร้อยละ 74 ไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับบุตร มารดาต้องการได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ และการที่มารดาจะดูแลบุตรป่วยได้ มารดาต้องการข้อมูลเกี่ยวกับอาการของบุตร ได้รับรู้และได้รับการอธิบายเกี่ยวกับลักษณะของโรคและความเจ็บป่วย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม จิตใจ และแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป (Hymovich & Backer, 1985 อ้างถึงใน ปราณี จินต์สุภาวงศ์, 2547)

โรงพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ ครอบครัวมีส่วนในการช่วยเหลือทีมสุขภาพ เป็นการสร้างพลังอำนาจในการช่วยเหลือ จัดการและ นำมาซึ่งการฟื้นฟูคนไข้ให้กลับบ้านได้เร็วยิ่งขึ้นและลดการมาอนโรงพยาบาลในระยะเวลาที่สั้น จะยืเวลาการกลับมาป่วยด้วยโรคเดิมออกไปและในรายที่อาการทรุดก็สามารทำให้ครอบครัว ปรับตัวและยอมรับกับการสูญเสียที่จะตามมาได้

สรุปความต้องการการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางของครอบครัวผู้ป่วยเด็ก ควรตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัว ซึ่งเป็นสิ่งที่ใกล้ชิดกับการดำรงชีวิตของเด็ก ระบบ บริการและบุคลากรจำเป็นต้องสนับสนุน เคารพ กระตุ้นและส่งเสริมความเข้มแข็งและศักยภาพ ของครอบครัวตลอดจนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการช่วยเหลือ ครอบครัว โดยเน้นความเป็น หุ่นส่วนในประ โยชนที่จะได้รับร่วมกันระหว่างบุคลากรของโรงพยาบาล ผู้ป่วยเด็กและครอบครัว การดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ผู้วิจัยใช้ คือ แนวคิดของ Sheton and Stepanek (1995) ซึ่งระบบบริการและการสนับสนุนจะต้องยืดหยุ่นเข้าถึงและมีความครอบคลุม ถึงความต้องการของครอบครัวที่มีความแตกต่างกันตามวัยของผู้ป่วยเด็กในที่นี้ คือ อายุแรกเกิดถึง 2 ปี อายุ 2-6 ปี และอายุมากกว่า 6-13 ปี ซึ่งจะเห็นได้ว่าวัยของผู้ป่วยเด็กที่ต่างกัน ความต้องการ ในการได้รับการดูแลจากครอบครัวย่อมมีความแตกต่างกันจะเห็นได้ว่าอายุของบุตรเป็นปัจจัย อันหนึ่งที่ทำให้ความต้องการของมารดาแตกต่างกัน ในเด็กที่มีอายุน้อยโดยเฉพาะอายุแรกเกิดถึง 2 ปี ต้องอาศัยการดูแลจากครอบครัวหรือบุคคลอื่นมากกว่าเด็กอายุมากกว่า 2-6 ปี และอายุมากกว่า 6-13 ปี เพราะว่าเด็กสามารถดูแลตนเองได้บ้างและประเภทของความเจ็บป่วยวิกฤตเฉียบพลัน และ ความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความรุนแรงและการดูแลของโรคต่างกัน ดังนั้น ความต้องการการดูแล โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางของครอบครัวผู้ป่วยเด็กจึงมีความแตกต่างกัน