

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่อง ทารกเกิดก่อนกำหนด แนวคิดการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด

ทารกเกิดก่อนกำหนด

ความหมายและลักษณะของทารกเกิดก่อนกำหนด

ทารกเกิดก่อนกำหนด (premature or preterm infant) หมายถึง ทารกที่เกิดมาเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ นับจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย โดยไม่คำนึงถึงน้ำหนักตัว (ประพุทธ ศิริบุญย์, 2540; ประอร ชาลิตธำรง, 2540; United Nations Children's Fund [UNICEF] & World Health Organization [WHO], 2004) แต่หากมารดาไม่สามารถบอกประวัติการมีประจำเดือนได้แน่นอน จะประเมินอายุครรภ์โดยใช้วิธีการตรวจของบาลลาร์ด (Ballard's score) ซึ่งเป็นการตรวจร่างกายภายนอกพร้อมกับการตรวจระบบประสาทของทารก ผลการตรวจมีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ และสามารถประเมินอายุครรภ์ได้ตั้งแต่ 20-44 สัปดาห์ (Ballard, Khoury, Wedig, Wang, Eilers Walsman, 1991) ส่วนการนับอายุของทารกเกิดก่อนกำหนดภายหลังเกิดมี 3 วิธี ได้แก่ อายุครรภ์แรกเกิด (gestational age [GA]) คือ การนับอายุเป็นสัปดาห์ตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิจนถึงวันที่เกิด อายุหลังเกิด (chronological age) คือ การนับอายุเป็นวันหรือสัปดาห์ตั้งแต่วันที่เกิดจนถึงปัจจุบัน และอายุหลังปฏิสนธิ (post-chronological age [PCA]) คือ การนับอายุเป็นสัปดาห์ตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิจนถึงปัจจุบัน (Olds, London, Ladewig, & Davidson, 2004)

ลักษณะโดยทั่วไปของทารกเกิดก่อนกำหนดที่พบมีดังนี้ น้ำหนักตัวแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ลำตัวยาวไม่เกิน 47 เซนติเมตร ศีรษะมีขนาดใหญ่เมื่อเทียบกับขนาดของลำตัว ผิวหนังบาง ไขมันใต้ผิวหนังน้อย ทำให้มองเห็นเส้นเลือดฝอยชัดเจน ผิวจึงมีสีแดง มีไขเคลือบตัวน้อย ขนอ่อนมีมาก ไขหูอ่อนนุ่มพับงอได้ หัวนมแบนราบ เส้นลายฝ่าเท้ามีน้อย อวัยวะเพศ เพศชายถุงอัณฑะจะมีรอยย่นน้อย และลูกอัณฑะยังไม่ลงมาในถุง ส่วนเพศหญิงแคมเล็ก และคลิตอริสมีขนาดใหญ่ แขนขาเหยียดออก กล้ามเนื้อมีกำลังน้อย และร้องเสียงเบา (Ricci, 2007)

ทารกเกิดก่อนกำหนดแบ่งตามอายุครรภ์ได้ เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (Ballard et al., 1991; Mattson & Smith, 2000)

1. ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์แรกเกิดน้อยมากๆ (extremely preterm infant) คือ ทารกที่เกิดเมื่ออายุครรภ์ระหว่าง 24-30 สัปดาห์ น้ำหนักตัวแรกเกิดระหว่าง 450-1,500 กรัม พบประมาณร้อยละ 0.8 ของทารกแรกเกิดมีชีวิต ทารกกลุ่มนี้มีความไม่สมบูรณ์ในการทำหน้าที่ของร่างกาย และระบบประสาทมากที่สุด ต้องได้รับการดูแลและการพยาบาลอย่างใกล้ชิด เสียชีวิตประมาณร้อยละ 84 โอกาสรอดชีวิตประมาณร้อยละ 50

2. ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์แรกเกิดปานกลาง (moderately preterm infant) คือ ทารกที่เกิดเมื่ออายุครรภ์ระหว่าง 31-36 สัปดาห์ น้ำหนักตัวแรกเกิดระหว่าง 1,000-2,500 กรัม พบประมาณร้อยละ 6-7 ของทารกแรกเกิดมีชีวิต ทารกกลุ่มนี้มีความไม่สมบูรณ์ในการทำหน้าที่ของร่างกาย ทารกกลุ่มนี้มีสาเหตุการตายจากภาวะหายใจลำบากมากที่สุด รองลงมา คือ การติดเชื้อ แต่เมื่อได้รับการดูแลรักษาด้วยเครื่องมือและวิทยาการที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในช่วง 1-2 เดือนแรก ทำให้อัตราการตายของทารกลดลง

3. ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์แรกเกิดก่อนกำหนดเล็กน้อย (slightly preterm infant) คือ ทารกที่เกิดเมื่ออายุครรภ์ระหว่าง 36-37 สัปดาห์ น้ำหนักตัวแรกเกิดใกล้เคียง 2,500 กรัม พบประมาณร้อยละ 16 ของทารกแรกเกิดมีชีวิต ทารกกลุ่มนี้มักไม่ค่อยพบปัญหาเหมือนทารกเกิดก่อนกำหนด 2 กลุ่มแรก

ความเจ็บป่วยรุนแรงของทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด

ความเจ็บป่วยของทารกเกิดก่อนกำหนดที่รุนแรงพบบ่อยและคุกคามต่อชีวิตทารก ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดส่วนใหญ่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหออภิบาลทารกแรกเกิด ได้แก่ ภาวะขาดออกซิเจน ภาวะติดเชื้อ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ภาวะbilirubin ในเลือดสูง ภาวะที่ไม่สามารถรับ

อาหารทางลำไส้ได้ และภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย (ชราชีพ โคละทัต, 2542; Blackburn & Loper, 1992; Kenner & Lott, 2003; Vergara & Bigsby, 2004) มีรายละเอียดดังนี้

1. ภาวะขาดออกซิเจนพบได้มากในทารกเกิดก่อนกำหนด เนื่องจากโครงสร้างและการทำหน้าที่ของระบบหายใจยังมีการพัฒนาไม่เต็มที่ กล่าวคือ ปอดมีจำนวนและขนาดของท่อถุงลมเล็ก จำนวนน้อย และขาดสารลดแรงตึงผิวในถุงลมปอด ซึ่งสารนี้มีประโยชน์ในการช่วยลดแรงตึงผิวทำให้ถุงลมคงรูปอยู่ได้ในขณะหายใจออกไม่เกิดถุงลมปอดแฟบ นอกจากนี้ผนังทรวงอกและกระดูกซี่โครงยังไม่แข็งแรงทำให้ทารกต้องใช้แรงมากในการหายใจแต่ละครั้ง (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2536; พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์, 2544; Blackburn & Loper, 1992; Cifuentes, Segars, & Carlo, 2003) ทารกที่เกิดเมื่ออายุครรภ์น้อยๆ อาการจะยิ่งรุนแรงมากขึ้น ทารกเกิดก่อนกำหนดเหล่านี้จึงจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด (Blackburn, 1995) เพื่อเฝ้าติดตามและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดและการรบกวนทารกให้น้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้

2. ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ พบได้มากในทารกเกิดก่อนกำหนดเนื่องจากทารกมีพื้นที่ผิวมากเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว มีไขมันใต้ผิวหนังน้อยโดยเฉพาะไขมันสีน้ำตาลซึ่งเป็นแหล่งสร้างความร้อน รวมถึงศูนย์ควบคุมอุณหภูมิภายในสมองส่วนไฮโปทาลามัสยังเจริญไม่เต็มที่ ประกอบกับการที่ทารกมักอยู่ในท่าเหยียดลำตัว แขน และขาตลอดเวลา ซึ่งมีผลทำให้สูญเสียความร้อนออกจากร่างกายได้มาก เนื่องจากการนอนในท่านี้ทำให้มีพื้นที่ผิวสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมมาก จึงเกิดการสูญเสียความร้อนได้มาก (ประพุท ศิริบุญ, 2540; วิภา จีระแพทย์, 2543; Blackburn & Loper, 1992) ส่วนทารกเกิดครบกำหนดหรือทารกเกิดหลังกำหนดที่มีภาวะขาดออกซิเจนจากการคลอดลำบาก หรือจากการสูดสำลักขี้เทาตั้งแต่แรกเกิดร่วมด้วย มักเกิดจากอุณหภูมิร่างกายต่ำได้ง่าย เนื่องจากสมองไฮโปทาลามัสถูกกระทบกระเทือนและสูญเสียหน้าที่ในการควบคุมอุณหภูมิ (Blackburn & Loper, 1992) ซึ่งถ้าหากทารกไม่ได้รับการดูแลควบคุมอุณหภูมิให้เหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อทารก กล่าวคือ หากเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำร่างกายต้องใช้ออกซิเจนในปริมาณมาก เนื้อเยื่อของร่างกายจะขาดออกซิเจนเพิ่มขึ้น และปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายมีน้อย เนื่องจากการหลั่งสารนอร์เอปิเนฟรินออกมาเพื่อใช้ในการเผาผลาญไขมัน มีผลทำให้เส้นเลือดส่วนปลายหดตัว ส่งเสริมให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น เกิดการเผาผลาญโดยไม่ใช้ออกซิเจน ทำให้เกิดภาวะกรดจากการเผาผลาญ ซึ่งมีผลยับยั้งการสร้างสารลดแรงตึงผิวในปอด ทำให้ทารกแรกเกิด โดยเฉพาะทารกเกิดก่อนกำหนดเกิดภาวะหายใจลำบากอย่างรุนแรง (Mikols & Creehan, 1996) ทารกจะได้รับการรักษาพยาบาลตามอาการเพื่อป้องกันการเกิดผลกระทบบ้างๆ ดังกล่าว โดยการเพิ่มอุณหภูมิร่างกายให้สูงขึ้นด้วยการให้อุณหภูมิในตู้อบหรือภายใต้เครื่องให้ความอบอุ่น โดยการแผ่รังสีความร้อน การติดอุปกรณ์ที่ใช้ติดตามสัญญาณชีพ และค่าอิมพัลส์ของออกซิเจนในเลือดตามร่างกาย

3. ภาวะติดเชื้อ พบได้มากในทารกเกิดก่อนกำหนด มีการติดเชื้อมากขึ้นในทารกที่มีอายุครรภ์น้อยลง (Ashwin, & Lucky, 2010) ทั้งนี้เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันและกลไกการป้องกันการติดเชื้อยังทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ (Kenner & Lott, 2003) การติดเชื้อในทารกแรกเกิดเมื่อแรกเกิดแมคโครฟาจ (Macrophage) ซึ่งมีหน้าที่ตอบสนองต่อการอักเสบและกินเชื้อโรคทำงานได้ไม่ดีเท่าผู้ใหญ่ ทารกแรกเกิดจะมีการเก็บสะสมของนิวโทรฟิล (Neutrophil) น้อย และปริมาณที่จำกัดนี้ยังหมดลงอย่างรวดเร็วเมื่อเกิดการติดเชื้อรุนแรง นอกจากนี้นิวโทรฟิลในทารกแรกเกิดยังมีความบกพร่องในการเคลื่อนที่ไปยังบริเวณที่มีการติดเชื้อ และจับกินเชื้อแบคทีเรียได้ไม่ดีเท่าผู้ใหญ่ขณะเดียวกันภูมิคุ้มกันจำเพาะต่อเชื้อโรคก็ยังไม่พัฒนาไม่สมบูรณ์ แอนติบอดีหรืออิมมูโนโกลบูลิน (Immunoglobulin [Ig]) ก็มีปริมาณน้อย และในทารกเกิดก่อนกำหนดก็เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีระดับอิมมูโนโกลบูลินจี (immunoglobulin G) ซึ่งทำหน้าที่ในการป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรีย เมื่ออายุหลังเกิด 2-3 เดือนน้อยกว่าทารกเกิดครบกำหนด (Blackburn, 1995) ประกอบกับการรักษาที่ได้รับในระยะหลังเกิด เช่น การให้ออกซิเจนด้วยวิธีต่าง ๆ การดูดเสมหะ หรือการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย ซึ่งอาจทำให้ทารกมีอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่แสดงถึงการติดเชื้ออย่างรุนแรงตามมา ได้แก่ ชิม ท้องอืด ตัวเย็นหรือร้อน หายใจเร็ว หรือหยุดหายใจ (Blackburn & Loper, 1992) ทารกเกิดก่อนกำหนดจึงถูกจัดให้อยู่ในตู้อบเพื่อสังเกตอาการ และติดอุปกรณ์ที่ใช้ติดตามสัญญาณชีพ และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดตามร่างกาย การให้สารน้ำทางสารอาหารทางหลอดเลือดดำ การให้ยาทางหลอดเลือดดำ

4. ภาวะบิลิรูบินในเลือดสูงหรือภาวะตัวเหลือง พบได้มากในทารกเกิดก่อนกำหนด เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนดมีการสร้างบิลิรูบินจำนวนมากจากการที่เม็ดเลือดแดงมีอายุสั้น คือ 80-90 วัน ร่วมกับการทำงานของตับในการเปลี่ยนอันคอนจูเกตบิลิรูบินที่เกิดจากการแตกทำลายของเม็ดเลือดแดงให้เป็นคอนจูเกตบิลิรูบินที่สามารถขับออกทางปัสสาวะและอุจจาระยังไม่สมบูรณ์ การแตกทำลายของเม็ดเลือดแดงมากกว่าปกติ และการไม่เข้ากันของหมู่เลือดระหว่างมารดากับทารก ภาวะพร่องเอนไซม์ (Glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency [G6PD]) และการขับถ่ายบิลิรูบินลดลง และพบว่ายาบางชนิดที่มารดาได้รับขณะตั้งครรภ์ หรือที่ทารกแรกเกิดได้รับ เช่น ซัลฟา (Sulfa) ซาลิไซเลต (Salicylate) คาเฟอีน (Caffeine) ยังมีผลไปรบกวนการเปลี่ยนอันคอนจูเกตบิลิรูบินให้เป็นคอนจูเกตบิลิรูบิน และบางชนิดทำให้เม็ดเลือดแดงแตกง่ายกว่าปกติ นอกจากนี้ภาวะเลือดเป็นกรด ภาวะที่มีการอุดตันของทางเดินน้ำดี ภาวะสูดสำคัญก็เท่าในน้ำคร่ำ ภาวะหายใจลำบากหรือภาวะหยุดหายใจ ในทารกแรกเกิดยังเป็นสาเหตุให้บิลิรูบินสูงขึ้นได้ หากทารกเกิดก่อนกำหนดมีระดับบิลิรูบินในเลือดสูงได้รับการรักษาจะทำให้สารนี้ไปเกาะที่เนื้อเยื่อสมอง เกิดความผิดปกติของสมองขึ้นเรียกว่าเคอร์นิคเทอรัส (Kernicterus) ทำทารกเกิดอาการร้องเสียงแหลม ชิม ไม่ดูดนม อาเจียน ตำรอก ชักกระตุก เกร็งหลัง

แอน หยุดหายใจและอาจเสียชีวิตได้ (Blackburn & Loper, 1992) ทารกที่มีภาวะบิลิรูบินในเลือดสูง จะได้รับการรักษาพยาบาลโดยการส่องไฟ ซึ่งทารกจะต้องนอนอยู่ภายใต้เครื่องส่องไฟอย่างต่อเนื่อง ในทารกบางรายอาจจำเป็นต้องงดนมแม่ชั่วคราวและให้นมผสมหรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำแทน ส่วนทารกเกิดก่อนกำหนดบางรายที่มีระดับบิลิรูบินในเลือดสูงอาจต้องได้รับการเปลี่ยนถ่ายเลือด ร่วมกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

5. ภาวะที่ไม่สามารถรับอาหารทางลำไส้ได้ เป็นภาวะที่พบได้มากในทารกเกิดก่อนกำหนด เนื่องจากความสมบูรณ์ของระบบทางเดินอาหารมีน้อย กล่าวคือ การดูดและการกลืนยังไม่ สัมพันธ์กัน น้อยลงในกระเพาะอาหารมีน้อย การบีบรัดของกล้ามเนื้อเรียบของกระเพาะและลำไส้ ยังพัฒนาไม่ดี จึงทำให้ทารกมีความทนต่อการรับอาหารทางลำไส้ได้น้อยและเกิดการสำรอกนมได้ง่าย นอกจากนี้ยังพบภาวะที่ไม่สามารถรับอาหารทางลำไส้ได้ในทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะขาด ออกซิเจนร่วมกับภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เนื่องจากภาวะดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบเมตาบอลิซึมใน ร่างกาย (สรายุทธ สุภาพรรณชาติ, 2540; Blackburn & Loper, 1992; Ashwin, & Lucky, 2010) ทารกจะ ได้รับการรักษาพยาบาลตามอาการ โดยการงดนมและน้ำทางปากชั่วคราว และให้สารน้ำสารอาหารทาง หลอดเลือดดำแทนในระยะแรก ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยจากการให้อาหารทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ การอุดตันของสายสวนหลอดเลือดที่ใส่น้ำ เส้นเลือดแตกและสารอาหารรั่วจากเส้นเลือดทำอันตราย กับเนื้อเยื่อข้างเคียง การติดเชื้อในกระแสเลือดมีความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือด (ชาญชัย พานทองวิริยะกุล, 2545) สำหรับทารกที่มีภาวะหายใจลำบากร่วมกับอาการท้องอืดอาจได้รับการช่วยหายใจ ด้วยการให้ออกซิเจนด้วยวิธีต่าง ๆ และต้องอยู่ในตู้อบเพื่อสังเกตอาการร่วมกับการติดอุปกรณ์ที่ใช้ ติดตามสัญญาณชีพและค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดตามร่างกาย

6. ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย พบได้มากในทารกเกิดก่อนกำหนด เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของไตในการรักษาสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ได้แก่ การทำลาย ของท่อไตในการดูดซึมกลับโซเดียมมีน้อย ความสามารถในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้นและเจือจางยังไม่ เต็มที่ เมื่อได้รับน้ำเกินเพียงพอสันจึงไม่สามารถขับน้ำเกินได้เร็วเท่าผู้ใหญ่ การดูดซึมกลับของ ไบคาร์บอเนต และการจับถ่ายโปแตสเซียม และไฮโดรเจนไอออนทำได้น้อย (ประสิน จันทร์วิทัน, 2548) ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีการเสียสมดุลของน้ำเกลือแร่ และกรดต่าง จะเกิดอาการบวม มีความผิดปกติ ของเกลือแร่ ความดันโลหิตสูง ชัก ชีต และเลือดออกง่าย เป็นต้น

การดูแลรักษาที่ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับในหออภิบาลทารกแรกเกิด

ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความไม่สมบูรณ์ของอวัยวะและการทำหน้าที่ของระบบต่าง ๆ เป็นสาเหตุให้ทารกเกิดก่อนกำหนดเกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรง ทารกเกิดก่อนกำหนดเหล่านี้จึงต้องการการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง โดยบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์สูงในการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพในหออภิบาลทารกแรกเกิด การดูแลรักษาที่ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับในหออภิบาลทารกแรกเกิด มีดังนี้

1. การช่วยหายใจ (assisted ventilation) ภาวะหายใจลำบากในทารกเกิดก่อนกำหนด มักเกิดจากการขาดสารลดแรงตึงผิวในถุงลมปอด (surfactant) ทำให้ถุงลมปอดแฟบติดกันเมื่อทารกหายใจออก ทารกจึงต้องใช้แรงมากขึ้นในการหายใจเข้าเพื่อขยายถุงลมปอดที่แฟบติดกัน อากาศเข้าสู่ปอดได้น้อยเกิดภาวะขาดออกซิเจนตามมา การรักษานี้มีดังนี้

1.1 การรักษาด้วยสารลดแรงตึงผิว (surfactant replacement therapy) ในปัจจุบันการรักษาด้วยสารลดแรงตึงผิวเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลาย และถือว่าเป็นมาตรฐานที่สำคัญของการรักษา โดยอาจให้ได้ทั้งแบบป้องกันการเกิดภาวะหายใจลำบากจากการขาดสารลดแรงตึงผิวในถุงลมปอดคือการให้ทันทีหลังเกิด และแบบเพื่อใช้ในการรักษาคือการให้เมื่อทารกปรากฏอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจลำบากจากการขาดสารลดแรงตึงผิวในถุงลมปอด (American Academy of Pediatrics, 1999; Ainsworth & Milligan, 2002) เพราะการให้สารลดแรงตึงผิวสามารถเปิดถุงลมปอดที่แฟบได้ ทำให้ความยืดหยุ่นของปอดดีขึ้น ความจุปอดในขณะที่แรงยืดหยุ่นของปอดและทรวงอกอยู่ในภาวะสมดุลดีขึ้น มีการแลกเปลี่ยนออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ในถุงลมปอดได้ดี จึงช่วยให้ลดความต้องการออกซิเจนและลดความจำเป็นของการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ ในประเทศไทยพบว่าการใช้สารลดแรงตึงผิวในทารกน้ำหนักน้อยมากๆ มักจะไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร อีกทั้งสารลดแรงตึงผิวมีราคาแพง ดังนั้นจึงต้องพิจารณาใช้สารลดแรงตึงผิวเฉพาะในกรณีที่จำเป็นและใช้ในหออภิบาลทารกแรกเกิดเท่านั้น เพราะต้องมีการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะให้ได้ผลตอบสนองที่ดีอย่างเต็มที่ (Horpaopan, Sangtaveesin, & Rattrisawasdi, 1996)

1.2 การรักษาด้วยออกซิเจนและการใช้เครื่องช่วยหายใจ

1.2.1 การรักษาด้วยออกซิเจน (oxygen therapy) การรักษาด้วยออกซิเจนที่ใช้ในทารกเกิดก่อนกำหนด คือ โดยให้ออกซิเจนทางกล่องพลาสติกครอบศีรษะทารก เป็นวิธีการรักษาเบื้องต้นในทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากจากการขาดสารลดแรงตึงผิวในถุงลมปอด ความเข้มข้นของออกซิเจนที่ได้รับมักไม่เกิน 70 เปอร์เซ็นต์ การรักษาด้วยออกซิเจนโดยปราศจากแรงดันบวกนี้จะช่วยลดการไหลเวียนลัดของเลือดในปอด (intrapulmonary shunting) ทำให้ภาวะขาด

ออกซิเจนในเลือดดีขึ้นบ้าง แต่การรักษาด้วยออกซิเจนเพียงอย่างเดียวมีข้อจำกัดในทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจนในเลือดอย่างรุนแรง หรือมีการไหลเวียนลัดของเลือดในปอดสูงมาก ดังนั้นทารกที่มีอาการหอบมากหรือต้องการออกซิเจนมากกว่า 40 เปอร์เซ็นต์ ในการรักษาระดับความดันออกซิเจนในเลือดระหว่าง 50-80 มิลลิเมตรปรอท ควรเปลี่ยนเป็นการช่วยหายใจโดยใช้แรงดันบวก (แสงแข ข่านาญวนกิจ พรพัฒน์ รัศมีมารีย์ และปริยาพันธ์ แสงอรุณ, 2545)

1.2.2 การช่วยหายใจโดยใช้แรงดันบวกในทางเดินหายใจตลอดเวลา (continuous positive airway pressure [CPAP]) การให้แรงดันบวกในทางเดินหายใจตลอดเวลา เป็นการให้ออกซิเจนเข้าไปถึงถุงลมปอดและมีความดันบวกค้างไว้อย่างต่อเนื่องทั้งในขณะที่หายใจเข้าและหายใจออก วิธีการให้แรงดันบวกในทางเดินหายใจตลอดเวลาสามารถให้ผ่านท่อหลาย ๆ ทาง ได้แก่ ท่อช่วยหายใจที่ใส่เข้าทางปากไปสิ้นสุดที่หลอดลม (endotracheal tube), ครอบศีรษะ (head chamber), หน้ากากครอบจมูกและปาก (face mask), นาซอล พรองส์ (nasal prongs), และนาโซฟาริงเจียล (nasopharyngeal tube) แต่ที่นิยมใช้ในประเทศไทย คือการให้ผ่านทางรูจมูก ซึ่งอุปกรณ์ที่ใช้ได้แก่ นาซอล พรองส์ (nasal prongs) หรือนาโซฟาริงเจียล (nasopharyngeal) โดยใช้ความดันประมาณ 5-7 เซนติเมตรน้ำ การมีความดันบวกค้างไว้ตลอดนี้จะส่งผลให้เพิ่มปริมาตรปอดคงค้างขณะหายใจออก (functional residual capacity) และเพิ่มความยืดหยุ่นปอด (lung compliance) เพื่อป้องกันถุงลมปอดแฟบขณะหายใจออก รวมถึงป้องกันการปิดแฟบของท่อทางเดินหายใจเล็ก ๆ ส่วนปลาย (terminal airway) เป็นการช่วยให้ทารกไม่ต้องใช้แรงมากในการหายใจเข้า ขณะเดียวกันก็ทำให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลมปอดดีขึ้น นอกจากนี้การช่วยหายใจด้วยการให้ความดันบวกในทางเดินหายใจตลอดเวลาจะทำให้การใช้สารลดแรงตึงผิวลดลง และมีการสร้างสารลดแรงตึงผิวในถุงลมปอดจากเซลล์ดีขึ้น การช่วยหายใจด้วยการให้ความดันบวกในทางเดินหายใจตลอดเวลา มักเริ่มด้วยความดัน 5 เซนติเมตรน้ำ และเพิ่มครั้งละ 1 เซนติเมตรน้ำ สลับกับการเพิ่มออกซิเจน ครั้งละ 10 เปอร์เซ็นต์ ตามความจำเป็น แต่ไม่นิยมใช้ความดันสูงกว่า 8 เซนติเมตรน้ำ เพราะจะทำให้เกิดลมรั่วเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอด (pneumothorax) ได้ง่าย (Ho, Subramaniam, Henderson-Smart, & Davis, 2002; Carlo, 2001; ประชา นันทน์ถนอมิต, 2551) ถ้าทารกยังคงมีอาการหายใจหอบมาก ต้องการออกซิเจนที่ความเข้มข้นสูงมากกว่า 0.6 และใช้ความดันบวกสูงกว่า 8 เซนติเมตรน้ำ อาจเกิดภาวะหายใจล้มเหลว ซึ่งอาจมีอาการดังนี้ อัตราการหายใจเร็วขึ้นหรือช้าลง หรือหยุดหายใจ หัวใจเต้นช้า ความดันเลือดต่ำ สีผิวซีดคล้ำ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation) ที่วัดจากเครื่องวัดทางผิวหนัง (pulse oximetry) ต่ำลง รวมถึงค่าออกซิเจนในหลอดเลือด (blood gas) มักจะแสดงค่าความสมดุลของความเป็นกรด-ด่าง (Potential of Hydrogen ion [pH]) ในร่างกายต่ำกว่า 7.20-7.25 ค่าแรงดันออกซิเจนในหลอดเลือดแดง (Partial Pressure of Oxygen in Arterial Blood [PaO₂]) ต่ำกว่า 50 มิลลิเมตรปรอท ค่าแรงดันคาร์บอนไดออกไซด์ในหลอดเลือดแดง (partial pressure of carbon

dioxide in the arterial blood [PaCO_2]) สูงกว่า 50-60 มิลลิเมตรปรอท ทารกเหล่านี้จำเป็นต้องใส่ท่อ หลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ (Martin, Sosenko, & Bancalari, 2001; Ho, Subramaniam, Henderson-Smart, & Davis, 2002; พิมพ์ครั้งที่ 1 ไทยธรรมยานนท์, 2544)

1.2.3 การใช้เครื่องช่วยหายใจ (intermittent positive pressure ventilation [IPPV]) หลักการใช้เครื่องช่วยหายใจในทารกเกิดก่อนกำหนด คือ การปรับการช่วยเหลือให้น้อยที่สุดเท่าที่ทารก สามารถรักษาระดับก๊าซในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การเลือกใช้ค่าความดันสูงสุด (peak inspiratory pressure [PIP]) ค่าความดันต่ำ (positive end expiratory pressure [PEEP]) อัตราการช่วยหายใจ (respiratory rate [RR]) หรือช่วงเวลาหายใจเข้า (inspiratory time [IT]) ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค โดยทั่วไปจะเริ่มการตั้ง ค่าความดันสูงสุด (PIP) ประมาณ 20-25 เซนติเมตรน้ำ ค่าความดันต่ำ (PEEP) ประมาณ 4-5 เซนติเมตร น้ำ อัตราการช่วยหายใจ (RR) 30-60 ครั้งต่อนาที หรือช่วงเวลาหายใจเข้า (IT) ประมาณ 0.3-0.5 วินาที สำหรับความเข้มข้นของออกซิเจนให้ปรับตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation) หรือระดับออกซิเจนในเลือด จึงควรตรวจร่างกายทารก และตรวจระดับก๊าซในหลอดเลือดแดง (arterial blood gas) เป็นระยะๆ เพื่อปรับเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสม หรืออาจใช้การช่วยหายใจโดยเครื่องช่วย หายใจชนิดความถี่สูง (high frequency ventilation [HFV]) การใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อลดอันตรายต่อปอด ทั้ง barotrauma และ volutrauma ซึ่งพบในผู้ป่วยที่รักษาโดยใช้เครื่องช่วย หายใจแบบเดิม ผลการศึกษาการใช้ เครื่องช่วยหายใจชนิดความถี่สูงช่วยทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซใน ปอดดีขึ้น ไม่มีผลต่ออัตราการตายแต่มีผลต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองชนิดรุนแรง (intraventricular hemorrhage grade III-IV) เพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นการเลือกใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดความถี่สูงในทารกเกิด ก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากจากการขาดสารลดแรงตึงผิวในถุงลมปอดจะทำเฉพาะในรายที่มี อาการรุนแรง และจำเป็นต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมา (Moriette, et al., 2001; Bhuta, & Henderson-Smart, 2000; Joshi, & Bhuta, 2006)

2. การช่วยในการควบคุมอุณหภูมิร่างกาย ทารกเกิดก่อนกำหนดเกิดมีการเปลี่ยนแปลง อุณหภูมิร่างกายได้ง่ายตามสิ่งแวดล้อม โดยทั่วไปทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีอุณหภูมิร่างกายที่วัดทาง ทวารหนัก (core temperature) เท่ากับ 37.0 ± 0.2 องศาเซลเซียส หรือวัดทางผิวหนังเท่ากับ 36.2-36.8 องศาเซลเซียส (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวีณา จีระแพทย์, 2549) การควบคุมอุณหภูมิสิ่งแวดล้อม อย่างเหมาะสม (neutral thermal environment) เพื่อให้ร่างกายทารกมีการใช้ออกซิเจนและสารอาหารน้อย ที่สุด โดยลดพลังงานที่จะไปรักษาอุณหภูมิร่างกายและส่งเสริมการเจริญเติบโต (Askin & Wilson, 2005; Blackburn, 2007) วิธีการที่จะช่วยควบคุมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม คือ การใช้อุปกรณ์การแพทย์ควบคุม อุณหภูมิร่างกายทารก ได้แก่ ตู้อบ (incubator) และเครื่องให้ความอบอุ่นร่างกายโดยการแผ่รังสี (radiant warmer) โดยตู้อบจะช่วยในการป้องกันการสูญเสียความร้อนจากพื้นผิวร่างกายของทารกจากการพาและ

การแผ่รังสี ส่วนเครื่องให้ความอบอุ่นร่างกายโดยการแผ่รังสีจะช่วยป้องกันการสูญเสียความร้อนจากการแผ่รังสีเท่านั้น หลักการใช้อุปกรณ์การแพทย์ควบคุมอุณหภูมิร่างกายทารกทั้ง 2 ชนิดมีดังนี้

2.1 การใช้ตู้อบ (incubator) การควบคุมอุณหภูมิในตู้อบ จะใช้หลักการพาอากาศที่มีความร้อนพอเหมาะไหลวนรอบๆทารก ทำให้อุณหภูมิภายในตู้คล้ายคลึงกับอุณหภูมิภายในครรภ์มารดา นอกจากนี้ยังสามารถให้ออกซิเจนเพิ่มกับทารก และป้องกันการติดเชื้อได้ ตู้ให้ความอบอุ่นจะเป็นตู้โปร่งใสทำให้ผู้ดูแลสามารถมองเห็นและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของทารกได้ตลอดเวลา อาจจะเป็นตู้ชนิดที่มีผนังสองชั้น (double wall incubator) หรือใช้ตู้ผนังชั้นเดียว (single wall incubator) แล้วใช้แผ่นพลาสติกกันความร้อน (plastic shield) วางครอบตัวทารก เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนโดยการแผ่รังสี มีการแบ่งชนิดของตู้อบตามระบบควบคุมอุณหภูมิเป็น 2 ชนิด 1) ระบบควบคุมอุณหภูมิที่ปรับอุณหภูมิด้วยมือ (manual control) อุณหภูมิภายในตู้อบควรควบคุมให้อยู่ระหว่าง 32-34 องศาเซลเซียส หรือใช้น้ำหนักของทารกและอายุเป็นเกณฑ์ในการปรับอุณหภูมิตู้อบ 2) ระบบควบคุมอุณหภูมิที่ปรับอุณหภูมิตอัตโนมัติ (skin servo-control) ด้วยการตั้งอุณหภูมิผิวหนังจากการติดโปรมที่ผิวหนัง (skin probe) โดยติดให้แนบสนิทกับผิวหนังในตำแหน่งที่ไม่ถูกกดทับ เช่น ฝ่ามือหน้าท้อง ถ้าทารกนอนหงาย ฝ่ามือด้านหลังถ้าทารกนอนคว่ำ ตั้งอุณหภูมิควบคุมไว้ระหว่าง 36.3-36.8 องศาเซลเซียส เพื่อให้เครื่องทำความร้อนของตู้อบทำงานจนได้อุณหภูมิที่ผิวหนังตามที่กำหนดไว้ และนอกจากนี้ตู้อบควรจัดอยู่ในอุณหภูมิห้องประมาณ 26-28 องศาเซลเซียส เนื่องจากอุณหภูมิภายในห้องจะมีผลต่อผนังตู้อบ หากอุณหภูมิห้องไม่คงที่ อุณหภูมิในตู้อบที่ปรับไว้จะเกิดการเปลี่ยนแปลงตามทารกจะสูญเสียความร้อนโดยการแผ่รังสีให้ผนังตู้อบ นอกจากนี้อุณหภูมิภายในตู้อบจะลดต่ำลงได้จากการเปิดประตูตู้อบบ่อยๆ หรือเมื่อทำหัตถการเปิดประตูตู้อบไว้นานเกินไป ดังนั้นแม้จะปรับอุณหภูมิตู้อบให้เหมาะสมแล้ว ยังจำเป็นต้องวัดอุณหภูมิร่างกายทารกที่อยู่ในตู้อบเป็นระยะ ๆ โดยระยะแรกต้องวัดและบันทึกอุณหภูมิของร่างกายทารกทุกครั้งชั่วโมง จนกระทั่งอุณหภูมิร่างกายอยู่ในระดับปกติและคงที่ ระยะต่อไปจึงวัดทุก 4 ชั่วโมง (เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์ และวิภา จิระแพทย์, 2549)

2.2 การใช้เครื่องแผ่รังสีให้ความอบอุ่น (radiant heat warmer) การใช้เครื่องนี้ เป็นการแผ่รังสีอินฟราเรด เมื่อฉายบนตัวทารกผิวกายของทารกจะได้รับความร้อน และความร้อนก็จะถูกดูดซึมไปยังโครงสร้างส่วนต่างๆ ของผิวหนัง โดยการนำและตามการไหลเวียนของเลือดชั้นตื้น และควรใช้พลาสติกทนความร้อน (plastic wrap) กันระหว่างเครื่องและตัวทารก เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนโดยการแผ่รังสี แต่ไม่ควรใช้แผ่นพลาสติกกันความร้อน (plastic shield) เพราะจะกั้นคลื่นความร้อนไม่ให้มาถึงตัวทารก (ประชา นันทน์ภูมิ, 2549) การใช้เครื่องแผ่รังสีให้ความอบอุ่น จะต้องระมัดระวังไม่ให้ร้อนเกินไปจนทำให้ทารกมีไข้ หรือผิวหนังไหม้ ถ้าใช้เครื่องให้รังสีความร้อนอยู่ในระดับสูงจะไม่ช่วยให้ความอบอุ่นแก่ทารกอย่างเพียงพอ จึงมีการใช้เทเล-เทอร์โมมิเตอร์ (tele-thermometer) หรือ

ใช้เครื่องควบคุมอุณหภูมิที่ผิวหนัง (infant servo control sensor probe: ISC sensor probe) ต่อจากเครื่องไปควบคุมอุณหภูมิที่ผิวหนังทารก และในขณะที่พยาบาลทำการพยาบาลหรือหัตถการต่าง ๆ ต้องระวังไม่ให้ส่วนของร่างกายพยาบาลไปกั้นระหว่างเครื่องแฟร้งสีให้ความอบอุ่นและทารก เพราะจะทำให้โพรบ (probe) ทำงานผิดพลาดไปได้ การติดตามวัดอุณหภูมิร่างกายทารกปฏิบัติเช่นเดียวกับทารกที่อยู่ในตู้อบ

3. การรักษาภาวะติดเชื้อ ทารกเกิดก่อนกำหนดมีอุบัติการณ์การติดเชื้อมากกว่าทารกครบกำหนดด้วยอัตราส่วน 3.97 และได้รับยาต้านจุลชีพระยะเวลาานานกว่า (Ashwin, & Lucky, 2010) การติดเชื้อแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกคือทารกที่เริ่มมีอาการภายใน 4 วันแรกหลังเกิด (early-onset sepsis) มักเป็นการติดเชื้อที่ได้รับจากมารดาขณะคลอด กลุ่มที่สองคือทารกที่เริ่มมีอาการภายหลังเกิด 4 วัน (late-onset sepsis) การติดเชื้ออาจได้รับจากมารดาหรือจากสิ่งแวดล้อมหลังเกิด การดูแลรักษาทำโดยการให้ยาต้านจุลชีพ ถ้าทราบชนิดของเชื้อที่ก่อให้เกิดโรคจะให้ยาต้านจุลชีพที่ตอบสนองตามผลการเพาะเชื้อ แต่ถ้ากรณีที่ไม่ทราบเชื้อ ในรายที่มีอาการติดเชื้อภายใน 4 วันแรกหลังเกิด จะให้ยาต้านจุลชีพ ได้แก่ เพนนิซิลิน (penicillin) หรือแอมพิซิซิลิน (ampicillin) ร่วมกับอะมิโนไกลโคไซด์ เช่น เจนตามัยซิน (gentamicin) ซึ่งครอบคลุมเชื้อที่พบบ่อย แต่ถ้าสงสัยว่าทารกมีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ จะให้ยาเซโฟแทซิม (cefotaxime) เพื่อให้ยาเข้าสู่น้ำไขสันหลังได้ดี ส่วนในรายที่มีอาการติดเชื้อภายหลังเกิด 4 วัน จะให้ยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์ทั้งต่อแบคทีเรียแกรมบวกและแกรมลบในกลุ่ม 3 (third generation cephalosporins) เช่น เซโฟแทซิม (cefotaxime) ร่วมกับแอมพิซิซิลิน (ampicillin) ขนาดและความถี่ของการให้ขึ้นอยู่กับอายุครรภ์และอายุหลังเกิดของทารก ระยะเวลาที่ให้ยา ขึ้นอยู่กับการตอบสนองการรักษา โดยทั่วไปจะให้ยาต้านจุลชีพนาน 7-10 วัน ส่วนในทารกที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจะให้ยานาน 21 วัน (วิบูลย์ กาญจนพัฒนากุล, 2550)

4. การรักษาภาวะบิลิรูบินในเลือดสูงหรือภาวะตัวเหลือง ทารกเกิดก่อนกำหนดกับการมีบิลิรูบิน (unconjugate bilirubin) คั่งในกระแสเลือดมากบิลิรูบินจึงมีโอกาสผ่านเข้าเนื้อสมองมาก เกิดภาวะบิลิรูบินคั่งในเนื้อสมอง (kernicterus) ทำให้เนื้อสมองถูกทำลาย เกิดความผิดปกติทางระบบประสาท ทารกอาจพิการ และเสียชีวิตได้ การรักษาบิลิรูบิน (unconjugate bilirubin) คั่งในกระแสเลือดมากมี 2 วิธี ดังนี้

4.1 การรักษาด้วยการส่องไฟ (phototherapy) โดยคำนึงถึงชนิดของหลอดไฟเพื่อให้ได้คลื่นแสงที่เหมาะสม ปัจจุบันใช้ บลู กรีน สเปกตรัม (blue green spectrum) เพราะเป็นคลื่นแสงที่ทะลุผิวหนังได้ดีและถูกดูดซึมผ่านผิวหนังได้สูงสุด ระยะห่างของแสง ควรวางห่างทารกประมาณ 10 เซนติเมตร (อุไรวรรณ โชติเกียรติ, 2550) พื้นที่ผิวที่ถูกแสงส่อง ถอดเสื้อผ้าและผ้าอ้อมของทารกออกหมด ใช้ไฟเบอร์ออป แบลงเกต (fiberoptic blanket) วางด้านล่างของทารกพร้อมกับส่องไฟด้านบน

ด้วย (double phototherapy) เพื่อเสริมการส่องไฟด้วยวิธีมาตรฐาน (Holtrop, Ruedisueli, & Maisels, 1992; Tan, 1994) อัตราการลดลงของบิลิรูบินถ้าเป็นการส่องไฟด้วยวิธีมาตรฐานจะลดลงได้ร้อยละ 6-20 ของบิลิรูบินจากจุดเริ่มต้นใน 24 ชั่วโมงแรก จนถึงลดลงได้ร้อยละ 50 ใน 24 ชั่วโมง ในทารกที่ไม่มีภาวะเม็ดเลือดแดงแตก (hemolysis) ภาวะแทรกซ้อนของการส่องไฟ คือ ไข้ ผิวหนังไหม้ ภาวะขาดน้ำ เกิดอันตรายต่อตาจึงต้องปิดตาด้วยวัตถุทึบแสง

4.2 การรักษาอีกวิธีคือการเปลี่ยนถ่ายเลือด ซึ่งการรักษาโดยวิธีลดลงมาก เมื่อมีการนำเอาการรักษาด้วยการส่องไฟป้องกันตัวเหลืองตั้งแต่แรก (intensive phototherapy หรือ prophylactic phototherapy) (Martinez, Garcia, Otheguy, Drummond, & Kappas, 2001) และการเปลี่ยนถ่ายเลือดยังพบภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ลำไส้ขาดเลือดไปเลี้ยง (ischemic bowel) การเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำ (portal vein thrombosis) และการติดเชื้อจากผู้ให้เลือด เป็นต้น

5. การดูแลเรื่องโภชนาการ การให้สารอาหารในทารกเกิดก่อนกำหนด ต้องคำนึงถึงการใช้พลังงานโดยรวมซึ่งเท่ากับ 120 แคลอรีต่อกิโลกรัมต่อวัน แบ่งแยกดังนี้ ระยะที่อยู่นิ่งหรือพักใช้พลังงาน 50 แคลอรีต่อกิโลกรัมต่อวัน การเคลื่อนไหวเป็นช่วงๆ (intermittent activity) ใช้พลังงาน 15 แคลอรีต่อกิโลกรัมต่อวัน ภาวะเครียดจากความเย็นเป็นครั้งคราวใช้พลังงาน 10 แคลอรีต่อกิโลกรัมต่อวัน ลักษณะการเคลื่อนไหวที่เฉพาะ (specific dynamic action) ใช้พลังงาน 8 แคลอรีต่อกิโลกรัมต่อวัน ทดแทนที่สูญเสียไปในอุจจาระใช้พลังงาน 12 แคลอรีต่อกิโลกรัมต่อวัน การเจริญเติบโตใช้พลังงาน 25 แคลอรีต่อกิโลกรัมต่อวัน การให้อาหารและน้ำในทารกเกิดก่อนกำหนดมี 2 วิธี ดังนี้

5.1 การให้อาหารทางระบบทางเดินอาหาร (enteral feeding) ทางปากหรือทางสายยางให้อาหาร ปัจจุบันนิยมให้ภายใน 2-3 วันแรกหลังเกิด โดยให้นมจำนวนน้อย (minimal enteral feeding หรือ trophic feeding) ในปริมาณ 12-14 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อวัน เพื่อช่วยกระตุ้นการทำงานของลำไส้ มีการหลั่งฮอร์โมนและน้ำย่อยจากเยื่อลำไส้ ลำไส้บีบตัวดีขึ้น ลดการเกิดตัวเหลือง การให้นมจำนวนน้อย จะควบคู่กันไปกับการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ และปริมาณนมจะเพิ่มขึ้นเมื่อทารกสามารถรับนมได้ดี (พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์, 2544) การกำหนดจำนวนมือนมจะขึ้นอยู่กับน้ำหนักตัว ทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,250 กรัม จะให้นมทุก 1-2 ชั่วโมง ทารกที่มีน้ำหนักตัวระหว่าง 1,250-2,000 กรัม จะให้นมทุก 2-3 ชั่วโมง ทารกที่มีน้ำหนักตัวมากกว่า 2,000 กรัม จะให้นมทุก 3-4 ชั่วโมง (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2545) วิธีการให้นมทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 32-34 สัปดาห์ หรือทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก หรือทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจะให้นมทางสายยางผ่านทางปากสู่กระเพาะอาหาร (gavage feeding) ซึ่งมี 2 วิธี คือ การให้นมทางสายยางให้อาหารเป็นมือ (intermittent bolus feeding) ระยะเวลาที่ใช้ในการให้นมประมาณ 15-30 นาที (London, et al., 2003) และการให้นมทางสายยางอย่างต่อเนื่อง (continuous gavage feeding) โดยต่อปลายสายอีกด้านเข้ากับเครื่องควบคุมการ

ให้สารน้ำ (infusion pump) วิธีนี้เหมาะกับทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,000 กรัม หรือทารกที่มีภาวะหายใจลำบากที่รุนแรง (Askin & Wilson, 2005)

5.2 การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ ซึ่งจะให้น้ำที่ไม่สามารถรับอาหารทางเดินอาหารได้เพียงพอ ได้แก่ ทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยมาก ทารกที่มีภาวะหายใจลำบากจากการขาดสารลดแรงตึงผิวในถุงลมปอด และทารกที่มีภาวะลำไส้เน่าเปื่อย อาหารที่ให้ประกอบด้วย โปรีติน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามิน และเกลือแร่ หลอดเลือดดำที่ให้อาจใช้หลอดเลือดดำส่วนปลาย หลอดเลือดดำที่สะดือ หรือหลอดเลือดดำที่คอ ปลายอีกด้านหนึ่งของสายที่ต่อกับหลอดเลือดดำจะต่อเข้ากับเครื่องควบคุมการให้สารน้ำ (infusion pump) ซึ่งสามารถควบคุมการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำได้ตามที่กำหนด (Ashwin, & Lucky, 2010)

6. การรักษาภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ แนวทางการดูแลรักษาภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ทารกเกิดก่อนกำหนดต้องได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ทางหลอดเลือดดำและการติดอุปกรณ์ที่ใช้ติดตามสัญญาณชีพและค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดตามร่างกาย ในกรณีที่ทารกไม่มีปัสสาวะ ต้องประเมินประวัติ น้ำหนัก อาการและอาการแสดงก่อนให้การรักษาทุกราย หากพบว่าทารกมีภาวะขาดน้ำ (dehydration) ต้องให้การรักษาด้วยน้ำเกลือไอโซโทนิก (isotonic saline solution) 10-20 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง อย่างน้อย 1-2 ชั่วโมงก่อนเพื่อแก้ภาวะขาดน้ำ หลังจากนั้นประเมินทารกอีกครั้ง โดยพิจารณาจากปริมาณปัสสาวะ อาการ อาการแสดง และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการควบคู่กันไป หากทารกได้รับปริมาณน้ำจืดเพียงพอ แต่ยังไม่ปัสสาวะจะพิจารณาให้ยาขับปัสสาวะกลุ่มฟูโรซีไมด์ (furosemide) 1-2 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม แล้วติดตามประเมินอาการเป็นระยะๆ ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ที่พบบ่อย มีดังนี้

6.1 ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (hyponatremia) ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะน้ำเกิน ต้องจำกัดน้ำ หากระดับโซเดียมน้อยกว่า 125 มิลลิอิกิวาเรนต่อลิตร (mEq/L) และ/หรือทารกที่มีอาการทางสมอง เช่น ชัก เกร็ง กระตุก จะต้องเพิ่มระดับโซเดียมในเลือดขึ้นมา 5 มิลลิอิกิวาเรนต่อลิตร (mEq/L) ในเวลา 1 ชั่วโมง จากนั้นจึงเพิ่มอีก 5 มิลลิอิกิวาเรนต่อลิตร (mEq/L) ในเวลาที่เหลือ (รวมเวลาที่แก้ไขโซเดียมทั้งหมด 24 ชั่วโมง) ต้องระวังไม่ให้ระดับโซเดียมเปลี่ยนแปลงมากกว่า 10-20 มิลลิอิกิวาเรนต่อลิตรต่อวัน (mEq/L/day) (Gouyon, & Guignard, 2000; Haycock, 2003)

6.2 ภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง (hyperkalemia) ภาวะนี้จะทำให้การเต้นของหัวใจผิดปกติ โดยเริ่มตั้งแต่ tall peaked T, P-R interval prolonged, wide QRS complex, ventricular tachycardia และ fibrillation ตามลำดับ จำเป็นต้องให้การรักษาด้วยแคลเซียม กลูโคเนต (calcium gluconate) ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นระยะๆ ตลอดเวลา (Gouyon, & Guignard, 2000; Brion, 1999; Andreoli, 1999)

6.3 ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ/ภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง ระดับแคลเซียมที่ต่ำเป็นผลมาจากฟอสฟอรัสที่ค้างและการดูดซึมแคลเซียมจากลำไส้ลดลง ในทารกที่มีระดับแคลเซียมต่ำมาก ร่วมกับมีอาการชักเกร็ง และ/หรือได้รับโซเดียมไบคาร์บอเนต (Sodium bicarbonate [NaHCO₃]) จากการรักษาภาวะกรดที่เกิดจากการเผาผลาญ (metabolic acidosis) ควรได้รับ 10% calcium gluconate ทางหลอดเลือดดำช้า ๆ พร้อมกับการระวังการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจในช่วงระหว่างการให้ยา การให้แคลเซียมเพื่อเพิ่มระดับแคลเซียมและลดระดับฟอสเฟตในกระแสเลือดโดยยาจะไปแข่งจับกับฟอสเฟตในอาหารทำให้มีการขับฟอสเฟตในระบบทางเดินอาหารเพิ่มขึ้น การจำกัดอาหารที่มีระดับฟอสเฟตสูงก็เป็นวิธีที่ได้ผลดีเช่นกัน (Andreoli, 1999)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดมีความเจ็บป่วยที่รุนแรง ต้องการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์หลายชนิดในเวลาเดียวกัน และมีการติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

ผลกระทบของความเจ็บป่วยรุนแรง และการได้รับการรักษาในหออภิบาลแรกเกิด

การเจ็บป่วยที่รุนแรง และการเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดของทารกเกิดก่อนกำหนด ส่งผลกระทบต่อทารกเกิดก่อนกำหนด และมารดา ดังนี้

ผลกระทบต่อทารกเกิดก่อนกำหนด

ทารกเกิดก่อนกำหนดและต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดก่อให้เกิดผลกระทบต่อทารกเกิดก่อนกำหนดทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย ความเจ็บป่วยในทารกเกิดก่อนกำหนดทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดเกิดความไม่สุขสบายจากภาวะความเจ็บป่วย ที่มีผลมาจากอวัยวะต่าง ๆ เจริญเติบโตไม่เต็มที่ และการทำงานของอวัยวะยังไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการที่มีระยะเวลาการเจริญเติบโตในครรภ์น้อยกว่าปกติ (Davis et al., 2004) ทารกได้รับความไม่สุขสบายจากการทำหัตถการที่รุกรานในร่างกายเพื่อการช่วยชีวิต เช่น การใส่ท่อหายใจ การใส่ท่อระบายทรวงอก หรือการใส่สายสวนทางหลอดเลือดใหญ่ เป็นต้น และทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการช่วยหายใจโดยเครื่องช่วยหายใจ จำเป็นต้องได้รับการดูแลสมหะทางหลอดลมคอ หัตถการต่าง ๆ เหล่านี้ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ซึ่งความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นทำให้มีการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนคอร์ติซอล อะดรีนาลิน และนอร์อดีนาลิน ในกระแสเลือด ส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติโดยจะเร่งการทำงานของประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งสารอิพิเนฟรินเพิ่มขึ้น มีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น เพิ่มอัตราการหายใจ ความดันโลหิตสูง ความดันใน

กะโหลกศีรษะสูง ขยับยั้งการหลั่งอินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดมากขึ้น ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นอาจจะมีการเกร็งแขนขา (Anand & Hickey, 1987) ผลจากการตอบสนองของฮอร์โมนต่างๆ เหล่านี้ ทำให้ไขมันที่ทารกสะสมไว้เพื่อใช้เป็นพลังงานถูกทำลายมากขึ้น (Torres, Holdich-Davis, O'Hale, & D'Auria, 1997) นอกจากนี้ทารกเกิดก่อนกำหนดถูกรบกวนแบบแผนการนอนหลับ จากสภาพแวดล้อมในหออภิบาลทารกแรกเกิดที่มีเสียงดังเป็นระยะๆ ของเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เสียงเตือนของอุปกรณ์ต่างๆ เสียงโทรศัพท์ เสียงพูด และเสียงร้องไห้ของทารก (Zahr & Balian, 1995) มีการเปิดไฟสว่างตลอดเวลาทั้งกลางวันและกลางคืน (Lotus, 1992) และถูกรบกวนจากการทำหัตถการต่าง ๆ เช่น การดูดเสมหะ การเคาะปอด และการเจาะเลือด (Zahr & Balian, 1995) ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีเวลาพักหรือหลับในแต่ละครั้งมีช่วงเวลาดสั้นและไม่มีความต่อเนื่อง เกิดผลเสียต่อภาวะสุขภาพ เพราะการหลับของทารกช่วยในการสร้างการเชื่อมต่อของใยประสาท และส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดได้ เนื่องจากในขณะที่ทารกหลับร่างกายจะหลั่งฮอร์โมนที่ช่วยในการเจริญเติบโต (growth hormone) เพื่อเสริมสร้างซ่อมแซมร่างกายให้มีสุขภาพสมบูรณ์ (Oswald, 1970 cite in Craft & Denethy, 1990)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ การเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดตั้งแต่แรกเกิดนั้น ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดต้องถูกแยกจากมารดา (Whitfield, 2003) ส่งผลให้ทารกเหล่านี้สูญเสียโอกาสที่จะใกล้ชิดกับมารดา เนื่องจากมารดาไม่สามารถดูแลและใกล้ชิดทารกได้ตลอดเวลา เพราะทารกเกิดก่อนกำหนดต้องได้รับการปฏิบัติการพยาบาลประจำวัน และการทำหัตถการต่าง ๆ (Merenstein & Gardner, 2002) ทำให้มีการสร้างปฏิสัมพันธ์ การสัมผัส พูดยุ และพัฒนาความผูกพันระหว่างทารกและมารดาเกิดขึ้นน้อย (Schenk et al., 2005; Merenstein & Gardner, 2002) ทารกจึงไม่ได้รับความอบอุ่นจากมารดา มีผลต่อการเจริญเติบโต และพัฒนาการในด้านต่าง ๆ ของทารกได้ (Mercer, 1998; Hunter & Maunder, 2001; Vorria et al., 2003)

ผลกระทบต่อมารดา

การเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดของทารกเกิดก่อนกำหนดก่อให้เกิดผลกระทบต่อมารดาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สัมพันธภาพในครอบครัว และผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัว ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย เมื่อทารกเกิดก่อนกำหนดเกิดความเจ็บป่วยรุนแรง และต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ปัจจุบันนโยบายของโรงพยาบาลอนุญาตให้มารดาเฝ้า โดยอยู่ในสถานที่ที่โรงพยาบาลจัดให้แต่ไม่ได้อยู่ที่เดียวกับทารก เพื่อจะได้เข้าเยี่ยมทารกเกิดก่อนกำหนดได้อย่างสะดวก แต่เนื่องจากไม่คุ้นเคยสถานที่และขาดความเป็นส่วนตัว ทำให้มารดารับประทานอาหารน้อยลง และพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ ร่างกายจึงเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย (Carey, 1999)

นอกจากนั้นเมื่อทารกเกิดก่อนกำหนด ต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลแรกเกิดอาจทำให้มารดาเกิดความเจ็บป่วยอาจเกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ เนื่องจากมารดาจะเกิดความเครียดมากขึ้น ความเครียดทำให้ร่างกายมีการผลิตฮอร์โมนแคทีโกลามีน คอร์ติโคโทรฟิกและโกนาโดโทรฟิก เข้าสู่กระแสเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดมีการสลายโปรตีนของกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น ทำให้ร่างกายเกิดอาการอ่อนเพลียเมื่อยล้า เนื่องจากร่างกายมีการใช้พลังงานมากขึ้น และยังทำให้มีการหลั่งน้ำย่อยในกระเพาะอาหารเพิ่มมากขึ้น (Ashwill & Droske, 1997)

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ การที่ทารกเกิดก่อนกำหนด โดยที่มารดาไม่ได้คาดคิดมาก่อน มารดาจะเครียด และวิตกกังวล เพราะกลัวว่าทารกอาจเสียชีวิตด้วยเหตุการณ์ต่าง ๆ (Brisch et al., 2003) และถ้าทารกเกิดก่อนกำหนดต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด จะก่อให้เกิดความเครียด ความหวาดกลัว ความสับสน (Davis, 1998; Stein, 1999; Hall, 2005) ความทุกข์ และความวิตกกังวลแก่บิดามารดา (Heerman et al., 2005) เนื่องจากสภาพแวดล้อมในหออภิบาลทารกแรกเกิดมีลักษณะเป็นห้องเฉพาะ มีเครื่องมือหรืออุปกรณ์การแพทย์ที่หลากหลายซึ่งแตกต่างจากหอผู้ป่วยอื่น ๆ ที่บิดามารดาเคยรู้จักมาก่อน (Davis, 1998; Stein, 1999; Hall, 2005; Heerman et al., 2005) ประกอบกับสภาพร่างกายของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ตัวเล็ก ผิวหนังเหี่ยวย่น ร่างกายไม่สมบูรณ์แข็งแรง แตกต่างไปจากที่มารดาคาดหวังอย่างมาก มารดาจึงผิดหวังและเสียใจ (Bialoskurski, Cox, & Hayes, 1999) และมารดามักโทษตัวเองว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้ทารกไม่สมบูรณ์ (Fowlie & McHaffie, 2004) การเกิดก่อนกำหนดของทารกหรือการเจ็บป่วยอื่น ๆ ของทารก ทำให้เกิดวิกฤตทางสภาวะอารมณ์ของมารดาและครอบครัว ได้แก่ ความโศกเศร้า ความวิตกกังวล ความรู้สึกผิด ความรู้สึกล้มเหลว และความสิ้นหวัง ซึ่งมีผลต่อการเริ่มสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก (McHaffie, 1990) และมีการศึกษาของไมล์ส (Miles, 1989) ที่ศึกษาถึงแหล่งความเครียดของมารดาที่ทารกเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดจำนวน 53 คน พบว่าสาเหตุที่ทำให้มารดาเครียดสูงสุด คือ อาการแสดงความเจ็บป่วยของทารก และบทบาทที่เปลี่ยนไป ความเครียดที่เกิดจากอาการแสดงความเจ็บป่วยของทารก เช่น ทารกมีสีผิวเปลี่ยนไปจากเดิม โดยมีสีคล้ำขึ้นหรือซีดลง ทารกหยุดหายใจ เป็นต้น ซึ่งเมื่อบิดามารดาเกิดความเครียดขึ้นจะก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทั้งร่างกายและจิตใจ มีผลทำให้เกิดความไม่สมดุลของฮอร์โมน การทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายบกพร่อง การรับรู้ลดลง ความคิดอ่านสับสนอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีการแสดงออกทางด้านอารมณ์ไม่เหมาะสม อาจทำให้พฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนไปได้ (สุวรรณีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2545)

3. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจของครอบครัว เมื่อทารกเกิดก่อนกำหนดมีความเจ็บป่วยวิกฤต และต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดจะส่งผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัวได้ สำหรับบิดามารดา ที่ต้องทำงานอาจจะต้องขาดงานเพื่อมาเยี่ยมและติดตามดูอาการของทารกเกิดก่อน

กำหนด ทำให้เกิดปัญหาการขาดรายได้ประกอบกับค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เพิ่มขึ้น เช่นค่ารักษาพยาบาล ค่ายา หรือค่าอุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ ที่อาจจะต้องเสียเพิ่มจากสิทธิบัตรการรักษา เนื่องจากความเจ็บป่วย วิกฤตจำเป็นต้องได้รับการรักษาการช่วยเหลือด้วยอุปกรณ์และเครื่องมือที่ทันสมัย ค่ายา และค่าอุปกรณ์ การแพทย์ต่าง ๆ บางครั้งเป็นค่ารักษาที่นอกเหนือสิทธิบัตรของการรักษาทำให้บิดามารดาเสียค่าใช้จ่าย เพิ่ม ซึ่งบางครั้งมีราคาค่อนข้างแพง นอกจากนั้นบิดามารดา ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในเรื่อง ค่าที่พัก ค่าอาหาร ค่ายานพาหนะ อาจทำให้เกิดความไม่เพียงพอของค่าใช้จ่าย ตามมาได้ (Carey, 1999)

แนวคิดการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล

ความหมายของการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล

ความหมายของการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล ได้มีผู้กล่าวไว้ดังนี้

สตรัลล์ และดีทริก (Stull & Deatrick, 1986) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของบิดามารดา คือ กิจกรรมเฉพาะที่บิดามารดากระทำต่อทารกและเด็กป่วย ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กิจกรรมการมีส่วนร่วม โดยตรง เช่น การดูแลด้านร่างกาย กิจกรรมการมีส่วนร่วมทางอ้อม เช่น การปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์ และกิจกรรมช่วยเหลือซึ่งกันและกันของกลุ่มบิดามารดา เช่น การพูดคุยแลกเปลี่ยนกับบิดามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยกัน

คาลลอรี่ และสมิธ (Callery & Smith, 1991) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของบิดามารดา คือ การที่บิดามารดาได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลเด็กป่วยที่ทำเป็นประจำ โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้การช่วยเหลือ

บราวน์ลี (Brownlea as cited in Coyne, 1996) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของบิดามารดา คือ การที่บิดามารดาได้เข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย หรือบิดามารดาเป็นบุคคลหนึ่งที่สามารถให้คำปรึกษาในเรื่องการดูแลเด็กป่วย

นีล (Neill, 1996a) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของบิดามารดา คือ การที่บิดามารดาได้เข้าร่วม หรือได้รับอนุญาตให้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย หรือกระบวนการตัดสินใจ หรือประเมินผลการดูแลเด็กป่วย หรือเป็นผู้ให้คำปรึกษาในการดูแลเด็กป่วย

เชปปี้ (Schepp, 1995) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วย คือ การที่บิดามารดาได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยในสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ประสบเมื่อเด็กป่วย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อมที่บิดามารดา

ได้ปฏิบัติ (actual participation) และปรารถนาที่จะปฏิบัติ (preferred participation) มี 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำ (participation in routine care) การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมพยาบาล (participation in technical care) การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบิดามารดาและพยาบาล (participation in information sharing) และการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย (participation in decision making)

แนวคิดการมีส่วนร่วมของบิดามารดาดังกล่าวข้างต้นมีทั้งการกล่าวถึง การมีส่วนร่วมที่บิดามารดาได้ปฏิบัติ (Brownlea as cited in Coyne, 1996; Calery & Smith, 1991; Neill, 1996a; Schepp, 1995) และการมีส่วนร่วมที่บิดามารดาปรารถนาที่จะปฏิบัติ (Schepp, 1995; Stull & Deatrck, 1986) และองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมของบิดามารดา ได้แก่ การมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมที่ทำประจำ (Schepp, 1995; Calery & Smith, 1991; Stull & deatrck, 1986) ด้านกิจกรรมการพยาบาล (Schepp, 1995; Stull & Deatrck, 1986) และด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบิดามารดาและพยาบาล (Schepp, 1995; Stull & Deatrck, 1986) และด้านการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย (Schepp, 1995; Neill, 1996a) ซึ่งตรงกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของเซปป์ (Schepp, 1995) ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการมีส่วนร่วมนี้มาใช้เป็นกรอบในการศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดเกิดก่อนกำหนด เนื่องจากครอบคลุมเนื้อหาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดทั้ง 4 ด้าน

แนวคิดการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของเซปป์

เซปป์ (Schepp, 1995) ได้อธิบายถึงแนวคิดการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลว่า เป็นการมีส่วนร่วมที่บิดามารดาได้ปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมที่บิดามารดาปรารถนาที่จะปฏิบัติในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใน 4 ด้าน ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำ (routine care participation) หมายถึง การที่บิดามารดาได้เข้าร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมที่ทำประจำในเรื่องการอยู่กับเด็กป่วยขณะที่เด็กป่วยอยู่ในโรงพยาบาล การเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การให้อาหารหรือช่วยเหลือเด็กในการรับประทานอาหาร การอาบน้ำให้เด็กป่วยหรือช่วยเหลือเด็กป่วยอาบน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้าให้เด็กป่วยหรือช่วยเหลือเด็กป่วยเปลี่ยนเสื้อผ้า และการเปลี่ยนผ้าปูที่นอนให้เด็กป่วย
2. การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมการพยาบาล (technical care participation) หมายถึง การที่บิดามารดาได้เข้าร่วมในดูแลเมื่อเด็กป่วยได้รับกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในเรื่องการอยู่กับเด็กป่วยและช่วยเหลือเด็กป่วยในระหว่างที่ได้รับการทำ

กิจกรรมการพยาบาลที่ทำประจำ เช่น การวัดอุณหภูมิ หรือความดันโลหิต การตรวจร่างกาย การอยู่กับเด็กป่วย และช่วยเหลือในระหว่างที่ได้รับการตรวจรักษา เช่น การแทงเข็มให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือการเจาะเลือด การปลอบโยนเด็กป่วยในระหว่างที่ได้รับการตรวจรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด การไปส่งเด็กป่วยเพื่อรับการตรวจพิเศษที่ไม่ทำในห้องพักของเด็กป่วย เช่น เอกซเรย์ การให้ยาทางปาก แก่เด็กป่วย และการเป็นผู้ทำการดูแลพิเศษที่เด็กป่วยต้องได้รับ เช่น การเปลี่ยนผ้าพันแผล เป็นต้น

3. การมีส่วนร่วมด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบิดามารดาและพยาบาล (information sharing participation) หมายถึง การที่บิดามารดาได้มีโอกาสให้หรือรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลรักษาพยาบาลเด็กป่วยได้รับการให้บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทุกอย่างที่เด็กป่วยได้รับ การได้รับการแจ้งให้ทราบเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับแผนการรักษาของเด็กป่วย และการได้รับการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กตามความเป็นจริง

4. การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย (decision-making participation) หมายถึง การที่บิดามารดามีส่วนร่วมในการตัดสินใจการดูแลเด็กป่วย ในเรื่องการเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจและการรักษาที่บุตรได้รับ การเลือกเป็นผู้อธิบายกิจกรรมการพยาบาลแก่เด็กป่วย ก่อนที่เด็กป่วยจะได้รับกิจกรรมนั้น ๆ การเป็นผู้เลือกพยาบาลที่ดูแลเด็กป่วย การเป็นผู้ตัดสินใจว่าใครควรเยี่ยมเด็กป่วย การเลือกเป็นผู้วัดอุณหภูมิให้เด็กป่วย และการให้พยาบาลขออนุญาตบิดามารดา ก่อนที่จะปลุกเด็กป่วยให้ตื่น

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดมีประโยชน์ต่อทารกเกิดก่อนกำหนด มารดา และพยาบาล ดังต่อไปนี้

ประโยชน์ต่อทารกเกิดก่อนกำหนด

การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลมีประโยชน์ต่อทารกเกิดก่อนกำหนด เพราะการที่มารดาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ทำให้มารดาและทารกได้มีปฏิสัมพันธ์กัน ทำให้ทารกมีโอกาสเรียนรู้จากประสาทสัมผัสทั้งห้าของทารก เช่น การมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส การลิ้นรส และการได้กลิ่นมารดา ทำให้ทารกได้รับการตอบสนองความต้องการ (Mercer, 1998) ซึ่งความต้องการของทารกประกอบด้วยความต้องการด้านร่างกาย และด้านจิตใจที่เป็นความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตที่สำคัญ ได้แก่ ความต้องการอาหาร ความต้องการขับถ่าย ความต้องการพักผ่อนนอนหลับ ความต้องการดูแล

ด้านสุขภาพ ความต้องการความปลอดภัย ความต้องการความอบอุ่นด้านร่างกาย ความต้องการความอบอุ่นด้านจิตใจ ความต้องการความสุขจากการดูแล ความต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและบุคคลรอบตัว โดยเฉพาะมารดา หากทารกได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างรวดเร็วและเหมาะสม จะก่อให้เกิดความผูกพันระหว่างทารกกับมารดา (Klaus and Kennell, 2003) นอกจากนี้ประสบการณ์จากประสาทสัมผัสทั้งห้าดังกล่าวที่ทารกได้เรียนรู้จากมารดา ยังทำให้มีการคงอยู่ของเซลล์ประสาทสมอง และจุดเชื่อมโยงระหว่างเซลล์ประสาทสมอง (Blackburn, 1998; Blackburn & Loper, 1992) ซึ่งมีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของทารก (Martinez, Fonseca, & Scochi, 2007) ดังนี้

1. พัฒนาด้านร่างกาย เมื่อทารกได้รับการสัมผัสจากมารดาอย่างสม่ำเสมอ ทารกจะมีการเจริญเติบโตเพิ่มขึ้น เนื่องจากการโอบกอดสัมผัสจากมารดาอย่างสม่ำเสมอจะช่วยกระตุ้นปลายประสาทสัมผัสที่ผิวหนังและส่งกระแสประสาทไปยังต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนที่ช่วยในการเจริญเติบโต ไทโรซีนทรานส์เฟอร์ริน และอินซูลิน ซึ่งช่วยในการย่อยและเผาผลาญอาหาร เช่น ไขมันและคาร์โบไฮเดรต มีการสังเคราะห์โปรตีนเพิ่มขึ้นและช่วยให้ระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ทำให้ทารกมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (วาริชา เจนจินดาชัย, 2542) ดังผลการศึกษาเกี่ยวกับผลการสัมผัสจากมารดาต่อการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดและความผูกพันระหว่างมารดา-ทารก ของสุริย์รัตน์ ชลันธร และ มณีรัตน์ ภาครูป (2546) ที่พบว่า การส่งเสริมให้มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดได้เข้ามาดูแลและสัมผัสทารกวันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที ก่อนให้นม 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 7 วันติดต่อกัน ทำให้ทารกมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และผลการศึกษาเกี่ยวกับผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดา-ทารก ต่อความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกและการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดของ ทศนีย์ ตรีสายลักษณ์ (2542) ที่พบว่า ทารกกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมปฏิสัมพันธ์จากมารดาด้วยการมองพูดคุยและสัมผัส มีอัตราการเพิ่มของน้ำหนักตัว ความยาวลำตัว และความยาวเส้นรอบวงศีรษะมากกว่าทารกกลุ่มที่ไม่ได้รับการส่งเสริมปฏิสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. พัฒนาการด้านจิตใจอารมณ์สังคม การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างมารดากับทารกนั้น เมื่อทารกแสดงพฤติกรรมหรือสื่อสัญญาณที่แสดงถึงความต้องการและได้รับการตอบสนองที่เหมาะสมจากมารดา ทารกจะเรียนรู้ว่าพฤติกรรมของตนมีความสำคัญต่อมารดา ทารกจึงมีความไว้วางใจต่อมารดาและมีความรักความผูกพันกับมารดามากขึ้น ซึ่งเป็นพื้นฐานในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มีผลต่อไปถึงการเริ่มต้นไว้วางใจตนเองรวมทั้งบุคคลอื่น ทารกจึงมีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์น้อย เมื่อทารกเติบโตขึ้นจะกลายเป็นบุคคลที่มีความมั่นคงทางด้านจิตใจ มีความอดทนและมั่นใจในตนเอง (Leitch, 1999; Olds et al., 2000)

ประโยชน์ต่อมารดา

การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมีประโยชน์ต่อมารดา กล่าวคือ มารดาจะมีโอกาสเรียนรู้วิธีการดูแลทารก การตอบสนองความต้องการตามสื่อสัญญาณทารก ทำให้มารดามีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลทารก และสามารถให้การดูแลทารกได้ถูกต้อง ส่งผลให้มารดาและทารกมีความผูกพันกัน (Barnard et al., 1989) สอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดา-ทารก ต่อความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกและการเจริญเติบโตของทารกตลอดก่อนกำหนดของ ทศนีย์ ตรีสายลักษณ์ (2542) ที่พบว่ามารดาที่ได้รับการส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์กับทารกด้วยการมอง พูดคุย และสัมผัสขณะเข้าเยี่ยมทารกตั้งแต่วัย 24-48 ชั่วโมงหลังคลอด และปฏิบัติต่อเนื่องกันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ มีความผูกพันกับทารกมากกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์กับทารก และสอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมพื้นฐานที่ช่วยพัฒนาด้านจิตใจของมารดา และปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดา-ทารกตลอดก่อนกำหนดขณะให้นมของแมเยอร์ และคณะ (Meyer et al., 1994) ที่พบว่ามารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้เข้ามาฝึกหัดให้นมจากขวดแก่บุตร ในหออภิบาลทารกแรกเกิดก่อนได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน มารดากลุ่มนี้มีปฏิสัมพันธ์กับทารกในขณะให้นม มีความเครียดและมีอาการซึมเศร้าลดลง รู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้นและมีความมั่นใจในการดูแลบุตร อีกทั้งมารดายังมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนข้อมูลหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลที่ทารกจะได้รับ ทำให้มารดามีความเครียดลดลง (Rowlandson, Davies, Cleary, Gray, & Sainsbury, 1986) และการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหน่วยงานทารกแรกเกิดเป็นการฝึกมารดาสำหรับดูแลทารกเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Martinez et al., 2007) นอกจากนี้การให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดยังทำให้มารดาได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของทารกจากบุคลากรสุขภาพตามความเป็นจริงและมีความเข้าใจมากขึ้น (Pass Pass & Pass as cited in Palmer, 1993) ดังผลการศึกษาเกี่ยวกับผลของการจัดระบบการให้มารดาเข้าเยี่ยมบุตรทารกเกิดก่อนกำหนดต่อความวิตกกังวลของมารดาของฉวีฐพร นันทวรลักษณ์ (2546) ที่พบว่าการให้มารดาได้สัมผัสทารกในขณะเข้าเยี่ยม ได้รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับบทบาทของมารดาในการดูแลทารก รวมทั้งให้มารดาได้เรียนรู้วิธีการดูแลทารก ทำให้มารดาที่มีความวิตกกังวลลดลง

ประโยชน์ต่อพยาบาล

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดต่อพยาบาล กล่าวคือ เมื่อพยาบาลและมารดามีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มารดาจะมีความกล้าในการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับพยาบาล ทำให้พยาบาลได้รับข้อมูลที่จำเป็นต่อการรักษาพยาบาลมากขึ้น (Hunsberge, 1989; Neill, 1996b) และทำให้พยาบาลมีโอกาสได้ช่วยให้มารดาเรียนรู้ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับทารก ได้แก่

อาการแสดงความผิดปกติต่างๆ สื่อสัญญาณทารก การตอบสนองสื่อสัญญาณทารก การเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารก (Mercer, 1998) และพยาบาลบางรายรับรู้ว่าการที่มารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นการช่วยลดภาระงานของพยาบาลลง (Martinez et al., 2007)

การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลตามแนวคิดของเชปปี้ (Schepp, 1995) พบว่ามีผู้นำแนวคิดนี้ ไปใช้มากพอสมควร โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยที่เป็นเด็กโตในบริบทต่างๆ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง (นิชกานต์ ไชยชนะ, 2545; Balling & McCubbin, 2001) เด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน (อัมพร รอดสุทธิ, 2546) เด็กที่มีการติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลัน (สิรินาตยา วงศ์वाल, 2551) และเด็กที่มีความเจ็บป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม (ไกรวรรร กาพันธ์, 2552) ผลการศึกษาทั้งหมดพบว่าบิดามารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลน้อยทั้ง 4 ด้าน และด้านใดน้อยที่สุดจะแตกต่างกันไปตามบริบทที่ศึกษา เช่น การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง พบว่าบิดามารดามากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 50) มีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจน้อยกว่าด้านอื่นๆ แต่ในขณะที่การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยวิกฤต พบว่าบิดามารดามากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 68.2) มีส่วนร่วมในด้านการกิจกรรมที่ทำประจำวันน้อยกว่าด้านอื่นๆ

ส่วนการศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดนั้นมีเพียงการศึกษาของจรัสศรี หินศิลป์ (2549) ที่ศึกษาในทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูง ซึ่งรวมทั้งทารกในหออภิบาลทารกแรกเกิดด้วย แต่เป็นกลุ่มทารกที่ไม่มีความเจ็บป่วยรุนแรง โดยใช้แนวคิดของเชปปี้ นอกเหนือจากนั้นเป็นการศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกในหออภิบาลทารกแรกเกิดโดยไม่ได้ใช้แนวคิดของเชปปี้ ได้แก่ การศึกษาเชิงคุณภาพของฉวีภา ปฐมอารีย์ (2551) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารก และการศึกษาของบรูนส์ และแมคโคลลัม (Bruns & McCollum, 2002) ที่ศึกษาการเป็นหุ้นส่วนในการดูแลทารกแรกเกิดร่วมกันระหว่างมารดาและบุคลากรผู้ให้การดูแลทารกเกี่ยวกับการดูแลทารก การแลกเปลี่ยนข้อมูล และสัมพันธภาพ และการศึกษาของแฟรงค์ และสเปนเซอร์ (Franck & Spencer, 2003) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลทารกของบิดามารดา รวมถึงการทบทวนวรรณกรรมของจัส (Just, 2005) ที่รวบรวมการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยวิกฤต ทั้งในหออภิบาลทารกแรกเกิดและในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ผลการศึกษาที่ได้จาก 4 การศึกษานี้ เป็นกิจกรรมที่มารดาได้ปฏิบัติในการดูแลทารก ซึ่งผลในแต่ละการศึกษาไม่ครอบคลุมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแล 4 ด้าน ตามแนวคิดของเชปปี้ แต่กิจกรรมที่

มารดาได้ปฏิบัติในการดูแลทารกในแต่ละการศึกษาสามารถจัดแบ่งเข้าร่วมในแต่ละด้านของเซปป์ได้ ดังนี้

การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดด้านกิจกรรมที่ทำประจำ

การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดด้านกิจกรรมที่ทำประจำ หมายถึง การที่มารดาได้เข้าร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่ทำประจำ ในเรื่อง การเช็ดตา เช็ดปาก เช็ดตัว หรือเช็ดสะดือ การให้นม หรือเปลี่ยนผ้ารองนอน การศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกในหออภิบาลทารกแรกเกิด ในต่างประเทศ พบว่าได้ผลการศึกษาใกล้เคียงกันดังนี้ บรุนส์ และแม็คคอลัมม์ (Bruns & McColumm, 2002) ได้ศึกษาการเป็นหุ้นส่วนในการดูแลทารกแรกเกิดร่วมกันระหว่างมารดาจำนวน 55 ราย พยาบาลจำนวน 123 ราย และแพทย์จำนวน 18 ราย ในหออภิบาลทารกแรกเกิด โดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ พบว่ามารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดในเรื่องการช่วยอาบน้ำ การเปลี่ยนผ้าอ้อม การให้นม และการจัดท่านอนให้ทารก (\bar{X} = 4.10 และ SD = .73) แฟรงค์ และสเปนเซอร์ (Franck & Spencer, 2003) ได้ศึกษาในบิดามารดาของทารกแรกเกิดในหออภิบาลทารกแรกเกิด จำนวน 110 ราย พบว่าบิดามารดาได้ดูแลในเรื่องการให้นม โดยการให้ดูคนมตนเอง การป้อนนมจากขวด หรือการให้นมทางสายยางให้อาหารทั้งที่มีพยาบาลและไม่มีพยาบาลช่วยเหลือ ได้ดูแลในเรื่องการทำความสะอาดร่างกาย คือ การช่วยเช็ดหน้าและเช็ดตัว รวมถึงการดูแลทำความสะอาดหลังขับถ่าย ซึ่งทั้งดูแลในเรื่องการให้นม การทำความสะอาดร่างกาย และการทำความสะอาดหลังขับถ่าย สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมของจัสต์ (Just, 2005) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยวิกฤตทั้งในหออภิบาลทารกแรกเกิดและหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม พบว่าบิดามารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลในเรื่องการดูแลประจำวัน เรื่อง การช่วยดูแลทำความสะอาดปาก และการให้นม ในประเทศไทยมีเพียงสองการศึกษา คือ จรัสศรี หินศิลป์ (2549) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูงในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดภาวะเสี่ยงสูง และในหออภิบาลทารกแรกเกิดจำนวน 140 ราย เป็นทารกเกิดก่อนกำหนด 119 ราย พบว่ามารดามีส่วนร่วมในการดูแลน้อย โดยมารดาร้อยละ 15 ได้ให้ทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูงดูคนมตนเองหรือดูคนนมผสม หรือช่วยพยาบาลดูแลบุตรขณะได้รับนมทางสายยางทุกครั้ง มารดาเพียงร้อยละ 2.90 ได้ช่วยเช็ดก้นให้ทารกหลังขับถ่ายทุกครั้ง และมีมารดาร้อยละ 7.10 ได้ช่วยเปลี่ยนผ้าอ้อมหรือช่วยพยาบาลในการเปลี่ยนผ้าอ้อมให้ทารกทุกครั้ง และการศึกษาของณัฐิกา ปฐมอารีย์ (2551) ที่ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดาในหออภิบาลทารกแรกเกิด จำนวน 12 ราย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม พบว่า การมีส่วนร่วมของมารดามีลักษณะเป็นกระบวนการต่อเนื่อง โดยมารดาทุก

รายได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารกโดยการปัมน้ำนมมาให้ทารกทุกมือ ได้อยู่กับทารกในขณะที่ทารกได้รับนมทางสายยาง ได้มีส่วนร่วมในการช่วยเปลี่ยนผ้าอ้อมให้ทารกโดยมีพยาบาลอยู่ด้วย และได้มีส่วนร่วมในการก่อกองทารกให้หลับโดยวิธี พูดยุกับทารก การลูบศีรษะ การลูบหลัง การจับมือ การนวดเท้า การร้องเพลงกล่อม และการเปิดกล่องดนตรีให้ทารกฟัง

จากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า มารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำวัน และกิจกรรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ได้แก่ การทำความสะอาดปาก การทำความสะอาดร่างกาย การให้นม การทำความสะอาดหลังขับถ่าย การเปลี่ยนผ้าอ้อม และการดูแลเรื่องการพักผ่อน โดยการจัดท่านอนหรือการก่อกองให้ทารกหลับ

การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดด้านกิจกรรมการพยาบาล

การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดด้านกิจกรรมการพยาบาล หมายถึง การที่มารดาได้เข้าร่วมในดูแลเมื่อทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ขณะเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด โดยการอยู่กับทารกและช่วยเหลือปลอบโยนทารกในระหว่างที่ได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาลที่ทำประจำ ในเรื่อง การวัดอุณหภูมิ ความดันโลหิต การตรวจร่างกาย หรือการตรวจรักษาพยาบาลที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด การสังเกตสัญญาณ และอาการผิดปกติของทารก รวมถึงไปส่งทารกและ/หรืออยู่กับทารกเมื่อทารกต้องได้รับตรวจพิเศษ นอกหอผู้ป่วย ในต่างประเทศมีเพียงการศึกษาของบรุนส์ และแม็คคอลลัม (Bruns & McCollum, 2002) ซึ่งพบว่ามารดาได้มีส่วนร่วมในการช่วยวัดอุณหภูมิแก่ทารกในหออภิบาลทารกแรกเกิด โดยพยาบาลให้คำอธิบายในการวัดครั้งแรกก่อน หลังจากนั้นมารดาทดลองปฏิบัติ และมีพยาบาลคอยสังเกตการปฏิบัติอย่างใกล้ชิด ในประเทศไทยจรัสศรี หินศิลป์ (2549) พบว่ามารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูงจำนวนน้อยที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารกด้านกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ มีมารดาเพียงร้อยละ 6.40 ได้อยู่กับทารกทุกครั้งขณะที่ทารกได้รับการวัดอุณหภูมิ วัดความดันโลหิต หรือได้รับการตรวจร่างกาย มารดาร้อยละ 3.60 ได้ช่วยเหลือทารกระหว่างได้รับกิจกรรมการพยาบาลทุกครั้ง มารดาร้อยละ 2.10 ได้อยู่กับทารกขณะตรวจรักษาทุกครั้ง และมารดาร้อยละ 2.90 ได้ช่วยเหลือปลอบโยนทารกระหว่างได้รับการตรวจที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทุกครั้ง ส่วนการศึกษาของฉวีภา ปฐมอารีย์ (2549) พบว่ามารดาทารกแรกเกิดในหออภิบาลทารกแรกเกิด ได้มีส่วนร่วมในการอยู่กับทารกและช่วยเหลือปลอบโยนทารกขณะทารกได้รับกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ ขณะดูดนมขณะเจาะเลือด และขณะให้ยา เป็นต้น

จากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า มารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมการพยาบาลน้อย และกิจกรรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด ด้านกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การช่วยวัดอุณหภูมิ การอยู่กับทารกทุกครั้งขณะที่ทารกได้รับการวัดอุณหภูมิ วัดความดันโลหิต หรือได้รับการตรวจร่างกาย และการอยู่กับทารกช่วยปลอบโยนทารกขณะได้รับการตรวจรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด และขณะทำหัตถการที่รุกรานในร่างกาย ได้แก่ ขณะดูดเสมหะ ขณะเจาะเลือด และขณะให้ยา

การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างมารดาและพยาบาล

การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างมารดาและพยาบาล หมายถึง การที่มารดาได้มีโอกาสให้หรือรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลรักษาพยาบาลของทารกเกิดก่อนกำหนด โดยบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทุกอย่างที่ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับ มารดาได้รับการแจ้งให้ทราบเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับแผนการรักษาของทารกเกิดก่อนกำหนด และการได้รับการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของทารกเกิดก่อนกำหนดตามความเป็นจริง ในต่างประเทศมีเพียงการศึกษาของบรูนส์ และแมคคอลลัม (Bruns & McCollum, 2002) ซึ่งพบว่ามารดาได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับพยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิด โดยการได้สอบถามความก้าวหน้าของอาการทารกแรกเกิด และได้รับทราบความก้าวหน้าของผลการรักษา รับทราบข้อมูลความเจ็บป่วยของทารกแรกเกิดและการตรวจต่าง ๆ จากพยาบาล และได้ให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่พยาบาล ผลการศึกษาของจรัสศรี หินศิรป์ (2549) พบว่ามารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูงเกือบครึ่ง (ร้อยละ 47.10) ได้สอบถามเกี่ยวกับการตรวจและการรักษาที่ทารกได้รับทุกครั้ง มีมารดาร้อยละ 36.4 ได้ให้บุคลากรแพทย์และพยาบาลอธิบายเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลทุกอย่างที่ทารกได้รับ และมีมารดาร้อยละ 45.00 ได้รับแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของทารกตามความเป็นจริงทุกครั้ง ส่วนผลการศึกษาของฉวีภา ปฐมอารีย์ (2551) พบว่ามารดาทารกแรกเกิดได้มีส่วนในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรกมารดาพยายามรับฟังข้อมูลจากบุคลากรแพทย์และพยาบาลก่อน ระยะต่อมา คือ มารดาได้มีซักถามเกี่ยวกับอาการของทารกมากขึ้น และพบว่ามารดาได้มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่พยาบาล โดยการช่วยรายงานพยาบาลเมื่อทารกมีเสมหะอุดตันหรือเมื่อเครื่องส่งสัญญาณเตือน

จากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ในประเทศไทยมีมารดาน้อยกว่าครึ่งหนึ่งได้มีส่วนร่วมในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างมารดาและพยาบาล และกิจกรรมการมีส่วนร่วมของมารดาใน

การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างมารดากับพยาบาลทั้งในและต่างประเทศ ได้แก่ การสอบถามเกี่ยวกับการตรวจ การรักษา และความก้าวหน้าของอาการทารก การให้พยาบาลอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทุกอย่างที่ทารกได้รับ การได้รับข้อมูล ความเจ็บป่วย ข้อมูลการตรวจต่างๆ และความก้าวหน้าของผลการรักษาหรือได้รับการแจ้งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการรักษา นอกจากนี้มารดาช่วยรายงานอาการผิดปกติของทารกที่สังเกตพบแก่พยาบาล

การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดด้านการตัดสินใจในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดด้านการตัดสินใจในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด หมายถึง การที่มารดามีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ในเรื่องการเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจและการรักษาที่ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับ การเป็นผู้เลือกตำแหน่งแทงเข็ม ให้สารน้ำ หรือเจาะเลือด เลือกท่านอนให้ทารกเกิดก่อนกำหนด หรือขณะทารกเกิดก่อนกำหนดหลับมารดาเป็นผู้เลือกที่จะเลื่อนกิจกรรมการดูแลออกไปก่อน เลือกเป็นผู้วัดอุณหภูมิให้ทารกเกิดก่อนกำหนด และเลือกเป็นผู้ตัดสินใจว่าใครควรเยี่ยมทารกเกิดก่อนกำหนด ผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีเพียงการศึกษาในประเทศ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดด้านการตัดสินใจ คือ การศึกษาของจรัสศรี หินศิลป์ (2549) ซึ่งพบว่ามีมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูงน้อยมาก คือ เพียงร้อยละ 0.70 ที่มีโอกาสมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจและการรักษาที่ทารกได้รับ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าใครควรเยี่ยมทารกทุกครั้ง ในขณะที่ณัฐิกา ปฐมอารีย์ (2551) พบว่ามารดาทารกแรกเกิดในหออภิบาลทารกแรกเกิด ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจทุกคน โดยแพทย์จะแจ้งการรักษาให้มารดาทราบและขอให้มารดาเซ็นยินยอมรับการรักษาก่อนทุกครั้งเมื่อต้องให้การรักษาที่สำคัญและมีความเสี่ยงแก่ทารก เช่น การถ่ายเลือด การผ่าตัด และการได้รับยาบางชนิด เป็นต้น

การประเมินการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด

เชปป์ (Schepp, 1992) ได้พัฒนาแบบประเมินการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยโรงพยาบาล โดยการศึกษาเชิงสำรวจกับบิดามารดาของเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 30 ราย ได้เหตุการณ์ที่บิดามารดาต้องการมีส่วนร่วมเมื่อเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 56 เหตุการณ์ และได้้นำข้อมูลหาความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากบิดามารดาของเด็กป่วยที่เข้ารับ

การรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 5 ราย ผู้บริหารพยาบาลเด็ก จำนวน 5 ราย และผู้ปฏิบัติการพยาบาลเด็ก จำนวน 5 ราย ได้ตัวแทนที่มีความชัดเจนของเหตุการณ์ 24 เหตุการณ์ และได้แยกประเภทของการมีส่วนร่วม ออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ทำประจำ กิจกรรมการพยาบาล การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบิดามารดาและทีมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแล เด็กป่วย ต่อมาในปี ค.ศ. 1995 เชปป์ ได้นำแบบประเมินการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล (The Parental Actual Participation Scale [PAPS]) ดังกล่าว ตรวจสอบหาความเที่ยงตรงกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาเด็กที่มีความเจ็บป่วยเฉียบพลัน จำนวน 458 ราย หาความเที่ยงตรงตามโครงสร้าง (construct validity) โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) ได้แบบประเมินการมีส่วนร่วมของบิดามารดา 4 ด้าน ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัดระดับคะแนน 4 ระดับ มีจำนวน 24 ข้อ เป็นการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลที่บิดามารดาได้ปฏิบัติ ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค โดยรวม .87 และรายด้านอยู่ในช่วง .88-.89 และค่าคงที่โดยการวัดซ้ำ (test-retest) เท่ากับ .95

ต่อมาได้มีผู้นำแบบประเมินการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของเชปป์ (Shepp, 1995) ไปศึกษาในบริบทต่างๆ แต่ในบริบทที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่ามีเพียงแบบประเมินการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูงของจรัสศรี หินศิลป์ (2549) ที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของเชปป์ โดยดัดแปลงภาษาให้เหมาะสม และตัดบางข้อคำถามที่ไม่เกี่ยวข้องออก มีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ ซึ่งครอบคลุมการมีส่วนร่วมที่มารดาได้ปฏิบัติในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูงใน 4 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านกิจกรรมการพยาบาล ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างมารดากับพยาบาล และในด้านการตัดสินใจ ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบมาตรวัด 4 ระดับ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน เรียงคะแนนตามลำดับดังนี้ ไม่ได้ปฏิบัติ ได้ปฏิบัติบางครั้ง ได้ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง และได้ปฏิบัติทุกครั้ง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยง จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยง จำนวน 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) เท่ากับ 0.91 และทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 20 คน ทดสอบค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient: α) ได้เท่ากับ 0.83

ในการศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่ปรับจากแบบประเมินการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูงของจรัสศรี หินศิลป์ (2549) เพราะเป็นเครื่องมือที่ใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความ

ใกล้เคียงกัน คือ ทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูง แต่เนื่องจากสภาพความเจ็บป่วยของทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดมีความรุนแรงกว่า และจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิตหลาย ๆ อย่างในเวลาเดียวกัน ทำให้ข้อคำถามของแบบประเมินการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูงของจรัสศรี หินศิลป์ (2549) ไม่ครอบคลุมกิจกรรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด และจากผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้ครอบคลุมกิจกรรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด ทำให้ผู้วิจัยต้องปรับแบบประเมินการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูงของจรัสศรี หินศิลป์ (2549) โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านทารกแรกเกิดจำนวน 1 ท่าน อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน หัวหน้าหออภิบาลทารกแรกเกิด จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลทารกแรกเกิด จำนวน 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) เท่ากับ 0.89 และทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 10 คน ทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient: α) ได้เท่ากับ 0.93

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ในหออภิบาลทารกแรกเกิด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด พบว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด ซึ่งสามารถจำแนกปัจจัยออกเป็น 4 ด้าน มีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยด้านทารกเกิดก่อนกำหนด

1. อายุครรภ์หรืออายุหลังปฏิสนธิ ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อย ๆ เสี่ยงต่อความเจ็บป่วยรุนแรง การสูญเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น (Davis et al., 2004; Lauwers & Shinskie, 2005) ได้แก่ ภาวะหายใจลำบากหรือหยุดหายใจเป็นช่วงๆ จากการขาดสารลดแรงตึงผิวในถุงลมปอด และศูนย์ควบคุมการหายใจในสมองยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ เป็นสาเหตุให้ทารกได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ (วิไล เลิศธรรมเทวี, 2551; Cifuentes et al., 2003) 2) ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำจากศูนย์

ควบคุมอุณหภูมิยังทำงานไม่มีประสิทธิภาพ และสูญเสียความร้อนได้ง่าย ทำให้ร่างกายต้องใช้ ออกซิเจนในปริมาณมากขึ้น เกิดภาวะหายใจลำบากอย่างรุนแรง (วารภรณ์ แสงทวีสิน, 2550; Miklos & Creehan, 1996) นอกจากนี้ยังเกิดการติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากมีกลไกการป้องกันการติดเชื้อที่ยังทำหน้าที่ ไม่สมบูรณ์ (Kenner & Lott, 2003) และอาจเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดตามมา (Blackburn & Loper, 1992) ความเจ็บป่วยที่รุนแรงดังกล่าวทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดส่วนใหญ่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ด้วยเครื่องช่วยหายใจ และมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย ประกอบกับการพัฒนาของระบบประสาท ส่วนกลางยังไม่สมบูรณ์ ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อย ๆ มีการเปลี่ยนแปลงของระบบ ประสาทอัตโนมัติหรือสรีรวิทยาต่อสิ่งเร้ามากกว่าทารกที่อายุครรภ์มากกว่า เช่น เมื่อถูกกระตุ้นทารกจะมี ผิวคล้ำลง อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น หายใจหายใจ และค่าความอืดตัวของออกซิเจนในเลือดลดลง (Blackburn & Loper, 1992; Pressler & Helm, 2001) จึงอาจทำให้มารดาคิดว่าทารกป่วยหนัก และไม่กล้า สัมผัสจับต้อง ส่งผลให้การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดลดลง (Holditch-Davis & Miles, 2000; Partridge et al., 2005)

2. ความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความไม่สมบูรณ์และมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ทำให้เกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรง และเกิดภาวะที่คุกคาม ต่อชีวิต เช่น ภาวะขาดออกซิเจน ภาวะติดเชื้อ และภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เป็นต้น ประกอบกับทารกเกิดก่อนกำหนดมีขนาดของลำตัวเล็ก มีอาการเปลี่ยนแปลง ได้ตลอดเวลา และจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิตต่าง ๆ ไว้ตลอดเวลา เช่น เครื่องช่วยหายใจ และเครื่องให้สารน้ำทางหลอดเลือด เป็นต้น ดังนั้นการสัมผัส การเคลื่อนย้ายทารกอาจทำให้เกิดการเลื่อนหลุดของอุปกรณ์ส่งผลให้ เกิดอันตรายได้ การดูแลทารกจึงมีข้อจำกัดทั้งเรื่องของวิธีการดูแล ระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการดูแล และบุคคลที่เข้ามาดูแลทารกด้วย และเมื่อถูกกระตุ้นทารกจะแสดงสื่อสัญญาณความเครียด เช่น มี สีผิวเขียวคล้ำ และหายใจเป็นต้น ส่งผลให้มารดาหวาดกลัวที่จะให้การดูแลทารก เพราะเกรงว่าอาจ เกิดอันตรายขึ้นกับทารกได้ มารดาจึงมีโอกาสมีส่วนร่วมในการดูแลทารกน้อย (Martinez et al., 2007) นอกจากนี้ขั้นตอนการรักษาพยาบาลยังไม่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของมารดา เช่น การต้องได้รับนมใน ปริมาณน้อยทางสายยาง ทำให้มารดาไม่มีโอกาสได้ให้นมกับทารก หรือเหตุการณ์ที่ทารกเกิดก่อน กำหนดได้รับ เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ ที่ทำให้บ่อยครั้งมารดาถูกขอให้ออกไปรอภายนอกหออภิบาล ทารกแรกเกิด ซึ่งมีผลให้มารดากลัวว่าจะไม่มีโอกาสได้เห็นหน้าทารกอีก (Hall, 2005; Partridge et al., 2005; Thomas, Renaud, & DePaul, 2004) และการศึกษาของพงศจตุรวิทย์ ขอนตะวัน เข็นบุตร ศรีพิชญากุล และฮารีแกน (Pongjaturawit, Chontawan, Yenbut, Stripichyakan, & Harrigan, 2006) ที่ ศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กอายุ 0-5 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า

สภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วย ของเครื่องใช้และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่มีใช้สำหรับเด็กป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย

3. ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ถ้าเด็กป่วยมีระยะอยู่ในโรงพยาบาลนานทำให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยมากกว่าบิดามารดาเด็กป่วยมีระยะอยู่ในโรงพยาบาลสั้นๆ ดังเช่นการศึกษาของพอลก์กี เวห์วีไลเนน-จูลคุเนน และพีทิล่า (Polkki, Vehvilainen-Julkunen, & Pietila, 2002) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยภายหลังผ่าตัด เกี่ยวกับวิธีการดูแลเพื่อบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา พบว่าบิดามารดาของเด็กป่วยที่นอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป ให้การดูแลเด็กป่วยภายหลังผ่าตัดเพื่อบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยามากกว่าบิดามารดาเด็กป่วยที่นอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาสั้นน้อยกว่า 2 วัน

ปัจจัยด้านมารดา

1. อายุของมารดามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลแรกเกิด โดยมารดาที่มีอายุมากกว่าจะมีวุฒิภาวะ มีความสามารถในการแก้ปัญหา และการดูแลทารกดีกว่ามารดาที่มีอายุน้อย (Kapland, 1980; Kristensson-Hallstrom, 1999) ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นจะมีพัฒนาการทางความคิดที่ดี มีประสบการณ์ และมีทักษะในการเรียนรู้ (Curley & Wallace, 1992)

2. ประสบการณ์ของมารดา มารดาที่มีประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเจ็บป่วยในหออภิบาลทารกแรกเกิดมาก่อน เช่น มารดาเคยเข้าเยี่ยมทารกมากกว่า 2 ครั้ง (จรัสศรี หินศิลป์, 2549) จะมีความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วย ลักษณะการทำงานของพยาบาล สภาพความเจ็บป่วย รวมถึงการรักษาพยาบาลที่ได้รับ จะทำให้มารดาสามารถปรับตัวได้ดี มีความมั่นใจ กล้าและกระตือรือร้นที่จะมีส่วนร่วมในการดูแล (Rowlandson et al., 1986; Whaley & Wong, 1997) แต่ถ้ามารดาที่ไม่คุ้นเคยกับสภาพเช่นนี้ทำให้เกิดความเครียดจนอาจมีผลต่อการมีส่วนร่วมได้ (Keams, 2002; Vergara & Bigsby, 2004) เนื่องจากมารดาทราบว่าทารกที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจมีอาการหนักและมีโอกาสจะเสียชีวิตจึงเกิดความวิตกกังวล และรู้สึกที่ไม่สามารถให้การดูแลทารกได้ (Partridge et al., 2005) มารดาอาจรู้สึกว้าวุ่นๆ เศษของทารกไม่มีพื้นที่สำหรับตน (Cescutti-Butler & Galvin, 2003) ประกอบกับการปฏิบัติงานของพยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิดมีลักษณะเฉพาะ (Vergara & Bigsby, 2004) เนื่องจากทารกมีอาการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาทำให้พยาบาลยังต้องอาศัยความรวดเร็วในการดูแลทารกทำให้บางครั้งพยาบาลไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการอธิบายให้มารดาเข้าใจถึงเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น หรือบอกให้มารดาทราบก่อนที่จะให้การดูแลทารก (Griffin, 1990)

3. ระดับการศึกษาของมารดา จากการศึกษาของพงศัตถุวิทย์ และฮารีแกน (Pongjaturawit & Harrigan, 2003) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลในวัฒนธรรมไทยและวัฒนธรรมตะวันตก พบว่ามารดาที่มีระดับของการศึกษาสูงยิ่งสูงมากเท่าใด มารดาก็จะเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นเท่านั้น เนื่องจากมารดาที่มีระดับการศึกษาสูงมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กป่วย และการรักษาที่เด็กป่วยได้รับมากกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า รวมถึงการปรับตัวในการร่วมมือกับบุคลากรเพื่อดูแลเด็กป่วยด้วย

4. ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของทารกเกิดก่อนกำหนดตามการรับรู้ของมารดา คือ ภาวะที่เลวลงของสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ปรากฏขึ้นจากโรคหรือความผิดปกติของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีผลต่อสุขภาพ และความปลอดภัยของทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดตามความรู้ตึกนึกคิดและความเข้าใจของมารดา (ไกรวรรร กาพันธ์, 2552) ผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ของความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของบิดามารดากับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยทั้งในและนอกหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ซึ่งให้ผลการศึกษาที่แตกต่างกัน โดยไกรวรรร กาพันธ์ (2552) พบว่าความรุนแรงของความเจ็บป่วยของเด็กป่วยตามการรับรู้ของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมโดยรวม และรายด้าน แต่สิรินาทยา วงศ์वाल (2551) พบว่าความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของบิดามารดามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลัน ($p < 0.000$) เนื่องจากเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลันเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้รับการรักษาที่หลากหลาย เช่น เจาะเลือด ให้ยาทางหลอดเลือดดำหรือกล้ามเนื้อ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ บางรายหอบมากอาจได้รับออกซิเจนด้วยวิธีต่างๆ และพ่นยา เคาะปอดดูดเสมหะเพื่อช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง เป็นต้น การรักษาเหล่านี้ทำให้บิดามารดาคิดว่าเด็กป่วยมีอาการรุนแรงมาก บิดามารดาจึงเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย เพื่อให้เด็กหายจากอาการป่วยได้มากที่สุด

การศึกษาของฮอลดิทซ์-เดวิส และ ไมเลส (Holditch-Davis & Miles, 2000) พบว่ามารดาที่รับรู้ว่าการเกิดก่อนกำหนดมีความเจ็บป่วยรุนแรงและอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ เช่น เมื่อทารกต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ มารดาจะคิดว่าตนเองไม่สามารถดูแล หรือช่วยเหลือทารกได้ เพราะเกรงว่าการเข้าไปสัมผัสจะทำให้ทารกได้รับอันตรายเพิ่มขึ้น มารดาจึงไม่กล้าที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลทารก มารดาบางคนเต็มใจที่จะให้พยาบาลเป็นผู้ดูแลมากกว่า เนื่องจากมารดาคิดว่าพยาบาลมีความรู้ความสามารถ มีประสบการณ์ ในการดูแลและมีความสามารถในการตอบสนองทารกได้ดีกว่าตนเอง ดังเช่นการศึกษาของณัฐิกา ปฐมอารีย์ (2551) พบว่ามารดาของทารกที่ได้รับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดมีการรับรู้ว่าการเกิดก่อนกำหนดมีความเจ็บป่วยรุนแรงอยู่แล้ว และถ้าได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเพิ่ม

ซึ่งทำให้มารดาเกิดการรับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น มารดาจึงมีความเครียดและความวิตกกังวลมากยิ่งขึ้น ทำให้มารดาเกิดความกลัว ไม่กล้าสัมผัสหรือให้การดูแลทารกเพราะเกรงว่าจะเป็น การรบกวนทารก กลัวว่าทารกจะเจ็บเมื่อถูกสัมผัส และกลัวทารกอาจจะได้รับอันตรายจากการเคลื่อนไหวของอุปกรณ์ จึงหลีกเลี่ยงการสัมผัสทารก หรือขยับตัวทารก โดยเฉพาะหลีกเลี่ยงการสัมผัสบริเวณที่ทารกใส่อุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น บริเวณที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และจากการศึกษาของพาร์ทริดจ์ และคณะ (Partridge et al., 2005) พบว่าบิดามารดาที่มีการรับรู้ที่ทารกที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจมีอาการหนักและมีโอกาสจะเสียชีวิตจึงเกิดความวิตกกังวล และรู้สึกที่ตนเองไม่สามารถให้การดูแลทารกได้ จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าความรุนแรงของความเจ็บป่วยของทารกเกิดก่อนกำหนดตามการรับรู้ของมารดาอาจมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด โดยมารดาที่รับรู้ที่ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความเจ็บป่วยที่รุนแรง อาจมีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดน้อย

5. การได้รับการเตรียมเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดของมารดา หมายถึง การที่มารดาได้รับการอธิบาย การสาธิต และได้ฝึกทำเกี่ยวกับวิธีการดูแลหรือกิจกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดจากพยาบาลในเรื่อง การให้นม การทำความสะอาดร่างกาย การทำความสะอาดหลังขั้วถ่าย การเปลี่ยนผ้าอ้อม การอุ้มและการสัมผัสทารกก่อนที่มารดาจะได้เข้ามีส่วนร่วมในการดูแลทารก (Bruns & McCollum, 2002) ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของคลีฟแลนด์ (Cleveland, 2008) พบว่าบิดามารดาที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดนำไปสู่การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารก ผลการศึกษาของ บรุนส์และแมคโคลลัมน์ (Bruns & McCollum, 2002) พบว่าภายหลังได้รับการอธิบาย และสาธิตจากพยาบาล มารดาในหออภิบาลทารกแรกเกิดได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารก มารดาได้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลทารกโดยมีพยาบาลสังเกตอย่างใกล้ชิด กิจกรรมที่มารดาได้ปฏิบัติได้แก่ การวัดอุณหภูมิ การเปลี่ยนผ้าอ้อม การอาบน้ำ การให้นม การอุ้ม การจัดทำให้ทารกเรอ การดูแลความสะอาดกสบาย และการดูแลให้ยา สอดคล้องกับผลการศึกษาของคริสเตนสัน-ฮอลล์ สตรอม อีแลนเดอร์ และแมล์มฟอรัส (Kristensson-Hallstrom, Elander, & Malmfors, 1997) ได้ศึกษา ผลการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมของบิดามารดาโดยให้ความรู้ในการดูแลเด็กป่วยภายหลังผ่าตัดในหน่วยงานที่รับดูแลเด็กป่วยหลังผ่าตัด 1 วัน โดยศึกษากับบิดามารดา 2 กลุ่ม โดยมีกลุ่มควบคุม มีจำนวน 88 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 92 ราย ที่บิดามารดาได้รับความรู้โดยการสอนเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับอาการเด็กป่วย การรักษาที่เด็กได้รับภายหลังผ่าตัด และการดูแลเด็กป่วยหลังผ่าตัด รวมถึงได้รับแจกเอกสารที่เกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลเด็กป่วยภายหลังผ่าตัด เมื่อเด็กป่วยคืนดี คิมน้ำได้ และเดินได้ดี จึงให้กลับบ้าน หลังจากนั้นจึงโทรศัพท์ไปที่บ้านในตอนเย็น เพื่อประเมินผลของโปรแกรม

โดยให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการประเมินระดับความเจ็บปวดใน 3 ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยใช้แบบประเมินรูปหน้า (faces scale) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าบิดามารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยหลังผ่าตัดมากขึ้น โดยเด็กป่วยกลุ่มที่บิดามารดาได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยมีการเคลื่อนไหวได้เร็วกว่า ระดับคะแนนความปวดน้อยกว่า และสามารถกลับบ้านได้เร็วกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของสมทรง เก้าฝาย (2541) ได้ศึกษาผลการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและพฤติกรรมดูแลทารก โดยศึกษาในมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด 2 กลุ่ม โดยมีกลุ่มควบคุม จำนวน 10 ราย และกลุ่มทดลอง จำนวน 10 ราย ซึ่งได้รับการเตรียมมารดาเป็นเวลา 3 วัน พร้อมทั้งได้รับคู่มือการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่ามารดาที่ได้รับการเตรียมก่อนจำหน่ายทารก มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดสูงกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการเตรียม ($p < 0.01$) และมีพฤติกรรมดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่ถูกต้องหรือเหมาะสมมากกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการเตรียม ($p < 0.01$)

ดังนั้นหากมารดาได้รับการเตรียมเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดน่าจะมีการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกมาก ในทางตรงกันข้ามหากมารดาไม่ได้รับการเตรียมเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด หรือได้รับไม่เพียงพอ อาจจะทำให้การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกน้อย ดังผลการศึกษาของบรุนส์ และแมคโคลลัม (Bruns & McCollum, 2002) ที่พบว่าถ้าข้อมูลที่มารดาได้รับนั้นไม่ชัดเจน และไม่เพียงพอต่อการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้มารดาไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับทารก หรือเข้าไปมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของเนลล์ (Neill, 1996b) ที่พบว่าถ้ามารดาารู้สึกว่าพยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษาของเด็กป่วยน้อยเกินไป หรือเป็นการให้ข้อมูลในรูปแบบของการสื่อสารทางเดียว โดยที่มารดาเป็นผู้ฟังเพียงอย่างเดียว มารดาอาจจะไม่กล้าเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารก และจากการศึกษาของมาร์ทีเนซ ฟอนเสคา และสคอไซ (Martinez et al., 2007) พบว่าข้อมูลที่มารดาต้องการเป็นข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของทารก และการดูแลทารก โดยที่มารดาจะเป็นผู้ถาม และคำถามส่วนใหญ่จะถามกับพยาบาลโดยตรง เมื่อมารดาได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของทารก และการดูแลทารก จึงอาจทำให้มารดากล้าเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารก นอกจากนี้คริสเทนส์สัน-ฮอลล์สตรอม (Kristensson-Hallstrom, 1999) พบว่ามารดาต้องการข้อมูลที่เป็นรูปธรรมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล

6. สัมพันธภาพระหว่างมารดาและพยาบาล สัมพันธภาพระหว่างมารดาและพยาบาลเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วย (Newton, 2000) สัมพันธภาพที่ดีจะทำได้มีความเชื่อมั่น ไว้วางใจความสามารถของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด และก่อให้เกิดความกล้าที่จะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและให้ข้อมูลที่

จำเป็นต่อการรักษาพยาบาลมากขึ้น (Palmer, 1993) และเมื่อสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและพยาบาลดี ทำให้มารดาารู้สึกว่าพยาบาลมีความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจต่อการมีบุตรเกิดก่อนกำหนด หรือเจ็บป่วยของมารดา จะช่วยให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดได้มากขึ้น (Burns & Klein, 2005) เกิดความร่วมมือกันในการวางแผนการรักษาพยาบาล (Coyne, 1995a) รวมถึงการยอมรับซึ่งกันและกันระหว่างบิดามารดาและพยาบาลจะนำไปสู่ความสำเร็จในการดูแลทารกของบิดามารดา (Nyqvist & Engval, 2009) และสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างมารดาและพยาบาลอาจนำไปสู่เป้าหมายของการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารก (Wiger, Hellstrom & Berg, 2008)

ปัจจัยด้านพยาบาล

1. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดของพยาบาล หมายถึง ความคิดของพยาบาลผู้ให้การดูแลทารกที่มีต่อการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด ในด้านกิจกรรมที่ทำประจำ กิจกรรมการพยาบาล การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างมารดากับพยาบาล และการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลทารก พยาบาล คือ บุคคลที่ให้การดูแลทารกอย่างใกล้ชิด (Cescutti-Butler & Galvin, 2003) พยาบาลส่วนใหญ่มุ่งดูแลอาการเจ็บป่วยทางกายเป็นหลักและป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายกับทารกโดยการเข้มงวดกับการสัมผัสทารกของมารดา (Burns & Klein, 2005; Fenwick, Barclay, & Schmied, 1999) และลักษณะการทำงานของพยาบาลที่จะต้องเฝ้าสังเกต และติดตามอาการของทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโดยมุ่งเน้นไปที่การป้องกันไม่ให้ทารกแรกเกิดเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต (Brown & Richie, 1989) ทำให้พยาบาลอาจไม่คำนึงถึงการให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารก (Burns & Klein, 2005; Fenwick, Barclay, & Schmied, 1999; Brown & Richie, 1989) และคิดว่าการมีส่วนร่วมของมารดาเป็นอุปสรรคต่อการทำงาน (Brown & Richie, 1989; Charpak & Ruiz-Pelaez, 2006) มองว่าการมีส่วนร่วมของมารดาเป็นการเพิ่มภาระงาน เช่น การให้มารดาให้นมทารก (Charpak & Ruiz-Pelaez, 2006) ดังผลการศึกษาของมาร์ทีเนซ ฟอนเสคา และสคอไซ (Martinez et al., 2007) ที่พบว่าพยาบาลเห็นว่าการปฏิบัติการดูแลทารกของมารดาเป็นอุปสรรคในการทำงานของพยาบาล และพยาบาลรู้สึกว่าคุณสมบัติการทำงาน และกังวลเกี่ยวกับการเกิดการติดเชื้อ ในทางตรงกันข้ามมีพยาบาลที่เห็นว่าการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหน่วยงานทารกแรกเกิดทำให้มารดาได้ช่วยพยาบาลในการดูแลทารก และมารดาได้ให้การดูแลทารกโดยตรง เช่นเดียวกับผลการศึกษาของเนลล์ (Neill, 1996b) ที่พบว่าพยาบาลนั้นมีทั้งที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย กับการให้บิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย พยาบาล

กลุ่มที่เห็นด้วยจะมองว่าการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยมีประโยชน์ จึงส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดา แต่ในพยาบาลกลุ่มที่ไม่เห็นด้วยจะมองว่าการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยเป็นอุปสรรคในการดูแลเด็กป่วยของพยาบาล และจะไม่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วย แต่ตรงข้ามกับการศึกษาของสิรินาทยา วงศ์वाल (2551) ที่พบว่า การเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยของพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กที่มีการติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลัน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบการศึกษาของวอล์กเกอร์ (Walker, 1998) ที่ศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิดเกี่ยวกับการให้บิดามารดาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารก จำนวน 298 ราย พบว่าพยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิดเห็นด้วยกับการให้บิดามารดาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิด ในเรื่อง การเปลี่ยนผ้าอ้อม ดูแลความสะอาดปาก ตา และการขับถ่าย อาบน้ำ และการให้นมทางสายยาง สอดคล้องกับการศึกษาของไนควิสต์ และอิงวอลล์ (Nyqvist & Engvall, 2009) ที่ศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลและบิดามารดาเกี่ยวกับการปฏิบัติของบิดามารดาในการดูแลทารกในหออภิบาลทารกแรกเกิด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่าพยาบาลทั้งหมด (ร้อยละ 100) เห็นด้วยกับการปฏิบัติของบิดามารดาในการดูแลทารก ในเรื่อง การที่บิดามารดาช่วยให้ทารกเรอ การอุ้ม การดูแลความสะอาดสบาย การเปลี่ยนผ้าอ้อม การทำความสะอาดหลังทารกขับถ่าย และการอาบน้ำให้ทารกในรายที่ไม่ได้รับการช่วยหายใจ แต่ในรายที่ได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจมีพยาบาลจำนวนเล็กน้อย (ร้อยละ 18) เห็นด้วยที่บิดามารดาได้อาบน้ำให้ทารก

2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาล เนื่องจากการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพยาบาลทารกแรกเกิด โดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (DePompei, Whitford, & Beam, 1994; Brown & Ritchie, 1989; Kawik, 1996) หากพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลเด็กโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ก็จะส่งเสริมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดได้ โดยไม่เห็นว่าการเป็นเพียงผู้เข้าเยี่ยมเท่านั้น แต่เป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็นต่อการรักษาพยาบาลแก่พยาบาลได้ (Ahmann, 1994; Daneman, Macaluso & Guzzetta, 2003) แต่ถ้าหากพยาบาลไม่มีความรู้ความเข้าใจในหลักกาดูแลเด็กโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางก็จะไม่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลได้

ปัจจัยด้านนโยบายของโรงพยาบาล

ปัจจัยด้านนโยบายของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด ได้แก่

1. นโยบายการเข้าเยี่ยม และการเฝ้าทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด การเข้าเยี่ยมและการให้เฝ้าทารกในหออภิบาลทารกแรกเกิด อาจมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด ดังผลการศึกษาของคูททิณี และคณะ (Cuttini et al., 1999) ได้ศึกษาเปรียบเทียบนโยบายของการเข้าเยี่ยมทารกแรกเกิดต่อการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในด้านการตัดสินใจทางจริยธรรมในหออภิบาลทารกแรกเกิด จำนวน 123 แห่ง ใน 8 ประเทศในทวีปยุโรป พบว่าประเทศที่มีการจำกัดการเยี่ยมมากบิดามารดาได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจน้อยกว่าประเทศที่ไม่มีการจำกัดการเยี่ยมมาก โดยประเทศที่มีการจำกัดการเยี่ยมมากที่สุด คือ ประเทศสเปนมีหออภิบาลทารกแรกเกิดที่จำกัดการเยี่ยมมากถึงร้อยละ 89.00 รองลงไปประเทศอิตาลี (ร้อยละ 82.00) และพบว่าบิดามารดาได้มีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจน้อยที่สุด คือ ประเทศอิตาลี (ร้อยละ 19.00) และประเทศสเปน (ร้อยละ 35.00) ส่วนประเทศที่ไม่มีการจำกัดการเยี่ยมของบิดามารดามากที่สุด คือ ประเทศในกลุ่ม เกรท บริเทน ลักเซมเบิร์ก และสวีเดน (ร้อยละ 100) ซึ่งพบว่าบิดามารดาได้มีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจมากที่สุด คือ ประเทศในกลุ่ม เกรท บริเทน (ร้อยละ 89.00) นอกจากนี้ผลการศึกษาของ แฟรงค์ และสเปนเซอร์ (Frank & Spencer, 2003) พบว่าการมีส่วนร่วมของมารดาชาวอังกฤษในการดูแลทารกในหออภิบาลทารกแรกเกิดในเรื่องการให้นมมีความเกี่ยวข้องกับระยะเวลาการเข้าเยี่ยมของมารดา โดยพบว่ามารดามีชั่วโมงการเข้าเยี่ยมทารกนานกว่าบิดา และพบว่ามารดามีส่วนร่วมในการให้นมทารกมากกว่าร้อยละ 75 ส่วนบิดามีการปฏิบัติน้อยกว่าร้อยละ 20

ในประเทศไทยมีการศึกษาของพงศัตตวิทย์ และคณะ (Pongjaturawit et al., 2006) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กอายุ 0-5 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่ากฎระเบียบในการเยี่ยมและเฝ้าดูแลเด็กป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย ซึ่งในปัจจุบันมีโครงการสายสัมพันธ์แม่-ลูก เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา และประกอบกับหนึ่งในหลักการการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด คือ การส่งเสริมการสร้างสายสัมพันธ์ ซึ่งให้มารดาอยู่กับทารก หลีกเลี้ยงการแยกทารกจากมารดา และให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกในหออภิบาลทารกแรกเกิด (เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์, 2550) โรงพยาบาลต่างๆ จึงมีการปรับเปลี่ยนนโยบายให้บิดามารดาสามารถเข้าเยี่ยมทารกได้ตลอด 24 ชั่วโมง และอนุญาตให้มารดาเท่านั้นอยู่เฝ้าทารกได้โดยจัดที่พักให้มารดาแต่ไม่ได้อยู่กับทารกในหออภิบาลทารกแรกเกิด เนื่องจากหออภิบาลทารกแรกเกิดมีพื้นที่ที่จำกัด ซึ่งที่พักดังกล่าวทำให้มารดาสะดวกสามารถเข้าเยี่ยมและอยู่เฝ้าทารกได้ตามที่มารดาต้องการ แต่

เมื่อทารกเกิดอาการเปลี่ยนแปลง หรือต้องทำหัตถการ มารดามักจะถูกขอลให้ออกจากหออภิบาลทารกแรกเกิด ดังนั้นจะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านนโยบายการเข้าเยี่ยม และการเฝ้าทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดในประเทศไทย อาจจะไม่ใช่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดให้หออภิบาลทารกแรกเกิด

2. นโยบายการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด ถึงแม้ปัจจุบันโรงพยาบาลในประเทศไทยมีนโยบายให้มารดาอยู่กับทารกแรกเกิดในหออภิบาลทารกแรกเกิด ได้ตลอด 24 ชั่วโมง แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยด้วยกัน เช่น โครงสร้างของหน่วยงาน นโยบายของแต่ละหน่วยงาน กฎระเบียบการเข้าเยี่ยมของหน่วยงาน หรือสัดส่วนอัตรากำลังของพยาบาลต่อจำนวนทารกเกิดก่อนกำหนด เป็นต้น อย่างเช่นการศึกษาของจรัสศรี หินศิลป์ (2549) พบว่ามารดาส่วนใหญ่ไม่มีโอกาสได้มีส่วนร่วมหรือมีส่วนร่วมน้อยในด้านการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การให้ยาทารก และการช่วยเหลือทารกขณะได้รับการตรวจรักษา เนื่องจากหออภิบาลทารกแรกเกิดไม่มีนโยบายให้มารดาอยู่กับทารกในขณะที่ทำกิจกรรมการพยาบาล นอกจากนี้ระเบียบปฏิบัติต่าง ๆ ในหออภิบาลทารกแรกเกิด เช่น การเยี่ยมที่จำกัดเฉพาะบิดามารดา การไม่อนุญาตให้บิดามารดาเฝ้าทารก และการป้องกันการติดเชื้อ เป็นลักษณะเฉพาะอีกอย่างหนึ่งของหออภิบาลทารกแรกเกิดที่ไม่เอื้อให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วม โดยพบว่ามารดามักจะถูกขอลให้ออกจากหออภิบาลทารกแรกเกิดเวลาที่ทารกเกิดอาการเปลี่ยนแปลง และต้องทำหัตถการ (Davis, Edwards, & Mohay, 2003; Hall, 2005) จากการศึกษาหออภิบาลทารกแรกเกิดและหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ในประเทศแถบทวีปยุโรป พบว่ามีพยาบาลเพียงร้อยละ 12.20 ที่บอกว่าในหน่วยงานที่ปฏิบัติงานได้มีการกำหนดระเบียบวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บิดามารดาอยู่ด้วยขณะช่วยฟื้นคืนชีพ (Fullbrook, Latour, & Albarran, 2007) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าถ้ามีนโยบายเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดที่ชัดเจน จะทำให้พยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติที่ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกได้

จากการทบทวนปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดดังกล่าว จะเห็นว่ามีทั้งที่ปรับเปลี่ยนได้ และไม่ได้ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกที่จะศึกษาปัจจัยที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยน เพื่อส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด ได้แก่ ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของมารดา การได้รับการเตรียมเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดของมารดา และความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของเชปป์ (Schepp, 1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กล่าวคือ การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด คือ การที่มารดาให้การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่มารดาประสงค์จะทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด และเกี่ยวข้องกับการรักษาทั้งทางตรงและทางอ้อม ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านกิจกรรมการพยาบาล ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างมารดากับพยาบาล และด้านการตัดสินใจในการดูแล มีปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด ได้แก่ ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของทารกเกิดก่อนกำหนดตามการรับรู้ของมารดา การได้รับการเตรียมเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดา และความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด กล่าวคือ ถ้ามารดาทารกเกิดก่อนกำหนดมีการรับรู้ว่าทารกเกิดก่อนกำหนดมีความเจ็บป่วยรุนแรงมากจึงอาจมีส่วนร่วมในการดูแลน้อย แต่ถ้ามารดาทารกเกิดก่อนกำหนดมีการรับรู้ว่าทารกเกิดก่อนกำหนดมีความเจ็บป่วยรุนแรงน้อยอาจจะมีส่วนร่วมในการดูแลมาก ถ้ามารดาได้รับการเตรียมเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอาจจะทำให้มีส่วนร่วมในการดูแลทารกมาก แต่ถ้ามารดาไม่ได้รับการเตรียมหรือได้รับการเตรียมไม่เพียงพอเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอาจจะทำให้มีส่วนร่วมในการดูแลทารกน้อย และถ้าพยาบาลเห็นด้วยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารก อาจทำให้พยาบาลช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของมารดามากขึ้น แต่ถ้าพยาบาลไม่เห็นด้วยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารก อาจทำให้พยาบาลไม่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารก