

การรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล
ของบุคลากรทางสุขภาพ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล
ของบุคลากรทางสุขภาพ

.....
นางสาวนพร แสงเนตรสว่าง

ผู้วิจัย

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชื่นฤดี กองศักดิ์ตระกูล

พย.ค.
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จริยา วิทยะสุกร

.....
พย.ค.
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
รองศาสตราจารย์ นพ. ประชา นันทน์อุทิศ

พ.บ.
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
รองศาสตราจารย์ นพ. ประชา นันทน์อุทิศ

พ.บ.
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธุ์ภักดี

.....
พย.ค.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

.....
Ph.D.
รักษาราชการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล

ของบุคลากรทางสุขภาพ

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก

วันที่ 3 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2551

นางสาวนพร แสงเนตรสว่าง

ผู้วิจัย

ดร. วรรณภา ประไพพานิช

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จริยา วิฑะสุกร

พย.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ นพ. ประชา นันทน์ถนอมิต

พ.บ.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ นพ. รัชตะ รัชตะนาวิน

พ.บ.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จริยา วิฑะสุกร

พย.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ดร. ทศนีย์ อรรถารส

พย.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์

Ph.D.

รักษาราชการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผศ. ดร. ชื่นฤดี คงตระกูลศักดิ์, ผศ. ดร. จริยา วิทยะสุกร และอ. ดร. วรณภา ประไพพานิช ที่ได้ให้ความกรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ ให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และให้การสนับสนุนแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณอ. ดร. ทศนีย์ อรรถารส ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทยที่อนุญาตให้นำเครื่องมือไปใช้ ขอกราบขอบพระคุณคณบดี หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลกุมารฯ หัวหน้าหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามารับดี ที่กรุณาอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในการทำวิจัย ขอกราบขอบพระคุณรศ. นพ. ประชา นันทน์ธมิต ที่ให้คำปรึกษาตลอดจนช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ได้มีส่วนช่วยให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบคุณผศ. ดร. สุภาพ อารีเอื้อ ที่ได้ให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด และขอขอบคุณคุณชุติมา เลิศกวีพร คุณสุปราณี สุขสายญาติ คุณอัมพร ฤกษ์แก้ว รุ่งเรือง ที่ช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย ขอขอบคุณพี่น้องในหอผู้ป่วยเด็ก 4 ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการขึ้นเวร และขอขอบพระคุณผู้ที่มีส่วนช่วยเหลือในการวิจัยครั้งนี้อีกหลายท่านที่ผู้วิจัยไม่สามารถกล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ได้หมด

ท้ายสุดในส่วนความดีของวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอบแต่ คุณพ่อ คุณแม่ พี่ น้อง และหลานๆ ในครอบครัว ที่คอยให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และนำสิ่งที่ดีงามให้แก่ชีวิตผู้วิจัยเสมอมา

นภาพร แสงเนตรสว่าง

การรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ
(PERCEPTION AND PRACTICE OF FAMILY-CENTERED CARE IN HEALTH
CARE PROFESSIONS)

นวพร แสงเนตรสว่าง 4536542 RAPN/M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, พย.ค., จริยา วิริยะสุกร, พย.ค.,
ประชา นันทน์ภูมิ, พ.บ.

บทคัดย่อ

การดูแลเด็กโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปแล้วว่ามีสำคัญในการพยาบาลเด็ก ซึ่งการที่จะปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางให้มีประสิทธิภาพได้นั้น บุคลากรทางสุขภาพจะต้องมีการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่ถูกต้องและชัดเจน การศึกษานี้มี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ อายุ จำนวนปีในการทำงาน ตำแหน่ง และประเภทของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามารับดี จำนวน 198 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้และการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล จำนวน 45 ข้อ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและสถิติ Eta

ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรทางสุขภาพมีระดับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลอยู่ในระดับสูง มีระดับการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลอยู่ในระดับ ปานกลาง และการรับรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.41, p < .01$) นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยด้านอายุ จำนวนปีในการทำงานและตำแหน่ง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.147, p < 0.05$; $r = 0.157, p < 0.05$; $\text{Eta} = 0.35, p < 0.05$) ส่วนประเภทของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า อายุ จำนวนปีในการทำงานและตำแหน่ง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล ดังนั้นในการที่จะเพิ่มระดับของการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพให้สูงขึ้นจึงควรคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้

คำสำคัญ : การรับรู้/ การดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง / การปฏิบัติ/พยาบาล / ผู้ป่วยเด็ก

100 หน้า

PERCEPTION AND PRACTICE OF FAMILY-CENTERED CARE IN HEALTH CARE PROFESSIONS.

NAWAPORN SANGNATESAWANG 4536542 RAPN/M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORS : CHAUNRUEDEE KONGSAKTRAKUL, Ph.D. (NURSING)., JARIYA WITTAYASOOPORN, D.N.S., PRACHA NUNTNARUMIT, M.D.

ABSTRACT

Family-centered care is widely accepted as an important concept within the delivery of care for pediatric patients. For effective implementation, health care professionals need to correctly perceive and understand this concept. The aim of this survey study has therefore been to examine perception and practice of family-centered care in health care professionals, and to investigate the relationship between selected factors (age, number of years working in the profession, working position, and type of pediatric wards) and perception of family-centered care. A total of 198 health care professionals working in pediatric wards at Ramathibodi Hospital, who were professional nurses, practical nurses, administrative nurses, and educational nurses, were recruited for the study. The study used the Perception and Practice of Family-Centered Care Questionnaire consisting of 45 questions from the Likert scale. Data were analyzed by using Pearson's correlation coefficients and Eta.

Results indicate that health care professionals have had a high level of perception and moderate level of practice of family-centered care. Moreover, a statistically positive relationship was illustrated between the perception and the practice of family-centered care ($r = 0.41$, $p < 0.01$). Additionally, a positive relationship was also noted between age and perception of family-centered care ($r = 0.147$, $p < .05$), the number of years working in the profession and perception of family-centered care ($r = 0.157$, $p < .05$), and the working position and perception of family-centered care ($\text{Eta} = 0.35$, $p < .05$). On the other hand, the type of pediatric wards had a correlation with the perception of family-centered care, but it was not statically significant.

Since the results suggest that age, the number of years working in the profession, and the working position were correlated with perception of family-centered care, any intervention to increase perception of family-centered care should focus on these factors.

KEY WORDS: PERCEPTION / FAMILY-CENTERED CARE / PRACTICE/
NURSE / PEDIATRIC

100 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญรูปภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2. กรอบแนวคิด	3
1.3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
1.4. สมมติฐานของการวิจัย	6
1.5. ขอบเขตของการวิจัย	6
1.6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา	6
1.7. นิยามตัวแปร	7
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	9
2.1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	9
2.1.1. ครอบครัวยุทธศาสตร์กลางของการดูแล	9
2.1.2. การรับรู้	18
2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	19
2.2.1. งานวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล	19
2.2.2. งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวยุทธศาสตร์กลางของการดูแล	24
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	27
3.1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	27
3.2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	27

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.3. การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย	30
3.4. การเก็บรวบรวมข้อมูล	30
3.5. การวิเคราะห์ข้อมูล	31
บทที่ 4 ผลการวิจัย	33
4.1. ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรทางสุขภาพ	34
4.2. ส่วนที่ 2 การรับรู้โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของ บุคลากรทางสุขภาพ	35
4.3. ส่วนที่ 3 การปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของ บุคลากรทางสุขภาพ	36
4.4. ส่วนที่ 4 ผลการทดสอบสมมติฐาน	38
บทที่ 5 การอภิปรายผล	39
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	44
6.1. สรุปผลการวิจัย	45
6.2. ข้อจำกัดในการทำวิจัย	46
6.3. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้	47
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	48
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	65
บรรณานุกรม	83
ภาคผนวก	89
ประวัติผู้วิจัย	100

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	34
2. คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล จำแนกตามรายด้านขององค์ประกอบ	35
3. คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล จำแนกตามรายด้านขององค์ประกอบ	36
4. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาที่ทำงานในหอผู้ป่วย ตำแหน่งและประเภทของหอผู้ป่วยกับการรับรู้โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล	38

สารบัญภาพประกอบ

ภาพ	หน้า
1. กรอบแนวคิดของการวิจัย	5
2. กระบวนการรับรู้ของ Schermerhorn, Hunt and Osborn	18



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เมื่อเด็กอยู่โรงพยาบาล เด็กต้องเผชิญกับความไม่สบายต่างๆ ต้องอยู่กับบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ และที่สำคัญคือต้องแยกจากครอบครัวที่เด็กรัก คู่แข่ง และไว้วางใจ ทำให้เกิดผลกระทบทางลบต่อสุขภาพ อารมณ์และพฤติกรรมของเด็ก เช่น เกิดความเครียดวิตกกังวลจากการแยกจาก กลัว ซึมเศร้า พฤติกรรมถดถอย นอนยาก สูญเสียการควบคุมตัวเองและมีพฤติกรรมก้าวร้าว (Coyne, 1996; Morse & Pooler, 2002; Sheldon, 1997; Wolf & Visintainer, 1975 อ้างใน Letourneau & Elliott, 1996; Wong, 2005; Young, 1992) นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีความเครียด วิตกกังวล และสับสนในบทบาทที่เปลี่ยนไป (Bruce & Ritchie, 1997; Noyes, 1999) ดังนั้นเมื่อเด็กป่วยจึงไม่ควรแยกเด็กออกจากครอบครัว การดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจึงควรเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเพราะครอบครัวมีบทบาทและมีอิทธิพลเป็นอย่างมากต่อการตอบสนองความต้องการของเด็กป่วยทั้งทางด้านร่างกาย การประคับประคองอารมณ์ และการกระตุ้นสติปัญญา เพื่อให้เด็กมีชีวิตรอด มีสุขภาพแข็งแรง มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย ตลอดจนสามารถปรับตัวกับการเจ็บป่วยและดำเนินชีวิตได้อย่างผาสุก (ลำยอง รัตติมาลา, 2541) ดังนั้นจึงควรให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลเด็ก

ครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลเด็กเป็นรูปแบบของการจัดการดูแลที่ให้การยอมรับครอบครัว และสนับสนุนส่งเสริมครอบครัวในการดูแลเด็ก (Letourneau & Elliott, 1996) ซึ่งประกอบด้วย การยอมรับว่าครอบครัวคือหน่วยคงที่ของเด็ก ส่วนระบบการบริการและการสนับสนุนช่วยเหลือมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีความเสมอภาคเท่าเทียมในการดูแลร่วมกันระหว่างครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพ การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพต้องครบถ้วนและไม่มีอคติ มีการยอมรับและเคารพในความแตกต่างทางวัฒนธรรม ศักยภาพ และความเป็นปัจเจกบุคคลของครอบครัว รวมทั้งยอมรับในความแตกต่างของวิธีเผชิญความเครียดในแต่ละครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพให้การสนับสนุนแต่ละครอบครัวให้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และมีการสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกัน นอกจากนั้นการจัดระบบ

บริการและการสนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวควรมีความยืดหยุ่น เข้าถึงได้ง่าย และตอบสนองความต้องการของครอบครัว รวมทั้งยอมรับครอบครัวในฐานะครอบครัว เด็กในฐานะเด็ก โดยตระหนักถึงศักยภาพ ความกังวลห่วงใย การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และสิ่งที่ครอบครัวต้องการ (Shelton, Jeppson, & Johnson, 1987) นอกจากนั้นยังมีการกำหนดนโยบาย และแผนที่เหมาะสม ครอบคลุม เข้าใจง่าย และคำนึงถึงภาวะจิตใจของบุคลากร โดยตอบสนองตรงต่อความต้องการของบุคลากร (Izaak Walton Killam Hospital for Children, 1992 อ้างใน Bruce & Rirchie, 1997)

แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลเป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลาย (Ahmann & Johnson, 2000) และกลายเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญในศตวรรษที่ 21 (Smith, Coleman & Bradshaw, 2002) การนำแนวคิดนี้ไปใช้ในการปฏิบัติจึงก่อให้เกิดประโยชน์ต่อเด็ก ครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพหลายประการ เช่น ช่วยกำหนดบทบาทและเพิ่มสัมพันธภาพที่ดีระหว่างครอบครัวของเด็กป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้มีการสร้างบรรยากาศที่ดีในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางสุขภาพ (McCullum & Yates, 1994) ทำให้เด็กที่ได้รับการผ่าตัดมีการฟื้นหายเร็วขึ้น (Shelton & Stepanek, 1994; Skipper, Leonard, & Rhymes, 1968 อ้างใน Letourneau & Elliott, 1996; Wolfer & Visintainer, 1975) ทำให้การกลับมาโรงพยาบาลซ้ำของเด็กป่วยลดลง (Aitkenhead, 2001; Weinstein, Faust, McKee & Padman, 1992) บุคลากรมีความเครียดลดลง และมีความพึงพอใจในการดูแล (Ecenroad & Zwelling, 2000; Galvin, et al., 2000; LaRosa-Nash & Murphy, 1997; Van Riper, 2001) และยังช่วยให้บุคลากรมีการเรียนรู้และมีทักษะในการดูแลเด็กป่วยเพิ่มขึ้น (ทัศนีย์ อรรถารส, 2546; Caro & Derevensky, 1991)

การที่จะปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลให้มีประสิทธิภาพได้นั้น จำเป็นจะต้องทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติ ตามแนวคิดของเซอร์เมอร์ฮอร์น อันท์และออสบอร์น (Schermerhorn, Hunt and Osborn, 2005) การที่เราทราบถึงการรับรู้ของบุคคลจะเป็นพื้นฐานที่ทำให้เราเข้าใจพฤติกรรมของบุคคล เนื่องจากบุคคลจะปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมตามการรับรู้ ดังนั้นการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล จึงเป็นตัวกำหนดการปฏิบัติของบุคลากรทางสุขภาพ ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้พบว่า การรับรู้ที่ถูกต้องของพยาบาลเกี่ยวกับความต้องการของครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล (DePompei, Whitford & Beam, 1994) นอกจากนั้นยังพบว่า บุคลากรทางสุขภาพที่มีอายุ ตำแหน่งในการทำงาน จำนวนปีในการทำงานและประเภทของผู้ป่วยที่แตกต่างกันจะมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน (Bailey, Simeonsson, Yoder & Huntington, 1990; Bruce,

Letourneau, Ritchie, Larocque, Dennis & Elliott, 2002; Bruce & Ritchie, 1997; Cochrane, Farley, & Wilhelm, 1990; Eckle & MacLean, 2001; Letourneau & Elliott, 1996; Petersen, Cohen, & Parsons, 2004) แต่การศึกษาเหล่านี้เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ผลของการศึกษายังมีข้อจำกัดในการอ้างอิงกับประชากรไทย ซึ่งมีความแตกต่างทางด้านสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อและระบบบริการสุขภาพ ในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลค่อนข้างน้อย การศึกษาที่พบเป็นการเปรียบเทียบระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติของพยาบาล (ทัศนีย์ อรรถารส, 2549) ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลที่ครอบคลุมไปถึงผู้ช่วยพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยเช่นกัน ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของบุคลากรทางสุขภาพโดยเฉพาะอายุ จำนวนปีในการทำงาน ตำแหน่ง และประเภทหอผู้ป่วยยังมีผลการศึกษาที่แตกต่างกัน (ทัศนีย์ อรรถารส, 2549; Bailey, Simeonsson, Yoder & Huntington, 1990; Bruce, Letourneau, Ritchie, Larocque, Dennis & Elliott, 2002; Bruce & Ritchie, 1997; Cochrane, Farley & Wilhelm, 1990; Eckle & MacLean, 2001; Letourneau & Elliott, 1996; Petersen, Cohen, & Parsons, 2004) จึงควรมีการศึกษาซ้ำ

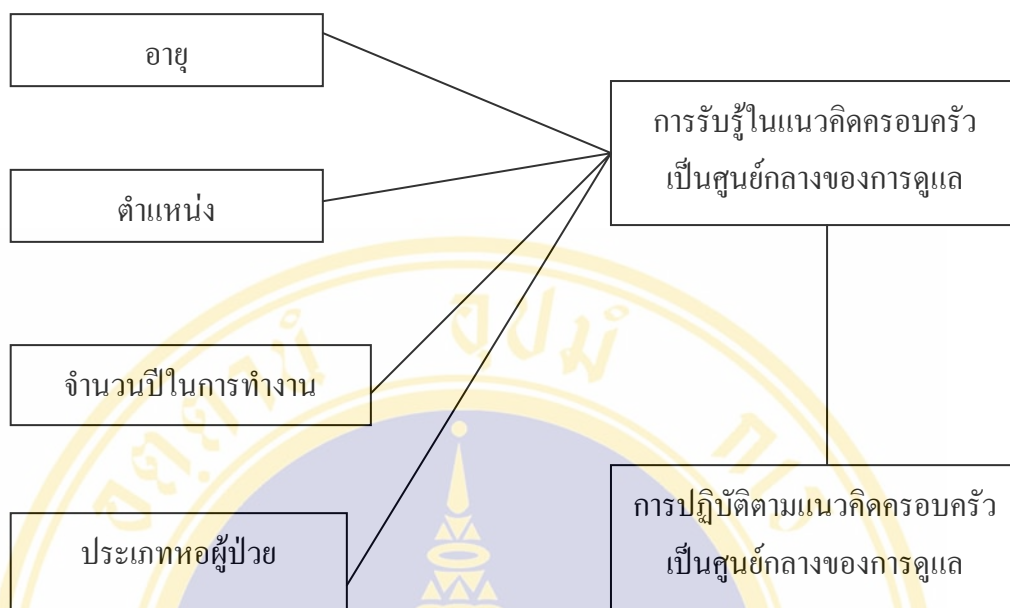
สำหรับโรงพยาบาลรามาริบัติ ได้มีการนำเอาแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมาใช้ในการดูแลเด็กป่วยตั้งแต่ พ.ศ. 2541 แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคลากรทางสุขภาพในโรงพยาบาลรามาริบัติ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของบุคลากรทางสุขภาพในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเด็ก ครอบครัว และบุคลากรต่อไป

กรอบแนวคิด

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการรับรู้ของเชอร์เมอร์ฮอร์น ฮันท์และออสบอร์น (Schermerhorn, Hunt and Osborn, 2005) ซึ่งกล่าวถึงพฤติกรรมของบุคคลว่าเกิดจากการรับรู้ ดังนั้นเมื่อบุคลากรทางสุขภาพได้รับข้อมูล ซึ่งในที่นี้หมายถึงแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลจากการเรียน การจัดอบรมหรือจากนโยบายของภาควิชาพยาบาลศาสตร์ ก็จะเกิดกระบวนการรับรู้ ซึ่งเป็นกระบวนการทางจิตวิทยาเบื้องต้นในการตีความ และแปลข้อมูลเกี่ยวกับแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล เพื่อแปลงเป็นการปฏิบัติตามแนวคิด

กรอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล ดังนั้นการที่บุคลากรทางสุขภาพจะปฏิบัติการดูแลได้ตรงตามแนวคิดกรอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลได้นั้น การรับรู้ต้องดี มีความถูกต้องและชัดเจน

ตามแนวคิดของเชอร์เมอร์ฮอร์น ฮันท์ และออสบอร์น (Schermerhorn, Hunt and Osborn, 2005) ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ ได้แก่ คุณสมบัติของผู้รับรู้ (The Perceiver) ลักษณะขององค์กรหรือหน่วยงาน (The Setting) และลักษณะพื้นฐานของผู้รับรู้ (The Persieved) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า อายุซึ่งเป็นลักษณะพื้นฐานของผู้รับรู้ จำนวนปีในการทำงานและตำแหน่งจัดเป็นคุณสมบัติของผู้รับรู้ และประเภทหอผู้ป่วยซึ่งเป็นปัจจัยด้านหน่วยงาน เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลแต่ละคนมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน (Bruce & Ritchie, 1997; Gill, 1994; Letourneau & Elliott, 1996) เนื่องจากบุคลากรทางสุขภาพที่มีอายุมากจะมีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้นและมีโอกาสในการรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ มากขึ้นทำให้มีการรับรู้ที่ดีขึ้น ส่วนบุคลากรทางสุขภาพที่มีระยะเวลาในการทำงานมากจะมีประสบการณ์และโอกาสในการรับรู้เกี่ยวกับแนวคิดกรอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมากขึ้น จึงทำให้มีการรับรู้ที่ดีขึ้น สำหรับปัจจัยทางด้านตำแหน่ง บุคลากรทางสุขภาพที่มีตำแหน่งสูงกว่าจะมีโอกาสในการหาความรู้ การเข้าถึงแหล่งความรู้ และมีโอกาสรับทราบนโยบายต่าง ๆ มากกว่า ทำให้มีการรับรู้ที่ดีกว่า นอกจากนี้การที่บุคลากรทางสุขภาพปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ซึ่งมีนโยบายปลีกย่อยของแต่ละหอผู้ป่วยที่ไม่เหมือนกัน เช่น บางหอผู้ป่วยให้มารดานอนค้างในโรงพยาบาลเพื่อดูแลบุตรของตนได้ แต่บางหอผู้ป่วยให้บิดามารดาเข้าเยี่ยมตามเวลาเท่านั้น หรือบางหอผู้ป่วยเป็นหอผู้ป่วยวิกฤติหรือหน่วยบำบัดพิเศษที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลอย่างเร่งด่วน เฉพาะเจาะจง หรือใช้เครื่องมือที่มีเทคโนโลยีขั้นสูง ทำให้การปฏิบัติการดูแลเด็กป่วยโดยมีกรอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลในแต่ละหอผู้ป่วยแตกต่างกันออกไป โดยมีความสัมพันธ์ของตัวแปรดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ที่ศึกษา

คำถามการวิจัย

1. บุคลากรทางสุขภาพในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามารับดี มีการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลอย่างไร
2. บุคลากรทางสุขภาพในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามารับดี มีการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลเป็นอย่างไร
3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามารับดี เป็นอย่างไร
4. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ตำแหน่ง จำนวนปีในการทำงาน และประเภทหอผู้ป่วยกับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามารับดี เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาถึง

1. การรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ ในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามารับดี
2. การปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามารับดี

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามาริบัติ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ตำแหน่ง จำนวนปีในการทำงานในหอผู้ป่วยเด็กและประเภทหอผู้ป่วย กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามาริบัติ

สมมติฐานของการวิจัย

1. การรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ

2. อายุ ตำแหน่ง จำนวนปีในการทำงานในหอผู้ป่วยเด็ก และประเภทหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามาริบัติ ตั้งแต่ 27 กรกฎาคม – 31 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2550 จำนวนทั้งหมด 198 ราย โดยใช้แบบสอบถามการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family - Centered Care Questionnaire – Revised – FCCQ - R) ของบุรุษ (1993 อ้างใน Bruce & Ritchie, 1997) ที่ผ่านการแปลเป็นภาษาไทยและแปลกลับ (back translation) ของทัศนีย์ อรรถารส (2549)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติของบุคลากรในการจัดการดูแลตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล

2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางนโยบายสำหรับการพัฒนางานด้านบริการ

3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล

คำจำกัดความ

การรับรู้ หมายถึง การที่บุคลากรทางสุขภาพรับข้อมูลเกี่ยวกับแนวคิดครอบครัว เป็นศูนย์กลางของการดูแล แล้วนำมาประมวล แปลความหมายเป็นความรู้ความเข้าใจ วัดโดยใช้แบบวัดการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family – Centered Care Questionnaires - Revised – FCCQ - R) ของบรูซ (Bruce, 1993 อ้างใน Bruce & Ritchie, 1997) ฉบับภาษาไทยของทัศนีย์ อรรถารส (2549) ที่ผ่านการแปลเป็นภาษาไทยและแปลกลับ (back translation) คะแนนมากหมายถึง มีการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมาก ในทางตรงกันข้ามคะแนนน้อยหมายถึง มีการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลน้อย

การปฏิบัติ หมายถึง การที่บุคลากรทางสุขภาพสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามองค์ประกอบของแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลทั้งหมด 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) มีการยอมรับว่าครอบครัวคือหน่วยคงที่ของเด็ก ส่วนระบบบริการ และการสนับสนุนช่วยเหลือมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา 2) ครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพ มีความเสมอภาคเท่าเทียมในการดูแลร่วมกัน 3) การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพต้องครบถ้วนและไม่มีอคติ 4) มีการยอมรับและเคารพในความแตกต่างทางวัฒนธรรม ศักยภาพ และความเป็นปัจเจกบุคคลของครอบครัว 5) ยอมรับในความแตกต่างของวิธีการเผชิญความเครียดในแต่ละครอบครัว 6) สนับสนุนการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างครอบครัวและสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกัน 7) มีการจัดระบบบริการและสนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวให้มีความยืดหยุ่นเข้าถึงได้ง่าย และตอบสนองความต้องการของครอบครัว 8) ยอมรับครอบครัวในฐานะครอบครัวเด็กในฐานะเด็ก โดยตระหนักถึงศักยภาพ ความกังวลห่วงใย การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และสิ่งที่ครอบครัวต้องการ 9) มีการกำหนดนโยบายและแผนที่เหมาะสม ครอบคลุม เข้าใจง่ายและคำนึงถึงภาวะจิตใจของบุคลากร โดยตอบสนองตรงต่อความต้องการของบุคลากร วัดโดยใช้แบบวัดการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family – Centered Care Questionnaires - Revised – FCCQ - R) ของบรูซ (Bruce, 1993 อ้างใน Bruce & Ritchie, 1997) ฉบับภาษาไทยที่ผ่านการแปลและแปลกลับ (back translation) ของทัศนีย์ อรรถารส (2549) คะแนนมากหมายถึงมีการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมาก ในทางตรงกันข้ามคะแนนน้อย หมายถึงมีการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลน้อย

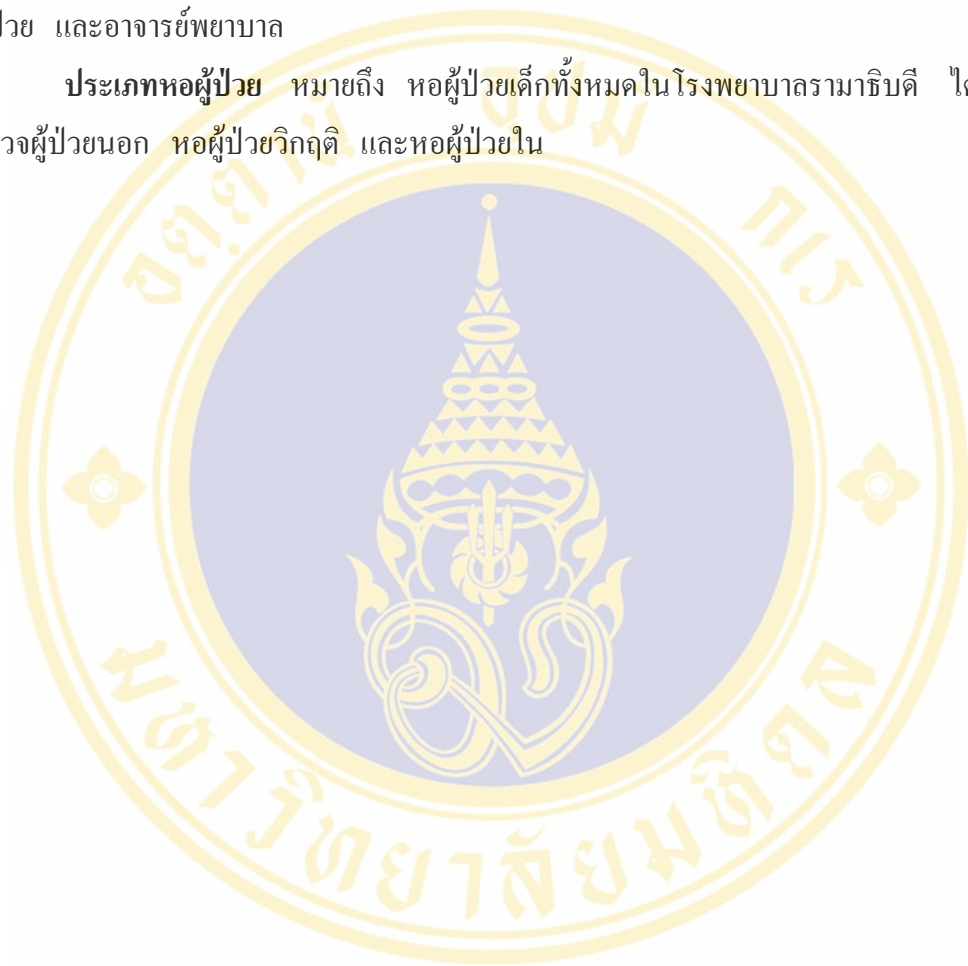
บุคลากรทางสุขภาพ หมายถึง พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามารับดี

อายุ หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน มีจำนวนเป็นปี โดยใช้ พ.ศ. ที่เกิดลบด้วย พ.ศ. ปัจจุบัน

จำนวนปีในการทำงาน หมายถึง ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยเด็ก มีระยะเวลาเป็นจำนวนปี ถ้ามีเศษเป็นจำนวนเดือนน้อยกว่า 6 เดือนให้ตัดทิ้ง และถ้าเศษจำนวนเดือนมีตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปให้ปัดขึ้นเป็น 1 ปี

ตำแหน่ง หมายถึง บทบาทในการทำงาน ได้แก่ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และอาจารย์พยาบาล

ประเภทหอผู้ป่วย หมายถึง หอผู้ป่วยเด็กทั้งหมดในโรงพยาบาลรามาธิบดี ได้แก่ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยวิกฤติ และหอผู้ป่วยใน



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาด้านการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล ซึ่งการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดหัวข้อตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล

ส่วนที่ 2 แนวคิดการรับรู้

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล

ส่วนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้

แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล

วิวัฒนาการของแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล

ในอดีตเมื่อเด็กเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บิดามารดามักจะต้องพบกับกฎระเบียบการเข้าเยี่ยมที่เข้มงวดของโรงพยาบาล ทำให้บิดามารดาและบุตรไม่ได้พบกันเป็นช่วงระยะเวลาหนึ่ง จนกระทั่งหลังปี ค.ศ. 1950 มีผลการวิจัยของบาวบี (Bowby) และคณะที่แสดงถึงอิทธิพลของการแยกเด็กจากบิดามารดา ซึ่งรวมถึงการแยกจากขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อภาวะอารมณ์และการพัฒนาของเด็ (จริยา วิริยะสุกร, 2547) และจากรายงานของ The British Ministry of Health (1946, 1959 อ้างใน Paliadelis, Cruickshank, Wainohu, Winskill & Stevens, 2005) กล่าวว่า เด็กป่วยที่นอนโรงพยาบาล มีความต้องการการส่งเสริมทางด้านอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด รวมทั้งต้องการให้บิดามารดาเข้าเยี่ยมบ่อยๆ จึงทำให้มีการรณรงค์อย่างจริงจังเป็นครั้งแรก โดยอนุญาตให้มารดานอนค้างกับบุตรที่ป่วยในโรงพยาบาลได้ หลังจากนั้นไม่นาน ก็มีการศึกษาที่คล้ายๆ กันในแคนาดาและอเมริกาเหนือ เกี่ยวกับการพยาบาลและนโยบายที่ตระหนักถึงผลดีของการให้สมาชิกในครอบครัวนอนค้างกับเด็กป่วยในโรงพยาบาล (Poster & Betz, 1963 อ้างใน Paliadelis, Cruickshank, Wainohu, Winskill & Stevens, 2005) นอกจากนี้มีหลายการศึกษาที่พบว่า การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้เกิดผลกระทบที่ร้ายแรงในชีวิตกับเด็กเล็ก โดยเฉพาะในเด็กทารกและเด็กที่อายุน้อยกว่าห้าขวบ

เนื่องจากเด็กเล็กเหล่านี้ขาดทักษะในการเผชิญปัญหาที่จำเป็นและเหมาะสมเมื่อต้องพบกับการเจ็บป่วย การแยกจากครอบครัวและการที่ต้องไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ทำให้เด็กเกิดความเครียด ความเจ็บปวด (Coyne, 1996; Morse & Pooler, 2002; Sheldon, 1997) ดังนั้น การอนุญาตให้บิดามารดาอนค้ำกับเด็กป่วยในโรงพยาบาล จึงช่วยลดผลกระทบที่ร้ายแรง (Shields, 2001)

ในช่วงหลังปี ค.ศ. 1980 ตำราทางการแพทย์ได้ให้ความสำคัญต่อครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล แต่ยังไม่มียาละเอียดของแนวคิดทำให้การปฏิบัติต่อครอบครัวยังไม่ชัดเจน (จริยา วิฑะสุกร, 2547) ต่อมาใน ค.ศ. 1986 กลุ่มบิดามารดาของเด็กป่วยและบุคลากรทางด้านสุขภาพจากเมืองต่างๆในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้มีการรวมตัวกันเป็นสมาคมเพื่อการดูแลสุขภาพเด็ก (The Association for the Care of Children's Health - ACCH) (Shelton, Jeppson & Johnson, 1987) ซึ่งสมาคมนี้ได้กำหนดองค์ประกอบที่สำคัญของแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางขึ้น เพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปในทางเดียวกัน

ความหมายของครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล

ยูเจอร์ (Yauger, 1972 อ้างใน Letourneau & Elliott, 1996) ได้ให้ความหมายของครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลว่า เป็นการหาปัญหาและความต้องการของสมาชิกในครอบครัวแล้วให้การดูแลที่สนองตอบต่อความต้องการหรือปัญหาเหล่านั้นอย่างเหมาะสม

เชลตัน เจพพ์สันและจอห์นสัน (Shelton, Jeppson & Johnson, 1987) กล่าวว่าไว้ว่าครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล เป็นปรัชญาการดูแลซึ่งตระหนักและยอมรับว่าครอบครัวมีบทบาทเป็นกลจักรสำคัญในชีวิตเด็ก โดยหัวใจสำคัญของปรัชญาการดูแลนี้คือ การให้เกียรติครอบครัวในฐานะเป็นส่วนหนึ่งกับบุคลากรทางสุขภาพในการดูแลเด็ก และทำงานในสถานที่เท่าเทียมกันเพื่อพัฒนาไปสู่คุณภาพสูงสุดของการดูแลทางสุขภาพในทุกๆระดับ

อาห์มาน (Ahmann, 1994b) กล่าวถึงครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลว่าเป็นปรัชญาของการดูแลที่ตระหนักว่า ครอบครัวเป็นหน่วยที่มีความสำคัญในชีวิตเด็กและนำมาเป็นหัวใจสำคัญในการวางแผนการพยาบาลกับเด็ก

ชลิดา ธนฐีรกุล (2546) ให้ความหมายครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลว่าเป็นการเข้าถึงผู้รับบริการที่ให้ความสำคัญทั้งผู้รับบริการและครอบครัวของผู้รับบริการ ส่งเสริมจุดแข็งของครอบครัวโดยดึงศักยภาพของครอบครัวให้เกิดประโยชน์มากที่สุด ยอมรับในความแตกต่างของแต่ละบุคคลและครอบครัว ไม่แบ่งแยกในการให้การดูแล และเน้นการทำงานร่วมกันเสมือนครอบครัวเป็นสมาชิกในทีมสุขภาพ

ดังนั้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล จึงเป็นแนวคิดของการดูแลที่ให้การยอมรับครอบครัว และให้ความสำคัญครอบครัวว่า เป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยได้ในสถานที่เท่าเทียมกับบุคลากรทางสุขภาพจนเสมือนเป็นสมาชิกในทีมสุขภาพ

องค์ประกอบของแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล

สมาคมเพื่อการดูแลสุขภาพเด็ก (The Association for the Care of Children's Health - ACCH) ได้กำหนดองค์ประกอบที่สำคัญของแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลขึ้น 8 องค์ประกอบ ดังนี้ (Shelton, Jeppson & Johnson, 1987)

1. ยอมรับและตระหนักว่าครอบครัวเป็นหน่วยที่มั่นคงของเด็ก ในขณะที่ระบบบริการสุขภาพต่างๆ และการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา องค์ประกอบนี้เป็นแรงผลักดันให้เกิดการปฏิบัติโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลโดยตระหนักว่าครอบครัวเป็นหลักในการดูแล ส่วนบุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้ช่วยเหลือครอบครัว และครอบครัวเป็นผู้ที่รับผิดชอบต่อสุขภาพ ความต้องการทางร่างกายและจิตใจของเด็กตลอดชีวิต ในขณะที่บุคลากรทางสุขภาพมีส่วนในการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยในระยะสั้น ฉะนั้นครอบครัวจึงต้องมีส่วนในการตัดสินใจและวางแผนการดูแลเด็ก

2. ให้อำนาจให้ครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพทำงานร่วมกันอย่างเสมอภาคในการดูแลทุกระดับ ครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพมีความรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลเด็กป่วย ดังนั้นครอบครัวจะเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลทั้งหมด ตั้งแต่การกำหนดนโยบาย วางแผน และประเมินระบบบริการ ส่วนบุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทเพียงสนับสนุนช่วยเหลือให้ข้อมูล และมีส่วนร่วมกับการครอบครัว

3. แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพอย่างครบถ้วนและไม่มีอคติ การแลกเปลี่ยนข้อมูลทำให้เกิดความรู้ ช่วยขจัดความรู้สึกหมกมุ่นลังเล และความรู้สึกพึ่งพาของครอบครัว ครอบครัวต้องการข้อมูลที่ครบถ้วน เข้าใจง่าย และทันสมัย แนวทางการแลกเปลี่ยนข้อมูลมีดังนี้คือ บุคลากรมีความรู้สึกที่ต้องการจะให้ข้อมูลและให้ข้อมูลด้วยภาษาท่าทางที่เหมาะสม โดยให้ข้อมูลตามความเหมาะสมของแต่ละครอบครัว มีการให้ข้อมูลในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว รวมทั้งใช้เวลาแก่ครอบครัวในการซึมซับข้อมูล และให้โอกาสในการซักถาม นอกจากนั้นควรมีการเตรียมแหล่งข้อมูล เช่น มีหนังสือ หรือสิ่งพิมพ์ที่จะให้ข้อมูล เป็นต้น และอาจมีการอนุญาตให้ครอบครัวใช้บันทึกทางการแพทย์ได้

4. ยอมรับและเคารพในความแตกต่างทางด้านศักยภาพ และในความเป็นบุคคล องค์ประกอบนี้เป็นการมีความเข้าใจในความเป็นบุคคล และรวมถึงความต้องการตามพัฒนาการของทารก เด็ก วัยรุ่น และครอบครัวเข้าไปไว้ในการดูแลสุขภาพเด็กและครอบครัว บุคลากร

ทางสุขภาพจะต้องให้การดูแลตามความต้องการของเด็กแต่ละวัย รวมถึงการดูแลครอบครัวตามความต้องการที่ต่างกัน

5. ยอมรับว่าวิธีการเผชิญและแก้ไขปัญหของแต่ละครอบครัวมีความแตกต่างกัน บุคลากรทางสุขภาพตระหนักและยอมรับในด้านความแตกต่างของความเข้มแข็ง การเผชิญกับความเครียด และการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลของครอบครัว โดยไม่ตัดสินครอบครัวในเรื่องที่เกี่ยวกับความต้องการ ศักยภาพ และความกังวลของเด็กและครอบครัว และให้การดูแลเด็กและครอบครัวตามพื้นฐานของวัฒนธรรม เชื้อชาติ ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อและการศึกษา

6. กระตุ้นและเอื้ออำนวยให้เกิดการสนับสนุนและช่วยเหลือ ระหว่างครอบครัวกับครอบครัว และสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกัน โดยสนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้มีการช่วยเหลือกันระหว่างครอบครัว ซึ่งการมีกลุ่มสนับสนุนระหว่างครอบครัวเป็นการเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์ และทำให้เกิดการเรียนรู้ถึงวิธีการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งการสนับสนุนระหว่างครอบครัวนั้นมีหลายรูปแบบ มีทั้งแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยที่บุคลากรทางสุขภาพจะต้องช่วยให้เกิดการรวมกลุ่มกันของครอบครัวและมีการเตรียมสถานที่สำหรับการพบกันระหว่างครอบครัว

7. สร้างความมั่นใจว่ามีความยืดหยุ่นในระบบบริการสุขภาพ และให้การสนับสนุนช่วยเหลือทั้งที่โรงพยาบาล บ้าน และชุมชน โดยให้ครอบครัวและเด็กป่วยสามารถเข้าถึงบริการ รวมทั้งเป็นศูนย์กลางสำหรับสนองตอบความต้องการในลักษณะที่หลากหลายของครอบครัว องค์ประกอบนี้เป็นการออกแบบระบบการดูแลสุขภาพที่ยืดหยุ่นสามารถเข้าถึงได้ และตอบสนองความต้องการของครอบครัว มีการเตรียมแหล่งบริการที่ยืดหยุ่น เข้าถึงได้ และเปิดเสรีในการตอบสนองความต้องการของครอบครัว

8. ยอมรับครอบครัวในฐานะครอบครัว และเด็กในฐานะเด็ก โดยตระหนักว่าเขาเหล่านี้มีศักยภาพ มีภาระ มีความกังวล มีอารมณ์ และมีความปรารถนาในสิ่งที่เขาต้องการ โดยกำหนดเป็นนโยบาย หรือโปรแกรมที่เบ็ดเสร็จและเหมาะสม เพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวทางด้านอารมณ์และด้านการเงิน ซึ่งแต่ละครอบครัวมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่แตกต่างกัน เป็นสถานการณ์ที่บุคลากรทางสุขภาพอาจไม่คุ้นเคย ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพจะต้องเข้าใจและยอมรับในการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวและให้การดูแลช่วยเหลือ

ต่อมา Izaak Walton Killam Hospital for Children (1992) (Bruce & Ritchie, 1997) ได้ปรับปรุงใหม่โดยเพิ่มองค์ประกอบที่ 9 ขึ้น คือ

9. องค์กรมีการกำหนดนโยบายและโปรแกรมที่เหมาะสมครอบคลุม และให้การสนับสนุนทางอารมณ์ รวมทั้งตอบสนองต่อความต้องการของบุคลากรทางสุขภาพ (Family – Centered Care Committee)

การปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของบุคลากรทางสุขภาพ

จากการพัฒนาและการเกิดปรัชญาครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลทำให้ในปัจจุบันนี้มีการนำเอาแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลไปใช้อย่างกว้างขวาง ทั้งในการพยาบาลเด็กป่วยระยะเฉียบพลัน เรื้อรัง และวิกฤติ (DePompei, Whitford & Beam, 1994; Jarrette, 1996a, 1996b; Rushton, 1990) องค์กรต่างๆทางสุขภาพจึงได้กำหนดให้แนวคิดนี้เป็นนโยบาย โดยมีการทำงานร่วมกันระหว่างครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพ ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนในการสร้างสัมพันธภาพและทำงานร่วมกับครอบครัว ซึ่งอาจเป็นการยากและท้าทายสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ (Ahmanm, 1994b; Brown & Ritche, 1989; Gill, 1994)

ได้มีการศึกษาถึงการนำเอาแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมาใช้ในการปฏิบัติดังนี้

โคย์เน (Coyne, 1996) สำรวจการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลพบว่าแนวคิดเกี่ยวกับการให้บิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลนั้นซับซ้อนและยังไม่ชัดเจน ทำให้การตีความหมายถึงการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในบุคลากรทางสุขภาพแต่ละคนแตกต่างกัน จึงส่งผลต่อการนำเอาแนวคิดไปใช้ในการปฏิบัติ

จากการศึกษาของเชลดอน (Sheldon, 1997) พบว่าพยาบาลนั้นทราบว่าบิดามารดารู้จักบุตรของตนดีกว่าบุคคลอื่น แต่พยาบาลก็ยังมีความเชื่อว่า ในด้านการดูแลเด็กป่วยนั้นพยาบาลทำได้ดีกว่าบิดามารดา ซึ่งเป็นความคิดที่จะเป็นอุปสรรคต่อการให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแล

ต่อมาแนวคิดที่ให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยนั้นได้มีการพัฒนาขึ้นจนรวมถึงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของบิดามารดา ซึ่งการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจนี้ทำให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเท่าๆกับการมีส่วนร่วมในการดูแล (Galvin, et al., 2000; Espezel & Canam, 2003)

อย่างไรก็ตามการให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลนั้นเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว คริสเทนสัน-ฮอลล์สตรอม (Kristensson - Hallstrom, 2000) เชื่อว่าเหตุการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นจากการที่บุคลากรทางสุขภาพคิดว่า ตนเองได้ให้การดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางแล้วแต่ในทางปฏิบัติไม่ได้ทำอย่างที่คิดไว้ ซึ่งกัลวินและคณะ (Galvin, Boyers, Schwartz, Jones, Mooney & Warwick, 2000) กล่าวว่า “ภายใต้วัฒนธรรมของโรงพยาบาล มักจะมีการต่อต้านในการให้บิดามารดาและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจและให้การดูแล” ซึ่งสอดคล้องกับ

คำกล่าวของฮัทช์ฟิลด์ (Hutchfield, 1999) ที่ว่าการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางยังคงเป็นความคิดที่อยู่ในอุดมคติยากต่อการปฏิบัติจริง แต่ในความเป็นจริง พยาบาลก็ต้องรับเอานโยบายการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาใช้ จึงมีความจำกัดในการปฏิบัติ ทำให้พยาบาลกลายเป็นผู้กำหนด หรือวางกรอบการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กโดยไม่รู้ตัว (Espezel & Canam, 2003; Shields, Kristensson - hallstrm & O'Callaghan, 2003) นอกจากนี้มี การศึกษาพบว่า การที่บุคลากรทางสุขภาพจะให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น บุคลากรทางสุขภาพต้องมีเวลา มีพลัง และแรงจูงใจอย่างมาก ในการที่จะต่อสู้กับอุปสรรคของการนำเอาแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมาใช้ปฏิบัติ

ในประเทศไทยได้มีการนำแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมาใช้ และมีการศึกษาดังต่อไปนี้

พวงเพชร ยัพัฒน์พันธ์ (2540) ศึกษาถึงความต้องการและการได้รับการตอบสนอง ความต้องการของมารดาเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาจำนวน 50 ราย ใช้เครื่องมือประเมินความต้องการและการได้รับการตอบสนองของมารดาใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านข่าวสารข้อมูล ด้านความมั่นใจในความปลอดภัยของบุตร ด้านการดูแลด้านจิตใจ ด้านบทบาทการเป็นมารดา และด้านความสะดวกเกี่ยวกับการเข้าเยี่ยมบุตร ผลการศึกษาพบว่า มารดามีความต้องการด้านความมั่นใจในความปลอดภัยของบุตรมากที่สุดและต้องการการดูแลด้านจิตใจน้อยที่สุด และพบว่ามารดามากกว่าครึ่งหนึ่งมีความต้องการในระดับมากแต่ได้รับการตอบสนองในระดับน้อย หรือไม่ได้รับการตอบสนองในด้านข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผล และวิธีการรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับ การพยากรณ์โรคของบุตร ผลการตรวจต่างๆ ชื่อโรคและสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค และในด้านบทบาทการเป็นมารดา มารดาต้องการมีส่วนร่วมหรือรับรู้ในการวางแผนการรักษาพยาบาลบุตร ต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลบุตรขณะรักษาอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยจากแพทย์และพยาบาล การช่วยเหลือด้านร่างกายแก่บุตร เช่น การป้อนนม อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้าและผ้าอ้อม การอยู่ด้วยและการปลอบโยนบุตรขณะและหลังได้รับการตรวจรักษา และการอยู่เฝ้าบุตรขณะบุตรรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย

ณิชกานต์ ไชยชนะ (2545) ศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดาหรือมารดา หรือผู้ดูแลหลัก ที่ดูแลเด็กป่วยจำนวน 145 ราย ใช้เครื่องมือแบบประเมินการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กของเชปปี้ (Schepp, 1995) ซึ่งกล่าวถึงการมีส่วนร่วมที่บิดามารดาได้ปฏิบัติ (Parent actual participation) และต้องการที่จะปฏิบัติ (Parent preferred participation) ใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน ด้านกิจกรรมพยาบาล ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบิดามารดาและ

บุคลากรทางสุขภาพ และด้านการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่ผู้ปกครองต้องการมีมากกว่าที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติทั้งโดยรวมและรายด้าน

ทัศนีย์ อรรถารส (2546) ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางสำหรับเด็กป่วยโรคมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมพยาบาลจำนวน 26 คน ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งจำนวน 41 คน และสมาชิกในครอบครัวจำนวน 45 คน เก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์รายบุคคล สทนากลุ่ม และการสังเกต โดยใช้กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งประกอบด้วย 3 วงจร ได้แก่ วงจรที่ 1 การส่งเสริมความเข้าใจร่วมกันของพยาบาลในการพัฒนารูปแบบการดูแล วงจรที่ 2 การทำให้เกิดการปฏิบัติในระดับบุคคล วงจรที่ 3 ทำให้เกิดการปฏิบัติเป็นทีม และผลลัพธ์สุดท้ายคือการตกลงรูปแบบการดูแลร่วมกันเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในหน่วยงาน โดยในแต่ละวงจรประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติและการสังเกต การสะท้อนคิด และการวางแผนใหม่ พบว่า พยาบาลสามารถให้การพยาบาลโดยใช้แนวคิดการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้ และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีความมีอิสระทางวิชาชีพ เด็กป่วยมีความสุขมากขึ้น ครอบครัวมีการสื่อสารกับพยาบาลอย่างเปิดเผยและต่อเนื่อง ครอบครัวรู้สึกมั่นใจในการดูแลเด็กและพึงพอใจในการดูแล

รัชณี นามจันทราและคณะ (2548) ได้ศึกษาถึงประสบการณ์การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางในมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว ใช้วิธีวิจัยแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้ให้ข้อมูลคือผู้ป่วยที่มีประสบการณ์นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลแล้วกลับไปพักฟื้นที่บ้าน และต้องมาโรงพยาบาลตามแพทย์นัดเป็นระยะๆ เพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่องจำนวน 7 ราย และสมาชิกของครอบครัวที่มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วยจำนวน 10 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ครอบครัวนั้นเป็นศูนย์กลางของการดูแลสุขภาพของบุคคล และบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ การเรียนรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การตัดสินใจจัดการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย การดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ปัญหาของครอบครัวในการให้การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การได้รับข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาและการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ ขาดการมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล มีภาวะตึงเครียดจากการให้การดูแลผู้ป่วย และประสบกับปัญหาหลายๆด้าน ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม สิ่งที่ครอบครัวคาดหวังจากบุคลากรทางสุขภาพ คือข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล การมีส่วนร่วมในกระบวนการ

รักษาพยาบาล การสอน การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา และการช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

จะเห็นได้ว่าการให้การดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางนั้นยังมีปัญหาอยู่ อาจเนื่องมาจากแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลเป็นปรัชญา จึงมีความเป็นนามธรรมและมีขอบเขตที่กว้าง ทำให้มีการนำปรัชญานี้ไปสู่การปฏิบัติที่แตกต่างกัน พบว่าแม้มีการนำแนวคิดและหลักการของการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางไปใช้อย่างกว้างขวาง แต่ก็ยังมีรายงานถึงความขัดแย้งกันระหว่างแนวคิดที่ประกาศไว้และการนำแนวคิดไปปฏิบัติจริง (Ahmann, 1994b; Johnson, 1990) ดังนั้นการที่บุคลากรทางสุขภาพจะให้การดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จึงต้องมีความเชื่อ ความเข้าใจในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแลอย่างชัดเจนและคงที่ แต่เนื่องจากยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับสาเหตุของปัญหาของการปฏิบัติจริง จึงได้มีการทำแบบวัดเพื่อประเมินการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ประเมินการรับรู้และการปฏิบัติดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

เมื่อแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลได้ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวาง เครื่องมือที่ใช้ประเมินการรับรู้และการปฏิบัติดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางจึงถูกพัฒนาขึ้นดังต่อไปนี้

1. Family - Centered Care Questionnaire (FCCQ) ของบรูซ (Bruce, 1992) เป็นแบบสอบถามประเมินการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ มีทั้งหมด 55 ข้อคำถาม ต่อมาในปี ค.ศ. 1993 บรูซได้ปรับข้อคำถามใหม่เป็น 45 ข้อ และใช้ชื่อแบบสอบถามใหม่ว่า Family – Centered Care Questionnaire -Revised (FCCQ - R) โดยวัดการรับรู้ว่ามีความจำเป็นหรือไม่ในการให้การดูแลตามองค์ประกอบทั้ง 9 องค์ประกอบของแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล และวัดการปฏิบัติว่ามีการปฏิบัติจริงตาม องค์ประกอบทั้ง 9 องค์ประกอบของแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลหรือไม่ โดยคำตอบแบ่งเป็นสเกลได้ 5 ระดับคือ 1-5 โดยที่ 1 หมายถึงไม่เห็นด้วย/ไม่ได้ปฏิบัติ จนถึง 5 หมายถึงเห็นด้วยเป็นอย่างยิ่ง/ปฏิบัติทุกครั้ง

2. Family – Centered Behavior Scale ของแอลเลน, ปีเตอร์และเคย์ บราวน์ (Allen, Peter & Cay Brown, 1995) จากสถาบัน Beach Center on Families and Disability เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของบุคลากรทางสุขภาพตามการรับรู้ของบิดามารดาว่าสำคัญหรือไม่ มีทั้งหมด 26 ข้อ คำตอบแบ่งเป็นสเกลได้ 5

ระดับคือ 1-5 โดยที่ 1 หมายถึงบิดามารดาเห็นว่าไม่สำคัญ จนถึง 5 หมายถึงบิดามารดาเห็นว่าสำคัญมาก

3. Measure of Processes of care (MPOC) ของคิง, โรเซนเบียมและคิง (King, Rosenbaum & King) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพตามการรับรู้ของบิดามารดา มีทั้งหมด 56 ข้อคำถาม ต่อมาคิงและคณะได้ปรับข้อคำถามให้สั้นและกระชับมากขึ้น จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1999 คิงและคณะได้ปรับข้อคำถามเหลืออยู่ 20 ข้อ โดยสอบถามถึงการรับรู้ของบิดามารดาว่า บุคลากรทางสุขภาพแสดงพฤติกรรมบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมากหรือน้อยครั้งเพียงใด คำตอบแบ่งเป็นสเกลได้ 7 ระดับ คือ 1-7 โดยที่ 1 หมายถึงบิดามารดาเห็นว่าบุคลากรทางสุขภาพไม่ได้แสดงพฤติกรรมบริการนั้นเลย จนถึง 7 หมายถึงบิดามารดาเห็นว่าบุคลากรทางสุขภาพแสดง พฤติกรรมบริการนั้นทุกครั้ง

4. Measure of Processes of care for Service Providers (MPOC - SP) ของคิง, โรเซนเบียมและคิง (Kings, Rosenbaum & King) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนามาจาก MPOC โดยประเมินการปฏิบัติตามการรับรู้ของบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มี 27 ข้อคำถาม คำตอบแบ่งเป็นสเกลได้ 7 ระดับ คือ 1-7 โดยที่ 1 หมายถึงบุคลากรทางสุขภาพเห็นว่าตนไม่ได้จัดการดูแลนั้นเลย จนถึง 7 หมายถึงบุคลากรทางสุขภาพเห็นว่าตนได้จัดการดูแลนั้นทุกครั้ง

5. Measure of Beliefs about Participation in Family - Centered Service (MBP - FCS) ของคิงและคณะ (King, et. al, 2003) เป็นแบบสอบถามประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งใช้ได้ทั้งในบิดามารดาและบุคลากรทางสุขภาพ มีทั้งหมด 28 ข้อคำถาม คำตอบแบ่งเป็นสเกลได้ 7 ระดับ คือ 1-7 โดยที่ 1 หมายถึงไม่เห็นด้วย จนถึง 7 หมายถึงเห็นด้วยเป็นอย่างยิ่ง

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการที่จะศึกษาถึงการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพทั้ง 9 องค์ประกอบ และต้องการที่จะศึกษาถึงการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพทั้ง 9 องค์ประกอบเช่นกัน ผู้วิจัยจึงเลือกเอา FCCQ - R มาเป็นแบบวัด ซึ่ง FCCQ - R เป็นแบบวัดที่ครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 9 องค์ประกอบของแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลและสามารถประเมินทั้งการรับรู้ของบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลและการปฏิบัติตามการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม และแบบวัดนี้ได้มีการหาค่าความเที่ยงแล้วทั้งด้านการรับรู้และการปฏิบัติ

ซึ่งมีค่า = 0.9, 0.89 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีฉบับภาษาไทยของทัศนีย์ อรรถารส (2549) ที่แปล FCCQ – R เป็นภาษาไทยและผ่านการแปลกลับ (back translation) โดยสถาบันภาษาของ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำให้สะดวกและเหมาะสมต่อการนำมาใช้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือก FCCQ – R ฉบับภาษาไทย (ทัศนีย์ อรรถารส, 2549) มาใช้ประเมินการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีกรอบทฤษฎีเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ

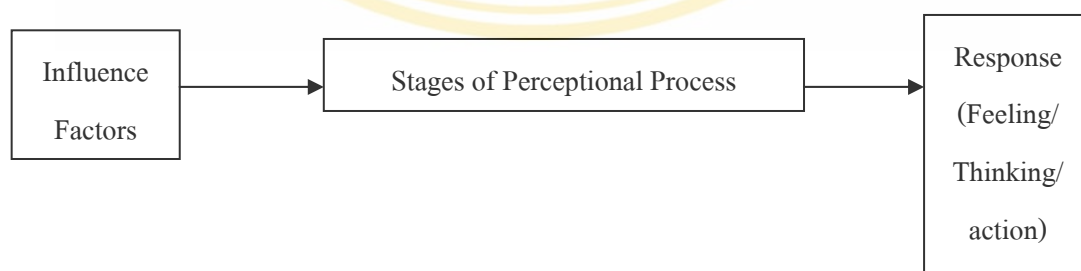
แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้

เชอร์เมอร์ฮอร์น ฮันท์และออสบอร์น (Schermerhorn, Hunt & Osborn, 2005) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลรับข้อมูลจากสิ่งแวดล้อม แล้วนำมาประมวลผล แปลความหมาย และตอบสนองเป็นความรู้ตักนึ่กคิดและการกระทำ

กระบวนการรับรู้ (The Perception Process)

ตามแนวคิดของเชอร์เมอร์ฮอร์น ฮันท์และออสบอร์น (Schermerhorn, Hunt & Osborn, 2005) การรับรู้เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาในการตีความหรือแปลความสิ่งเร้าต่างๆที่ได้สัมผัส การรับรู้ในแต่ละบุคคลจึงอาจมีความแตกต่างกัน ไม่มีบุคคลใดที่จะมีการรับรู้ได้เหมือนกับบุคคลอื่นเลยทีเดียว เพราะเมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้าก็จะประมวลสิ่งนั้นขึ้นเป็นประสบการณ์ที่มีความหมายเฉพาะตนเอง ดังภาพต่อไปนี้

ภาพที่ 2 กระบวนการรับรู้ของเชอร์เมอร์ฮอร์น ฮันท์ และออสบอร์น (Schermerhorn, Hunt and Osborn)



(Schermerhorn, Hunt & Osborn, 2005: 103)

เซอร์เมอร์ฮอร์น ฮันท์และออสบอร์น ได้จำแนกปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้แตกต่างกันออกเป็น 3 ประการ คือ

1. ตัวผู้รับรู้ (The Perceiver) เป็นคุณสมบัติของผู้รับรู้ ได้แก่ ประสบการณ์เดิม ความต้องการหรือแรงจูงใจ ทักษะ บุคลิกภาพ และการปรับตัวส่วนบุคคล ทำให้เกิดการรับรู้ของสิ่งเร้าขึ้นหลายมุมมอง

2. องค์กรหรือหน่วยงาน (The Setting) คือสภาพแวดล้อม ทั้งทางด้านกายภาพ ด้านสังคม และลักษณะขององค์กรหรือหน่วยงาน เป็นสภาพการณ์ของสิ่งภายนอกและภายในที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล

3. ลักษณะพื้นฐานของผู้รับรู้ (The Perceived) เป็นลักษณะพื้นฐานของปัจเจกบุคคล ที่ต่างกัน จะทำให้มีการรับรู้ที่แตกต่างกัน เช่น อายุ เพศ ส่วนสูง น้ำหนัก เป็นต้น

การรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพดังนี้

เลตูเนอและเอลเลียต (Letourneau & Elliott, 1996) ศึกษาเรื่องการรับรู้และการปฏิบัติของบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางในโรงพยาบาลเด็กแห่งหนึ่งในภาคตะวันตกของประเทศแคนาดา โดยศึกษาในบุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานทั้งในเวลาและนอกเวลา ได้แก่ พยาบาล โภชนากร เภสัชกร แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา เสมียน นักกิจกรรมบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 500 ราย ใช้ FCCQ - R เป็นแบบวัด ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรทางสุขภาพมีคะแนนการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมากกว่าการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกองค์ประกอบ ($p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบรูซและริทชี (Bruce & Ritchie, 1997) ที่ศึกษาในพยาบาลเด็กที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 124 ราย โดยใช้ FCCQ - R เป็นแบบวัดพบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลน้อยกว่าการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) โดยที่องค์ประกอบที่มีคะแนนสูงทั้งการรับรู้และการปฏิบัติคือ องค์ประกอบด้านการยอมรับว่ามีความแตกต่างกันในแต่ละครอบครัว และองค์ประกอบด้านการให้ความช่วยเหลือทั้งในด้านเศรษฐกิจและสภาวะทางอารมณ์ ซึ่งคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของบรูซและคณะ (Bruce, Letourneau, Ritchie, Larocque, Dennis & Elliott, 2002) ที่ทำการศึกษาในบุคลากรทางสุขภาพ (พยาบาล โภชนากร เภสัชกร แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา

ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินหายใจ เสมิเยน นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และบุคลากรทางสุขภาพอื่นๆ) ของโรงพยาบาลเด็กระดับตติยภูมิ 3 แห่ง ในประเทศแคนาดา มีจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัย 483 ราย โดยใช้ FCCQ - R เป็นแบบวัดพบว่า บุคลากรทางสุขภาพมีการรับรู้ในแนวคิดมากกว่าปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลในทุกองค์ประกอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกับผลการศึกษาของปีเตอร์เซน โคเฮนและพาร์สันส์ (Petersen, Cohen & Parsons, 2004) ศึกษาเกี่ยวกับพยาบาลใน NICU และ PICU จำนวน 114 ราย โดยใช้ FCCQ เป็นแบบวัดพบว่า พยาบาลทั้งสองหน่วยให้การปฏิบัติการดูแลภายใต้องค์ประกอบของแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลน้อยกว่ารับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$)

สำหรับในประเทศไทย การศึกษาที่พบเป็นการวิจัยของทัศนีย์ อรรถารส (2549) ที่ศึกษาถึงการรับรู้ของพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลเด็ก ใน 4 โรงพยาบาลจำนวน 150 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม FCCQ - R ฉบับภาษาไทยที่ผ่านการแปลและแปลกลับแล้ว พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ของพยาบาลสูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการศึกษาเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าแม้จะมีการรับรู้ในองค์ประกอบของแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลแต่ก็เป็นการยากที่จะนำเอาองค์ประกอบของแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลไปปฏิบัติ อาจเนื่องจากแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลนั้นเป็นแนวคิดที่กล่าวไว้กว้างๆ ไม่ได้บอกรายละเอียดของการปฏิบัติ

วิธีการนำแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลลงสู่การปฏิบัตินั้นได้มีผู้เสนอแนะตัวอย่างไว้ดังนี้ (ทัศนีย์ อรรถารส, 2547; Bowden, Dickey & Greenberge, 1998; Rushton, 1990)

1. ให้การพยาบาลโดยตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัว ตัวอย่างของวิธีการปฏิบัติ ได้แก่
 - 1.1 สร้างการมีส่วนร่วมกับครอบครัวตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งกลับบ้านโดยให้ความสำคัญว่า ครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพเป็นหุ้นส่วนที่เท่าเทียมกัน
 - 1.2 สอบถามครอบครัวว่า ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย หรือต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างไร โดยให้โอกาสครอบครัวมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของความพร้อม และให้มีส่วนร่วมโดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล

- 1.3 หน่วยงานกำหนดเป็นนโยบาย เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวได้อยู่ดูแลเด็กป่วย โดยไม่มองว่าครอบครัวเป็นผู้ที่มาเยี่ยมเด็ก แต่จะเป็นบุคคลสำคัญที่จะให้การดูแลเด็กป่วย
- 1.4 มีการจัดเตรียมสถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆสำหรับครอบครัว ในการที่จะอยู่ดูแลเด็กป่วย เช่น ที่พัก ห้องที่เป็นส่วนตัวของครอบครัว เป็นต้น
2. ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างเด็กป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางสุขภาพ ตัวอย่างของวิธีการปฏิบัติ ได้แก่
 - 2.1 ให้ความไว้วางใจครอบครัวว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลเด็กป่วย และร่วมมือกับครอบครัวประเมินสถานะความเจ็บป่วย รวมทั้งร่วมกันวางแผนดูแลเด็กและประเมินผลการดูแลร่วมกัน
 - 2.2 ร่วมกับครอบครัวให้การดูแลเด็กป่วยเมื่อได้รับหัตถการ โดยให้ข้อมูล และให้ครอบครัวดูแลเด็กทั้งก่อน ขณะ และหลังการทำหัตถการ
 - 2.3 เชิญครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการอภิปรายเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วย เช่น การอภิปรายก่อนและหลังการปฏิบัติการพยาบาล การอภิปรายร่วมเป็นทีมระหว่างสหสาขาวิชา เป็นต้น
 - 2.4 ร่วมมือกับครอบครัวในการลงบันทึกกิจกรรมประจำวันและการดูแลเด็กป่วยลงในกระดาษที่ทุกคนในทีมสุขภาพจะสามารถเห็นได้ เพื่อเป็นข้อมูลระหว่างบุคลากรทางสุขภาพและครอบครัวได้มีการวางแผนร่วมกัน
 - 2.5 ส่งเสริมให้ครอบครัวเด็กป่วยมีการรวมตัวกันตั้งเป็นคณะกรรมการ เพื่อช่วยในการให้ข้อเสนอแนะโรงพยาบาลเกี่ยวกับการพัฒนางานบริการต่างๆ
3. สื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็ก ตัวอย่างของวิธีการปฏิบัติได้แก่
 - 3.1 ให้ข้อมูลแรกรับ เพื่อให้ครอบครัวรู้จักหน่วยงานและสายการบังคับบัญชา และเพื่อให้แน่ใจว่าครอบครัวจะเข้าถึงข้อมูลได้อย่างเหมาะสม
 - 3.2 อธิบายถึงสถานะการเจ็บป่วยของเด็ก การรักษา การดำเนินโรคด้วยความเที่ยงตรง ถูกต้อง และตรงไปตรงมา เพราะความคลุมเครือของข้อมูลอาจทำให้ครอบครัวเกิดความกังวลใจได้
 - 3.3 เป็นผู้ฟังที่ดี ให้โอกาสครอบครัวแสดงถึงความรู้สึก ความกังวล และความกลัว โดยให้ความมั่นใจแก่ครอบครัวบนพื้นฐานของความเข้าใจครอบครัว

- 3.4 สื่อสารกับครอบครัวด้วยความจริงใจ มีการประสานสายตาและใช้ถ้อยคำที่ง่าย
หลีกเลี่ยงคำศัพท์ทางแพทย์ ยอมรับและมีความเข้าใจในความกังวลและความรู้สึก
ของครอบครัว
 - 3.5 ให้ข้อมูลที่สำคัญหลายๆครั้ง และแน่ใจว่าเป็นข้อมูลที่ต้องการ โดยไม่ถือว่าการให้
ข้อมูลเป็นการเสียเวลา
 - 3.6 ให้ความที่เพียงพอและกำหนดเวลาพบครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทำความคุ้นเคย
ให้ครอบครัวซักถามข้อสงสัย หรือบอกความต้องการให้พยาบาลทราบ
4. มีความเข้าใจ ยอมรับในความแตกต่างของความเป็นบุคคลและรวมความต้องการตามพัฒนาการ
ของเด็กและครอบครัวเข้าไปในการดูแล ตัวอย่างของวิธีการปฏิบัติ ได้แก่
- 4.1 บุคลากรทางสุขภาพจะต้องพัฒนาความรู้ต่างๆ เช่น ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการ
ของเด็ก เกี่ยวกับผลกระทบจากความเจ็บป่วยต่อพัฒนาการ และตระหนักถึง
การเผชิญความเครียดของเด็กป่วยที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยและการแยกจาก
 - 4.2 บันทึกการทำหน้าที่ของร่างกาย อาการเครียด การเผชิญความเครียด เช่น การมี
พฤติกรรมถดถอย เป็นต้น และร่วมมือกับครอบครัวในการสนับสนุนช่วยเหลือ
เด็กป่วยไม่ให้เกิดความผิดปกติของพัฒนาการ
 - 4.2 รวมการดูแลที่เหมาะสมกับพัฒนาการเข้าไปในแผนการดูแลเด็ก ทั้งการเล่นและ
การเล่นเพื่อการรักษา
 - 4.4 มีการทำงานร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อตอบสนองความต้องการของเด็กป่วย
พัฒนาการปฏิบัติที่พัฒนาเด็ก ออกแบบกิจกรรมตามพัฒนาการ และบันทึกลงใน
สมุดเพื่อสื่อสารให้ผู้อื่นทราบ
 - 4.5 ปรับปรุงเทคโนโลยีทางการรักษาและการดูแลประจำวัน เพื่อส่งเสริมพัฒนาการ
ของเด็ก
5. ตระหนักในความเข้มแข็ง ความแตกต่างระหว่างบุคคล และยอมรับการเผชิญความเครียด
ที่แตกต่างกัน ตัวอย่างของวิธีการปฏิบัติ ได้แก่
- 5.1 ประเมินครอบครัว เพื่อสื่อให้รู้ว่าความเจ็บป่วยกระทบต่อครอบครัวอย่างไร
ความเครียดที่อาจเกิดขึ้นกับครอบครัวมีอะไรบ้าง ประเมินบทบาทของครอบครัว
ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับเด็กป่วย การรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับความ
เจ็บป่วย ค้นหาความเข้มแข็งและแหล่งประโยชน์ของครอบครัว
 - 5.2 สังเกตพฤติกรรมและค้นหาความชัดเจนถูกต้องของพฤติกรรมต่างๆที่ครอบครัว
แสดงออก สำรวจเหตุผลของพฤติกรรมที่ครอบครัวแสดงออกต่างกัน หลีกเลี่ยง

ที่จะตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับสภาวะจิตใจของครอบครัว และละเว้นการคิดไว้ก่อนว่าครอบครัวไม่ร่วมมือ

5.3 เข้าใจในปฏิกิริยาการแสดงออกของครอบครัว ความแตกต่างของการตอบสนองของครอบครัวต่อความเจ็บป่วยของเด็ก พฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลและปฏิกิริยาความเศร้าเสียใจ

5.4 มีการสร้างสิ่งแวดล้อมให้ส่งเสริมการเผชิญความเครียดของครอบครัว เช่น มีการจัดห้องและมุมหนังสือสำหรับครอบครัว เพื่อศึกษาค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วย หรือหนังสืออ่านเพื่อผ่อนคลาย หรือให้ครอบครัวได้สนทนาพูดคุยกัน เป็นต้น

6. สนับสนุนและอำนวยความสะดวกต่างๆเพื่อให้มีการช่วยเหลือกันระหว่างครอบครัวกับครอบครัว ตัวอย่างของวิธีการปฏิบัติ ได้แก่

6.1 จัดให้มีกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือตนเองของครอบครัวภายในหน่วยงาน

6.2 สร้างกลไกและสื่อสารให้ครอบครัวต่างได้เข้ากลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือตนเอง

7. ออกแบบระบบการดูแลสุขภาพที่ยืดหยุ่น สามารถเข้าถึงได้ และตอบสนองความต้องการของครอบครัว ตัวอย่างของวิธีการปฏิบัติ ได้แก่

7.1 สร้างพันธกิจของหน่วยงาน โดยให้มีการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

7.2 ส่งเสริมให้มีระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuing Care)

7.3 ค้นหาอุปสรรคที่จะขัดขวางการปฏิบัติตามแนวคิดการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

8. กำหนดเป็นนโยบายหรือโปรแกรมที่เบ็ดเสร็จและเหมาะสม เพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวด้านอารมณ์และการเงิน ตัวอย่างของวิธีการปฏิบัติ ได้แก่

8.1 มีการพัฒนาวิธีการที่จะประเมินความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือของครอบครัว ทั้งด้านอาหาร ที่อยู่อาศัย การเดินทาง และการช่วยเหลือทางการเงิน

8.2. มีการคาดการณ์ถึงความต้องการต่างๆของครอบครัว แทนที่จะรอความต้องการจากครอบครัว เพราะครอบครัวอาจรีรอที่จะสื่อความต้องการของตนเอง และยินดีที่จะรับความช่วยเหลือโดยไม่ต้องร้องขอ

8.3. แสดงความเอื้ออาทรแก่ครอบครัว เช่น การสัมผัสจะสามารถถ่ายทอดความเข้าใจ ความห่วงใยครอบครัว การยื่นมือโดยไม่ใช้คำพูดสามารถให้ความอบอุ่นแก่ครอบครัว ทำให้ครอบครัวรับรู้ว่ามีใครสักคนที่ครอบครัวจะเข้าถึงได้

9. การมีนโยบายและโปรแกรมที่เหมาะสม เพื่อตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ของเจ้าหน้าที่ ตัวอย่างของวิธีการปฏิบัติ ได้แก่

- 9.1 จัดแผนอัตรากำลัง โดยคำนึงถึงความต้องการตามพัฒนาการของเด็กและครอบครัว
- 9.2 จัดโปรแกรมการอบรมแก่บุคลากรทางสุขภาพให้พัฒนาความรู้ที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ
- 9.3. ให้รางวัลแก่ผู้มีความรู้และทักษะในการดูแลเด็กและครอบครัว
- 9.4. กระตุ้นให้พยาบาลวิเคราะห์แผนงาน กิจกรรมและปฏิบัติเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลเด็กและครอบครัว

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ จำนวนปีในการทำงาน ตำแหน่ง และประเภทหอผู้ป่วยกับการรับรู้

ในปี ค.ศ. 1996 เลตูเนอและเอลลิอต์ (Letourneau & Elliott) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลพบว่า การศึกษา ความรู้ จำนวนปีในการทำงาน และตำแหน่ง มีผลต่อการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ โดยผู้ตอบแบบสอบถามที่เป็นพยาบาลจะมีคะแนนการรับรู้ใน FCCQ - R สูง ในทางตรงข้ามบุคลากรทางสุขภาพที่ไม่ได้ศึกษาต่อ หรือขาดการอบรมเพิ่มเติม มีคะแนนการรับรู้ต่ำ เช่นเดียวกับบรูซและริทชี (Bruce & Ritchie, 1997) ศึกษาเรื่องการรับรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง จำนวน 124 รายพบว่า การรับรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางแปรผันตามอายุ และตำแหน่งในการทำงาน โดยที่พยาบาลที่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี จะมีการรับรู้ในองค์ประกอบที่จำเป็นและการปฏิบัติในการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางมากกว่าพยาบาลที่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี และหัวหน้าพยาบาลและอาจารย์พยาบาลจะมีการรับรู้ในองค์ประกอบที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางมากกว่าพยาบาล แต่ก็มีการศึกษาที่พบความแตกต่างกันในด้านความรู้และการนำความรู้ไปใช้ โดยบรูซและริทชีพบว่า ถึงแม้พยาบาลจะบอกว่าตนมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง แต่จากการศึกษาพบว่าไม่สามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ ต่อมาในปี ค.ศ. 2002 บรูซและคณะศึกษาพบว่า สถานที่ทำงาน จำนวนปีในการทำงาน อายุ และประเภทของงาน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของบุคลากรทางสุขภาพ หลังจากนั้นปีเตอร์เซน, โคเฮนและพาร์สันส์ (Petersen, Cohen & Parsons, 2004) ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้และการปฏิบัติในการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางในพยาบาล NICU และ PICU จำนวน 114 ราย พบว่าพยาบาลที่มีจำนวนปีในการทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี จะมีคะแนนของการรับรู้ถึงความจำเป็นต้องปฏิบัติตามแนวคิดและให้การปฏิบัติในการดูแลจริงตามแนวคิดครอบครัว

เป็นศูนย์กลางของการดูแลมากกว่าพยาบาลที่มีจำนวนปีในการทำงาน 10 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) ทั้งนี้เนื่องจากมีการนำเอาแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมาบรรจุในหลักสูตรการศึกษาของพยาบาลรุ่นหลังๆ ทำให้พยาบาลที่มีจำนวนปีในการทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปีมีคะแนนของการรับรู้มากกว่าพยาบาลที่มีจำนวนปีในการทำงาน 10 ปีขึ้นไป (Petersen, Cohen & Parsons, 2004) นอกจากนี้จากการศึกษาของปีเตอร์เซน, โคเฮนและพาร์สันส์ (Petersen, Cohen & Parsons, 2004) ยังพบว่าพยาบาลที่ทำงานใน NICU จะมีคะแนนของการรับรู้ว่ามีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลน้อยกว่าพยาบาลที่ทำงานใน PICU ($p = .000$) เนื่องจากการนำแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมาใช้ในยุคแรกๆ นั้นเป็นการนำมาใช้ในกลุ่มเด็กมีปัญหาที่ไม่ใช่ทารกแรกเกิด ทำให้มีการศึกษาจำนวนมากที่บ่งชี้ว่าแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมีความสำคัญกับการดูแลเด็กๆ เหล่านั้น ซึ่งการศึกษาในทารกแรกเกิดยังมีน้อยโดยเฉพาะใน NICU ทำให้พยาบาลที่ทำงานใน NICU มีการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลน้อยกว่าพยาบาลที่ทำงานใน PICU แต่ก็มี การพบว่าในช่วงหลังปี ค.ศ. 2000 การศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลในทารกแรกเกิดเริ่มมีมากขึ้น (Petersen, Cohen & Parsons, 2004)

สำหรับในประเทศไทยทัศนีย์ อรรถารส (2549) ศึกษาถึงการรับรู้ของพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ของพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลเด็กใน 4 โรงพยาบาล จำนวน 150 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม FCCQ - R ฉบับภาษาไทยพบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษา และตำแหน่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ของพยาบาลตามแนวคิดการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนอายุและระยะเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของพยาบาลตามแนวคิดการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นว่ามีการศึกษาในต่างประเทศที่สนับสนุนว่า อายุ ตำแหน่งในการทำงาน จำนวนปีในการทำงาน และสถานที่ทำงานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ ส่วนผลการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า ตำแหน่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ ส่วนอายุและจำนวนปีในการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลแต่อย่างไรก็ตามผลของการศึกษาวิจัยในต่างประเทศยังมีข้อจำกัดในการอ้างอิงกับประชากรไทย เนื่องจากความแตกต่างด้านสังคมวัฒนธรรม ความเชื่อ นโยบายของหน่วยงาน และระบบ

บริการสุขภาพ ส่วนการศึกษาในประเทศไทยนั้นเป็นการศึกษาเฉพาะพยาบาล ซึ่งไม่ครอบคลุมถึงผู้ช่วยพยาบาล และเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อาจมีความแตกต่างในด้านนโยบาย สถานที่ และระบบการพยาบาล ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาซ้ำเพื่อนำผลการศึกษามาใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเด็ก ครอบครัว และบุคลากรต่อไป



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล และปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามารับดี ซึ่งมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นบุคลากรทางสุขภาพทุกคนในหอผู้ป่วยเด็ก ประกอบด้วยพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานทั้งในหอผู้ป่วยในและหอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารับดี จำนวน 255 ราย และได้รับความร่วมมือตอบแบบสอบถามกลับเป็นจำนวน 198 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.7

สถานที่ที่ใช้ในการศึกษา เป็นหอผู้ป่วยเด็กทั้งหมดในโรงพยาบาลรามารับดี จำนวน 8 หอผู้ป่วย ประกอบด้วยหน่วยตรวจผู้ป่วยเด็กนอก หอผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ หอผู้ป่วยเด็ก 2 (อายุ 5 ปีถึง 15 ปี) หอผู้ป่วยเด็กพิเศษ หน่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิดที่มีปัญหา (เด็ก 4) (อายุแรกเกิดถึงสามเดือน) หอผู้ป่วยเด็ก 5 (อายุ 1 เดือนถึง 5 ปี) ไอซียูเด็กทารกแรกเกิด (NICU) และไอซียูเด็ก (PICU) ซึ่งทุกหอผู้ป่วยได้มีการดำเนินการตามนโยบายการดูแลเด็กป่วยโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ อายุ ตำแหน่ง จำนวนปีในการทำงาน และแหล่งความรู้เกี่ยวกับการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีจำนวนทั้งหมด 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด (opened - end) และคำถามประเภทเลือกตอบ (check - list)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family - Centered Care Questionnaire – Revised – FCCQ - R) ของบรูซ (Bruce, 1993 อ้างใน Bruce, Letourneau, Ritchie,

Larocque, Dennis & Elliott., 2002) เป็นแบบวัดการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีกรอบกว้างเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนแรกเป็นแบบวัดการรับรู้ถึงกิจกรรมที่บุคลากรทางสุขภาพต้องปฏิบัติตามแนวคิดกรอบกว้างเป็นศูนย์กลางของการดูแล (Necessary Scale) และอีกส่วนเป็นแบบวัดการปฏิบัติจริงตามแนวคิดกรอบกว้างเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ (Current Scale) ซึ่งเครื่องมือฉบับนี้ปรับปรุงมาจาก Family - Centered Care Questionnaire (FCCQ) ที่สร้างขึ้นโดยบรูซ (Bruce, 1992) โดยสร้างขึ้นตามองค์ประกอบของแนวคิดกรอบกว้างเป็นศูนย์กลางของการดูแลของสมาคมดูแลสุขภาพเด็ก (The Association for the Care of Children's Health - ACCH) (Shelton, Jeppson & Johnson, 1987) และองค์ประกอบสุดท้ายที่เพิ่มเติมขึ้นของคณะกรรมการกรอบกว้างเป็นศูนย์กลางของการดูแลของโรงพยาบาลเด็กไอซาค-วอลตันคิลแลม (The Izaak Walton Killam (IWK) Children's Hospital FCC Committee) (Bruce, Letourneau, Ritchie, Larocque, Dennis & Elliott, 2002; Bruce & Ritchie, 1997; Letourneau & Elliott, 1996) ต่อมาบรูซได้ปรับปรุงแบบสอบถามใหม่โดยลดข้อคำถามจาก 55 ข้อเป็น 45 ข้อ ตามผลการวิเคราะห์ห้อยค์ประกอบ (Factor analysis) และค่าความเที่ยง (Bruce, 1993 อ้างใน Bruce, Letourneau, Ritchie, Larocque, Dennis & Elliott, 2002)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

บรูซและริทชีได้นำเครื่องมือไปรับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านแนวคิดกรอบกว้างเป็นศูนย์กลางของการดูแล 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับเด็ก กุมารแพทย์ และบิดามารดาที่มีความรู้ในปรัชญาของกรอบกว้างเป็นศูนย์กลางของการดูแล และได้หาความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของหัวข้อย่อยอยู่ระหว่าง 0.5 - 0.8 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามทั้งหมด = 0.9 และหาความเที่ยงเชิงความคงที่ด้วยการทดสอบซ้ำได้ค่า Test-retest ของหัวข้อย่อยวัดการรับรู้อยู่ระหว่าง 0.6-0.8

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ FCCQ - R ฉบับภาษาไทยของทัศนีย์ อรรถารส (2549) ที่แปลเป็นภาษาไทยและผ่านการแปลกลับ (back translation) มีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ในแนวคิดกรอบกว้างเป็นศูนย์กลางของการดูแลเท่ากับ 0.90 และมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดกรอบกว้างเป็นศูนย์กลางของการดูแลเท่ากับ 0.89 (ทัศนีย์ อรรถารส, 2549) และในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือจากกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาก่อน 30 ราย

ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลเท่ากับ 0.94 และความเที่ยงของแบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลเท่ากับ 0.91

แบบสอบถามนี้จำนวนทั้งหมด 45 ข้อ ประเมินการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล แบ่งเป็นแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

- | | | | |
|--|----------|--------|--------------------------|
| 1. ตระหนักว่าครอบครัวมีความสำคัญกับเด็กและคนที่ | มี 3 ข้อ | ได้แก่ | ข้อ 1,2,3 |
| 2. ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างเด็ก ครอบครัวและบุคลากร | มี 6 ข้อ | ได้แก่ | ข้อ 4,5,6,7, 8,9 |
| 3. ตระหนักในความเข้มแข็ง ความแตกต่างของครอบครัว | มี 5 ข้อ | ได้แก่ | ข้อ 10,11,12, 13,14 |
| 4. การแลกเปลี่ยนข้อมูล | มี 5 ข้อ | ได้แก่ | ข้อ 15,16,17 18,19 |
| 5. สนับสนุนให้มีกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือระหว่างครอบครัว | มี 4 ข้อ | ได้แก่ | ข้อ 20,21,22 23 |
| 6. ตอบสนองความต้องการพัฒนาการของเด็กและครอบครัว | มี 5 ข้อ | ได้แก่ | ข้อ 24,25,26 27,28 |
| 7. กำหนดนโยบายเพื่อตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และการเงินของครอบครัว | มี 4 ข้อ | ได้แก่ | ข้อ 29,30,31 32 |
| 8. ออกแบบระบบสุขภาพที่ยืดหยุ่น เข้าถึงได้ง่าย | มี 7 ข้อ | ได้แก่ | ข้อ 33,34,35 36,37,38,39 |
| 9. ตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่ | มี 6 ข้อ | ได้แก่ | ข้อ 40,41,42 43,44,45 |

ลักษณะแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลเป็นมาตราวัดแบบลิเคิร์ทสเกลมี 4 ระดับ ดังนี้ 4 หมายถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง 3 หมายถึงเห็นด้วย 2 หมายถึงไม่เห็นด้วย และ 1 หมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ลักษณะแบบสอบถามการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล เป็นมาตราวัดแบบลิเคิร์ทสเกลมี 4 ระดับ ดังนี้ 4 หมายถึงปฏิบัติทุกครั้ง 3 หมายถึงปฏิบัติบ่อยครั้งหรือเกือบทุกครั้ง 2 หมายถึงปฏิบัติบางครั้ง และ 1 หมายถึงไม่เคยปฏิบัติเลย

โดยข้อความในแบบสอบถามการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลทุกข้อมีความหมายทางบวกทั้งหมด

การคิดคะแนน คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย โดยเอาคะแนนที่ได้ทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 1.00 – 4.00 การแปลความหมายระดับการรับรู้และการปฏิบัติ โดยมีกรอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล (ทัศนีย์ อรรถารส, 2549) มีดังนี้

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีกรอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลตั้งแต่ 1.00 – 2.00 คะแนน หมายถึงบุคลากรทางสุขภาพมีการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีกรอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีกรอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลตั้งแต่ 2.01 - 3.00 คะแนน หมายถึงบุคลากรทางสุขภาพมีการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีกรอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีกรอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลตั้งแต่ 3.01 - 4.00 คะแนน หมายถึงบุคลากรทางสุขภาพมีการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีกรอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลในระดับสูง

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยนี้มีการปฏิบัติตามหลักการที่กำหนดไว้ในคำประกาศเฮลซิงกิ และได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย และสิทธิที่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย โดยการเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ แม้ว่าจะได้ตอบรับการเข้าร่วมไปแล้วก็ตาม โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง หลังจากที่ถูกกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (inform consent form) โดยที่ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเก็บเป็นความลับ โดยไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างในแบบสอบถาม โดยใส่เป็นรหัสเลขที่แบบสอบถาม ผู้อื่นไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือตีพิมพ์เผยแพร่ไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่าง และนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. หลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือขอความร่วมมือในการ

เก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และส่งหนังสือถึงคณะบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในบุคลากรทางสุขภาพในหอผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลรามาธิบดี

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูล โดยการขอความร่วมมือและความสมัครใจจากบุคลากรทางสุขภาพ โดยได้แนบเอกสารอธิบายและการยินยอมเข้าร่วมวิจัยพร้อมไปกับแบบสอบถาม ซึ่งได้มีการแจ้งในใบแนบให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามนี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับโดยไม่เปิดเผยชื่อ, สกุลผู้ตอบ และจะเปิดเผยในทางวิชาการเป็นภาพรวมของกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพเท่านั้นและผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจตอบตกลงให้ความร่วมมือ และลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามซึ่งมีทั้งหมด 2 ชุด มีข้อคำถามชุดละ 45 ข้อ ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามชุดละ 40 – 45 นาที โดยแจกแบบสอบถามชุดประเมินการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลก่อน และเก็บกลับคืนภายใน 7 วันจนครบ หลังจากนั้นอีก 14 วัน ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามชุดประเมินการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล และทำการเก็บกลับคืนภายใน 7 วันเช่นเดียวกับชุดแรก

4. เมื่อเก็บแบบสอบถามครบทั้ง 2 ชุด ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติที่กำหนดต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ ของข้อมูลและเตรียมข้อมูลลงรหัส เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 เพื่อหาค่าสถิติดังนี้

1. สถิติพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล โดยการใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. วิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้และการปฏิบัติตามองค์ประกอบของแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล โดยใช้ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างรับรู้และการปฏิบัติตามองค์ประกอบของแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) โดยกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ .05

4. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับรับรู้ในแนวคิดกรอบทฤษฎีเป็นศูนย์กลางของการดูแล ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และสถิติ Eta โดยกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ .05



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึง การรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลในบุคลากรทางสุขภาพ ที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยเด็ก ทั้งหอผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน ของภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 198 ราย ตั้งแต่วันที่ 27 กรกฎาคม – 31 สิงหาคม พ.ศ.2550 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family – Centered Care Questionnaire - Revised – FCCQ - R) ของบรูซ (Bruce, 1993) ฉบับภาษาไทยของทัศนีย์ อรรถารส (2549) แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ของการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลในบุคลากรทางสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล ผลการศึกษาวิจัยจะนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. ลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรทางสุขภาพ
2. การรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ
3. การปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ
4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ
5. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ จำนวนปีในการทำงาน ตำแหน่งและประเภทหอผู้ป่วยกับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรทางสุขภาพ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 198)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (Mean =35, SD =10.19, Min =21, Max =60)		
20 – 29 ปี	77	38.89
30 – 39 ปี	68	34.34
40 – 49 ปี	28	14.14
> 50 ปี	25	12.63
จำนวนปีในการทำงาน (Mean =13.1, SD =10.30, Min =3/12, Max =38)		
> 5 ปี	57	28.79
6 – 10 ปี	43	21.72
11 – 15 ปี	31	15.66
16 – 20 ปี	23	11.61
21- 25 ปี	16	8.08
< 25 ปี	28	14.14
ตำแหน่ง		
หัวหน้าหอผู้ป่วยและอาจารย์พยาบาล	15	7.58
พยาบาล	113	57.07
ผู้ช่วยพยาบาล	70	35.35
ประเภทหอผู้ป่วย		
หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก	22	11.11
หอผู้ป่วยใน	116	58.59
หอผู้ป่วยวิกฤติ (ICU)	60	30.30
แหล่งความรู้เกี่ยวกับ FCC (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
การอบรม/การประชุมวิชาการ	142	71.72
หนังสือ/วารสาร/เอกสาร	114	57.58
อินเทอร์เน็ต	34	17.17
จากการพูดคุย/การส่งเวร/การประชุมในหอผู้ป่วย/ การ round ward	24	12.12

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 35 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 10.19) พบร้อยละ 38.89 มีอายุอยู่ในช่วง 20–29 ปี รองลงมาร้อยละ 34.34 มีอายุระหว่าง 30–39 ปี จำนวนปีในการทำงานเฉลี่ย 13.1 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 10.30) ร้อยละ 28.79 ทำงานน้อยกว่า 5 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 57.07 เป็นพยาบาล ร้อยละ 58.59 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน แหล่งความรู้เกี่ยวกับแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 71.72 ได้จากการอบรมและ/หรือการประชุมวิชาการ รองลงมาร้อยละ 57.58 ได้ความรู้จากหนังสือ วารสารและ/หรือเอกสารต่างๆ

ส่วนที่ 2 การรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล จำแนกตามรายด้านขององค์ประกอบ (N = 198)

องค์ประกอบของแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้	ช่วงคะแนนจริง	Mean	SD	ระดับของการรับรู้
1. ตระหนักว่าครอบครัวมีความสำคัญกับเด็กและคนที่	1.00 – 4.00	2.00 – 4.00	3.22	0.42	สูง
2. ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างเด็ก ครอบครัวและบุคลากร	1.00 – 4.00	2.17 - 4.00	3.06	0.41	สูง
3. ตระหนักในความเข้มแข็งและความแตกต่างของครอบครัว	1.00 – 4.00	2.60 - 4.00	3.32	0.38	สูง
4. การแลกเปลี่ยนข้อมูล	1.00 – 4.00	2.00 - 4.00	3.10	0.42	สูง
5. ส่งเสริมให้มีกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือระหว่างครอบครัว	1.00 – 4.00	2.00 - 4.00	3.18	0.39	สูง
6. ตอบสนองความต้องการพัฒนาการเด็กของและครอบครัว	1.00 – 4.00	2.80 - 4.00	3.26	0.38	สูง
7. กำหนดนโยบายเพื่อตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และการเงินของครอบครัว	1.00 – 4.00	2.00 - 4.00	3.16	0.41	สูง
8. ออกแบบระบบสุขภาพที่ยืดหยุ่นและเข้าถึงได้ง่าย	1.00 – 4.00	2.29 - 4.00	3.15	0.38	สูง

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล จำแนกตามรายด้านขององค์ประกอบ (N = 198) (ต่อ)

องค์ประกอบของแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้	ช่วงคะแนนจริง	Mean	SD	ระดับของการรับรู้
9. ตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่	1.00 – 4.00	2.33 – 4.00	3.22	0.38	สูง
การรับรู้โดยรวมทุกด้าน	1.00 – 4.00	2.64 – 4.00	3.18	0.32	สูง

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.18 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.32 เมื่อจำแนกการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลตามรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ตามรายด้านทุกองค์ประกอบอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ถึงการตระหนักในความเข้มแข็งและความแตกต่างของครอบครัวมากที่สุด คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.38 และมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ในการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างเด็ก ครอบครัว และบุคลากรน้อยที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.41

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล จำแนกตามรายด้านขององค์ประกอบ (N = 198)

องค์ประกอบของแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล	คะแนนที่ควรจะเป็น	คะแนนจริง	Mean	SD	ระดับของการปฏิบัติ
1. ตระหนักว่าครอบครัวมีความสำคัญกับเด็กและคงที่	1.00 – 4.00	1.33 - 4.00	2.87	0.53	ปานกลาง

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล จำแนกตามรายด้านขององค์ประกอบ (N = 198) (ต่อ)

องค์ประกอบของแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล	คะแนนที่ควรจะเป็น	คะแนนจริง	Mean	SD	ระดับของการปฏิบัติ
2. ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างเด็ก ครอบครัวและบุคลากร	1.00 – 4.00	1.33 - 4.00	2.60	0.57	ปานกลาง
3. ตระหนักในความเข้มแข็งและความแตกต่างของครอบครัว	1.00 – 4.00	1.2 - 4.00	2.84	0.17	ปานกลาง
4. การแลกเปลี่ยนข้อมูล	1.00 – 4.00	1.00 – 4.00	2.47	0.60	ปานกลาง
5. ส่งเสริมให้มีกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือระหว่างครอบครัว	1.00 – 4.00	1.00 – 4.00	2.36	0.65	ปานกลาง
6. ตอบสนองความต้องการพัฒนาการของเด็กและครอบครัว	1.00 – 4.00	1.00 – 4.00	2.66	0.60	ปานกลาง
7. กำหนดนโยบายเพื่อตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และการเงินของครอบครัว	1.00 – 4.00	1.25 - 4.00	2.77	0.59	ปานกลาง
8. ออกแบบระบบสุขภาพที่ยืดหยุ่นและเข้าถึงได้ง่าย	1.00 – 4.00	1.00 – 4.00	2.40	0.60	ปานกลาง
9. ตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่	1.00 – 4.00	1.67 - 4.00	2.47	0.57	ปานกลาง
การปฏิบัติโดยรวมทุกด้าน	1.00 – 4.00	1.42 - 4.00	2.58	0.46	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่าการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.46 เมื่อจำแนกการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลเป็นรายด้านตามองค์ประกอบพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางทุกองค์ประกอบ โดยมีคะแนน

เฉลี่ยของการปฏิบัติด้านการตระหนักว่าครอบครัวมีความสำคัญกับเด็กและมีความคงที่มากที่สุด คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.53 และมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติด้านการส่งเสริมให้มีกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือระหว่างครอบครัวน้อยที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.65

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลและการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันพบว่า ทั้งสองตัวแปรมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเท่ากับ 0.41 ($p < .01$)

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ จำนวนปีในการทำงาน ตำแหน่ง และประเภทของผู้ป่วยกับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ จำนวนปีในการทำงาน ตำแหน่ง และประเภทของผู้ป่วยกับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล (N = 198)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
อายุ	$r = 0.147^*$
ประสบการณ์การทำงาน	$r = 0.157^*$
ตำแหน่ง (ใช้สถิติ Eta)	$Eta = 0.35^*$
ประเภทของผู้ป่วย (ใช้สถิติ Eta)	$Eta = 0.155$

* $p < .05$

จากตารางที่ 4 พบว่าอายุและจำนวนปีในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเท่ากับ 0.147 และ 0.157 ตามลำดับ ส่วนตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ โดยมีค่าความสัมพันธ์ Eta เท่ากับ 0.35 และประเภทของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ ที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยเด็ก ทั้งหอผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน ของภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 198 ราย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 27 กรกฎาคม - 31 สิงหาคม พ.ศ. 2550 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family – Centered Care Questionnaire - Revised – FCCQ - R) ของบรูซ (Bruce, 1993) ที่ผ่านการแปลเป็นภาษาไทยและแปลกลับ (Back translation) ของทัศนีย์ อรรถารส (2549) แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และสถิติอีตา (Eta) เพื่อหาความสัมพันธ์ของการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลในบุคลากรทางสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล ผลการศึกษาสามารถอภิปรายตามสมมติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 การรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.41, p < .01$) นั่นคือ เมื่อบุคลากรทางสุขภาพมีการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมากก็จะมี การปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมากด้วย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน และเป็นไปตามแนวคิดของเชอร์เมอร์ฮอร์น ฮันท์และออสบอร์น (Schermerhorn, Hunt & Osborn, 2005) ที่อธิบายว่าการรับรู้เป็นกระบวนการที่บุคคลรับข้อมูลจากสิ่งแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลที่มาจากทางใดก็ตาม แล้วนำมาประมวล แปลความหมายและตอบสนองต่อข้อมูลรอบๆตัวเหล่านั้นเป็นความรู้สึกนึกคิด และการกระทำ ดังนั้นบุคคลเมื่อมีการรับรู้ก็จะมี การกระทำเกิดขึ้นเพื่อตอบสนองการรับรู้

สำหรับหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามารับดี ได้มีการประกาศใช้นโยบายครอบครัวยเป็นศูนย์กลางของการดูแลมาแต่ปี พ.ศ. 2541 หลังจากนั้นได้มีการจัดอบรมแนวคิดและการปฏิบัติเกี่ยวกับครอบครัวยเป็นศูนย์กลางของการดูแลให้แก่บุคลากรทางสุขภาพทุกระดับ เป็นระยะๆ จนกระทั่งครบทุกคน และได้มีการบรรจุแนวคิดครอบครัวยเป็นศูนย์กลางของการดูแลในหลักสูตรพยาบาลบัณฑิตและพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ดังนั้นจึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีการรับรู้เกี่ยวกับแนวคิดครอบครัวยเป็นศูนย์กลางของการดูแล และตอบสนองต่อการรับรู้โดยการปฏิบัติตามแนวคิดนี้

แต่เป็นที่น่าสนใจที่พบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวยเป็นศูนย์กลางของการดูแลกับการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวยเป็นศูนย์กลางของการดูแลในบุคลากรทางสุขภาพ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวยเป็นศูนย์กลางของการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ อรรถารส (2549), บรูซและริทชี (Bruce & Ritchie, 1997), เลตูเรโนและเอลเลียต (Letourneau & Elliott, 1996) และบรูซและคณะ (Bruce, Letourneau, Ritchie, Larocque, Dennis & Elliott, 2002) ที่พบว่า การรับรู้ในแนวคิดครอบครัวยเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวยเป็นศูนย์กลางของการดูแล ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่ไม่มีแนวทางหรือมาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการดูแลโดยมีครอบครัวยเป็นศูนย์กลางที่ชัดเจน ทำให้บุคลากรทางสุขภาพมีการปฏิบัติที่ไม่สม่ำเสมอ บางคนปฏิบัติตาม บางคนอาจไม่ได้ปฏิบัติ รวมถึงอาจขาดการสนับสนุนช่วยเหลือให้สามารถปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวยเป็นศูนย์กลางของการดูแล (ทัศนีย์ อรรถารส, 2549)

สมมติฐานข้อที่ 2 อายุ ตำแหน่ง จำนวนปีในการทำงาน และประเภทหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวยเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า อายุและจำนวนปีในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวยเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.147$, $r = 0.157$ ที่ $p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวยเป็นศูนย์กลางของการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Eta = 0.35$, $p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน และประเภทหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวยเป็นศูนย์กลางของการดูแลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยอธิบายได้ดังนี้

อายุ

ผลการศึกษา พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.147, p < .05$) นั่นคือบุคลากรทางสุขภาพที่อายุมากขึ้น จะมีการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ว่าอายุเป็นปัจจัยที่แสดงถึงวุฒิภาวะของบุคคลที่จะจัดการในเรื่องต่างๆ เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการและการเรียนรู้ เพราะบุคคลสามารถเรียนรู้และเก็บสะสมไว้เป็นประสบการณ์ในระหว่างวัยต่างๆ ดังนั้นผู้ที่มีอายุมากจึงมีวุฒิภาวะและการเรียนรู้มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย เนื่องจากมีโอกาสเรียนรู้สนใจศึกษาค้นคว้าสิ่งต่างๆ ได้มากกว่า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของบรูซและริทชี (Bruce & Ritchie, 1997) ที่พบว่า การรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางแปรผันตามอายุ โดยพยาบาลที่มีอายุมากจะมีการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมากกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของทัศนีย์ อรรถารส (2549) ที่ศึกษาถึงการรับรู้ของพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ผลการศึกษาพบว่าอายุที่มากขึ้นไม่มีผลต่อการรับรู้ของพยาบาลในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล โดยทัศนีย์ อรรถารส (2549) ให้เหตุผลไว้ว่า อาจเนื่องมาจากขาดการพัฒนาความรู้ทั้งจากตำราและการศึกษาอบรม จึงทำให้พยาบาลไม่มีความรู้เพิ่มขึ้นจากที่ได้ศึกษาหาความรู้มาในระหว่างที่ศึกษาในหลักสูตร ซึ่งแตกต่างไปจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากโรงพยาบาลรามาธิบดีได้นำเอาแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมาใช้ในหอผู้ป่วยเด็กทุกหอผู้ป่วย โดยได้มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลให้กับบุคลากรทางสุขภาพเป็นระยะๆ ทำให้ผู้ที่มีอายุมากกว่าจึงมีโอกาสได้รับการอบรมการประชุมวิชาการ และการกระตุ้นจากผู้บริหารมากกว่า จึงทำให้มีการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมาก

จำนวนปีในการทำงาน

ผลการศึกษาพบว่า จำนวนปีในการทำงานมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.157, p < .05$) นั่นคือบุคลากรทางสุขภาพที่มีจำนวนปีในการทำงานมาก จะมีการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมาก ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน และสามารถอธิบายได้ว่าประสบการณ์ที่ได้จากการปฏิบัติ จะเกิดขึ้นตามระยะเวลาของการปฏิบัติงาน และบุคคลจะเกิดการรับรู้จากประสบการณ์ในการปฏิบัติ เนื่องจากบุคคลที่มีจำนวนปีในการทำงานมากก็จะสามารถนำประสบการณ์มาสังเคราะห์และรวบรวมไว้เป็นประสบการณ์เดิม ทำให้เกิดการเรียนรู้

ต่อข้อมูลที่รับรู้มากกว่าบุคคลที่มีจำนวนปีในการทำงานน้อย เซอร์เมอร์ฮอร์น ฮันท์และออสบอร์น (Schermerhorn, Hunt & Osborn, 2005) ได้จัดประสบการณ์เดิมไว้ในปัจจัยที่เป็นคุณสมบัติของผู้รับรู้ ที่จะบอกแนวโน้มว่าจะเกี่ยวข้องกับสถานะที่เป็นจริงของข้อมูล ซึ่งทำให้บุคคลมีการรับรู้แตกต่างกัน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนปีในการทำงานมาก ก็จะมีการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวยเป็นศูนย์กลางของการดูแลมากกว่าผู้ที่มีจำนวนปีในการทำงานน้อย ซึ่งแตกต่างไปจากการศึกษาของทศนีย์ อรรถารส (2549) ที่ศึกษาถึงการรับรู้ของพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางพบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กที่มากขึ้น ไม่มีผลต่อการรับรู้ของพยาบาลในแนวคิดครอบครัวยเป็นศูนย์กลางของการดูแล และการศึกษาในครั้งนี้ยังแตกต่างไปจากการศึกษาของปีเตอร์เซน โคเฮนและพาร์สันส์ (Petersen, Cohen & Parsons, 2004) ที่ศึกษาเรื่องการรับรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับองค์ประกอบของการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางในพยาบาล NICU และ PICU พบว่าพยาบาลที่มีจำนวนปีในการทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี จะมีคะแนนของการรับรู้ตามแนวคิดครอบครัวยเป็นศูนย์กลางของการดูแลมากกว่าพยาบาลที่มีจำนวนปีในการทำงาน 10 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) ซึ่งปีเตอร์เซน โคเฮนและพาร์สันส์ให้เหตุผลว่าอาจเนื่องจากการนำแนวคิดครอบครัวยเป็นศูนย์กลางของการดูแลมาบรรจุในหลักสูตรการศึกษาของพยาบาลรุ่นหลังๆ ทำให้พยาบาลที่มีจำนวนปีในการทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปีมีคะแนนของการรับรู้มากกว่าพยาบาลที่มีจำนวนปีในการทำงาน 10 ปีขึ้นไป (Petersen, Cohen & Parsons, 2004)

ตำแหน่ง

ผลการศึกษาพบว่า ตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวยเป็นศูนย์กลางของการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Eta = 0.35, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานและสอดคล้องกับการศึกษาของบรูซและคณะ (Bruce, Letourneau, Ritchie, Larocque, Dennis & Elliott, 2002) ที่พบว่าพยาบาลในระดับผู้บริหารมีคะแนนการรับรู้สูงกว่าพยาบาลระดับปฏิบัติ และสอดคล้องกับการศึกษาของทศนีย์ อรรถารส (2549) ที่ศึกษาถึงการรับรู้ของพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลในระดับผู้บริหารมีคะแนนการรับรู้สูงกว่าพยาบาลประจำการ

ในการศึกษาครั้งนี้สถิติอีต้าไม่สามารถบอกได้ว่า ความสัมพันธ์ของตัวแปรตำแหน่งและการรับรู้เป็นไปในทิศทางใด ผู้วิจัยจึงได้นำคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ในแต่ละตำแหน่งไปเปรียบเทียบหาความแตกต่างด้วยด้วยสถิติ ANOVA และ Post Hoc Bonferroni พบว่าหัวหน้าพยาบาลและอาจารย์พยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สูงกว่าพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{2,196} = 13.597, p = .000$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่หัวหน้าพยาบาลและ

อาจารย์พยาบาลได้รับความรู้จากการเรียนการสอนในหลักสูตรของสถาบันมากกว่าพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล นอกจากนี้หัวหน้าพยาบาลและอาจารย์พยาบาลมีโอกาสดูแลผู้ป่วยและ/หรือความรู้ใหม่ๆจากการประชุมวิชาการ ตำรา และการสืบค้นข้อมูลจากแหล่งต่างๆ มากกว่าพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล จึงทำให้มีการรับรู้ในแนวคิดครอบคลุมเป็นศูนย์กลางของการดูแลได้มากกว่า

ประเภทของผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ประเภทของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบคลุมเป็นศูนย์กลางของการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการศึกษาในครั้งนี้ถึงแม้มีความแตกต่างในด้านลักษณะและสภาพแวดล้อมของการทำงาน แต่ทุกหอผู้ป่วยก็มียุทธศาสตร์ให้การดูแลโดยมีครอบคลุมเป็นศูนย์กลาง และบุคลากรทางสุขภาพส่วนใหญ่ได้รับความรู้เกี่ยวกับแนวคิดครอบคลุมเป็นศูนย์กลางของการดูแลเป็นระยะๆ ไม่ว่าจะจากการอบรม การประชุมวิชาการ จากการอ่านหนังสือ และจากอินเทอร์เน็ต (ดังแสดงในตารางที่ 1) ทำให้มีการรับรู้ในแนวคิดครอบคลุมเป็นศูนย์กลางของการดูแลไม่แตกต่างกัน

เป็นที่น่าสังเกตว่า ถึงแม้อายุและจำนวนปีในการทำงานจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบคลุมเป็นศูนย์กลางของการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่แม้ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำก็ทำให้มีนัยสำคัญทางสถิติได้ จึงควรมีการศึกษาซ้ำหลายๆแห่งเพื่อยืนยันความสัมพันธ์ของตัวแปร

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยเด็กทั้งหอผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยในของภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 198 ราย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 27 กรกฎาคม - 31 สิงหาคม พ.ศ. 2550 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family - Centered Care Questionnaire - Revised – FCCQ - R) ของบรูซ (Bruce 1993) ฉบับภาษาไทยของทัศนีย์ อรรถารส (2549) ที่ผ่านการแปลและแปลกลับ (back translation) และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้เท่ากับ .94 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการปฏิบัติเท่ากับ .91 หลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และเมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย โดยมีการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง ส่วนการวิเคราะห์ผลที่ได้นั้น ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสัมพันธ์ของการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลในบุคลากรทางสุขภาพวิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลในบุคลากรทางสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และสถิติอีตา (Eta) ผลการศึกษาที่พบสรุปได้ดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวนทั้งหมด 198 ราย มีอายุเฉลี่ย 35 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 10.19) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38.89 มีอายุอยู่ในช่วง 20 – 29 ปี รองลงมาร้อยละ 34.34 มีอายุระหว่าง 30 – 39 ปี กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนปีในการทำงานเฉลี่ย 13.1 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 10.30) ร้อยละ 28.79 ทำงานน้อยกว่า 5 ปี สำหรับตำแหน่งของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 57.07 เป็นพยาบาล รองลงมาร้อยละ 35.35 เป็นผู้ช่วยพยาบาล ร้อยละ 58.59 ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยใน และแหล่งความรู้เกี่ยวกับแนวคิดครอบครัวเป็น

ศูนย์กลางของการดูแลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 71.72 ได้จากการอบรมและ/หรือการประชุมวิชาการ รองลงมาร้อยละ 57.58 ได้ความรู้จากการอ่านหนังสือ วารสารและเอกสารต่างๆ

สรุปผลการวิจัย

1. การรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.18 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.32 เมื่อจำแนกการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลตามรายด้านพบว่า มีการรับรู้ตามรายด้านทุกองค์ประกอบอยู่ในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ถึงการตระหนักในความเข้มแข็งและความแตกต่างของครอบครัวมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.38 และมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ในการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างเด็ก ครอบครัว และบุคลากรน้อยที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.41

2. การปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.46 เมื่อจำแนกการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลเป็นรายด้านตามองค์ประกอบพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางทุกองค์ประกอบ โดยมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติด้านการตระหนักว่าครอบครัวมีความสำคัญกับเด็กและมีความคงที่มากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.53 และมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติด้านการส่งเสริมให้มีกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือระหว่างครอบครัวน้อยที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.65

3. การรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.41, p < 0.01$)

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลพบว่าอายุและจำนวนปีในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.147, p < 0.05$; $r = 0.157, p < 0.05$ ตามลำดับ) ส่วนตำแหน่งของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Eta = 0.35, p < 0.05$) และหัวหน้าพยาบาลและอาจารย์พยาบาลมีการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมากกว่าพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{2,196} = 13.597, p = .000$) ส่วนประเภทหอ

ผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดในการศึกษารั้งนี้

1. ผลการศึกษานี้ใช้อ้างอิงได้เฉพาะกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ช่วยพยาบาล พยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามารับดีเท่านั้น ไม่สามารถอ้างอิงถึงบุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอื่นหรือโรงพยาบาลอื่นได้
2. การศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร แม้จะบอกทิศทางของความสัมพันธ์ได้ แต่ก็ไม่สามารถแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของตัวแปรได้อย่างชัดเจน
3. การเก็บข้อมูลครั้งนี้เก็บโดยใช้แบบสอบถามแบบซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และเป็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับนโยบายครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลซึ่งประกาศใช้ในหน่วยงาน ทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามอาจเลือกตอบให้สอดคล้องกับนโยบายและความคาดหวังของหน่วยงาน จึงทำให้เกิดความลำเอียงหรืออคติ (bias) ในการตอบได้

ข้อเสนอแนะด้านการบริหารการพยาบาล

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ถ้าบุคลากรทางสุขภาพมีการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลสูง จะมีการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลสูงด้วย และการรับรู้ยังขึ้นอยู่กัยอายุ จำนวนปีในการทำงานและตำแหน่ง โดยที่ผู้มีอายุน้อย มีจำนวนปีในการทำงานน้อย และเป็นพยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาล จะมีการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลน้อย ดังนั้นจึงควรหากลยุทธ์ในการส่งเสริมการรับรู้ของบุคลากรเหล่านี้ เช่น จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง หรือจัดกลุ่มให้คำปรึกษาเกี่ยวกับครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลแก่บุคลากรทางสุขภาพ เป็นต้น

จากการศึกษาพบว่า การปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงควรหาสาเหตุถึงอุปสรรคที่ทำให้การปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลไม่อยู่ในระดับสูงหรือระดับเดียวกับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล และควรมีการจัดวางแผนพัฒนาหอผู้ป่วยให้มีความคล่องตัวในการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล

จากคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลตามรายด้านขององค์ประกอบ พบว่าบุคลากรทางสุขภาพได้รับการตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะในด้านการเสริมสร้างขวัญ แรงจูงใจและกำลังใจ ดังนั้นจึงควรมีการเสริมสร้างขวัญ แรงจูงใจและกำลังใจ เช่น การให้รางวัลแก่ผู้ปฏิบัติที่มีความรู้และทักษะในการดูแลเด็กและครอบครัว เป็นต้น

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลตามรายด้านขององค์ประกอบพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือการส่งเสริมให้มีกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือระหว่างครอบครัว ดังนั้นผู้ปฏิบัติการจึงควรหาแนวทางในการส่งเสริมให้มีกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือระหว่างครอบครัวให้มากขึ้น เช่น มีการแนะนำบิดามารดาของเด็กป่วยในกลุ่มโรคเดียวกันให้รู้จักกัน มีการจัดกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือระหว่างครอบครัวครอบครัว (Parent support group) ในหอผู้ป่วย เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลในระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ที่เป็นความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของตัวแปร (Causal relationship)
2. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่สามารถทำนายการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล
3. ควรมีการศึกษาถึงการรับรู้และการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลในบุคลากรทางสุขภาพเป็นทีมสหสาขา (Multidisciplinary team) โดยรวมแพทย์ เภสัชกร พยาบาลชำนาญการขั้นสูงของหน่วยต่างๆที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กด้วย
4. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและจำนวนปีในการทำงานกับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลอยู่ในระดับต่ำ จึงควรมีการศึกษาซ้ำในโรงพยาบาลอื่นเพื่อยืนยันความสัมพันธ์ของตัวแปร

การรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ

นวพร แสงเนตรสว่าง 4536542 RAPN/M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, พย.ค., จริญญา วิริยะสุกร, พย.ค.,
ประชา นันทน์ฤมิต, พ.บ.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เมื่อเด็กอยู่โรงพยาบาล เด็กต้องเผชิญกับความไม่สบายต่างๆ ต้องอยู่กับบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ และที่สำคัญคือต้องแยกจากครอบครัวที่เด็กรัก คู่แข่ง และไว้วางใจ ทำให้เกิดผลกระทบทางลบต่อสุขภาพ อารมณ์ และพฤติกรรมของเด็ก เช่น เกิดความเครียด วิตกกังวลจากการแยกจาก กลัว ซึมเศร้า พฤติกรรมดื้อดอย นอนยาก สูญเสียการควบคุมตัวเอง และมีพฤติกรรมก้าวร้าว (Coyne, 1996; Morse & Pooler, 2002; Sheldon, 1997; Wolf & Visintainer, 1975 อ้างใน Letourneau & Elliott, 1996; Wong, 2005; Young, 1992) นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีความเครียด วิตกกังวล และสับสนในบทบาทที่เปลี่ยนไป (Bruce & Ritchie, 1997; Noyes, 1999) ดังนั้นเมื่อเด็กป่วยจึงไม่ควรแยกเด็กออกจากครอบครัว การดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจึงควรเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพราะครอบครัวมีบทบาท และมีอิทธิพลอย่างมากต่อการตอบสนองความต้องการของเด็กป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย การประคับประคองอารมณ์ และการกระตุ้นสติปัญญา เพื่อให้เด็กมีชีวิตรอด มีสุขภาพแข็งแรง มีการเจริญเติบโต และพัฒนาการสมวัย ตลอดจนสามารถปรับตัวกับการเจ็บป่วยและดำเนินชีวิตได้อย่างผาสุก (ลำยอง รัชมีมาลา, 2541) ดังนั้นจึงควรให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลเด็ก

แนวคิดกรอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลเป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลาย (Ahmann & Johnson, 2000) และกลายเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญในศตวรรษที่ 21 (Smith, Coleman & Bradshaw, 2002) โดยที่กรอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลเป็นรูปแบบของการจัดการดูแลที่ให้การยอมรับกรอบครัว และสนับสนุนส่งเสริมกรอบครัวในการดูแลเด็ก (Letourneau & Elliott, 1996) การนำแนวคิดนี้ไปใช้ในการปฏิบัติจึงก่อให้เกิดประโยชน์ต่อเด็ก กรอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพหลายประการ เช่น ช่วยกำหนดบทบาท และเพิ่มสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกรอบครัวของเด็กป่วย และบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้มีการสร้างบรรยากาศที่ดีในการมี ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กป่วย กรอบครัว และบุคลากรทางสุขภาพ (McCollum & Yates, 1994) ทำให้เด็กที่ได้รับการผ่าตัดมีการฟื้นหายเร็วขึ้น (Shelton & Stepanek, 1994; Skipper, Leonard, & Rhymes, 1968 อ้างใน Letourneau & Elliott, 1996; Wolfer & Visintainer, 1975) ทำให้การกลับมาโรงพยาบาลซ้ำของเด็กป่วยลดลง (Aitkenhead, 2001; Weinstein, Faust, McKee & Padman, 1992) บิดามารดามีความเครียดลดลง และมีความพึงพอใจในการดูแล (Ecenroad & Zwelling, 2000; Galvin, et al., 2000; LaRosa-Nash & Murphy, 1997; Van Riper, 2001) และยังช่วยให้บิดามารดามีการเรียนรู้ และมีทักษะในการดูแลเด็กป่วยเพิ่มขึ้น (ทัศนีย์ อรรถารส, 2546; Caro & Derevensky, 1991)

การที่จะปฏิบัติตามแนวคิดกรอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลให้มีประสิทธิภาพได้นั้น จำเป็นจะต้องทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติ ตามแนวคิดของเซอร์เมอร์ฮอร์น อันท์และออสบอร์น (Schermerhorn, Hunt and Osborn, 2005) การที่เราทราบถึงการรับรู้ของบุคคลจะเป็นพื้นฐานที่ทำให้เราเข้าใจพฤติกรรมของบุคคล เนื่องจากบุคคลจะปฏิบัติหรือกระทำ พฤติกรรมตามการรับรู้ ดังนั้นการรับรู้ในแนวคิดกรอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลจึงเป็นตัวกำหนดการปฏิบัติของบุคลากรทางสุขภาพ มีการศึกษาพบว่า การรับรู้ที่ถูกต้องของพยาบาล เกี่ยวกับความต้องการของกรอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการปฏิบัติตามแนวคิดกรอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล (DePompei, Whitford & Beam, 1994) นอกจากนั้นยังพบว่า บุคลากรทางสุขภาพที่มีอายุ ตำแหน่งในการทำงาน จำนวนปีในการทำงาน และประเภทหอผู้ป่วยที่แตกต่างกันจะมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน (Bailey, Simeonsson, Yoder & Huntington, 1990; Bruce, Letourneau, Ritchie, Larocque, Dennis & Elliott, 2002; Bruce & Ritchie, 1997; Cochrane, Farley & Wilhelm, 1990; Eckle & MacLean, 2001; Letourneau & Elliott, 1996; Petersen, Cohen, & Parsons, 2004) แต่การศึกษาเหล่านี้เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ผลของการศึกษายังมีข้อจำกัดในการอ้างอิงกับประชากรไทยซึ่งมีความแตกต่างทางด้านสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ และระบบบริการสุขภาพ ในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้และการปฏิบัติโดยมี

ครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลก่อนข้างน้อย การศึกษาที่พบเป็นการเปรียบเทียบระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติของพยาบาล (ทัศนีย์ อรรถารส, 2549) ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลที่ครอบคลุมไปถึงผู้ช่วยพยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยเช่นกัน ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของบุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะอายุ จำนวนปีในการทำงาน ตำแหน่ง และประเภทหอผู้ป่วย ยังมีผลการศึกษาที่แตกต่างกัน (ทัศนีย์ อรรถารส, 2549; Bailey, Simeonsson, Yoder & Huntington, 1990; Bruce, Letourneau, Ritchie, Larocque, Dennis & Elliott, 2002; Bruce & Ritchie, 1997; Cochrane, Farley & Wilhelm, 1990; Eckle & MacLean, 2001; Letourneau & Elliott, 1996; Petersen, Cohen, & Parsons, 2004) จึงควรมีการศึกษาซ้ำ

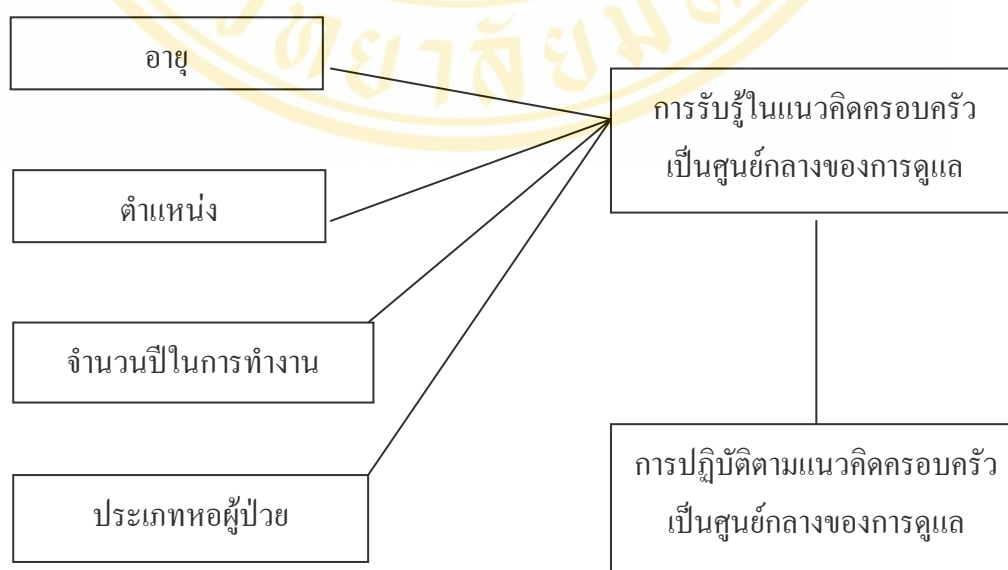
สำหรับโรงพยาบาลรามาธิบดี ได้มีการนำเอาแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมาใช้ในการดูแลเด็กป่วยตั้งแต่ พ.ศ. 2541 แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพในโรงพยาบาลรามาธิบดี ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของบุคลากรทางสุขภาพในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามาธิบดี ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเด็ก ครอบครัว และบุคลากรต่อไป

กรอบแนวคิด

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดกระบวนการรับรู้ของเชอร์เมอร์ฮอร์น อันท์และออสบอร์น (Schermerhorn, Hunt and Osborn, 2005) ซึ่งกล่าวถึงพฤติกรรมของบุคคลว่าเกิดจากการรับรู้ โดยที่การรับรู้เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาในการตีความ หรือแปลความสิ่งเร้าต่างๆ ที่ได้สัมผัสผ่านกระบวนการรับรู้ คือเมื่อบุคคลรับข้อมูลจากสิ่งแวดล้อม แล้วนำมาประมวลแปลความหมาย และตอบสนองเป็นความรู้สึกลึกซึ้งและการกระทำ โดยมีปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้แตกต่างกัน 3 ประการคือ 1) ตัวผู้รับรู้ (The Perceiver) เป็นคุณสมบัติของผู้รับรู้ เช่น ประสบการณ์เดิม ความต้องการหรือแรงจูงใจ เป็นต้น 2) องค์กรหรือหน่วยงาน (The Setting) เป็นสภาพแวดล้อมทั้งทางด้านกายภาพ ด้านสังคม และลักษณะขององค์กรหรือหน่วยงาน 3) ลักษณะพื้นฐานของผู้รับรู้ (The Perceived) เป็นลักษณะพื้นฐานของปัจเจกบุคคลที่ต่างกัน เช่น อายุ เพศ ส่วนสูง น้ำหนัก เป็นต้น ดังนั้นการรับรู้ในแต่ละบุคคลจึงอาจมีความแตกต่างกัน

ตามแนวคิดกระบวนการรับรู้ของเชอร์เมอร์ฮอร์น อันท์และออสบอร์น (Schermerhorn, Hunt and Osborn, 2005) เมื่อบุคลากรทางสุขภาพได้รับข้อมูลซึ่งในที่นี้หมายถึงแนวคิดครอบครัว

เป็นศูนย์กลางของการดูแลจากการเรียน การจัดอบรมหรือจากแนวนโยบาย ก็จะเกิดกระบวนการรับรู้ซึ่งเป็นกระบวนการในการตีความ และแปลข้อมูลเกี่ยวกับแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล เพื่อแปลงเป็นการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล โดยมีปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ ได้แก่ อายุ จำนวนปีในการทำงาน ตำแหน่ง และประเภทหอผู้ป่วย ทำให้บุคลากรทางสุขภาพแต่ละคนมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน เนื่องจากบุคลากรทางสุขภาพที่มีอายุมากจะมีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้น มีโอกาสในการรับรู้ข้อมูลต่างๆมากขึ้น ทำให้มีการรับรู้ที่ดีขึ้น ส่วนบุคลากรทางสุขภาพที่มีระยะเวลาในการทำงานมาก จะมีประสบการณ์ และโอกาสในการรับรู้เกี่ยวกับแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมากขึ้น จึงทำให้มีการรับรู้ที่ดีขึ้น สำหรับปัจจัยทางด้านตำแหน่ง บุคลากรทางสุขภาพที่มีตำแหน่งสูงกว่า จะมีโอกาสในการหาความรู้และรับทราบนโยบายต่างๆมากกว่า ทำให้มีการรับรู้ที่ดีกว่า นอกจากนี้การที่บุคลากรทางสุขภาพปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ซึ่งมีนโยบายปลีกย่อยและลักษณะพื้นที่ในการบริการของแต่ละหอผู้ป่วยที่ไม่เหมือนกัน เช่น บางหอผู้ป่วยให้มารดานอนค้างเพื่อดูแลบุตรของตนได้ หรือบางหอผู้ป่วยให้บิดามารดาเข้าเยี่ยมตามเวลาเท่านั้น ทำให้การปฏิบัติการดูแลเด็กป่วยโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลในแต่ละที่แตกต่างกันออกไป (Bruce & Ritchie, 1997; Gill, 1994; Letourneau & Elliott, 1996) ดังนั้นการที่บุคลากรทางสุขภาพจะปฏิบัติการดูแลตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลได้นั้น จะต้องมีการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล โดยมีอายุ จำนวนปีในการทำงาน ตำแหน่ง และประเภทหอผู้ป่วยมาเกี่ยวข้องดังความสัมพันธ์ของตัวแปร แสดงได้ในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ที่ศึกษา

คำถามการวิจัย

1. บุคลากรทางสุขภาพในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามาริบัติ มีการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลอย่างไร
2. บุคลากรทางสุขภาพในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามาริบัติ มีการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลเป็นอย่างไร
3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามาริบัติเป็นอย่างไร
4. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ จำนวนปีในการทำงาน ตำแหน่ง และประเภทหอผู้ป่วยกับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามาริบัติเป็นอย่างไร

สมมติฐานของการวิจัย

1. การรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ
2. อายุ จำนวนปีในการทำงาน ตำแหน่งและประเภทหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ

วิธีการดำเนินการวิจัย

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นบุคลากรทางสุขภาพทุกคนในหอผู้ป่วยเด็ก ประกอบด้วยพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และอาจารย์พยาบาล ที่ปฏิบัติงานทั้งหอผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 255 ราย ได้รับความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นจำนวน 198 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.7

สถานที่ที่ใช้ในการศึกษา เป็นหอผู้ป่วยเด็กทั้งหมดในโรงพยาบาลรามาริบัติจำนวน 8 หอผู้ป่วย ประกอบด้วยหน่วยตรวจผู้ป่วยเด็กนอก (OPD) หอผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ (เด็ก 1) หอผู้ป่วยเด็ก 2 (อายุ 5 ปี ถึง 15 ปี) หอผู้ป่วยเด็กพิเศษ หน่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิดที่มีปัญหา (เด็ก 4) (อายุแรกเกิดถึงสามเดือน) หอผู้ป่วยเด็ก 5 (อายุ 1 เดือนถึง 5 ปี) ไอซียูเด็กทารกแรกเกิด (NICU) และไอซียูเด็ก (PICU) ซึ่งทุกหอผู้ป่วยได้มีการดำเนินการตามนโยบายการดูแลเด็กป่วยโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ อายุ จำนวนปีในการทำงาน ตำแหน่ง และแหล่งความรู้เกี่ยวกับการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีจำนวนทั้งหมด 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด (opened-end) และคำถามประเภทเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family – Centered Care Questionnaire – Revised – FCCQ - R) ของบรูซ (Bruce, 1993 อ้างใน Bruce, Letourneau, Ritchie, Larocque, Dennis & Elliott., 2002) เป็นแบบวัดการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนคือ แบบวัดการรับรู้ถึงกิจกรรมที่บุคลากรทางสุขภาพต้องปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล (Necessary Scale) และแบบวัดการปฏิบัติจริงตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ (Current Scale) ซึ่งเครื่องมือฉบับนี้ปรับปรุงมาจาก Family - Centered Care Questionnaire (FCCQ) ของบรูซ (Bruce, 1992) โดยสร้างขึ้นตามองค์ประกอบของแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของสมาคมดูแลสุขภาพเด็ก (The Association for the Care of Children's Health - ACCH) (Shelton, Jeppson & Johnson, 1987) และองค์ประกอบเพิ่มเติมของ IWK FCC Committee (Bruce, Letourneau, Ritchie, Larocque, Dennis & Elliott, 2002; Bruce & Ritchie, 1997; Letourneau & Elliott, 1996) ต่อมาบรูซได้ปรับปรุงแบบสอบถามใหม่โดยลดข้อคำถามจาก 55 ข้อเป็น 45 ข้อ ตามผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) และค่าความเที่ยงของข้อคำถาม (Bruce, 1993 อ้างใน Bruce, Letourneau, Ritchie, Larocque, Dennis & Elliott, 2002) โดยบรูซและริทชี (Bruce & Ritchie) ได้นำเครื่องมือไปรับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับเด็ก กุมารแพทย์ และบิดามารดาที่มีความรู้ในปรัชญาของครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล และได้หาความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของหัวข้อย่อยอยู่ระหว่าง 0.5-0.8 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามทั้งหมด = 0.9 และหาความเที่ยงเชิงความคงที่ด้วยการทดสอบซ้ำได้ค่า Test – retest ของหัวข้อย่อยวัดการรับรู้อยู่ระหว่าง 0.6-0.8

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ FCCQ – R ฉบับภาษาไทยของทัศนีย์ อรรถารส (2549) ที่แปลเป็นภาษาไทยและผ่านการแปลกลับ (back translation) มีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลเท่ากับ 0.90 และมีความเที่ยงของแบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลเท่ากับ 0.89 (ทัศนีย์

อรรถารส, 2549) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงจากนุคลาทรทางสุภาพในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลเท่ากับ 0.94 และความเที่ยงของแบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลเท่ากับ 0.91 แบบสอบถามนี้เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) มี 4 ระดับ โดย 4 หมายถึงข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือการปฏิบัติของตนเองทุกประการ จนถึง 1 หมายถึงข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือการปฏิบัติของตนเองทุกประการ การแปลค่าคะแนนคือคะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึงมีการรับรู้หรือมีการปฏิบัติในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมาก ในทางตรงกันข้ามคะแนนน้อย หมายถึงมีการรับรู้หรือมีการปฏิบัติในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลน้อย

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยนี้มีการปฏิบัติตามหลักการที่กำหนดไว้ในคำประกาศเฮลซิงกิ และได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย และสิทธิที่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย โดยการเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ แม้ว่าจะได้ตอบรับการเข้าร่วมไปแล้วก็ตามโดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง และหลังจากกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (inform consent form) ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเก็บเป็นความลับ โดยไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างในแบบสอบถาม แต่ใส่รหัสเลขที่แบบสอบถามแทน ผู้อื่นไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือตีพิมพ์เผยแพร่จะไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่าง และนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

การรวบรวมข้อมูล

หลังจากการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีแล้ว มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดย ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามซึ่งมีทั้งหมด 2 ชุด มีคำถามชุดละ 45 ข้อ ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามชุดละ 40 - 45 นาที โดยแจกแบบสอบถามชุดประเมินการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลก่อนและเก็บกลับคืนภายใน 7 วันจนครบ หลังจากนั้นอีก 14 วัน ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามชุดประเมินการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล และทำการเก็บกลับคืนภายใน 7 วันเช่นเดียวกับชุดแรก

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรทางสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ระหว่าง 21 - 61 ปี มีอายุเฉลี่ย 35 ปี ร้อยละ 38.89 มีอายุ 20 - 29 ปี ร้อยละ 12.63 มีอายุมากกว่า 50 ปี มีจำนวนปีในการทำงานอยู่ระหว่าง 3 เดือน - 38 ปี จำนวนปีในการทำงานเฉลี่ย 13.1 ปี ร้อยละ 28.79 ทำงานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 8.08 ทำงานนาน 21 - 25 ปี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.07 เป็นพยาบาล ส่วนใหญ่ร้อยละ 58.59 ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยใน แหล่งความรู้เกี่ยวกับแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 71.72 ได้จากการอบรมและ/หรือการประชุมวิชาการ รองลงมาร้อยละ 57.58 ได้จากหนังสือ วารสาร และเอกสารต่างๆ

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ตามคำถามการวิจัยและการทดสอบสมมติฐาน : การรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล จำแนกตามรายด้านขององค์ประกอบ (N = 198)

องค์ประกอบของแนวคิด ครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการ ดูแล	ช่วงคะแนน ที่เป็นไปได้	ช่วงคะแนน จริง	Mean	SD	ระดับของ การรับรู้
1. ตระหนักว่าครอบครัวมีความสำคัญกับเด็กและคงที่	1.00 – 4.00	2.00 – 4.00	3.22	0.42	สูง
2. ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างเด็กครอบครัวและบุคลากร	1.00 – 4.00	2.17 – 4.00	3.06	0.41	สูง
3. ตระหนักในความเข้มแข็งและความแตกต่างของครอบครัว	1.00 – 4.00	2.60 – 4.00	3.32	0.38	สูง
4. การแลกเปลี่ยนข้อมูล	1.00 – 4.00	2.00 – 4.00	3.10	0.42	สูง
5. ส่งเสริมให้มีกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือระหว่างครอบครัว	1.00 – 4.00	2.00 – 4.00	3.18	0.39	สูง
6. ตอบสนองความต้องการพัฒนาการของเด็กและครอบครัว	1.00 – 4.00	2.80 – 4.00	3.26	0.38	สูง

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล จำแนกตามรายด้านขององค์ประกอบ (N = 198) (ต่อ)

องค์ประกอบของแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้	ช่วงคะแนนจริง	Mean	SD	ระดับของการรับรู้
7. กำหนดนโยบายเพื่อตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และการเงินของครอบครัว	1.00 – 4.00	2.00 – 4.00	3.16	0.41	สูง
8. ออกแบบระบบสุขภาพที่ยืดหยุ่นและเข้าถึงได้ง่าย	1.00 – 4.00	2.29 – 4.00	3.15	0.38	สูง
9. ตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่	1.00 – 4.00	2.33 – 4.00	3.22	0.38	สูง
การรับรู้โดยรวมทุกด้าน	1.00 – 4.00	2.64 – 4.00	3.18	0.32	สูง

การรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.18 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.32 เมื่อจำแนกการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลตามรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ตามรายด้านทุกองค์ประกอบอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ถึงการตระหนักในความเข้มแข็งและความแตกต่างของครอบครัวมากที่สุด คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.32 รองลงมาเป็นการรับรู้ถึงการตอบสนองความต้องการของพัฒนาการเด็กและครอบครัว คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.26 และมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ในการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างเด็ก ครอบครัวและบุคลากรน้อยที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.06

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล จำแนกตามรายด้านขององค์ประกอบ (N = 198)

องค์ประกอบของแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้	ช่วงคะแนนจริง	Mean	SD	ระดับของการปฏิบัติ
1. ตระหนักว่าครอบครัวมีความสำคัญกับเด็กและคงที่	1.00 – 4.00	1.33 – 4.00	2.87	0.53	ปานกลาง
2. ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างเด็กครอบครัวและบุคลากร	1.00 – 4.00	1.33 – 4.00	2.60	0.57	ปานกลาง
3. ตระหนักในความเข้มแข็งและความแตกต่างของครอบครัว	1.00 – 4.00	1.2 – 4.00	2.84	0.17	ปานกลาง
4. การแลกเปลี่ยนข้อมูล	1.00 – 4.00	1.00 – 4.00	2.47	0.60	ปานกลาง
5. ส่งเสริมให้มีกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือระหว่างครอบครัว	1.00 – 4.00	1.00 – 4.00	2.36	0.65	ปานกลาง
6. ตอบสนองความต้องการพัฒนาการของเด็กและครอบครัว	1.00 – 4.00	1.00 – 4.00	2.66	0.60	ปานกลาง
7. กำหนดนโยบายเพื่อตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และการเงินของครอบครัว	1.00 – 4.00	1.25 – 4.00	2.77	0.59	ปานกลาง
8. ออกแบบระบบสุขภาพที่ยืดหยุ่นและเข้าถึงได้ง่าย	1.00 – 4.00	1.00 – 4.00	2.40	0.60	ปานกลาง
9. ตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่	1.00 – 4.00	1.67 – 4.00	2.47	0.57	ปานกลาง
การปฏิบัติตามโดยรวมทุกด้าน	1.00 – 4.00	1.42 – 4.00	2.58	0.46	ปานกลาง

การปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.46 เมื่อจำแนกการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลตามรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติอยู่ใน

ระดับปานกลางทุกองค์ประกอบ โดยมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติด้านการตระหนักว่าครอบครัวมีความสำคัญกับเด็กและคงที่มากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.87 รองลงมาเป็นการปฏิบัติในการตระหนักในความเข้มแข็งและความแตกต่างของครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.84 และมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติด้านการส่งเสริมให้มีกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือระหว่างครอบครัวน้อยที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.36

การทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 การรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลและการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่าทั้งสองตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.41, p < .01$) ดังนั้นสมมติฐานข้อนี้จึงได้รับการสนับสนุน

สมมติฐานข้อที่ 2 อายุ จำนวนปีในการทำงาน ตำแหน่ง และประเภทหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ

จากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันพบว่า อายุและจำนวนปีในการทำงานมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.147, p < .05$ และ $r = 0.156, p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนตำแหน่ง และประเภทหอผู้ป่วยใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Eta พบว่าตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{Eta} = 0.35, p < .05$) ผลของการศึกษาจึงสนับสนุนสมมติฐาน และประเภทหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ จำนวนปีในการทำงาน ตำแหน่งและประเภทหอผู้ป่วยกับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล (N = 198)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
อายุ	$r = 0.147^*$
จำนวนปีในการทำงาน	$r = 0.157^*$
ตำแหน่ง (ใช้สถิติ Eta)	$\text{Eta} = 0.35^*$
ประเภทหอผู้ป่วย (ใช้สถิติ Eta)	$\text{Eta} = 0.155$

* $p < .05$

เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของแต่ละกลุ่มตำแหน่งไปเปรียบเทียบหาความแตกต่างด้วยสถิติ ANOVA และ Post Hoc Bonferroni พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วย และอาจารย์พยาบาลมีการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมากกว่าพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{2,196} = 13.597, p = .000$)

การอภิปรายผล

ความสัมพันธ์ของการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.41, p < .01$) นั่นคือ เมื่อบุคลากรทางสุขภาพมีการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล ก็จะมีการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเซอร์เมอร์ฮอร์น ฮันท์และออสบอร์น (Schermerhorn, Hunt & Osborn, 2005) ที่กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่บุคคลรับข้อมูลจากสิ่งแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลที่มาจากทางใดก็ตาม แล้วนำมาประมวล แปลความหมาย และตอบสนองต่อข้อมูลรอบๆ ตัวเหล่านั้นเป็นความรู้สึนึกคิดและการกระทำ ดังนั้นบุคคลเมื่อมีการรับรู้ก็จะมีการกระทำเกิดขึ้นเพื่อตอบสนองการรับรู้

สำหรับหอผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลรามารับได้ มีการประกาศใช้นโยบายครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 หลังจากนั้นได้มีการจัดอบรมแนวคิดและการปฏิบัติเกี่ยวกับครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับเป็นระยะๆ จนกระทั่งครบทุกคน และยังได้มีการบรรจุเอาแนวคิดนี้ในหลักสูตรพยาบาลบัณฑิตและพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ดังนั้นจึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีการรับรู้เกี่ยวกับแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล และตอบสนองต่อการรับรู้โดยการปฏิบัติตามแนวคิดนี้

ความสัมพันธ์ของอายุ ตำแหน่ง จำนวนปีในการทำงาน และประเภทหอผู้ป่วยกับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ

อายุ

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.147, p < .05$) นั่นคือบุคลากรที่อายุมากขึ้นจะมีการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมากขึ้น ซึ่งอธิบายได้ว่า อายุเป็นปัจจัยที่แสดงถึงวุฒิภาวะของบุคคลที่จะจัดการในเรื่องต่างๆ

เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการและการเรียนรู้ เพราะบุคคลสามารถเรียนรู้และเก็บสะสมไว้เป็นประสบการณ์ในระหว่างวัยต่างๆ ดังนั้นผู้ที่มีอายุมากจึงมีวุฒิภาวะและการเรียนรู้มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยเนื่องจากมีโอกาสเรียนรู้สนใจศึกษาค้นคว้าสิ่งต่างๆ ได้มากกว่า

ผลของการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของบรูซและริทชี (Bruce & Ritchie, 1997) ที่ศึกษาเรื่องการรับรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง พบว่าการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางแปรผันตามอายุ โดยพยาบาลที่มีอายุมากจะมีการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมากกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของทศนีย์ อรรถารส (2549) ที่ศึกษาถึงการรับรู้ของพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ผลการศึกษาพบว่า อายุที่มากขึ้นไม่มีผลต่อการรับรู้ของพยาบาลในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล โดยที่ทศนีย์ อรรถารส (2549) ให้เหตุผลไว้ว่าอาจเนื่องจากขาดการพัฒนาความรู้ทั้งจากตำราและการศึกษาอบรม จึงทำให้พยาบาลไม่มีความรู้เพิ่มขึ้นจากที่ได้ศึกษาหาความรู้มาในระหว่างที่ศึกษาในหลักสูตร ซึ่งแตกต่างไปจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากโรงพยาบาลรามาริบัติได้นำแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมาใช้ในหอผู้ป่วยเด็กทุกหอผู้ป่วย โดยได้มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดให้กับบุคลากรทางการพยาบาลทุกคนเป็นระยะๆ ผู้ที่มีอายุมากกว่าจึงมีโอกาสได้รับการอบรม การประชุม และการกระตุ้นจากผู้บริหารมากกว่า ทำให้มีการรับรู้ในแนวคิดมาก

จำนวนปีในการทำงาน

ผลการวิจัยพบว่า จำนวนปีในการทำงานมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.157$, $p < .05$) นั่นคือบุคลากรที่มีจำนวนปีในการทำงานมาก จะมีการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมาก ซึ่งอธิบายได้ว่า ประสบการณ์ที่ได้จากการปฏิบัติจะเกิดขึ้นตามระยะเวลาของการปฏิบัติงาน และบุคคลจะเกิดการรับรู้จากประสบการณ์ในการปฏิบัติ เนื่องจากบุคคลที่มีจำนวนปีในการทำงานมาก ก็จะสามารถนำประสบการณ์มาสังเคราะห์ และรวบรวมไว้เป็นประสบการณ์เดิม ทำให้เกิดการเรียนรู้ต่อข้อมูลที่ได้รับมากกว่าบุคคลที่มีจำนวนปีในการทำงานน้อย เซอร์เมอร์ฮอร์น อันท์และออสบอร์น ได้จัดประสบการณ์เดิมไว้ในปัจจัยที่เป็นคุณสมบัติของผู้รับรู้ (The Perceiver) ที่บอกแนวโน้มว่าจะเกี่ยวข้องกับสถานะที่เป็นจริงของข้อมูล ซึ่งทำให้บุคคลมีการรับรู้แตกต่างกัน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนปีในการทำงานมาก ก็จะมีการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมากกว่าผู้ที่มีจำนวนปีในการทำงานน้อย ซึ่งแตกต่างไปจากการศึกษาของทศนีย์ อรรถารส (2549) ที่ศึกษาถึงการรับรู้ของพยาบาลและการปฏิบัติการ

พยาบาลตามแนวคิดการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง พบว่าระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กที่มากขึ้นไม่มีผลต่อการรับรู้ของพยาบาลในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล และการศึกษาในครั้งนี้ยังให้ผลแตกต่างไปจากการศึกษาของปีเตอร์เซน โคเฮนและพาร์สันส์ (Petersen, Cohen & Parsons, 2004) ที่ศึกษาเรื่องการรับรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับองค์ประกอบของการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางในพยาบาล NICU และ PICU พบว่าพยาบาลที่มีจำนวนปีในการทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี จะมีคะแนนของการรับรู้ตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมากกว่าพยาบาลที่มีจำนวนปีในการทำงาน 10 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) ซึ่งปีเตอร์เซน โคเฮนและพาร์สันส์ให้เหตุผลว่าอาจเนื่องจากการนำแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมาบรรจุในหลักสูตรการศึกษาของพยาบาลรุ่นหลังๆ ทำให้พยาบาลที่มีจำนวนปีในการทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี มีคะแนนของการรับรู้มากกว่าพยาบาลที่มีจำนวนปีในการทำงาน 11 ปีขึ้นไป (Petersen, Cohen & Parsons, 2004)

ตำแหน่ง

ผลการศึกษาพบว่า ตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Eta = 0.35, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานและสอดคล้องกับการศึกษาของบรูซและคณะ (Bruce, Letourneau, Ritchie, Larocque, Dennis & Elliott, 2002) ที่พบว่าพยาบาลในระดับผู้บริหารมีคะแนนการรับรู้สูงกว่าพยาบาลระดับปฏิบัติ และสอดคล้องกับการศึกษาของทศนีย์ อรรถารส (2549) ที่ศึกษาถึงการรับรู้ของพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลในระดับผู้บริหารมีคะแนนการรับรู้สูงกว่าพยาบาลประจำการ

แต่ในการศึกษาครั้งนี้สถิติที่ได้นำมาทดสอบไม่ได้วัดความสัมพันธ์ของตัวแปรตำแหน่งและการรับรู้เป็นไปในทิศทางใด ผู้วิจัยจึงได้นำคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ในแต่ละตำแหน่งไปเปรียบเทียบหาความแตกต่างด้วยด้วยสถิติ ANOVA และ Post Hoc Bonferroni พบว่าหัวหน้าพยาบาลและอาจารย์พยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สูงกว่าพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{2,196} = 13.597, p = .000$) นั่นคือบุคลากรที่มีตำแหน่งที่สูงขึ้นจะมีการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมากขึ้น อาจเนื่องจากการที่หัวหน้าพยาบาลและอาจารย์พยาบาลได้รับความรู้จากการเรียนการสอนในหลักสูตรของสถาบันมากกว่าพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล นอกจากนี้หัวหน้าพยาบาลและอาจารย์พยาบาลมีโอกาสดีที่จะได้รับนโยบายและ/หรือความรู้ใหม่ๆจากการประชุมวิชาการ ตำรา และการสืบค้นข้อมูลจากแหล่งต่างๆมากกว่าพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล จึงทำให้มีการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลได้มากกว่า

ประเภทหอผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ประเภทหอผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลอย่างมีสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ถึงแม้มีความแตกต่างในด้านลักษณะและสภาพแวดล้อมของที่ทำงาน แต่ทุกหอผู้ป่วยก็มีนโยบายให้การดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และบุคลากรทางสุขภาพส่วนใหญ่ได้รับความรู้เกี่ยวกับแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลเป็นระยะ ไม่ว่าจะจากการอบรม การประชุมวิชาการ จากการอ่านหนังสือ และจากอินเทอร์เน็ต ทำให้มีการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลไม่แตกต่างกัน

เป็นที่น่าสังเกตว่า ถึงแม้อายุและจำนวนปีในการทำงานจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ แต่ก็มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่ ถึงแม้ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำก็ทำให้นัยสำคัญทางสถิติได้ จึงควรมีการศึกษาซ้ำหลายๆแห่ง เพื่อยืนยันความสัมพันธ์ของตัวแปร

บทสรุป

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอายุ จำนวนปีในการทำงาน และตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนประเภทหอผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้

1. ผลการศึกษานี้ใช้อ้างอิงได้เฉพาะกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ช่วยพยาบาล พยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามารับดีเท่านั้น ไม่สามารถอ้างอิงถึงบุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอื่นหรือโรงพยาบาลอื่นได้

2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร แม้จะบอกทิศทางของความสัมพันธ์ได้ แต่ก็ไม่สามารถแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของตัวแปรได้อย่างชัดเจน

3. การเก็บข้อมูลครั้งนี้เก็บโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และเป็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับนโยบายครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลซึ่งประกาศใช้ในหน่วยงาน ทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามอาจเลือกตอบให้สอดคล้องกับนโยบายและความคาดหวังของหน่วยงาน จึงทำให้เกิดความลำเอียงหรืออคติ (bias) ในการตอบได้

ข้อเสนอแนะด้านการบริหารการพยาบาล

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ถ้าบุคลากรทางสุขภาพมีการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลในระดับสูงจะมีการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลในระดับสูงด้วย และพบว่าปัจจัยด้านอายุ จำนวนปีในการทำงาน และตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล โดยเฉพาะพยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลจะมีการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลน้อยกว่าพยาบาลระดับบริหารหรืออาจารย์พยาบาล ดังนั้นในการส่งเสริมให้บุคลากรทางสุขภาพมีการรับรู้เพิ่มขึ้นจึงควรคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้

จากการศึกษาพบว่า การปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงควรหาสาเหตุถึงอุปสรรคที่ทำให้การปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลไม่อยู่ในระดับสูงหรือระดับเดียวกับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล และควรมีการจัดวางแผนพัฒนาหอผู้ป่วยให้มีความคล่องตัวในการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล

จากคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลตามรายด้านขององค์ประกอบ พบว่าบุคลากรทางสุขภาพได้รับการตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะในด้านการเสริมสร้างขวัญ แรงจูงใจและกำลังใจ ดังนั้นจึงควรมีการเสริมสร้างขวัญ แรงจูงใจและกำลังใจ เช่น การให้รางวัลแก่ผู้ปฏิบัติที่มีความรู้และทักษะในการดูแลเด็กและครอบครัว เป็นต้น

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลตามรายด้านขององค์ประกอบพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือการส่งเสริมให้มีกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือระหว่างครอบครัว ดังนั้นผู้ปฏิบัติการจึงควรหาแนวทางในการส่งเสริมให้มีกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือระหว่างครอบครัวให้มากขึ้น เช่น มีการแนะนำบิดามารดาของเด็กป่วยในกลุ่มโรคเดียวกันให้รู้จักกัน มีการจัดกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือระหว่างครอบครัว (Parent support group). ในหอผู้ป่วย เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลในระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ที่เป็นความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของตัวแปร (Causal relationship)

2. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่สามารถทำนายการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล
3. ควรมีการศึกษาถึงการรับรู้และการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลในบุคลากรทางสุขภาพเป็นทีมสหสาขา (Multidisciplinary team) โดยรวมแพทย์ เภสัชกร พยาบาลชำนาญการขั้นสูงของหน่วยต่างๆที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กด้วย
4. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและจำนวนปีในการทำงานกับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลอยู่ในระดับต่ำ จึงควรมีการศึกษาซ้ำในโรงพยาบาลอื่นเพื่อยืนยันความสัมพันธ์ของตัวแปร



PERCEPTION AND PRACTICE OF FAMILY-CENTERED CARE IN HEALTH CARE PROFESSIONS

NAWAPORN SANGNATESAWANG 4536542 RAPN / M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: CHAUNRUEDEE KONGSAKTRAKUL,
PH.D. (NURSING)., JARIYA WITTAYASOOPORN, D.N.S.,
PRACHA NUNTNARUMIT, M.D.

EXTENDED SUMMARY

INTRODUCTION

Background and Significance of the Problem

When sick children are hospitalized, they have to encounter a number of discomforts. They also have to live with strangers and be in a new environment. Most importantly, they have to separate from their loved and trusted family. All of these experiences can have a negative effect on their health, emotions, and behaviors including stress, separation anxiety, fear, depression, regression behaviors, sleeping difficulty, loss of self-control, and aggression (Coyne, 1996; Morse & Pooler, 2002; Sheldon, 1997; Wolf & Visintainer, 1975 cited in Letourneau & Elliot, 1996; Wong, 2005; Young, 1992). In addition to effects on the sick children, family members will also face stress, anxiety, and changed roles (Bruce & Ritchie, 1997; Noyes, 1999). Therefore, when children are sick, they should not be separated from their family. In other words, care provided to hospitalized children should involve participation from the children's family as family plays a significant

role and has a major influence on satisfying the children's needs including physical needs, emotional cushioning, and intellectual stimulation so as to enable the children to regain health and have age-appropriate development and to adjust themselves to the sickness and continue living their life happily (Lamyong Rasamimala, B.E. 2541). In brief, for this reason, care provided to sick children should be family-centered care.

The concept of family-centered care is widely accepted and implemented (Ahmann & Johnson, 2000). It has become a significant concept in the 21st century (Smith, Coleman, & Bradshaw, 2002). Family-centered care refers to care which accepts the family and encourages the family to provide care to the children (Letourneau & Elliott, 1996). It is believed that the implementation of such concept benefits not only the children and their family but also health care professionals in many ways. It also generates a favorable atmosphere which is filled with interactions among the sick children, their family, and healthcare team members (McCollum & Yates, 1994), and this enhances the recovery of the children (Shelton & Stepanek, 1994; Skipper, Leonard, & Rhymes, 1968 cited in Letourneau & Elliott, 1996; Wolfer & Visintainer, 1975), reduces the rate of readmission (Aitkenhead, 2001; Weinstein, Faust, McKee, & Padman, 1992), decreases the parents' stress and increases their satisfaction with care (Ecenroad & Zwelling, 2000; Galvin, Boyers, Schwartz, Jones, Mooney, & Warwick, 2000; LaRosa-Nash & Murphy, 1997; Van Riper, 2001), and equips parents with knowledge and caregiving skills (Tassanee Attharos, B.E. 2546; Caro & Derevensky, 1991).

In order to effectively carry out family-centered care, the factors associated with family-centered care practice need to be carefully examined. According to Schermerhorn, Hunt, & Osborn (2005), understanding of individuals' perception is a basis for understanding of individuals' behaviors. This is because individuals will perform their behaviors based on their perception. Hence, perception of the family-centered care is a determinant of practices of health care professionals. Previous studies have shown that nurses' correct perception of family's needs is an important factor to implement family-centered care (DePompei, Whitford, & Beam, 1994). Furthermore, it has been reported that health care professionals with different ages, professional experiences, numbers of years working in the field of healthcare, and patients' wards have different perceptions

(Bailey, Simeonsson, Yoder, & Huntington, 1990; Bruce, Letourneau, Ritchie, Larocque, Dennis, & Elliott, 2002; Bruce & Ritchie, 1997; Cochrane, Farley, & Wilhelm, 1990; Eckle & MacLean, 2001; Letourneau & Elliott, 1996; Petersen, Cohen, & Parsons, 2004). However, it is worth noting that these studies were conducted abroad, so the findings may not be generalized in the Thai context which has different social conditions, cultures, belief systems, and healthcare systems. In Thailand, few studies have been conducted to investigate perception and practice of family-centered care of health care professionals, and these studies aimed at comparing the perception and practice of nurses (e.g. Tassanee Attharos, B.E. 2549). No studies have been conducted to investigate the relationship between perception and practice of family-centered care of health care professionals which involves not only professional nurses but also practical nurse who also work closely with the patients. Besides, existing findings regarding the factors related to perception of health care professionals particularly age, number of years working in the field, position, and type of pediatric wards are still inconclusive, if not contradictory (Tassanee Attharos, B.E. 2549; Bailey, Simeonsson, Yoder, & Huntington, 1990; Bruce, Letourneau, Ritchie, Larocque, Dennis, & Elliott, 2002; Bruce & Ritchie, 1997; Cochrane, Farley, & Wilhelm, 1990; Eckle & MacLean, 2001; Letourneau & Elliott, 1996; Petersen, Cohen, & Parsons, 2004). Thus, a further study is needed to shed more lights on these findings.

At Ramathibodi Hospital, the concept of family-centered care has been implemented to provide care to sick children since 1998. However, no study has been conducted on perception and practice of family-centered care of health care professionals and related factors at Ramathibodi Hospital. For this reason, the researcher was interested in investigating the relationship between perception and practice of family-centered care of health care professions at Ramathibodi Hospital as well as factors related to perception of family-centered care of health care professionals at the pediatrics wards, Ramathibodi Hospital so that the findings of the study could be used to develop healthcare provision system to offer better care to pediatric patients, their family, and health care professionals.

Conceptual Framework of the Study

The concept of perception process of Schermerhorn, Hunt, & Osborn (2005) was employed as the conceptual framework of the study. According to

Schermerhorn, Hunt, & Osborn, individuals' behaviors result from their perception, which is a psychological process in which individuals interpret or translate different arousals they perceive through the perception process. Put another way, when individuals receive data from their environment, they process the data, interpret their meaning, and respond through thinking and actions. There are three factors which make individuals have different perceptions: 1) The perceiver, which involves the qualifications of the perceiver such as previous experience, needs, and motivation, etc.; 2) The setting, which refers to physical and social environment and organizational characteristics; and 3) The Perceived, which is a basic characteristic of individuals that can vary among individuals including age, gender, height, body weight, etc. Thus, a perception of one individual may differ from another individual's perception.

Schermerhorn, Hunt, & Osborn (2005) explain that when health care professionals receive data, which at this point refer to the concept of family-centered care, from learning, training, or policy making, they will develop a perception which is a process in which individuals interpret and translate the data about family-centered care into actual practice based on the family-centered concept. The factors which have been found to affect individuals' perception include age, number of years working in the profession, working position, and type of pediatric wards, which result in different perceptions among health care professionals. To further explain, when health care professionals are older, they have more maturity and more opportunity to access information, hence a better perception. Moreover, health care professionals who have been working in the profession for a long time have a chance to accumulate more experiences and better access to the concept of family-centered care, thus a better perception as well. As regards the working position, health care professionals who work in a higher position (administration / education) have more opportunity to search for knowledge and to receive more information about healthcare policies, so they can develop a better perception. Finally, when health care professionals work at different wards, where minor policies and types of services provided vary, such as visiting hours for parents, they have different family-centered care practices (Bruce & Ritchie, 1997; Gill, 1994; Letourneau & Elliott, 1996). As a consequence, in order for health care professionals to be able to practice family-centered care, they need

to have perception of family-centered care, with related factors of age, number of years working in the profession, working position, and type of pediatric wards playing a significant role in determining their practice. The relationship among different study variables is illustrated in Figure 1 below.

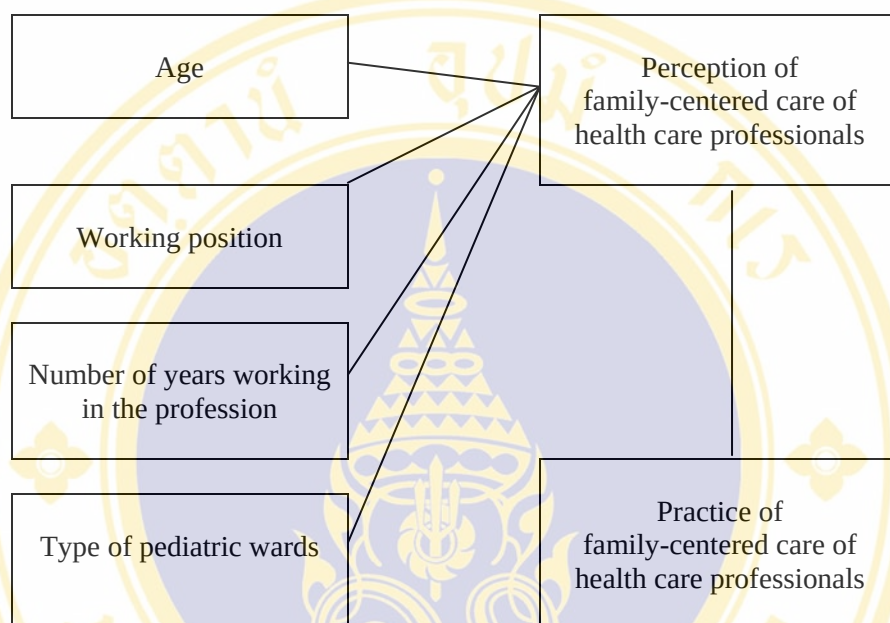


Figure 1: Relationship among Study Variables

Research Questions

1. What is the perception of family-centered care of health care professionals working at the pediatrics wards of Ramathibodi Hospital?
2. What is the practice of family-centered care of health care professionals working at the pediatrics wards of Ramathibodi Hospital?
3. What is the relationship between perception and practice of family-centered care of health care professionals working at the pediatrics wards of Ramathibodi Hospital?
4. What is the relationship between age, position, number of years working in the profession, and type of pediatric wards and perception of family-centered care of health care professionals working at the pediatrics wards of Ramathibodi Hospital?

Research Hypotheses

1. Health care professionals' perception of family-centered care is related to practice of family-center cared.
2. Age, position, number of years working in the profession, and type of pediatric wards are related to perception of family-centered care of health care professionals.

RESEARCH METHODOLOGY

Population and Sample

The population of the present study consisted of all 255 health care professionals working at the inpatient and outpatient pediatrics wards of Ramathibodi Hospital including professional nurses, practical nurses, and administrative and educational nurses. Of these, 198 were willing to participate in the study and completed the questionnaires used to collect data, accounting for 77.7% of the total.

As regards the research setting, data were collected from all eight pediatric wards of Ramathibodi Hospital including the Out-Patient Pediatrics Department (OPD), Pediatrics Infection Ward (Pediatrics 1), Pediatrics Ward 2 (five to 15 years old), Private-room Pediatrics Ward, Specialize Newborn Care Unit (Pediatrics 4) (newborns to three-month-old infants), Pediatrics Ward 5 (one month to five years old), Neonatal Intensive Care Unit (NICU), and Pediatric Intensive Care Unit (PICU). Family-centered care was implemented in all pediatrics wards.

Research Instrument

The research instrument was a questionnaire which consisted of the following two parts:

Part I: Demographic Characteristics Questionnaire

This questionnaire was designed to elicit data regarding demographic characteristics of health care professionals including age, position, number of years working in the profession, and sources of knowledge about family-centered care. There were four open-ended questions and check-list questions.

Part II: Family-Centered Care Questionnaire Revised Version (FCCQ-R)

This questionnaire was developed by Bruce (1993 cited in Bruce, Letourneau, Ritchie, Larocque, Dennis, & Elliott, 2002) to assess perception and

practice of family-centered care of health care professionals. The questionnaire was divided into two parts—the perception of family-centered care (Necessary Scale) and the practice of family-centered care (Current Scale). This questionnaire was a revised version of the original Family-Centered Care Questionnaire (FCCQ) constructed by Bruce (1992) based on the elements of family-centered care proposed by The Association for the Care of Children's Health—ACCH (Shelton, Jeppson, & Johnson, 1987) and the additional element of The IWK FCC Committee (Bruce, Letourneau, Ritchie, Larocque, Dennis, & Elliott, 2002; Bruce & Ritchie, 1997; Letourneau & Elliott, 1996). Bruce revised the questionnaire by reducing the total number of items from 55 to 45 according to the factor analysis and item validity (Bruce, 1993 cited in Bruce, Letourneau, Ritchie, Larocque, Dennis, & Elliott, 2002; Bruce & Ritchie, 1997; Letourneau & Elliott, 2002). After that, the questionnaire was submitted to a panel of five experts on family-centered care to ensure its content validity. These experts consisted of nurse, child specialist, pediatrician, and parents who were knowledgeable in the philosophy of family-centered care. Moreover, internal consistency of the questionnaire was also determined, and Cronbach's alpha coefficient of the subcategories ranged from 0.5 to 0.8, while Cronbach's alpha coefficient of the overall questionnaire was equal to 0.9. Finally, the test-retest method was employed to determine the concurrent validity of the questionnaire, and the result regarding perception was between 0.6 and 0.8.

In the present study, the Thai version of the FCCQ-R which was translated by Tassanee Attharos (B.E. 2549) and back-translated into English was used. The reliability of the perception of family-centered care was 0.90, whereas that of the practice of family-centered care was equal to 0.89 (Tassanee Attharos, B.E. 2549). In this study, the questionnaire was tried out with 30 health care professionals working at the pediatric wards of Ramathibodi Hospital, and Cronbach's alpha coefficient of the perception of family-centered care was 0.94, while that of the practice of family-centered care was 0.91.

The questionnaire contained items arranged in a Likert-type scale with four choices of responses, ranging from 4 (perfectly representing one's perception or practice) to 1 (not representing one's perception or practice at all). As for interpretation of scoring, higher mean scores meant a high level of perception or

practice of family-centered care of health care professionals, while lower mean scores indicated a low level of perception or practice of family-centered care.

Protection of the Rights of Human Subjects

The present study was carried out in accordance with the principles specified in the Helsinki Announcement, and it was also approved by the Ethical Committee on Research Involving Human Subjects of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. The researcher ensured the protection of the rights of the subjects by explaining the study objectives, research methodology, and expected outcomes and benefits. The subjects were also informed that they had the right to participate in the study on a voluntary basis and to withdraw from the study at any time if they wished without any negative effects on them. In addition, they were assured that the data collected from them would be kept strictly confidential, and only the researcher had access to the collected data. Also, only code numbers would be used instead of their names, and data would be reported only as group data. Then, the subjects who agreed to participate in the study were asked to sign the informed consent form.

Data Collection

After the research proposal was approved by the Ethical Committee on Research Involving Human Subjects of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, the researcher collected data by distributing the two sets of questionnaires, each consisting of 45 items. The time required to complete the questionnaires was 40 to 45 minutes each. The researcher first distributed the questionnaire on perception of family-centered care and collected it back after seven days. Fourteen days later, the researcher distributed the questionnaire on practice of family-centered care and also collected it back after seven days.

RESULT

Part I: Demographic Characteristics of Health care Professionals

The subjects ranged in age from 21 to 61 years old, with the mean age of 35 years old. More than one-third, or 38.9%, were between 20 and 29 years old, and 12.6% were older than 50 years old. In terms of number of years working in the profession, the minimum was three months, and the maximum was 38 years, with the mean of 13.1 years. Also, more than one-quarter, or 28.8%,

had been working for less than five years, while 8.1% had been working in the healthcare profession for 21 to 25 years. In terms of position, more than half, or 57.1%, were professional nurses, and close to two-thirds, or 62.6%, worked at the inpatient wards. As regards knowledge about family-centered care of health care professionals, it was found that the majority, or 71.7%, gained knowledge from training and/or academic conferences, and 57.6% gained knowledge from books, journals, and other documents.

Part II: Findings According to the Research Questions and Research Hypothesis Testing on Perception and Practice of Family-Centered Care of Health care professionals

Table 1: Means, standard deviations, and levels of perception of family-centered care of health care professionals as categorized according to its elements (N = 198)

Perception of elements of family-centered care	Possible range	Actual range	Mean	SD	Level of perception
1. Awareness that family is the constant	1.00-4.00	2.00-4.00	3.22	0.42	High
2. Promotion of collaboration between children and family and health care professionals	1.00-4.00	2.17-4.00	3.06	0.41	High
3. Awareness of family strengths and individuality	1.00-4.00	2.60-4.00	3.32	0.38	High
4. Sharing information	1.00-4.00	2.00-4.00	3.10	0.42	High
5. Promotion of parent-to-parent support	1.00-4.00	2.00-4.00	3.18	0.39	High
6. Responses to developmental needs	1.00-4.00	2.80-4.00	3.26	0.38	High

Table 1: Means, standard deviations, and levels of perception of family-centered care of health care professionals as categorized according to its elements (N = 198) (contineu)

Perception of elements of family-centered care	Possible range	Actual range	Mean	SD	Level of perception
7. Policy planning to support family's emotional and financial	1.00-4.00	2.00-4.00	3.16	0.41	High
8. Design of health care delivery	1.00-4.00	2.29-4.00	3.15	0.38	High
9. Emotional support for staff	1.00-4.00	2.33-4.00	3.22	0.38	High
Overall perceptions	1.00-4.00	2.64-4.00	3.18	0.32	High

As shown in Table 1, the subjects had overall perception of family - centered care at a high level, with the mean score of 3.18 and the standard deviation of 0.32. When considering each perception of elements of family-centered care, it was found that the subjects' perception of all elements of family-centered care was also at a high level, with the element of awareness of family strengths and individuality having the highest mean score of 3.22. This was followed by the element of responses to the developmental needs which mean score was equal to 3.26. On the other hand, the element which had the lowest mean score was the promotion of collaboration between children and family and health care professionals at 3.06.

Table 2: Means, standard deviations, and levels of practice of family-centered care of health care professionals as categorized according to its elements (N = 198)

Practice of elements of family-centered care	Possible range	Actual range	Mean	SD	Level of practice
1. Awareness that family is the constant	1.00-4.00	1.33-4.00	2.87	0.53	Moderate
2. Promotion of collaboration between children and family and health care professionals	1.00-4.00	1.33-4.00	2.60	0.57	Moderate
3. Awareness of family strengths and individuality	1.00-4.00	1.20-4.00	2.84	0.17	Moderate
4. Sharing information	1.00-4.00	1.00-4.00	2.47	0.60	Moderate
5. Promotion of parent-to-parent support	1.00-4.00	1.00-4.00	2.36	0.65	Moderate
6. Responses to developmental needs	1.00-4.00	1.00-4.00	2.66	0.60	Moderate
7. Policy planning to support family's emotional and financial	1.00-4.00	1.25-4.00	2.77	0.59	Moderate
8. Design of health care delivery	1.00-4.00	1.00-4.00	2.40	0.60	Moderate
9. Emotional support for staff	1.00-4.00	1.67-4.00	2.47	0.57	Moderate
Overall practices	1.00-4.00	1.42-4.00	2.58	0.46	Moderate

As depicted in Table 2, the subjects' overall practice of family-centered care was at a moderate level, with the mean score of 2.58 and the standard deviation of 0.46. When considering each element of practice of family-centered care, the findings indicated that the subjects' practice of all elements of family-centered care was also at a moderate level, with the awareness of family is the constant having the highest mean score of 2.87. Second was the awareness of the family strengths and individuality, with the mean score equal to 2.84. On the other hand, the element which received the lowest mean score was the promotion of parent-to-parent support with the mean score of 2.36.

Hypothesis Testing

Hypothesis 1: Health care professionals' perception of family-centered care is related to practice of family-centered care.

When analyzing the relationship between perception and practice of family-centered care using Pearson's product moment correlation coefficient, it was found that there was a statistically significant relationship between perception and practice of family-centered care ($r = 0.41$, $p < .01$). Therefore, Hypothesis 1 was supported.

Hypothesis 2: Age, position, number of years working in the profession, and type of pediatric wards are related to perception of family-centered care of health care professionals.

Pearson's product moment correlation coefficient revealed that age and number of years working in the profession were associated with perception of family-centered care with statistical significance ($r = 0.147$, $p < .05$ and $r = 0.156$, $p < .05$, respectively). In addition, Eta correlation coefficient also showed that position was associated with perception of family-centered care with statistical significance ($\text{Eta} = 0.35$, $p < .05$ respectively). Thus, Hypothesis 2 was supported. And type of pediatric wards show no statistical significance associated with perception of family-centered care as depicted in Table 3.

Table 3: Relationship between age, number of years working in the profession, position, and type of pediatric wards and perception of family-centered care of health care professionals (N = 198)

Variables	Correlation coefficients
Age	$r = 0.147^*$
Number of years working in the profession	$r = 0.157^*$
Position (Eta statistics)	$r = 0.350^*$
Type of pediatric wards (Eta statistics)	$r = 0.155$

* $p < .05$

DISCUSSION

Relationship between perception and practice of family-centered care of health care professionals.

The findings showed that perception of family-centered care of health care professionals was associated with practice of family-centered care with statistical significance ($r = 0.41, p < .01$). In other words, when health care professionals have perception of family-centered care, they are more likely to practice family-centered care. Such finding was in congruence with the concept of Schermerhorn, Hunt, & Osborn (2005: 100) that perception is a process in which individuals receive information from the environment, regardless of the source or channel, and process, interpret, and respond to such information in the form of thinking and action. As a result, when individuals have a perception, they will have a practice to respond to such perception.

At the pediatric wards of Ramathibodi Hospital, the policy on family-centered care has been implemented since 1998. After its initiation, training and workshops on family-centered care have been periodically organized to equip all health care professionals at all levels with the knowledge and understanding of family-centered care. Furthermore, the concept of family-centered care is included in both the undergraduate and the graduate nursing curricula. As such, it was not surprising to find that the health care professionals working at the pediatric wards at Ramathibodi Hospital who participated in the present study had perception of the family-centered care concept and responded to such perception by practicing family-centered care in their line of duties.

Relationship between age, position, number of years working in the profession, and type of pediatric wards and perception of family-centered care of health care professionals.

Age

According to the study findings, age was associated with perception of family-centered care of health care professionals with statistical significance ($r = 0.147, p < .05$). Put another way, the older the age of health care professionals, the more perception of family-centered care they had. This could be explained that age is a factor that indicates individuals' maturity to handle different matters as age is related to learning and development. Individuals are able to learn and store

knowledge and experience at different ages in their life. Therefore, older individuals have more maturity and learning experience than those who are younger as they have more chances to learn and gain better access to knowledge when compared to younger individuals.

The findings of the present study was consistent with the finding of Bruce & Ritchie (1997) who investigated perception and practice of family-centered care of nurses and found that nurses' perception of family-centered care changed with their age. Simply put, older nurses had more perception of family-centered care than younger nurses. However, such finding was inconsistent with the finding reported by Tassanee Attharos (B.E. 2549) who studied perception and practice of family-centered care of nurses in Thailand and found that age did not have an effect on nurses' perception of family-centered care. It was explained that nurses may have lacked development of knowledge from texts and training, so they did not have any more knowledge from what they had already acquired while studying for their degree. It can be seen that the situation was different in the present study as the concept of family-centered care has been continuously implemented in all pediatric wards at Ramathibodi Hospital, and training has regularly been organized to instill the concept of family-centered care to all health care professions. In such situation, older health care professions have more chances to attend training and meetings and to be more actively encouraged and motivated by the administration, so they have a higher level of perception of family-centered care.

Number of years working in the profession

The findings of the present study revealed that there was a statistically significant relationship between number of years working in the profession and perception of family-centered care of health care professionals ($r = 0.157$, $p < .05$). That is, health care professionals who had been working in the profession longer had a higher level of perception of family-centered care. One plausible explanation is that working experience depends on length of time working in the profession. Also, individuals' experience can be accumulated from actual practice. When individuals have been working in the profession for a long period of time, they will be enabled to synthesize and store accumulated experience, and this results in more learning and perception when compared to those who have less working

experience. Shermerhorn, Hunt, & Osborn (2005) categorize previous experience as a factor under the qualifications of the Perceiver, which indicate the tendency of the relationship with actual information of individuals, hence different perceptions among different individuals. For this reason, the subjects in this study who had more years working in the profession had more perception of family-centered care than those who had less working experience. On the contrary, Tassanee Attharos (B.E. 2549) studied perception and practice of family-centered care of pediatric nurses and reported that duration of nursing care practice did not have an effect on perception of family-centered care of the nurses. Likewise, Petersen, Cohen, & Parsons (2004) conducted a study to investigate perception and practice related to the components of family-centered care at the NICU and PICU and found that nurses with working experience of ten years or lower had higher scores of perception of family-centered care than those of nurses who had been working in the profession for more than ten years with statistical significance ($p = .000$). They explain that it may have been because the concept of family-centered care had become part of the nursing curriculum studied by nurses of younger generation. For this reason, nurses with equal to or less than ten years of experience had more perception of family-centered care than those who had been working as professional nurses for longer than ten years.

Position

The study findings indicated that there was a statistically significant relationship between position and perception of family-centered care ($Eta = 0.35$, $p = .05$). Similarly, Bruce, Letourneau, Ritchie, Larocque, Dennis, & Elliott (2002) found that administrative nurses had higher scores of perception of family-centered care than nurses and Tassanee Attharos (B.E. 2549) also reported that nurses in the administrative level had more perception of family-centered care than those in the practical level.

In this study, Eta correlation coefficient could not point how relationship between position and perception of family-centered care is. Then, the mean of perception in each position was compared by using ANOVA, and Post Hoc Bonferroni was done. The findings indicated that health care professionals whose responsibility involve in the administration or education had higher perception of family-centered care than professional nurses and practical nurses with statistical

significance ($F_{2,196} = 13.597$, $p = .000$). This may be because the administrative and educational nurses are generally trained and gained the family-centered care concept in the nursing curriculum that they are familiar with more than the professional nurses and practical nurses. Moreover, the administrative and educational nurses have more chance not only to get new knowledge from academic conferences, textbooks, and different sources of information, but also to follow the institution policies than professional nurses and practical nurses. As a result, they have more perceptions of family-centered care.

Type of pediatric wards

According to the findings, type of pediatric wards was no statistical significance associated with perception of family-centered care. Its meant that perception of family-centered care in each type of pediatric wards did not different. For this reason, Ramathibodi Hospital had implemented policy of family-centered care in all pediatric wards and health care professionals received new knowledge about family-centered care from academic conferences, textbooks, and information search from different sources. Then perception of family-centered care of health care professionals did not vary by the difference of physical and social environment and organizational characteristics of the workplace in each type of pediatric wards.

However, it is worth noting that even though age and number of years working in the profession were found to be associated with perception of family-centered care, the relationship was at a low level. One possible explanation is that the sample size in this study was considered large, when the relationship was not at a high level, it affected the statistical significance of the findings. Thus, further studies should be carried out at different settings and with different sample sizes so as to confirm the relationships among these variables.

CONCLUSION

The findings of the present study showed that there was a statistically significant relationship between perception of family-centered care and practice of family-centered care of health care professionals. Also, age, number of years working in the profession and position were associated with perception of family-centered care of health care professionals with statistical significance.

Limitations of the Study

1. The study findings can be generalized only to practical nursing, professional nurses, and administrative and educational nurse working at the pediatric wards of Ramathibodi Hospital. They cannot be generalized to other groups of health care professionals working at other units, wards, hospitals, or healthcare settings.

2. The present study investigated the relationship between study variables. Even though the direction of the relationship could be identified, the causal relationship of the variables could not be clearly determined.

3. In this study, data were collected by means of self-administered questionnaires, and the data elicited were related to the policy of family-centered care implemented at the research settings. For this reason, data collected from the study sample may have been biased as the subjects may have chosen to respond to the questionnaires based on the expectation of the workplace rather than presenting truthful and accurate data on their actual perception and practice of family-centered care.

Recommendations for nursing administration

The findings of the study indicated that if health care professionals have a high level of perception of family-centered care, they will also have a high level of practice of family-centered care. Also, health care professionals' perception related to their age, number of years working in the profession and position. Health care professionals who are professional nurse and practical nurse tend to have a lower level of perception of family-centered care. Therefore, strategies to promote perception of family-centered care among health care professionals should focused on these factors.

Besides, the findings revealed that health care professionals' practice of family-centered care was at a moderate level. As a result, factors, problems, and obstacles that prevent health care professionals from practicing family-centered care at a greater extent, or at least at the same level as their perception of family-centered care, should be determined. Development plans should be devised and implemented to increase flexibility to carry out family-centered care as well.

When considering each element of the practice of family-centered care of health care professionals, it was found that health care professionals tended to feel

that their needs were satisfied at a low level, especially when it came to provision of encouragement, motivation, and moral support. Thus, administrators should take promotion of encouragement, motivation, and moral support of health care professionals into consideration. For example, rewards and compliments can be given to health care professionals who have good knowledge and skills to practice family-centered care efficiently and effectively.

Recommendations for nursing practice

When considering the mean score of each element of practice of family-centered care, it was found that the element which received the lowest mean score was promotion of parent-to-parent support. Health care professionals, therefore, should find ways to establish and promote of parent-to-parent support among families of sick children. For instance, they may introduce parents of children suffering from the same disease to one another, arranging the parent support group activities in the pediatric wards, etc.

Recommendations for future research

1. Longitudinal studies should be conducted to more clearly determine the causal relationship among study variables related to perception and practice of family-centered care of health care professionals.
2. Further studies should be conducted to determine factors which can predict perception and practice of family-centered care of health care professionals.
3. Studies should also be carried out to shed light on perception and practice of family-centered care of the multidisciplinary healthcare team including pediatricians, pharmacists, advance practical nurses, and all staff from different units or wards working at the pediatric wards.
4. As the relationship between age, number of years working in the profession and position and perception of family-centered care found in the present study was rather low, the present study should be replicated at other hospital settings to confirm the relationships between study variables and perception of family-centered care of health care professionals.

บรรณานุกรม

- กาญจนา เกียรติธนาพันธุ์. (2546). บรรณาสององค์กรที่เอื้อต่อการพัฒนาไปสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ กรณีศึกษา: กองสาธารณสุขและกีฬา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพ*, 2(3), หน้า 185 – 210.
- กฤษณ์ ก้องสมุทร. (2532). การรับรู้บทบาทและการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนชนภาคกลาง. *วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาพยาบาลสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- จริยา วิริยะสุกร. (2541). *ครอบครัวคือจุดศูนย์กลางของการดูแล*. เอกสารการประชุมวิชาการ 2541. งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- _____. (2547). *ครอบครัวคือจุดศูนย์กลางของการดูแล*. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัว วันที่ 23-25 สิงหาคม 2547 ณ โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ก กรุงเทพฯ.
- จำเนียร ช่วงโชติ และคณะ. (2519). *จิตวิทยาการรับรู้และการเรียนรู้*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ชลิดา ธนัฐธิกุล. (2546). การดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง : แนวคิดที่ทำทาสู่การปฏิบัติในบริบทสังคมไทย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 23(3), หน้า 61-64.
- ณิกานต์ ไชยชนะ. (2545). *การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เดโช สวานานนท์. (2516). *จิตวิทยาสังคม*. กรุงเทพฯ : โพธิ์สามต้นการพิมพ์.
- ทัศนีย์ อรรถารส. (2546). *การพัฒนารูปแบบการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางสำหรับเด็กโรคมะเร็ง ณ หน่วยเด็กโรคมะเร็งแห่งหนึ่ง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ อรรถารส. (2549). *การศึกษาการรับรู้ของพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง*. โครงการวิจัยทุนสนับสนุนจากชมรมกุมาร

- เวชศาสตร์แห่งประเทศไทย. วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.
- ทองหล่อ สุวรรณภาพ. (2521). *จิตวิทยาการศึกษา*. อุบลราชธานี : หน่วยเอกสารทางการพิมพ์ วิทยาลัยครูอุบลราชธานี.
- น้อมฤดี จงพยุหะ. (2519). *จิตวิทยาการศึกษา*. กรุงเทพฯ : ก้าวหน้าการพิมพ์.
- พวงเพชร ยัพัฒน์พันธ์. (2540). *ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของ มารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมโรงพยาบาล มหาราช นครเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รวีสรา จิรโรจน์วัฒน์, นุชนาฏ รองศรีแย้ม, อภิญาญา เปี่ยมวัฒนาทรัพย์, พิสมัย หอมจำปา, และ นิภา มหารัษฎพงศ์ (2550). โครงการประเมินผลกระทบการพัฒนาศักยภาพชุมชนและการสร้างเสริมการเรียนรู้ด้านเอดส์. โครงการวิจัยทุนสนับสนุนจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดชลบุรี, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัชนี นพเกตุ. (2547). การรับรู้. ใน สิริอร วิชชาวุธ (บรรณาธิการ), *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รัชนี นามจันทรา, นภาพร แก้วนิมิตชัย, อรพินท์ สีขาว, พรศิริ พันธสี, ลลิตา ตริวิทย์ภูมิ, สิริจินดา ศรีจงใจ, และศิริพจน์ มะโนดี (2548). ประสบการณ์การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางในมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว. *วารสาร มจร. วิชาการ*, 8(16), หน้า 14-28.
- ถ้ายอง รัชมีมาลา. (2541). *ครอบครัวคือจุดศูนย์กลางของการดูแล*. เอกสารการประชุมวิชาการ 2541. งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามคำแหง.
- สมัย จิตหมวด. (2520). การสัมผัสและการรับรู้. *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สุโท เจริญสุข. (2520). *จิตวิทยา : สำหรับอุดมศึกษาปัญญาชน*. กรุงเทพฯ : ศูนย์การพิมพ์.
- Ahmann, D. (1994b). Family-centered care : Shifting orientation. *Pediatric Nursing*, 20, 113-116.
- Ahmann, E., & Johnson, B.H. (2000). Family-centered care: Facing a new millennium. *Pediatric Nursing*, 26(1), 87-91.
- Aitkenhead, S. (2001). Managing chronic pain in children. *Nursing Times*, 97 (29), 34-35.

- Algren, C. (1985). Role perceptions of mother who have hospitalized children. *Children's Health Care*, 14, 6-9.
- Allen, R.I., Petr, C.G., & Brown, C. (1995). Family-centered behavior scale and user's manual. *The Beach Center on Families and Disability*. The University of Kansas.
- Bailey, D., Simeonsson, R., Yoder, D., & Huntington, G. (1990). Preparing professionals to serve infants and toddlers with handicaps and their families: An integrative analysis across eight disciplines. *Exceptional Children*, 57 (1), 26-35.
- Bowden, V.R., Dickey, S.B., & Greenberg, C.S. (1998). *Children and their Family: The Continuum of Care*. Philadelphia: W.B. Saunders Co, 20-22.
- Brown, J., & Ritchie, J. (1989). Nurses' perceptions of their relationships with parents. *Maternal-Child Nursing Journal*, 18(2), 79-96.
- Bruce, B., Letourneau, N., Ritchie, J., Larocque, S., Dennis, C., & Elliott, R.M. (2002). A multisite study of health professionals' perception and practices of family-centered care. *Journal of Family Nursing*, 8(4), 408-429.
- Bruce, B., & Ritchie, J. (1997). Nurses' practices and perceptions of family-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, 12(4), 214-222.
- Caro, P., & Derevensky, J. (1991). Family-focused intervention model: Implementation and research findings. *Topics in Early Childhood Special Education*, 11(3), 66-80.
- Cochrane, C., Farley, B., & Wilhelm, I. (1990). Preparation of physical therapists to work with handicapped infants and their families: Current status and training needs. *Physical Therapy*, 74(4), 372-380.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed). New York: Academic Press.
- Coyne, I. (1996). Parent participation: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 23(4), 733-740.
- DePompei, P.M., Whitford, K.M., & Beam, P.H. (1994). One institution's effort to implement family-centered care. *Pediatric Nursing*. 20(2), 119-121, 204.

- Ecenroad, D., & Zwelling, E. (2000). Family-centered maternity care. *MCN, American Journal of Maternal Child Nursing*, 25(4), 178-186.
- Eckle, N., & MacLean, S. L. (2001). Assessment of family-centered care policies and practices for pediatric patients in nine U.S. emergency departments. *Journal of Emergency Nursing*, 27(3), 238-245.
- Espezel, H., & Canam, C. (2003). Parent-nurse interactions: care of hospitalized children. *Journal of Advanced Nursing*, 44(1), 34-41.
- Galvin, E., Boyers, L., Schwartz, P.K., Jones, M.W., Mooney, P., Warwick, J., et al. (2000). Challenging the percepts of family-centered care : Testing philosophy. *Pediatric Nursing*, 26(6), 625-632.
- Gill, K. (1987). Nurses'attitudes toward parent participation: Personal and professional characteristics. *Children's Health Care*, 15(3), 149-151.
- Gill, K. (1994). Health professionals'attitudes toward parent participation in hospitalized children's care. *Children's Health Care*, 22(4), 257-271.
- Humphry, R., Gonzalez, S., & Taylor, E. (1993). Family involvement in practice: Issues and attitudes. *American Journal of Occupational Therapy*, 47(7), 428-431.
- Hutchfield, K. (1999). Family-centered care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 29(5), 1178-1187.
- Jarrett, M.H. (1996a). Parent Partners: a parent-to-parent support program in the NICU. Part I: Program development *Pediatric Nursing*. 22(1),60-63.
- _____. (1996b). Parent Partners: a parent-to-parent support program in the NICU. Part II: Program implementation. *Pediatric Nursing*. 22(2), 142-144.
- Johnson, B. H. (1990). The changing role of families in health care. *Children's Health Care*. 19, 234-241.
- Kast, F.E., & Rosenzweig, J.E. (1985). *Organization and Management: A Systems and Contingency Approach*. 4th ed. New York: McGraw-hill.
- King, S., Rosenbaum, P., & King, G. (1996). Parents'perceptions of caregiving: Development and validation of a measure of process. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38, 757-772.

- King, G., Kertoy, M., King, S., Law, M., Rosenbaum, P., & Hurley, P. (2003). A measure of parents' and service providers' beliefs about participation in family-centered services. *Children's Health Care*, 32(3), 191-213.
- Kristensson-Hallstrom, I. (2000). Parental participation in pediatric surgical care. *AORN Journal*, 71(5), 1021-1029.
- LaRosa-Nash, P.A., & Murphy, J.M. (1997). An approach to pediatric perioperative care : parent-present induction. *Nurs Clin North Am.*, 32, 183-199.
- Letourneau, N., & Elliott, M. (1996). Pediatric health care professionals' perceptions and practices of family-centered care. *Children's Health Care*, 25(3), 157-174.
- McCollum, J., & Yates, T. (1994). Dyad as focus, triad as means: A family-centered approach to supporting parent-child interactions. *Infants and Young Children*, 6(4), 54-63.
- Morse, J., & Pooler, C. (2002). Patient-family-nurse interactions in the trauma-resuscitation room. *American Journal of Critical Care*. 11(3), 240-249.
- Finnegan, M. (1975). *New Webster's Dictionary of the English Language*. New York: Consolidated Book Publishers.
- Noyes, J. (1999). The impact of knowing your child is critically ill: A qualitative study of mothers' experiences. *J Adv Nurs*, 29, 427-435.
- Paliadelis, P., Cruickshank, M., Wainohu, D., Winskill, R., Stevens, H. (2005). Implementing family-centered care : an exploration of the beliefs and practices of pediatric nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23(1), 31-36.
- Petersen, M.F., Cohen, J., & Parsons, V. (2004). Family-centered care: Do we practice what we preach ?. *JOGNN*, 33(4), 421-427.
- Robinson, C. (1985). Double blind : A dilemma for parents of chronically ill children. *Pediatric Nursing*, 11, 112-115.
- Rushton, C.H. (1990). Strategies for family-centered care in the critical care setting. *Pediatric Nursing*. 16(2), 195-199.
- Schermerhorn, J., Hunt, J., & Osborn, R. (2005). *Organizational Behavior, Ninth Edition*. New York: John Wiley & Sons.

- Sheldon, L.(1997). Hospitalising children : A review of the effects. *Nursing Standard*, 12(1), 44-47.
- Shelton, T., Jeppson, E., & Johnson, B. (1987). *Family-centered care for children With special health care needs*. Washington, DC : Association for the care of Children's Health.
- Shelton, T.L., & Stepanek, J.S.(1994). *Family-Centered Care for Children Needing Specialized Health and Developmental Services*. Bethesda, MD: Association for the Care of Children's Health.
- Shields, L. (2001). A review of the literature from developed and developing countries relating to the effects of hospitalization on children and parents. *International Nursing Review*, 48(1), 29-37.
- Shields, L., Kristensson-hallstrm, I., & O'Callaghan, M. (2003). An examination of the needs of parents of hospitalised children : Comparing parents'and staff's perceptions. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 17 (2), 176-184.
- Smith, L., Coleman, V., & Bradshaw, M. (2002). *Family-Centered Care: Concept, Theory and Practice*. Houndmills: PALGRAVE
- Van Riper, M.(2001). Family-provider relationships and well-being in families with preterm infants in the NICU. *Heart & Lung : Journal of Acute & Critical Care*, 30(1), 74-84.
- Weinstein, A., Faust,D., McKee, L., & Padman, R. (1992). Outcome of short-term hospitalization for children with severe asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 90(1), 66-75.
- Wells, P.W., DeBoard-Burns, M., Cook, R.C., & Mitchell, J. (1994). Growing up in the hospital: Part II. Nurturing the philosophy of family-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, 9(3), 141-149.
- Wong, D.L. (2005). *Whaley & Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. St. Louis: Mosby.
- Young, J. (1992). Changing attitudes towards families of hospitalized children from 1935 to 1975: a case study. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1422-1429.



ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน





คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๐/๒๓๕

ชื่อโครงการ

การรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล
ในบุคลากรทางสุขภาพ

เลขที่โครงการ/รหัส

ID ๐๕-๕๐-๓๐ ย

ชื่อหัวหน้าโครงการ

นางสาวนพร แสงเนตรสว่าง

ที่ทำงาน

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติฯ เหล่านี้
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒนกุล)

วันที่รับรอง

๑ มิถุนายน ๒๕๕๐



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพระราม 6 กทม. 10400
โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

**Documentary Proof of Ethical Clearance Committee on Human Rights
Related to Researches Involving Human Subjects
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University**

MURA2007/235

Title of Project	Perception and Practice of Family-centered Care in Health Care Professions
Protocol Number	ID 05-50-30
Principal Investigator	Miss. Nawaporn Sangnatesawang
Official Address	Department of Nursing Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital Mahidol University

The aforementioned project has been reviewed and approved by Committee on Human Rights Related to Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

Signature of Secretary
Committee on Human Rights Related to
Researches Involving Human Subjects


.....
Assoc. Prof. Duangrudee Wattanasirichaigoon, M.D.

Signature of Chairman
Committee on Human Rights Related to
Researches Involving Human Subjects


.....
Prof. Boonsong Ongphiphadhanakul, M.D.

Date of Approval

June 1, 2007



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

ที่ จวท ๔๖๖/๒๕๕๐

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่ ๑๑ มิถุนายน ๒๕๕๐

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

เรียน นางสาวนพพร แสงนครสว่าง

อ้างถึงโครงการวิจัยเรื่อง การรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลในบุคลากรทางสุขภาพ

หมายเลขโครงการวิจัย ID ๐๕-๕๐-๓๐ ย

ในนามของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผมขอแสดงความยินดีที่โครงการวิจัยดังกล่าวซึ่งดำเนินการผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการฯ แล้ว

เพื่อให้สอดคล้องกับระเบียบปฏิบัติคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ว่าด้วยการศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษย์ พ.ศ. ๒๕๕๔ คณะกรรมการฯ ขอให้ท่านปฏิบัติตามข้อแนะนำดังต่อไปนี้

๑. การดำเนินการวิจัยจะต้องเป็นไปตามโครงการวิจัยล่าสุดที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว
๒. การดำเนินการวิจัยจะต้องไม่เบี่ยงเบนไปจากโครงการวิจัยหรือมีการเปลี่ยนโครงการวิจัยก่อนที่การแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัยนั้นจะได้รับการอนุมัติและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนก่อน ยกเว้นในกรณีจำเป็นที่จะต้องกระทำไปก่อนเพื่อขจัดอันตรายเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นกับผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย
๓. ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงชื่อโครงการจากชื่อเดิมที่เสนอไว้ ต่อคณะกรรมการฯ ต้องแจ้งชื่อมายังคณะกรรมการฯ เพื่อออกหนังสือรับรองให้เสมอ
๔. ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัยจะต้องได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย (Patient/Participant Information Sheet) และลงนามในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form) ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย
๕. ในเอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย (Patient's Information Sheet) จะต้องพิมพ์ข้อความดังต่อไปนี้ไว้ด้วยทุกครั้ง

“ ถ้าท่านมีข้อข้องใจหรือมีความกังวลใจเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยของโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อได้ที่ ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีหน่วยจริยธรรมการวิจัยในคนชั้น ๓ สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑ ๐๕๔๔ ในวันราชการ ”

๖. ความลับของผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย จะต้องถูกปกปิดไว้ตลอดเวลา ยกเว้นถ้าเป็นคำสั่งตามกฎหมาย

สุดท้ายนี้ ขอให้โครงการวิจัยของท่านประสบความสำเร็จตามความมุ่งหมายอันจะนำมาซึ่งความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการ และเพื่อประโยชน์ของมนุษยชาติสืบต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์บุญส่ง องค์กรพัฒนกุล)

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ภาคผนวก ข



เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ

“การรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลในบุคลากรทาง
สุขภาพ”

ชื่อผู้วิจัย

นางสาวนภาพร แสงเนตรสว่าง

สถานที่วิจัย

แผนกงานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

นางสาวนภาพร แสงเนตรสว่าง (081-8525340)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาถึงการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามารับดี
2. เพื่อศึกษาถึงการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามารับดี
3. เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามารับดี
4. เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ตำแหน่ง จำนวนปีในการทำงานในหอผู้ป่วยเด็กและประเภทหอผู้ป่วย กับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามารับดี

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ ไม่ว่าผู้เข้าร่วมวิจัยจะเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ตาม จะไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานแต่อย่างใดถ้าผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีเข้าร่วมการ

วิจัย ให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และผู้วิจัยจะแจกแบบสอบถามทั้งหมด 2 ครั้ง โดยในครั้งแรกจะแจกแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล และจะเก็บกลับคืนภายใน 7 วัน หลังจากนั้น 14 วัน ผู้วิจัยจะแจกแบบสอบถามครั้งที่ 2 ซึ่งเป็นแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามชุดละ 40-45 นาที

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

แม้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย แต่ผลข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม ผู้วิจัยคาดว่าผลที่ได้จากการศึกษานี้จะสามารถนำมาเป็นแนวทางพัฒนาการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีชื่อระบุเป็นรายบุคคล และการแสดงผลจะเสนอเป็นภาพรวม

ถ้าท่านมีปัญหาข้อสงสัยหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาจารย์วิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ภาคผนวก ค



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ “การรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลในบุคลากรทางสุขภาพ”
ชื่อผู้วิจัย นางสาวนวพร แสงเนตรสว่าง

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียด
ของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใด
บีบบังคับจูงใจและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น
ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อ
ข้าพเจ้า นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็น
สรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็น
ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะ
เกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดบีบบังคับจูงใจ

ลงชื่อ.....(ผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่
ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้
ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

*ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1. ท่านอายุ ปี
2. ท่านมีสถานะในการทำงานเป็น
() ฝ่ายบริหารการพยาบาล
() อาจารย์พยาบาล
() พยาบาล
() ผู้ช่วยพยาบาล
3. ท่านมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กมานาน ปี เดือน
4. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลจาก
() การอบรม / การประชุมวิชาการ
() หนังสือ / วารสาร / เอกสาร
() อินเทอร์เน็ต
() อื่นๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล

แบบสอบถามชุดที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล

☐ ☐ ☐ ☐

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีทั้งหมด 45 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ การรับรู้ของท่าน

ข้อคำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.ท่านกระตุ้นให้บิดามารดาและพี่น้องมาพบเด็กได้ทุกเวลาตามความต้องการ ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการของครอบครัว				
2.ท่านร่วมกับครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่เหมาะสม				
3.ท่านให้บิดามารดาเป็นบุคคลสำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลบุตรของตน				
45.ท่านมั่นใจในการรับผิดชอบของท่าน เกี่ยวกับการประกันคุณภาพการดูแล ว่าท่านให้การดูแลได้ตามความต้องการของเด็กและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ				

แบบสอบถามชุดที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล

☐ ☐ ☐ ☐

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีทั้งหมด 45 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ การปฏิบัติของท่าน

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ ทุก ครั้ง	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง / เกือบ ทุก ครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางค ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
1.ท่านกระตุ้นให้บิดามารดาและพี่น้องมาพบเด็กได้ตลอดเวลาตามความต้องการ ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการของครอบครัว				
2.ท่านร่วมกับครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่เหมาะสม				
3.ท่านให้บิดามารดาเป็นบุคคลสำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลบุตรของตน				
44.ท่านได้รับการกระตุ้นให้วิเคราะห์แผนงานและประเมินโปรแกรมใหม่ๆเกี่ยวกับนโยบายและการปฏิบัติ เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลเด็กและครอบครัว				
45.ท่านมั่นใจในการรับผิชอบของท่าน เกี่ยวกับการประกันคุณภาพการดูแล ว่าท่านให้การดูแลได้ตามความต้องการของเด็กและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ				

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวนพร แสงเนตรสว่าง
วัน เดือน ปีเกิด	14 กุมภาพันธ์ 2509
สถานที่เกิด	จังหวัดนครศรีธรรมราช ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2532 วิทยาศาสตรบัณฑิต (การพยาบาลและผดุงครรภ์ โรงพยาบาลรามาริบัติ) มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2551 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลเด็ก)
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานในปัจจุบัน	หอผู้ป่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิด โรงพยาบาลรามาริบัติ ตำแหน่ง : พยาบาล 6