

การปฏิบัติและอุปสรรคในการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาลเด็ก Pediatric Nurses' Practices and Barriers in Family-Centered Care

เพชรสุณีย์ ทังเจริญกุล* เต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์**

กิตติยากร สร้อยนา*** พุทธสิริ เชื้อสกุล***

Petsunee Thungjaroenkul* Temduang Boonpiamsak**

Kittiyakon Soinak*** Puthsiri Chueskul***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาอุปสรรคในการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาลเด็ก 2) เพื่อศึกษาการปฏิบัติในการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาลเด็ก และ 3) เปรียบเทียบความแตกต่างของการปฏิบัติระหว่างพยาบาลในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมกับหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กและทารกในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ ใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวคิดการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของวิลสัน และต้นสัท ฉบับแปลภาษาไทย และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติในการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและ independent t-test

Received: August 12, 2025

Revised: December 26, 2025

Accepted: December 29, 2025

* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50200

E-mail: petsunee.t@cmu.ac.th.

* Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand, 50200.

E-mail: petsunee.t@cmu.ac.th.

** Corresponding Author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330 E-mail: temduang.c@stin.ac.th

** Corresponding Author, Assistant Professor, Department of Pediatric Nursing, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok, Thailand, 10330. E-mail: temduang.c@stin.ac.th

*** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ประเทศไทย 65000 E-mail: kittiyakon_s@cmu.ac.th, apenjarin@gmail.com

*** Professional Nurse, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, Phitsanulok, Thailand, 65000.

E-mail: kittiyakon_s@cmu.ac.th, apenjarin@gmail.com

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยอุปสรรคในการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยรวมของพยาบาลเด็ก (Mean = 2.18, S.D. = 0.56) อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับอุปสรรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ ด้านองค์กร (Mean = 2.24, S.D. = 0.69) และด้านบุคลากรทางการพยาบาล (Mean = 2.21, S.D. = 0.60) คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติโดยรวมของพยาบาลเด็กอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.73, S.D. = 0.32) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางระหว่างพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก (Mean = 3.80, S.D. = 0.25) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาลในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม (Mean = 3.65, S.D. = 0.38) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติเชิงสัมพันธ์ของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารกสูงกว่าพยาบาลในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมในการดูแลของพยาบาลทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้บริหารควรแก้ไขอุปสรรคด้านองค์กรและด้านบุคลากรทางการพยาบาลสำหรับการปฏิบัติในการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาลเด็ก พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ควรเพิ่มการปฏิบัติเชิงสัมพันธ์ด้วยการนำปัจจัยทางด้านองค์กรและด้านบุคลากรที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติเชิงสัมพันธ์ มาเป็นข้อมูลในการทำแผนพัฒนาคุณภาพ เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติในการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

คำสำคัญ: การดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง พยาบาลเด็ก การปฏิบัติการพยาบาล อุปสรรคในการดูแล

Abstract

This descriptive research aimed to: (1) examine barriers to family-centered care (FCC) among pediatric nurses, (2) investigate pediatric nurses' practices of FCC, and (3) compare differences in FCC practices between nurses working in pediatric wards and those working in pediatric and neonatal intensive care units (PICUs/NICUs). The sample consisted of professional nurses who provided care for pediatric and neonatal patients in a tertiary hospital and met the inclusion criteria. Data were collected using a demographic questionnaire, the Thai version of the Family-Centered Care Practice Questionnaire based on the framework of Wilson and Dunst, and a perceived barriers to FCC practice questionnaire developed by the researcher. Data were analyzed using descriptive statistics and independent t-tests.

The results showed that the overall mean score of perceived barriers to family-centered care among pediatric nurses was at a moderate level (Mean = 2.18, S.D. = 0.56). The most frequently reported barriers were organizational factors (Mean = 2.24, S.D. = 0.69), followed by nursing personnel factors (Mean = 2.21, S.D. = 0.60). The overall mean score of FCC practice among pediatric nurses was at a high level (Mean = 3.73, S.D. = 0.32). Nurses working in PICUs/NICUs demonstrated significantly higher overall FCC practice scores (Mean = 3.80, S.D. = 0.25) than those working in pediatric wards (Mean = 3.65, S.D. = 0.38) ($p < 0.05$).

When comparing specific dimensions, relational-oriented practice scores among PICU/NICU nurses were significantly higher than those of pediatric ward nurses ($p < 0.05$), whereas no significant difference was found in participatory care practice between the two groups.

The findings suggest that hospital administrators should address organizational and nursing personnel barriers to enhance the implementation of family-centered care in pediatric nursing. Additionally, pediatric ward nurses should strengthen relational-oriented practices by incorporating identified organizational and personnel barriers into quality improvement plans to promote effective family-centered care.

Keywords: family-centered care, pediatric nurses, nursing practice, barriers to care

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่ยุคที่อัตราการเจริญเติบโตของประชากรชะลอตัว โครงสร้างประชากรของประเทศไทยเกิดการเปลี่ยนแปลงในหลายมิติ อาทิ อัตราการเพิ่มของประชากรไทยมีแนวโน้มที่จะลดลง เนื่องจากลักษณะของครอบครัวไทยในอนาคตจะมีแนวโน้มเป็นครอบครัวที่ไม่มีบุตรเพิ่มมากขึ้น รวมถึงมีอัตราการเกิดต่ำ ในขณะที่สัดส่วนของผู้สูงอายุในประเทศจะมีเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2568 ประชากรคาดประมาณ ณ กลางปี 2568 จำนวนประชากรทั้งประเทศ 65,697 ล้านคน จำนวนประชากรวัยเด็ก (ต่ำกว่า 15 ปี) 9,485 ล้านคน โดยมีอัตราเกิด 6.2 ต่อประชากรพันคน โดยมีอัตราตายทารก เท่ากับ 7.2 (ต่อการเกิดมีชีพพันราย) และอัตราตายเด็กต่ำกว่า 5 ปี เท่ากับ 10.3 (ต่อการเกิดมีชีพพันราย)¹ นอกจากอัตราการเกิดที่ลดลงแล้ว ยังพบอัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด สูงถึง 16.91 ซึ่งเกินค่าเป้าหมายไม่เกิน 11 ต่อพันการเกิดมีชีพ² และจากข้อมูลของราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องภาวะความเจ็บป่วยของเด็กและเยาวชนไทย ปี พ.ศ. 2558-2562 พบว่า ในแต่ละปีมีผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 1.4 ล้านคน และมีจำนวนความถี่ได้รับการรักษาประมาณปีละ 1.7 ถึง 1.8 ล้านครั้ง³ ดังนั้นการดูแลทารกและเด็กในโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างมาก

การเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กส่งผลกระทบต่อทั้งพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม และที่สำคัญเด็กต้องแยกจากครอบครัว ซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่มีความหมายและเป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยเด็ก แต่ระหว่างที่เด็กป่วยอยู่ในโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารกสามารถช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมโดยยึดหลักปฏิบัติการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง⁴ อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารกในบริบทโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิซึ่งมีการรักษาที่ซับซ้อนให้การดูแลผู้ป่วยเด็กและทารกแรกเกิดวิกฤตที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลภายในจังหวัดพิษณุโลกและโรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ จังหวัดตาก อุตรดิตถ์ สุโขทัย และเพชรบูรณ์ รวมถึงโรงพยาบาลใกล้เคียงในเขตภาคเหนือตอนล่าง การทำงานหอผู้ป่วยมีการจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลหมุนเวียนปฏิบัติหน้าที่เวร เช้า บ่าย ดึก ซึ่งในเวรเช้าและบ่ายจะมีการจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลมากกว่าเวรดึกเพราะมีการรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด การทำหัตถการ การตรวจ

พิเศษหรือส่งผู้ป่วยไปทำหัตถการพิเศษต่าง ๆ นอกเหนือผู้ป่วย และญาติหรือครอบครัวของผู้ป่วยก็จะเข้าเยี่ยมตามกำหนดเวลาของหอผู้ป่วย⁵

อย่างไรก็ตามการปฏิบัติการณ์ดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางมักมีอุปสรรค ซึ่งจำแนกได้เป็น 4 ด้านใหญ่ ๆ^{6,7} คือ อุปสรรคด้านตัวผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาหรือมีอาการหนักตามพยาธิสภาพของโรค ทำให้ครอบครัวไม่สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลได้ตามความต้องการ อุปสรรคด้านครอบครัวหรือผู้ดูแล เช่น ผู้ป่วยที่มีสมาชิกครอบครัวอยู่ต่างถิ่นทำให้ไม่สามารถมาเยี่ยมได้ทุกวัน หรือไม่มีครอบครัวมาเยี่ยมทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถร่วมการปฏิบัติการณ์ดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้ ด้านบุคลากรพยาบาล เช่น บุคลากรพยาบาลที่ไม่มีความชำนาญในการปฏิบัติงานมีผลให้ครอบครัวไม่มีความเชื่อถือไว้วางใจและไม่อยากเข้าร่วมในการดูแลผู้ป่วย และด้านองค์กร เช่น การจำกัดเวลาการเยี่ยมของหอผู้ป่วย สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่ทำให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเกิดความกลัวและไม่อยากเข้าร่วมในการดูแลผู้ป่วย หรือการขาดพื้นที่ส่วนตัวสำหรับการพูดคุยกับทีมผู้รักษา เป็นต้น

การปฏิบัติในการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาลวิชาชีพ เป็นรูปแบบหนึ่งของการรักษาพยาบาลที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและตัดสินใจ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพได้สร้างปฏิสัมพันธ์ช่วยเหลือสนับสนุน ให้การดูแลสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลและทำการตัดสินใจในสิ่งที่คิดว่าดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ⁸ ทั้งนี้ Dunst⁹ อธิบายว่า การปฏิบัติในการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางหมายถึง การที่พยาบาลปฏิบัติต่อครอบครัวผู้ป่วยอย่างให้เกียรติ เคารพ มีการแบ่งปันข้อมูลเพื่อให้ครอบครัวสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษาผู้ป่วยและร่วมมือกับครอบครัวผู้ป่วยเพื่อให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติเชิงสัมพันธ์ (relational practices) คือ พฤติกรรมที่พยาบาลสร้างปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวของผู้ป่วย และด้านการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมในการดูแล (participation practices) คือ พฤติกรรมที่พยาบาลส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมแต่การทบทวนงานวิจัยจากต่างประเทศของ Dall'Oglio et al.¹⁰ ได้ศึกษาการปฏิบัติการณ์ดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลเด็ก 3 แห่ง กรุงโรม ประเทศอิตาลี ประกอบด้วย พยาบาล 304 คน แพทย์ 107 คนและบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ 44 คน โดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติการณ์ดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-Centered Care Questionnaire: FCCQ) ผลการศึกษาพบว่าคะแนนการปฏิบัติตามแนวคิดการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางพยาบาลมีคะแนนการปฏิบัติทั้งหมด (mean = 3.17, SD = 0.58)

การทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย นวพร แสงเนตรสว่าง¹¹ ศึกษาการปฏิบัติตามแนวคิดการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็ก ในโรงพยาบาลรามธิบดี ซึ่งใช้แนวคิดของ Bruce et al.¹² ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติการณ์ดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.5 (S.D. = 0.46) และอยู่ในระดับปานกลาง งานวิจัยของ Prasopkittikun¹³ เป็นรูปแบบผสมผสานได้ศึกษาความแตกต่างระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติการณ์ดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาลเด็กไทย: ช่องว่างในการนำไปปฏิบัติ ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติการณ์ดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.56 (S.D. = 0.35) “การตระหนักในความเข้มแข็งและความแตกต่างของครอบครัว” ได้รับการประเมินว่าสำคัญที่สุดและเป็นองค์ประกอบที่ปฏิบัติบ่อยที่สุด ในขณะที่ “การส่งเสริมความร่วมมือระหว่างครอบครัว และบุคลากร” สำคัญน้อยที่สุด และ “การออกแบบระบบการให้บริการสุขภาพ” เป็นองค์ประกอบที่มีการปฏิบัติน้อยที่สุด ผลงานวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า การรับรู้ร่วมกันว่าการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นแนวคิดตะวันตก ทศนคติของพยาบาลตอบหาของตนเองในระดับน้อย

และปัญหาขาดแคลนกำลังพยาบาล พยาบาลเห็นว่าการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นองค์ประกอบที่จำเป็น แต่ยังไม่สามารถนำแนวคิดเหล่านี้ไปประยุกต์ใช้ในงานพยาบาลประจำวันได้อย่างเหมาะสม ในงานวิจัยของ เนาวรัตน์ กระจุกโรจน์¹⁴ ที่ได้ศึกษาในพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลมีระดับการปฏิบัติตามแนวคิดการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.97 (S.D. = 0.36) อยู่ในระดับมาก ส่วนงานวิจัยของ จันทนา ทวีชาติ และคณะ⁶ ที่ศึกษาคะแนนการปฏิบัติดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยภาพรวมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไปอยู่ในระดับสูง ($\mu = 26.75$, $\sigma = 6.41$)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ถึงแม้จะมีงานวิจัยที่สนับสนุนการนำแนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาใช้ในหอผู้ป่วยทั่วไปและหอผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มขึ้น แต่ในทางปฏิบัติการนำแนวคิดนี้ไปใช้อาจแตกต่างกันเนื่องจากบริบทแต่ละสถานที่ จากการทบทวนวรรณกรรมของ Cannon¹⁵ ระบุว่าประเด็นหนึ่งที่มีความสนใจศึกษาในงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางในหอผู้ป่วยวิกฤตเสมอ คือ การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ซึ่งมีบริบททางการแพทย์และความซับซ้อนของเทคโนโลยี ภาวะวิกฤตและความเครียดของครอบครัวสูง ข้อกำหนดเชิงนโยบายในการเยี่ยมและกายภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กมีความแตกต่างอย่างชัดเจนและเป็นเรื่องที่ทำหายมากเมื่อเปรียบเทียบกับหอผู้ป่วยอื่น ๆ อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีการศึกษาเปรียบเทียบการปฏิบัติในการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กทั่วไปและหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

จากข้อมูลดังกล่าว คณะผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์และพยาบาลวิชาชีพสาขาการพยาบาลเด็กของโรงพยาบาลศูนย์ จึงเห็นความจำเป็นที่จะต้องทำการศึกษาการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และเปรียบเทียบความแตกต่างของการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ระหว่างพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมและหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก เพื่อจะได้ข้อมูลพื้นฐานนำไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมให้การดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางให้เหมาะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่

กรอบแนวคิดที่ใช้ในงานวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม^{16,17} มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ทั้งนี้ Dunst⁹ ได้ให้ความหมายการปฏิบัติในการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ไว้ว่าเป็นการให้การดูแลต่อครอบครัวเป็นรายบุคคลอย่างให้เกียรติ เคารพ มีความยืดหยุ่นและตอบสนองต่อความกังวลและให้ความสำคัญของครอบครัวเป็นลำดับต้น รวมถึงการแบ่งปันข้อมูลเพื่อให้ครอบครัว มีทางเลือกสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติของแผนการดูแลผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ เกิดความร่วมมือระหว่างครอบครัวและบุคลากรสุขภาพได้อย่างเหมาะสม แต่การปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถสื่อสารหรือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็กและครอบครัวได้ และผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลที่ไม่สามารถอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย การขาดแคลนบุคลากรทางการพยาบาล การที่พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยหลายรายพร้อมกันเป็นจำนวนมาก ทำให้ไม่มีโอกาสที่จะให้คำอธิบายแก่ครอบครัวของผู้ป่วยอย่างเพียงพอ มีเวลาน้อยมากที่จะทำความเข้าใจคุณลักษณะของครอบครัวผู้ป่วยแต่ละคน หรือ ระบบการพยาบาลปัจจุบันมุ่งเน้นไปที่ทำให้งานสำเร็จ หรือการที่โรงพยาบาลไม่มีการวางระบบการดูแลผู้ป่วยโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง หรือการกำหนด

บทบาทหน้าที่ของทีมนursesในการการดูแลผู้ป่วยโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางทำให้การสื่อสารระหว่างแพทย์ พยาบาล และครอบครัวของผู้ป่วยเกิดขึ้นน้อย เหล่านี้ทำให้การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางทำได้ยาก¹⁸⁻²⁰ จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติและอุปสรรคในการปฏิบัติการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยเด็กทั้งในต่างประเทศและในประเทศอยู่จำนวนหนึ่ง แต่ยังขาดการเปรียบเทียบความแตกต่างของการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางระหว่างพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมและหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก

คำถามการวิจัย

1. อุปสรรคในการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก มีอะไรบ้าง
2. การปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยภาพรวมและรายด้านของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก อยู่ในระดับใด
3. การปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก แตกต่างกัน หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมและหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก
2. ศึกษาการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมและหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ระหว่างพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมและหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมและหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารกโดยรวมและรายด้านแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบเปรียบเทียบ (descriptive comparative study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในงานวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารกในโรงพยาบาลศูนย์ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 (ภาคเหนือตอนล่าง) ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก ตาก อุตรดิตถ์ สุโขทัย และเพชรบูรณ์ ซึ่งมีโรงพยาบาลศูนย์ทั้งหมด 3 โรงพยาบาล แบ่งเป็นสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ และสังกัดมหาวิทยาลัย 1 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก และทารกในโรงพยาบาลศูนย์ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 (ภาคเหนือตอนล่าง) และกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารกในโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างการทดสอบ power analysis โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of the test) = 0.8 ระดับนัยสำคัญ (ค่า α) = 0.05 แต่เนื่องจากยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาการปฏิบัติและอุปสรรคในการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาลเด็กมาก่อน จึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) = 0.3 ซึ่งเป็นขนาดระดับปานกลาง สำหรับการศึกษาทางการพยาบาลเมื่อนำไปเปิดตารางโคเฮน (Cohen)²¹ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย และเพื่อป้องกันการไม่ส่งแบบสอบถามคืน หรือความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ซึ่งได้เท่ากับ 8 คน ดังนั้น ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 93 คน

ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster random sampling) โดยแบ่งโรงพยาบาลศูนย์ออกเป็นกลุ่ม ๆ ตามพื้นที่เขตสุขภาพ จับฉลากได้พื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 (ภาคเหนือตอนล่าง) ซึ่งมีโรงพยาบาลศูนย์ทั้งหมด 3 โรงพยาบาล และจับฉลากมา 1 แห่ง ได้โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก จากนั้นจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนพยาบาลในแต่ละหอผู้ป่วย โดยจำนวนอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ในหอผู้ป่วยเด็กกุมารเวชกรรม 1 2 และ 3 รวมจำนวน 44 คน และหอผู้ป่วยวิกฤตแผนกกุมารเวชกรรม NICU1 NICU2 และ PICU รวมจำนวน 54 คน แล้วใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายแบบไม่ใส่คืน (sampling without replacement) เพื่อให้ได้จำนวนตัวอย่าง 93 คน ตามที่ต้องการ โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะตามเกณฑ์ต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่อายุเท่ากับหรือมากกว่า 20 ปี และมีประสบการณ์ในการทำงานเท่ากับหรือมากกว่า 1 ปี และ 2) ปฏิบัติงานให้บริการโดยตรงแก่ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเด็กกุมารเวชกรรม หรือ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด หรือ หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ส่วนเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่อยู่ระหว่างการลาคลอดในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล และลาป่วยหรือลาจิมากกว่า 4 สัปดาห์ขึ้นไป และ 2) พยาบาลวิชาชีพที่ดำรงตำแหน่งทางการบริหาร เช่น หัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้ตรวจการพยาบาล เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม จำแนกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ที่ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย สถานที่ปฏิบัติงาน การอบรมเกี่ยวกับการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางแปลเป็นภาษาไทย โดย จันทนา ทวีชาติ และคณะ⁵ ซึ่งมีแนวคิดมาจาก Wilson & Dunst²² จำนวน 17 ข้อ แยกเป็น 2 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการปฏิบัติเชิงสัมพันธ์ จำนวน 7 ข้อ และ 2) ด้านการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมในการดูแล จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับคือ 4 = ปฏิบัติทุกครั้งที่มีโอกาส 3 = ปฏิบัติเป็นบางส่วนหรือทำเป็นบางครั้งเมื่อมีโอกาส 2 = ไม่ได้ปฏิบัติเมื่อมีโอกาส และ 1 = ไม่มีโอกาสได้ปฏิบัติ

การแปลค่าคะแนนการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ใช้วิธีการหาค่าคะแนนเฉลี่ยโดยภาพรวมและรายด้าน จากนั้นจำแนกเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์ของ Wilson & Dunst²² ดังนี้ คะแนนเท่ากับ 1.00-2.00 หมายถึง การปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางด้านนั้นอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 2.01-3.00 หมายถึง การปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 3.01-4.00 หมายถึง การปฏิบัติ อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้ป่วย 2 ข้อ ด้านผู้ดูแล 3 ข้อ ด้านบุคลากรพยาบาล 7 ข้อ และ ด้านองค์กร 8 ข้อ โดยมีข้อเลือกตอบแบบลิเกิร์ต 4 ระดับคือ 4 = รับรู้ว่าเป็นอุปสรรคมากที่สุด 3 = รับรู้ว่าเป็นอุปสรรคมาก 2 = รับรู้ว่าเป็นอุปสรรคน้อย และ 1 = รับรู้ว่าเป็นอุปสรรคน้อยที่สุด การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ยของแต่ละด้าน และคะแนนเฉลี่ยที่มากแสดงว่ามีอุปสรรคในด้านนั้นมาก ตรงกันข้ามหากมีคะแนนเฉลี่ยน้อยแสดงว่ามีอุปสรรคในด้านนั้นน้อย เกณฑ์พิจารณาแบ่งตามค่าเฉลี่ยรายข้อ 4 ระดับ ได้แก่ ระดับมากที่สุด: (3.51-4.00) ระดับมาก: (2.51-3.50) ระดับปานกลาง: (1.51-2.50) ระดับน้อย: (1.00-1.50)²³

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. การทดสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย ในงานวิจัยไม่ได้มีการตรวจสอบความตรงของแบบสอบถามการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เนื่องจากแบบสอบถามการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้ผ่านการแปลด้วยวิธีการแปลย้อนกลับโดยจินทนา ทวีชาติ และคณะ⁶ เรียบร้อยแล้ว และในงานวิจัยนี้ไม่ได้มีการตัดแปลงแก้ไขข้อคำถาม จึงไม่ได้ทดสอบความตรงของข้อคำถามซ้ำ สำหรับแบบสอบถามส่วนที่ 3 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นคำถามที่สร้างขึ้นโดยนักวิจัย จึงนำไปทดสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม จากนั้นนำมาวิเคราะห์ค่า CVI ได้ค่าเท่ากับ 0.93

2. การทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยทำการทดสอบความเที่ยงของข้อคำถามในแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 เท่านั้น ด้วยการนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลนครพิงค์ ซึ่งมีคุณลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน เนื่องจากเป็นกลุ่มตัวอย่างซึ่งพบน้อย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ผลการวิเคราะห์ ดังนี้ 1) แบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวคิดการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางทั้งฉบับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.93 ส่วนด้านการปฏิบัติเชิงสัมพันธ์และด้านการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมในการดูแล มีค่าเท่ากับ 0.80 และ 0.91 ตามลำดับ และ 2) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่ประกอบด้วย 4 ด้าน ในแต่ละด้านมีความเชื่อมั่น ดังนี้ ด้านตัวผู้ป่วย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.72 ด้านผู้ดูแล มีค่าเท่ากับ 0.78 ด้านบุคลากรทางการพยาบาล มีค่าเท่ากับ 0.87 และด้านองค์กร มีค่าเท่ากับ 0.91

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างการวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 137/2567 ได้รับอนุมัติเมื่อวันที่ 29 ตุลาคม 2567 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เอกสารเลขที่ 144/2567 ได้รับอนุมัติเมื่อวันที่

25 พฤศจิกายน 2567 ตามด้วยการขออนุมัติทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ประสานงานวิจัยเป็นผู้เชิญกลุ่มตัวอย่าง และให้ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะรวบรวมโดยไม่ระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง และเก็บเป็นความลับ รวมทั้งนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธหรือบอกยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดเวลาที่ต้องการโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ และมีการทำลายข้อมูลหลังจากสิ้นสุดโครงการวิจัย 1 ปี หลังจากให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างครบถ้วนแล้ว ประสานงานวิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารคำยินยอมและให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างทุกคนยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในเอกสารคำยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร จากนั้นผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้พบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอข้อมูลรายชื่อพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก รวมทั้งขอความอนุเคราะห์ในการมอบหมายผู้ประสานงานวิจัย 1 ท่าน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยสุ่มรายชื่อตัวอย่างแบบไม่ใส่กลับคืน จากนั้นจัดทำรายชื่อและแบบสอบถามงานวิจัยในรูปแบบ Google Forms และเตรียมเอกสารแจกให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ด้วยการจัดทำเป็นชุดเอกสารที่ประกอบด้วย เอกสารซึ่งใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลและคิวอาร์โค้ดสำหรับนำเข้าสู่การทำแบบสอบถามทางออนไลน์

3. ผู้วิจัยพบผู้ประสานงานวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลและมอบชุดเอกสารซึ่งใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลให้แก่ผู้ประสานงานวิจัยเพื่อนำเอกสารดังกล่าวไปแจกให้แก่กลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้ประสานงานวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในแต่ละสถานที่ กลุ่มที่ 1 พบหลังจากได้รับหนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัยและอนุมัติให้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล สัปดาห์ที่ 3 เดือนธันวาคม 2567 กลุ่มที่ 2 พบเมื่อสัปดาห์ที่ 4 ของเดือนธันวาคม 2567 เพื่อแจกชุดเอกสารที่ประกอบด้วย เอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครและคิวอาร์โค้ดสำหรับนำเข้าสู่การทำแบบสอบถามทางออนไลน์ และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร หากยินยอมเข้าร่วมโครงการจะขอให้ลงนามในเอกสารคำยินยอมและส่งคืนในกล่องเอกสารที่วางไว้บนเคาน์เตอร์พยาบาล และขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามภายใน 2 สัปดาห์

5. ภายหลังผู้ประสานงานวิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างแล้ว หลังจากนั้น 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยติดตามจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามในระบบ ได้แบบสอบถามกลับคืนมา 85 ฉบับ และเมื่อผ่านไป 3 สัปดาห์ได้แบบสอบถามกลับคืนมาเพิ่มเป็น 90 ฉบับ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 96.77 ของแบบสอบถามทั้งหมดที่แจกไปจึงได้ยุติการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ โดยใช้สถิติบรรยาย คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง นำวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ข้อมูลการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง นำมาวิเคราะห์ด้วยการคำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม กับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก ทั้งโดยภาพรวมและรายด้านโดยใช้สถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารกที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 94) อายุเฉลี่ย 35.93 ปี (S.D. = 10.72) กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม มีอายุมากกว่า 40 ปี (ร้อยละ 32.5) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก มีอายุระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 30) และส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมากกว่า 9 ปี (ร้อยละ 52) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 53) และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 88) ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (ร้อยละ 71) และไม่เคยอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง (ร้อยละ 51) (ตารางที่ 1)

ส่วนที่ 2 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมและหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก

ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยรวม เท่ากับ 2.34 (S.D. = 0.68) อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในด้านบุคลากรทางการพยาบาลมากที่สุด (Mean = 2.41, S.D. = 0.70) รองลงมาคือ อุปสรรคด้านองค์กร (Mean = 2.39, S.D. = 0.76) ในขณะที่พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยรวม เท่ากับ 2.06 (S.D. = 0.41) และอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในด้านองค์กรมากที่สุด (Mean = 2.12, S.D. = 0.60) รองลงมาคืออุปสรรคด้านบุคลากรทางการพยาบาล (Mean = 2.05, S.D. = 0.45) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 90)

ข้อมูลส่วนบุคคล	หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม (n = 40)		หอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก (n = 50)		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (min = 22, max = 60, mean = 35.93, S.D. = 10.72)						
ต่ำกว่า 25 ปี	7	17.5	11	22	18	20
25-30 ปี	9	22.5	10	20	19	21
31-40 ปี	11	27.5	15	30	26	29
มากกว่า 40 ปี	13	32.5	14	28	27	30
เพศ						
ชาย	4	10	1	2	5	6
หญิง	36	90	49	98	85	94
สถานภาพสมรส						
สมรส	16	40	14	28	30	33
โสด	21	52.5	31	62	16	58
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	3	7.5	5	10	3	9
ระดับการศึกษา						
ปริญญาตรี	35	88	44	88	79	88
ปริญญาโท	4	10	6	12	10	11
สูงกว่าปริญญาโท	1	2	0	0	1	1
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย						
น้อยกว่า 1 ปี	4	10	4	8	8	9
1-3 ปี	5	12.5	7	14	12	13
4-6 ปี	4	10	9	18	13	15
7-9 ปี	9	22.5	1	2	10	11
มากกว่า 9 ปี	18	45	29	58	47	52
การอบรมเกี่ยวกับการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง						
เคย	10	25	16	32	26	29
ไม่เคย	30	75	34	68	64	71
การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง						
เคย	11	28	33	66	44	49
ไม่เคย	29	72	17	34	46	51

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของอุปสรรคในการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาลเด็ก แยกตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก (n = 90)

อุปสรรคในการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาล	หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม	ระดับ	หอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก	ระดับ
	Mean (S.D.)		Mean (S.D.)	
ด้านผู้ป่วย	2.21 (0.80)	ปานกลาง	2.02 (0.68)	ปานกลาง
ด้านผู้ดูแล	2.16 (0.84)	ปานกลาง	1.93 (0.53)	ปานกลาง
ด้านบุคลากรพยาบาล	2.41 (0.70)	ปานกลาง	2.05 (0.45)	ปานกลาง
ด้านองค์กร	2.39 (0.76)	ปานกลาง	2.12 (0.60)	ปานกลาง
รวม	2.34 (0.68)	ปานกลาง	2.06 (0.41)	ปานกลาง

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก

ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เท่ากับ 3.65 (S.D. = 0.38) และอยู่ในระดับสูง สำหรับรายด้าน พบว่า ด้านเชิงสัมพันธ์ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.69, S.D. = 0.35) เช่นเดียวกับด้านมีส่วนร่วม (Mean = 3.63, S.D. = 0.42) ซึ่งอยู่ในระดับสูง ส่วนพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยภาพรวม เท่ากับ 3.80 (S.D. = 0.25) และอยู่ในระดับสูง สำหรับรายด้านพบว่า ด้านเชิงสัมพันธ์ คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.84, S.D. = 0.21) เช่นเดียวกับด้านมีส่วนร่วม (Mean = 3.77, S.D. = 0.30) ซึ่งอยู่ในระดับสูง

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยภาพรวม พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก สูงกว่ากลุ่มหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.10, p = 0.039$) แต่เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางด้านเชิงสัมพันธ์ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก เท่ากับ 3.84 (S.D. = 0.21) สูงกว่ากลุ่มหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเท่ากับ 3.69 (S.D. = 0.35) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.39, p = 0.020$) แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางด้านมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพทั้งสองกลุ่ม พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($t = -1.81, p = 0.075$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาล (FCC) และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางระหว่างหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม (n = 40) กับหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก (n = 50)

การปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (FCC)	หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม Mean (S.D.)	หอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก Mean (S.D.)	ระดับการปฏิบัติ	t	p-value
ด้านเชิงสัมพันธ์	3.69 (0.35)	3.84 (0.21)	สูง	-2.39	0.020*
ด้านมีส่วนร่วม	3.63 (0.42)	3.77 (0.30)	สูง	-1.81	0.075
คะแนนรวม	3.65 (0.38)	3.80 (0.25)	สูง	-2.10	0.039*

* $p < .05$

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ศึกษาการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมและหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก

ในการศึกษานี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยรวมของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.34 (S.D. = 0.68) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในด้านบุคลากรทางการพยาบาลมากที่สุด (Mean = 2.41, S.D. = 0.70) ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยของอุปสรรคในการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยรวมของหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารกอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.06 (S.D. = 0.41) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารกรับรู้ว่ามีอุปสรรคในด้านองค์กรมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.12 (S.D. = 0.60) (ตารางที่ 2)

สำหรับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมนั้น รับรู้ว่าจะเกิดอุปสรรคในด้านบุคลากรทางการพยาบาลมากที่สุด โดยผลการวิเคราะห์รายข้อคำถามในแบบสอบถามอุปสรรคด้านบุคลากรทางการพยาบาลพบว่า พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมมากกว่าร้อยละ 40 รับรู้ว่าการขาดแคลนบุคลากรมีความเหนื่อยล้าจากภาระงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยหลายรายพร้อมกัน และขาดความเชี่ยวชาญในการสื่อสารกับครอบครัว และขาดการเตรียมความพร้อมครอบครัวในการดูแลเด็กป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Aljawad, Miraj, & Alameri⁷ ที่พบว่า อุปสรรคสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ได้แก่ ภาระงานที่มากขึ้น และการขาดทักษะการสื่อสาร จึงทำให้พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้อย่างเต็มศักยภาพ และ Prasopkittikun¹³ อธิบายว่าการที่แพทย์และพยาบาลมีภาระงานที่มาก ทำให้ต้องมุ่งทำงานตามแผนการรักษา มีเวลาในการพูดคุยและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติลดลง เป็นเหตุผลให้ผู้ปกครองขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาล

สำหรับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารกนั้น รับรู้ว่าจะเกิดอุปสรรคในด้านองค์กรมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่น (ตารางที่ 2) ผลการวิเคราะห์รายข้อคำถามในแบบสอบถามอุปสรรคด้านองค์กรพบว่า พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก มากกว่าร้อยละ 40 รับรู้ว่าการจำกัดเวลาการเยี่ยม และการขาดพื้นที่ส่วนตัวสำหรับการพูดคุยกับทีมผู้รักษาเป็นอุปสรรคสำคัญในการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาลวิชาชีพ ผลที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของจันทนา ทวีชาติ และคณะ⁶ ที่พบว่าการที่

หอผู้ป่วยวิกฤตมีนโยบายและระบบในการจำกัดเวลาการเยี่ยมผู้ป่วยเด็ก สมาชิกในครอบครัวหรือญาติไม่สามารถเข้าเยี่ยมได้ตลอดเวลา หรือเยี่ยมเวลาใด ๆ ตามที่ต้องการได้ ทำให้ช่วงเวลาที่ครอบครัวจะได้อยู่ดูแลผู้ป่วยลดลง จึงมีผลให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลลดลง นอกจากนี้ลักษณะของหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารกเป็นสถานที่ที่มีเสียงของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์รบกวนการนอนหลับและพักผ่อนในเด็กป่วย ทำให้การสื่อสารพูดคุยกับญาติข้างเตียงทำได้ยาก และการเข้ารับการรักษามหผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารกเป็นเหตุให้ครอบครัวถูกแยกจากเด็กในขณะที่เข้ารับการรักษ ทำให้บทบาทครอบครัวถูกจำกัด เช่น ไม่สามารถให้นม และให้การดูแลหรือตอบสนองต่อความต้องการแก่บุตรของตนได้ จึงเกิดความเครียด ความวิตกกังวลและต้องการรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ เพิ่มมากยิ่งขึ้น²⁴

2. ศึกษาการปฏิบัติกรดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลเด็กกลุ่มหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกรดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.80, S.D. = 0.25) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายด้าน พบว่า ด้านเชิงสัมพันธ์ คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.84, S.D. = 0.21) เช่นเดียวกับด้านมีส่วนร่วม (Mean = 3.77, S.D. = 0.30) ซึ่งอยู่ในระดับสูง ส่วนพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกรดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.65, S.D. = 0.38) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายด้าน พบว่า ด้านเชิงสัมพันธ์ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.69, S.D. = 0.35) และสูงกว่าด้านมีส่วนร่วม (Mean = 3.63, S.D. = 0.42) ซึ่งอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 3)

อธิบายได้ว่า พยาบาลมีกิจกรรมการปฏิบัติเชิงสัมพันธ์ครอบคลุมในเรื่องการสื่อสารข้อมูลอย่างชัดเจนและครอบคลุมการปฏิบัติต่อครอบครัวอย่างสมศักดิ์ศรีด้วยความเคารพให้เกียรติ และมีทัศนคติที่ดีต่อครอบครัว รวมทั้งให้การปฏิบัติแก่ครอบครัวโดยมุ่งเน้นไปที่จุดแข็งของแต่ละบุคคลและครอบครัว เคารพความเชื่อส่วนบุคคลและวัฒนธรรมที่ยึดถือของครอบครัว การสื่อสารกับครอบครัวในทางบวกและการยอมรับความสามารถที่มีอยู่และเกิดขึ้นใหม่ของครอบครัวที่มีผู้ป่วยเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการ^{17,25} ซึ่งเป็นการปฏิบัติเชิงวิชาชีพที่ได้รับการปลูกฝังมาตั้งแต่ในสถาบันการพยาบาลและฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก โดยมีพยาบาลเด็กเป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเด็กใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง และผลักดันคุณภาพบริการแก่ผู้ป่วยเด็กและทารกวิกฤต จึงต้องพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่มุ่งเน้นการพยาบาลและแบบองค์รวมและครอบคลุม 4 มิติทางการพยาบาล โดยยึดหลักการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาลเด็ก (family-centered care) นอกจากพยาบาลจะมีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยเด็กและทารกที่เข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตหนักอย่างใกล้ชิดแล้ว การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กและทารกโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางนั้นถือเป็นหนึ่งในคุณภาพการพยาบาล เพราะในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารกนั้นครอบครัวผู้ป่วยเป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ที่ดีที่สุดของผู้ป่วยและเป็นผู้ที่มีความคุ้นเคยและทราบความต้องการของผู้ป่วยดีกว่าผู้อื่น⁶

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของการปฏิบัติกรดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ระหว่างพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมและหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกรดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก สูงกว่ากลุ่มหอผู้ป่วยกุมาร

เวชกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.10, p = 0.039$) อธิบายได้ว่า เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารกส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66) ได้รับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤตที่มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (ตารางที่ 1) ทำให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มนี้รับรู้ประโยชน์และความจำเป็นในการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ดังการศึกษาของ Kuo และคณะ⁷ ซึ่งพบว่า พยาบาลในหน่วยผู้ป่วยวิกฤตเด็กที่ได้รับการฝึกอบรมหรือมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยหนักมักมีแนวโน้มปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้ดีกว่าหน่วยงานทั่วไป และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lim และ Bang²⁰ ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้และการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาลเด็กในโรงพยาบาลเด็กแห่งหนึ่งในสาธารณรัฐเกาหลี: การศึกษาเชิงพรรณนา พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับความจำเป็นในการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญตามประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยเด็ก และความคุ้นเคยต่อแนวคิดการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ส่วนการปฏิบัติมีความแตกต่างตามประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยเด็ก

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านเชิงสัมพันธ์ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ เท่ากับ 3.84 (S.D. = 0.21) สูงกว่ากลุ่มหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ เท่ากับ 3.69 (S.D. = 0.35) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.39, p = 0.020$) (ตารางที่ 3) อธิบายได้ว่า การปฏิบัติเชิงสัมพันธ์ (relational practices) คือ พฤติกรรมที่พยาบาลสร้างสายสัมพันธ์กับครอบครัวของผู้ป่วย ครอบครัวในเรื่องการสื่อสารข้อมูลอย่างชัดเจนและครอบคลุม รวมทั้งการปฏิบัติต่อครอบครัวอย่างสมศักดิ์ศรีด้วยความเคารพให้เกียรติ¹⁷ เป็นพื้นฐานการปฏิบัติเชิงวิชาชีพที่มาจากองค์ความรู้ทางการพยาบาล ซึ่งองค์ความรู้เหล่านั้นจะถูกนำมาสู่การปฏิบัติมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรู้ความจำเป็นของการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง¹³ ที่เป็นเช่นนี้อาจเกิดจากผู้ป่วยเด็กและทารกในหอผู้ป่วยวิกฤตมีอาการเปลี่ยนแปลงบ่อยและอยู่ในภาวะวิกฤต ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยนี้จึงต้องมีการสื่อสารอาการ ข้อมูลการรักษาอย่างชัดเจนและครอบคลุมให้แก่ผู้ดูแลเป็นระยะ ๆ รวมทั้งการปฏิบัติต่อครอบครัวอย่างสมศักดิ์ศรีด้วยความเคารพให้เกียรติ เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบกับหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก มีการนำนโยบายการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาใช้ ทำให้พยาบาลวิชาชีพที่มีบทบาทเป็นพยาบาลเป็นเจ้าของไข้ได้วางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลอย่างครอบคลุมตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย และมีการสร้างสัมพันธภาพกับเด็กป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง มีการเปิดโอกาสให้มีช่วงเวลาเยี่ยมบุตรทั้งช่วงเช้าและเย็น⁵ สิ่งนี้จึงช่วยส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารกได้ปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางในด้านเชิงสัมพันธ์มากยิ่งขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารกและพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมมีการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางในด้านการมีส่วนร่วม (participation practices) อยู่ในระดับสูง และค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในด้านนี้ของพยาบาลวิชาชีพทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.81, p = 0.075$) (ตารางที่ 3) อาจเป็นผลจากการที่นโยบายของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ให้ความสำคัญกับการให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กและทารกที่ป่วย โดยหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม อนุญาตให้มารดาเฝ้าดูแลบุตรได้ 24 ชั่วโมง และมีห้องนอนให้มารดาที่มานอนเฝ้าได้ จึงทำให้มารดามีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลบุตรมากกว่า ในขณะที่หอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารก ไม่อนุญาตให้มารดา/ผู้เลี้ยงดูอยู่เฝ้า แต่สามารถเยี่ยมผู้ป่วยเด็กได้ 2 ช่วงเวลา ครั้งละ 2 ชั่วโมง จากเด็กมีอาการซับซ้อนและวิกฤตเกินกว่า

ที่จะให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลได้⁵ ทำให้พยาบาลวิชาชีพยอมรับความสำคัญของครอบครัวและเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมตามความต้องการและความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยตามกิจกรรมที่เคยทำได้ขณะอยู่บ้าน ส่วนกิจกรรมการดูแลที่มีความซับซ้อน ต้องใช้ความรู้ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติ อาจให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมน้อยกว่าความต้องการ²⁵

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่ได้ผ่านการแปลด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ และการศึกษานี้ไม่ได้มีการดัดแปลงแก้ไขข้อคำถาม จึงไม่ได้ทำการทดสอบความตรงของข้อคำถามซ้ำ แต่ได้มีการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยอยู่ในระดับที่ยอมรับได้
2. การวิจัยนี้ได้มีการกำหนดขอบเขตประชากรในการวิจัยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือตอนล่าง และกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กอาจมีข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงถึงประชากรพยาบาลในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตทารกและเด็กเล็กที่ต่างบริบทแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ควรดำรงรักษาไว้ซึ่งการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางในด้านเชิงสัมพันธ์อย่างยั่งยืน
2. ผู้บริหารทางการพยาบาลหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ควรส่งเสริมการปฏิบัติการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางในพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ให้ดำรงคงอยู่ตลอดไปด้วยการเสริมสร้างกำลังใจและจัดอบรมทักษะการสื่อสาร รวมทั้งจัดอัตรากำลังให้เพียงพอ เพื่อให้สามารถสื่อสาร มีปฏิสัมพันธ์และโน้มน้าวให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยเชิงระบบการดูแลที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาลเด็กโดยการขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารและพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่ให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Institute for Population and Social Research, Mahidol University, Thailand, Report on the Population Prospects as of Mid-2025 (July 1). Mahidol Population Gazette. 34 (January, 2025). (in Thai)

2. Department of Health, Ministry of Public Health. Incident of birth asphyxia rate: province sectors 2023. 2023 [cited 2025 Aug 11]. Available from: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/birthasphyxia/index?year=2023> (in Thai)
3. Moasuwan L, Sutra S, editors. The burden of diseases among Thai children and adolescents 2015-2019. Bangkok: The Royal College of Pediatricians of Thailand; 2023. (in Thai)
4. Yuennan C. A concept of family-centered nursing care among children with critical and chronic illness. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office* 2017;23(2):59-68. (in Thai)
5. Bothipan S, Makma K, Wuttisirinukul W, Intasan A. Development of primary nursing system in intensive care unit, pediatric department, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital. *Buddhachinaraj Medical Journal* 2022;39(3):304-17. (in Thai)
6. Taweechart J, Thungjaroenkul P, Nantsupawat A. Barriers and practices based on family-centered care of nurses in the surgical intensive care unit. *Kamphaeng Phet Hospital Journal* 2021;25(2):19-28. (in Thai)
7. Aljawad B, Miraj SA, Alameri F, Alzayer H. Family-centered care in neonatal and pediatric critical care units: a scoping review of interventions, barriers, and facilitators. *BMC Pediatr* 2025;25(1):291. doi: 10.1186/s12887-025-05620-w.
8. Kuo DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhlthau KA, Simmons JM, Neff JM. Family-centered care: current applications and future directions in pediatric health care. *Matern Child Health J* 2012;16(2):297-305. doi: 10.1007/s10995-011-0751-7.
9. Dunst CJ. Family-centered practices: birth through high school: birth through high school. *The Journal of Special Education* 2002;36(3):141-149. doi: 10.1177/00224669020360030401.
10. Dall'Oglio I, Di Furia M, Tiozzo E, Gawronski O, Biagioli V, Di Ciommo VM, et al. Practices and perceptions of family centered care among healthcare providers: a cross-sectional study in a pediatric hospital. *J Pediatr Nurs* 2018;43:e18-e25. doi: 10.1016/j.pedn.2018.07.015.
11. Sangnatsawang N. Perception and practice of family-centered care in health care professions [thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2008. (in Thai)
12. Bruce B, Letourneau N, Ritchie J, Larocque S, Dennis C, Elliott MR. A multisite study of health professionals' perceptions and practices of family-centered care. *J Fam Nurs* 2002;8(4):408-29. doi: 10.1177/107484002237515.

13. Prasopkittikun T, Srichantaranit A, Chunyasing S. Thai nurses' perceptions and practices of family-centered care: the implementation gap. *Int J Nurs Sci* 2019;7(1):74-80. doi: 10.1016/j.ijnss.2019.09.013.
14. Khamoonrot N, Nateethanasombat K, Khlangthamniam K. Factors predicting of nursing practice in family-centered care of community nurse practitioners. *HCU Journal of Health Science* 2018;21(42):13-28. (in Thai)
15. Cannon S. Family-centered care in the critical care setting: is it best practice? *Dimens Crit Care Nurs* 2011;30(5):241-5.
16. Dunst CJ, Trivette CM. Characteristics and consequences of family-centered helping practices. *CASEmakers* 2005;1(6):1-4.
17. Dunst CJ, Espe-Sherwindt M. Family-centered practices in early childhood intervention. In: Reichow B, Boyd BA, Barton EE, Odom SL, editor. *Handbook of early childhood special education*. Switzerland: Springer International Publishing; 2016. p. 37-55.
18. Mierendorf SM, Gidvani V. Palliative care in the emergency department. *Perm J* 2014;18(2):77-85. doi: 10.7812/TPP/13-103.
19. Kiwanuka F, Shayan SJ, Tolulope AA. Barriers to patient and family-centred care in adult intensive care units: A systematic review. *Nurs Open* 2019;6(3):676-84. doi: 10.1002/nop2.253.
20. Lim SJ, Bang KS. The perceptions and performance of family-centered care among pediatric nurses at a children's hospital in South Korea: a descriptive study. *Child Health Nurs Res* 2023;29(3):207-17. doi: 10.4094/chnr.2023.29.3.207.
21. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Routledge; 2013.
22. Wilson LL, Dunst CJ. Checklist for assessing adherence to family-centered practices. *CASEtools* 2005;1(1):1-6.
23. Srisa-ard B. *Introduction to research*. 10th ed. Bangkok: Suwiriyasarn; 2017. (in Thai)
24. Ward K. Perceived needs of parents of critically ill infants in a neonatal intensive care unit (NICU). *Pediatr Nurs* 2001;27(3):281-6.
25. Yoo HJ, Lim OB, Shim JL. Critical care nurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: a qualitative study. *PLoS One* 2020;15(7):e0235694. doi: 10.1371/journal.pone.0235694.