

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารั้่งนี้ เป็นการศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ตามความคิดเห็นของมารดาและพยาบาล โดยผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต
2. แนวคิดการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต

ทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต หรือทารกที่มีภาวะเสี่ยงสูง เป็นภาวะที่คุกคามต่อสุขภาพและชีวิตของทารกในระยะแรกเกิด ทำให้ทารกมีความเสี่ยงสูงต่อความตายและความพิการ โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์ หรือน้ำหนักแรกคลอด ซึ่งจะมีโอกาสเจ็บป่วยหรือตายมากกว่าปกติ อันเนื่องมาจากปัจจัยต่างๆ จากการตั้งครรภ์ การคลอดและการปรับตัวของทารกในสิ่งแวดล้อมภายนอกมดลูก หลังคลอดทารกจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด จากแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญโดยเฉพาะ (The British Pediatric Association and the British Association for Perinatal Pediatric Recommendation, 1875 อ้างถึงใน รัชตะววรรณ โอพาพิริยกุล, 2545) รวมถึงทารกแรกเกิดที่พ้นจากภาวะวิกฤตและต้องได้รับการสังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเป็นกลับซ้ำของภาวะหรือโรคที่เคยเป็นมาก่อน

1.1 การจำแนกกลุ่มทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต

1.1.1 จำแนกโดยใช้น้ำหนักแรกเกิดเป็นเกณฑ์ (Wong, 1995) โดยน้ำหนักปกติของทารกน้ำหนักตัวเหมาะสมกับอายุครรภ์ (appropriate for gestational age: AGA) น้ำหนักตัวแรกเกิดระหว่าง 10-90 เปอร์เซนต์ไทล์ น้ำหนักตัวที่ส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีภาวะเสี่ยงสูง ได้แก่

1.1.1.1 ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยปานกลางหรือน้ำหนักน้อย (moderately Low birth weight: MLBW หรือ low birth weight) ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวแรกเกิดระหว่าง 1,501-2,500 กรัม โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์

1.1.1.2 ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก (very low birth weight: VLBW) ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวแรกเกิดระหว่าง 1,000-1,500 กรัม โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์

1.1.1.3 ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากมาก (extremely low birth weight: ELBW) น้ำหนักตัวแรกเกิดน้อยกว่า 1,000 กรัม

1.1.1.4 ทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่าอายุครรภ์ (small for gestational age: SGA) ทารกแรกเกิดที่มีขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์และน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อยกว่า 10 เปอร์เซ็นต์ไทล์ ของน้ำหนักปกติที่อายุครรภ์นั้น ๆ บางครั้งเรียกว่าทารกแรกเกิดเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (intrauterine growth retardation: IUGR)

1.1.1.5 ทารกน้ำหนักตัวมากกว่าอายุครรภ์ (large for gestational age: LGA) ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวแรกเกิดมากกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ไทล์ ของน้ำหนักปกติที่อายุครรภ์นั้น ๆ

1.1.2 จำแนกโดยใช้อายุครรภ์เป็นเกณฑ์ (Wong, 1995)

1.1.2.1 ทารกเกิดก่อนกำหนด (pre-term) ทารกที่เกิดมามีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์เต็ม โดยไม่คำนึงถึงน้ำหนักตัว (256 วัน)

1.1.2.2 ทารกเกิดเกินกำหนด (post-term) ทารกที่เกิดมามีอายุครรภ์เกิน 42 สัปดาห์เต็ม โดยไม่คำนึงถึงน้ำหนักตัว (294 วัน)

1.2 ปัญหาทางด้านสุขภาพของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤติ

ทารกคลอดก่อนกำหนดมักมีปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ดังนี้

1.2.1 มีการหายใจลำบากหรือหยุดหายใจบ่อย พบได้ในกลุ่มทารกคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากศูนย์ควบคุมการหายใจในสมองส่วนเมดูลลา (medulla) ยังเจริญไม่เต็มที่ โครงสร้างของกระดูกทรวงอกและกล้ามเนื้อของช่องซี่โครงที่ช่วยในการหายใจยังเจริญไม่เต็มที่ ผิวของถุงลมมีการสร้างสารลดแรงตึงผิว (surfactant) ได้น้อยทำให้แรงตึงผิวของถุงลมมีมาก ถุงลมยืดหยุ่นได้ไม่ดี การแลกเปลี่ยนออกซิเจนน้อย ร่างกายจึงขาดออกซิเจนได้ง่าย (Wong, 1995) ส่วนทารกคลอดครบกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย และกลุ่มทารกเกิดหลังกำหนดจะมีภาวะเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนซึ่งเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์มารดาจนถึงในขณะคลอด หรือภายหลังคลอด เนื่องมาจากการสูดลำบากซึ่เทา หรือมีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดและหัวใจแต่กำเนิด หลอดเลือดขาดออกซิเจนเกิดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ในกระแสเลือด และภาวะกรดจากเมตาบอลิซึม ส่งผลให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ไม่ดี ทำให้เนื้อเยื่อและอวัยวะสำคัญต่าง ๆ ของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ อาจทำให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางและระบบ

อื่น ๆ ในร่างกาย (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2536) ทารกกลุ่มนี้ต้องได้รับการช่วยหายใจ โดยใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดต่าง ๆ หรือให้ความดันบวกในทางเดินหายใจอย่างต่อเนื่อง

1.2.2 มีการควบคุมอุณหภูมิของร่างกายไม่ดี พบบ่อยในกลุ่มทารกคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากมีไขมันใต้ผิวหนังน้อย พื้นที่ผิวของร่างกายกว้างเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว กล้ามเนื้อมีกำลังน้อยแขนขาอยู่ในท่าเหยียดออก และศูนย์ควบคุมความร้อนในสมองยังทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ จึงทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดสูญเสียความร้อนได้ง่าย และมีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของร่างกายได้ง่ายตามสิ่งแวดล้อม ถ้าอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เย็นก็จะมีอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Wong, 1995) ในกลุ่มทารกคลอดครบกำหนดหรือคลอดเกินกำหนดที่มีปัญหาขาดออกซิเจน หรือมีปัญหาสูดสำลักซี่เทาตั้งแต่วัยแรกเกิด มักเกิดปัญหาอุณหภูมิร่างกายต่ำได้ง่าย เนื่องจากสมองส่วนไฮโปธาลามัสถูกกระทบกระเทือน และสูญเสียหน้าที่ในการควบคุมอุณหภูมิกาย (Blackburn & Loper, 1992) ทำให้อุณหภูมิร่างกายต่ำ ร่างกายต้องใช้ออกซิเจนในปริมาณมาก เนื้อเยื่อร่างกายขาดออกซิเจนเพิ่มขึ้น ปริมาณเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลง

1.2.3 มีความสามารถในการดูดกลืนและการย่อยไม่สมบูรณ์ พบบ่อยในกลุ่มทารกคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากกระเพาะอาหารมีความจุน้อย จุนมได้ในปริมาณที่จำกัด เกิดการสูดสำลักได้ง่ายเพราะยังไม่มีรีเฟล็กซ์การขย้อน (gag reflex) นอกจากนี้ ยังพบภาวะลำไส้เน่าอักเสบ (necrotizing enterocolitis) จากการขาดเลือดไปเลี้ยงลำไส้ หรือการได้รับสารอาหารผ่านทางลำไส้เร็วหรือเข้มข้นเกินไป นอกจากนี้ในทารกเกิดครบกำหนดและเกิดหลังกำหนดที่มีปัญหาขาดออกซิเจนและมีอุณหภูมิร่างกายต่ำจะพบว่ามีความผิดปกติที่ไม่สามารถรับอาหารทางลำไส้ได้เนื่องจากภาวะดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบเมตาบอลิซึมในร่างกาย (สรายุทธ สุภาพรรณชาติ, 2540)

1.2.4 มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย พบได้บ่อยในทารกแทบทุกกลุ่มเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังพัฒนาไม่เต็มที่และการได้รับภูมิต้านทานจากมารดาน้อย จึงมีระดับอิมมูโนโกลบูลิน จี (IgG) อิมมูโนโกลบูลิน เอ (IgA) และอิมมูโนโกลบูลิน เอ็ม (IgM) ในกระแสเลือดต่ำ ทำให้การป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส เชื้อรา และพยาธิของร่างกายอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากการขาดอิมมูโนโกลบูลิน ดังกล่าว (Wong, 1995) นอกจากนี้ ทารกแรกเกิดจะมีการสะสมของนิวโทรฟิล (neutrophil) น้อยเมื่อเกิดการติดเชื้ออย่างรุนแรงจะหมดลงอย่างรวดเร็ว การจับกินเชื้อแบคทีเรียของนิวโทรฟิลได้ไม่ดีเท่าผู้ใหญ่ ร่วมกับการได้รับการรักษาในระยะหลังคลอดด้วยการสอดใส่อุปกรณ์ต่าง ๆ เข้าไปในร่างกายของทารก เช่น การดูดเสมหะ การให้ออกซิเจนด้วยวิธีต่าง ๆ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือมารดามีประวัติ ภูมิต้านทานก่อนกำหนดเป็นระยะเวลานาน หรือการสูดสำลักซี่เทา เหล่านี้เป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้ทารกแรกเกิดมีอาการแสดงของการติดเชื้ออย่างรุนแรงตามมา



1.2.5 มีอาการตัวเหลือง พบบ่อยในกลุ่มทารกเกิดก่อนกำหนดเนื่องจากเม็ดเลือดแดงมีอายุสั้น มีการแตกทำลายของเม็ดเลือดแดงมาก และตับยังทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์ ทำให้ความสามารถของตับในการสร้างเอนไซม์กลูโคโรนิลทรานสเฟอเรส (glucuronyl transferase enzyme) ซึ่งมีหน้าที่ในการเปลี่ยนบิลิรูบินชนิดคอนจูเกต (conjugated bilirubin) ไปเป็นบิลิรูบินชนิดอันคอนจูเกต (unconjugated bilirubin) ยังไม่สมบูรณ์ ทำให้มีการคั่งของบิลิรูบินในเลือดได้มาก (Wong, 1995) ถ้ามีการคั่งของบิลิรูบินในปริมาณมากก็อาจจะนำไปสู่ภาวะเคอร์นิกเทอร์ัส (kernicterus) ซึ่งเป็นกลุ่มอาการทางสมองชนิดหนึ่งเป็นผลจากการคั่งของบิลิรูบินในเซลล์สมองทำให้เกิดอาการชักได้

1.2.6 มีภาวะแทรกซ้อนของการที่ตัดต่อเอาเทอร์ไออัสไม่ปิดหลังเกิด ภาวะนี้พบบ่อยในกลุ่มทารกเกิดก่อนกำหนด (patent ductus arteriosus: PDA) ทำให้เลือดแดงจากเอออร์ตา (aorta) ไหลเข้าสู่พัลโมนารี อาร์เทอร์รี่ (pulmonary artery) กลับเข้าสู่ปอดใหม่อีกครั้งเกิดการไหลของโลหิตจากซ้ายไปขวา (left to right shunt) หัวใจห้องซ้ายจึงต้องทำงานหนักขึ้น ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้

1.2.7 มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย พบได้บ่อยในกลุ่มทารกเกิดก่อนกำหนด เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของไตในการรักษาสมดุลของน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ ได้แก่ การทำงานของท่อไตในการดูดซึมกลับโซเดียมมีน้อย ความสามารถในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้นและเจือจางยังไม่เต็มที่ เมื่อได้รับน้ำเกินเฉียบพลันไม่สามารถขับน้ำที่เกินได้เร็วเท่าผู้ใหญ่ การดูดซึมกลับของไบคาร์บอเนต และการขับถ่ายโปแตสเซียมและไฮโดรเจนไอออนทำได้น้อย (ประสิน จันทร์วิทัน, 2548) ส่วนภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายในกลุ่มทารกเกิดครบกำหนดและเกิดหลังกำหนดจะพบร่วมกับภาวะขาดออกซิเจนและภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เนื่องจากความผิดปกติของระบบเมตาบอลิซึมของร่างกาย และพบภาวะนี้ในกลุ่มที่มารดามีภาวะเสี่ยงในขณะตั้งครรภ์ เช่น มารดาเป็นเบาหวาน โรคของต่อมไทรอยด์

นอกจากปัญหาทางด้านสุขภาพของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤติตั้งที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้วยังพบปัญหาอื่น ๆ ได้แก่ ทารกที่มีภาวะผิดปกติทางหัวใจ ทารกที่มีปัญหาด้านศีลกรรมภายหลังการผ่าตัดที่สำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด ทารกที่มีภาวะชัก ทารกที่ได้รับย้ายจากโรงพยาบาลอื่น เพื่อการตรวจวินิจฉัย หรือรักษาพิเศษ โดยเฉพาะทารกที่ได้รับการตรวจรักษาที่สำคัญ ได้แก่ ใส่สายสวนหลอดเลือดดำ ทำสวนล้างไต หรือทำเปลี่ยนถ่ายเลือด (The British Pediatric Association and the British Association for Perinatal Pediatric Recommendation, 1875 อ้างถึงใน รัชตะวรรณ โอพาพิริยกุล, 2545)

1.3 การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต

การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตต้องอาศัยผู้ดูแลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ และจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาลที่มีความสามารถอย่างดี โดยใช้หลักทั่วไปคล้ายกับการดูแลทารกแรกเกิดปกติ เกี่ยวกับเรื่องการดูแลควบคุมอุณหภูมิกาย การดูแลผิวหนัง การดูแลด้านพัฒนาการ การดูแลความสุขสบายและลดความเจ็บปวด การดูแลด้านการหายใจ และการดูแลครอบครัว ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (วิไล เลิศธรรมเทวี, 2552)

1.3.1 การดูแลควบคุมอุณหภูมิกาย (thermoregulation) ทารกแรกเกิดมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะตัวเย็นและใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีพื้นที่ผิวกายกว้างเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว มีไขมันสีน้ำตาลสำหรับสร้างความร้อนน้อย รวมทั้งไขมันใต้ผิวหนังที่ห่อหุ้มร่างกายน้อยโดยเฉพาะทารกแรกเกิดที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 30 สัปดาห์ จะมีผิวหนังที่ไม่สมบูรณ์จึงเสียความร้อนจากการระเหยได้ง่าย โดยการสูญเสียความร้อนออกจากร่างกายได้ 4 ทาง คือ การสูญเสียความร้อนโดยการนำ การสูญเสียความร้อนโดยการพา การสูญเสียความร้อนโดยการแผ่รังสี และการสูญเสียความร้อนโดยการระเหย สำหรับจุดมุ่งหมายของการควบคุมอุณหภูมิของทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูง คือ การควบคุมอุณหภูมิสิ่งแวดล้อมที่เป็นกลาง เพื่อให้อุณหภูมิร่างกายทารกคงที่ระหว่าง 36-37 องศาเซลเซียส ซึ่งมีวิธีการควบคุมอุณหภูมิโดยการใช้อุปกรณ์ให้ความอบอุ่น (radiant warmer) การใช้ตู้ให้ความอบอุ่นที่มีผนังสองชั้น (double wall incubator) และการห่อผ้าหรือพลาสติกห่อตัว

1.3.2 การดูแลผิวหนัง (skin care) ผิวหนังของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตเป็นสิ่งปกป้องร่างกายจากการติดเชื้อ สารละลายและสารพิษที่มาสัมผัส และป้องกันการสูญเสียความร้อน รวมทั้งผิวหนังจะมีตัวรับความรู้สึกสัมผัส ทารกที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจควรได้รับการรักษาสภาพยืดหยุ่นและสมบูรณ์ของผิวหนัง เนื่องจากผิวหนังอาจได้รับอันตรายจากการช่วยชีวิตและเครื่องมือตรวจสอบที่ติดหรือเปลี่ยนตำแหน่งที่ผิวหนังหลายแห่ง หรือจากการทำหัตถการ การดูแลผิวหนังมีดังนี้ คือ

การทำความสะอาดร่างกาย ทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,000 กรัมให้เช็ดด้วยสำลีชุบน้ำอุ่นปลอดเชื้อใน 2 สัปดาห์แรกหลังเกิด ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่า 2,000 กรัม ให้อาบน้ำด้วยน้ำปลอดเชื้อเฉพาะในสัปดาห์แรกหลังเกิด หลังจากนั้นให้ฟอกด้วยสบู่อ่อนที่มีค่า pH เป็นกลางการอาบน้ำครั้งแรกควรอาบเมื่อทารกมีอุณหภูมิที่คงที่เป็นเวลา 1-4 ชั่วโมง ควรหลีกเลี่ยงการใช้สบู่เด็กและสารทำความสะอาดที่มีไขมันสูงช่วยระงับกลิ่นและมีคุณสมบัติฆ่าเชื้อโรค

การติดพลาสติกเตอร์และการลอกพลาสติกเตอร์ ในทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตจะมีการใช้พลาสติกเตอร์ในการติดยึดผิวหนังกับสายสวนต่าง ๆ ซึ่งอาจทำให้ผิวหนังเกิดการระคายเคืองได้

การปกป้องผิวหนังจากการระคายเคืองอาจทำได้โดยการติดพลาสติกให้บ่อยหรือเท่าที่จำเป็นถ้าจำเป็นต้องติดอาจใช้พลาสติกใส เช่น opsite, tegaderm ติดผิวหนังก่อนแล้วติดพลาสติกข้างบนซึ่ง พลาสติกใสสามารถป้องกันผิวหนังแตกในบริเวณที่เสียดสี หรือแผลกดทับได้ การลอกพลาสติกออกควรควรใช้สำลีชุบน้ำให้พลาสติกเปียก และลอกพลาสติกตามแนวราบ แล้วม้วนเทปพลาสติกเข้าด้วยกันแล้วอาจใช้สารที่ทำให้ชุ่มชื้นหรือน้ำมันทาซ้ำ

1.3.3 การดูแลด้านพัฒนาการทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต (developmental care) พบว่าการจัดสิ่งแวดล้อมให้มีลักษณะคล้ายในมดลูกแม่จะช่วยทำให้ทารกมีระยะเวลาหลับคืนที่เป็นเวลาส่งเสริมพัฒนาการของทารกได้ ซึ่งพบว่าสิ่งแวดล้อมในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต มีสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างไปจากมดลูกแม่มากมีเสียงรบกวนตลอดเวลาจากเครื่องช่วยหายใจ สัญญาณเตือนต่าง ๆ แสงจ้าตลอดเวลา เป็นต้น ซึ่งลักษณะดังกล่าวจะทำให้ทารกเครียดขัดขวางระยะเวลาหลับคืนมีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารก การดูแลด้านพัฒนาการจึงมุ่งเน้นเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดการใช้เสียงและแสง และการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก วิธีการคือ การจัดให้มีชั่วโมงเงียบสงบลดการใช้เสียง และควรมีการเปิดปิดไฟที่เป็นเวลาเพื่อลดสิ่งกระตุ้นทารก นอกจากนี้แล้วการจัดทำนอนยังมีผลต่อพฤติกรรมทางระบบประสาทและการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของทารก เช่น การจัดทำนอนคว่ำเปรียบเทียบกับทำนอนหงาย พบว่าทำนอนคว่ำจะเพิ่มการขนส่งออกซิเจน ปริมาณอากาศที่หายใจเข้าไป ความยืดหยุ่นของปอด ลดการใช้พลังงาน และพบว่า การจัดทำนอนตะแคงศีรษะและลำตัวอยู่ในแนวกึ่งกลาง งอแขนขาจะช่วยให้ทารกนำมือใส่ปากทำให้ทารกสามารถควบคุมตนเองได้และมีความสุข ควรมีการเปลี่ยนทำนอนทุก 2-3 ชั่วโมง และจัดให้นอนในรัง (nest) ซึ่งทำให้ทารกอยู่ในท่าอึดเหมือนนอนอยู่ในครรภ์มารดา

1.3.4 การดูแลด้านการหายใจ ทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องระบบทางเดินหายใจต้องได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ การดูแลทารกเหล่านี้ คือ การตรวจสอบตำแหน่งความลึกของท่อหลอดลมคอ โดยดูตัวเลขบนท่อหลอดลมคอที่ระดับมุมปาก เขียนป้ายบอกตำแหน่งติดไว้ที่หน้าเตียง ควรตรวจดูท่อหลอดลมคอทุกแคว่โดยดูที่พลาสติกที่ยึดต่อกับผิวหนังว่ายังแน่นอยู่หรือไม่ นอกจากนี้ควรมีการทำสรีระบำบัดทรวงอก เนื่องจากการใส่ท่อหลอดลมคอจะทำให้เกิด การระคายเคืองเนื้อเยื่อหรือเพิ่มสารคัดหลั่ง มีโอกาสเกิดการอุดตันทางเดินหายใจและส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย การทำสรีระบำบัดทรวงอกจะช่วยให้เสมหะหลุดออกจากหลอดลมฝอยสู่หลอดลมใหญ่และคัดออกได้ง่าย ช่วยให้การระบายอากาศในปอดได้ดีขึ้น และนอกจากนี้แล้วควรมีการประเมินความต้องการในการดูแลเสมหะเมื่อจำเป็น เช่น การหายใจผิดปกติ มีเสียงเสมหะ ทารกมีอาการกระสับกระส่าย เป็นต้น ควรใช้สายดูดเสมหะที่เหมาะสมกับขนาดท่อ

หลอดลมคอ และควรจัดให้ทารกอยู่ในท่านอนที่เหมาะสมศีรษะและลำตัวอยู่ในท่าที่เป็นกลาง ลำคอเหยียดเล็กน้อย โดยใช้ผ้ามีวุ้นหนุนรองใต้ไหล่

1.3.5 การดูแลครอบครัว ครอบครัวถือเป็นส่วนหนึ่งของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ที่จะต้องได้รับการดูแลเนื่องจาก เมื่อทารกอยู่ในภาวะวิกฤตและต้องเข้ารับการรักษาตัวใน โรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัว ซึ่งหลายครอบครัวไม่ได้เตรียมความพร้อมสำหรับรับมือกับสภาพการเจ็บป่วยของทารกมาก่อนย่อมทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้แล้วอาจมีปัญหาทางด้านสังคมเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องด้วยความยากจน และการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีบางโรงพยาบาลนำหลักการดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered care) มาใช้ในการดูแล

ในการประชุมผู้ปกครองในสหรัฐอเมริกา (Parenthood in America Conference) เมื่อปี ค.ศ. 1998 ให้ความหมายของการดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางว่า หมายถึง การเข้าถึงผู้รับบริการตั้งแต่การวางแผน การส่งต่อ และการประเมินผลในการดูแลสุขภาพ บนพื้นฐานของการร่วมมือระหว่างผู้รับบริการ ครอบครัวของผู้รับบริการและบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดระบบบริการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ (Musk & Aronson, 1998 อ้างถึงใน ชลิตา ธนัฐธิกรกุล, 2546) โดย อูรพล บุญประกอบ (2542) ได้เสนอแนวทางในการจัดการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตดังนี้ แนะนำบุคลากรที่ดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตและควรจัดบุคลากรที่มีเวลาในการทำ ความคุ้นเคยกับบิดามารดาและครอบครัวแต่ละรายเพื่อให้เกิดความเชื่อถือและไว้วางใจ อธิบายเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ รวมถึงเครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้ในการดูแล จัดเวลาและสถานที่ให้ข้อมูลแก่ บิดามารดาและครอบครัว จัดเอกสารแผ่นพับ หรือสื่ออื่น ๆ เช่น เทปวีดีโอที่อธิบายเกี่ยวกับหอผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคที่พบบ่อย และการดูแลรักษา รวมทั้งแหล่งทรัพยากรและองค์กรที่จะช่วยเหลือทารก จัดห้องแยกเฉพาะเพื่อความเป็นส่วนตัว สำหรับการให้ข้อมูลคำปรึกษาเฉพาะราย ไม่ควรเน้นเฉพาะปัญหาของบุตร ควรนึกถึงความรู้สึกและปฏิกิริยาของบิดามารดาด้วย แนะนำให้ บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรในเวลาที่เหมาะสม เอื้ออำนวยต่อการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างบิดามารดาและบุตร โดยสนับสนุนให้บิดามารดาและครอบครัวได้มีโอกาสเห็น สัมผัส รวมทั้งการให้อุ้มบุตรแบบแม่จิง ใจเมื่ทารกที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจมีอาการคงที่ เพราะเป็นขบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพัน และเผชิญกับความรู้สึกสูญเสียได้วิธีการหนึ่ง ควรจัด กลุ่มช่วยเหลือจากกลุ่มบิดามารดาและครอบครัวด้วยกัน โดยเลือกจากบิดามารดาและครอบครัวที่มี ประสบการณ์ผ่านวิกฤตการณ์เดียวกันมาแล้ว และสมัครใจเข้าร่วมกลุ่มสัมพันธ์ และจัดการสอนฝึก ทักษะแก่บิดามารดาสำหรับการดูแลทารกที่บ้านหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ดังนั้น จะเห็นว่าการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตถือเป็นส่วนหนึ่งตามแนวคิดของการดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (ชลิดา ธนัฐธีรกุล, 2546) ซึ่งในการศึกษาค้างนี้มารดาของทารกกลุ่มดังกล่าวนี้ถือเป็นผู้ดูแลที่มีความใกล้ชิดทารกมากที่สุด และจากการทบทวนวรรณกรรมในข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตต้องดูแลให้รอบด้านทั้งทางกายภาพและการดูแลครอบครัวของทารกไปพร้อมกัน ทั้งนี้คาดหวังว่าจะทำให้มารดาสามารถแสดงบทบาทของการเป็นมารดา และแสดงความรักความผูกพันต่อทารกได้มากขึ้น โดยมีพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารก

2. แนวคิดการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วย

ความหมายของการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยมีผู้อธิบาย ดังนี้

Stull and Deatrck (1986) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองขณะเด็กป่วยอยู่โรงพยาบาลประกอบด้วยกิจกรรมที่ผู้ปกครองปฏิบัติมี 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ทำให้กับเด็กโดยตรง เช่น กิจกรรมการเล่น การเตรียมทางร่างกายก่อนและหลังผ่าตัด การดูแลความสุขสบาย การทบทวนบทเรียนหรือการบ้าน เป็นต้น กิจกรรมที่ทำให้กับเด็กโดยอ้อม เช่น การร่วมปรึกษาหารือระหว่างผู้ปกครองกับทีมสุขภาพ และสุดท้ายคือกิจกรรมของผู้ปกครอง เช่น การใช้เวลากับผู้ป่วยเด็กหรือผู้ปกครองอื่น ๆ และการใช้เวลาสำหรับตัวผู้ปกครองเอง

Callery and Smilth (1991) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง คือ กิจกรรมการดูแลที่ผู้ปกครองทำให้กับเด็กป่วยโดยตรง และเป็นกิจกรรมการมีส่วนร่วมที่ทำเป็นประจำ

Schepp and Pia (1995) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง คือ กิจกรรมที่ผู้ปกครองปฏิบัติจริงและต้องการปฏิบัติแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลในกิจกรรมที่ทำประจำ การตัดสินใจในการดูแล การดูแลกิจกรรมการพยาบาล และการแลกเปลี่ยนข้อมูล

Neill (1996) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง คือ การที่ผู้ปกครองได้เข้าร่วมหรือได้รับอนุญาตให้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ การดูแลผู้ป่วย หรือการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย

Coyne (1996) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง คือ การเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกันระหว่างครอบครัวและพยาบาล ซึ่งเป็นการเข้าไปมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจและการเจรจาตกลงเงื่อนไขการดูแลผู้ป่วยเด็กด้วยความสมัครใจ ภายใต้บริบทของหุ้นส่วนการดูแล และถือว่าการครอบครัวเป็นหน่วยหนึ่งในการดูแล

Henson (1997) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน (mutual participation) ว่าเป็นรูปแบบที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนให้เข้าไปมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในลักษณะเป็นผู้ริเริ่มกระทำด้วยความสมัครใจ ของทั้งพยาบาลและผู้รับบริการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกัน การมีส่วนร่วมในลักษณะนี้จะอยู่กึ่งกลางความสมดุลระหว่างการดูแลตนเองของผู้ป่วยกับการดูแลผู้ป่วยโดยพยาบาล ประกอบด้วย Consumerism คือ การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ Negotiation คือ การทำความเข้าใจและตกลงร่วมกัน Participation คือ การร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การปฏิบัติ รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง

Followfield (2001 อ้างถึงใน สิริพร เกษไชย, 2547) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยอย่างแท้จริง (true patient participation) ว่าหมายรวมทั้งการได้รับรู้ข้อมูลที่ครบถ้วนและเพียงพอตลอดจนการได้ร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้สรุปความหมายของ การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กเพื่อใช้ในการศึกษาครั้งนี้ว่า หมายถึง การที่มารดาได้ดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ที่มารดาได้ปฏิบัติและต้องการปฏิบัติดูแลทารกขณะที่ทารกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านกิจกรรมการพยาบาล ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล และการตัดสินใจในการดูแล

2.2 ลักษณะการมีส่วนร่วมดูแล

มีผู้ศึกษาถึง “ลักษณะการมีส่วนร่วมดูแล” ไว้หลายรูปแบบดังนี้

2.2.1 แนวคิดการมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน (mutual participation) Henson (1997) ได้วิเคราะห์แนวคิดการมีส่วนร่วม (mutual participation) โดยนำเสนอว่า “การมีส่วนร่วม” มีรากศัพท์มาจากคำว่า การเปลี่ยนแปลง (mutate) และการเปลี่ยนแปลง (exchange) คือ การให้และรับที่เท่าเทียมกันซึ่งเป็นรูปแบบการพยาบาลที่อยู่กึ่งกลางมีความสมดุลระหว่างการดูแลตนเองของผู้ป่วยกับการดูแลโดยมีองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (consumerism) การทำความเข้าใจตกลงร่วมกัน (negotiation) และการร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น (participation) มีรายละเอียดดังภาพที่ 2



ต้องการ หากการดูแลใดที่มารดาไม่ต้องการแต่มีความจำเป็นหรือเป็นวิธีที่ต้องการแต่พยาบาลเห็นว่าไม่เหมาะสมพยาบาลต้องมีการแจ้งและอธิบายเหตุผลให้มารดาทราบ

3) การมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (participation) เป็นวิธีการที่ให้มารดาและพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ร่วมกันวางแผนและประเมินกิจกรรมการพยาบาล พยาบาลควรมีคุณลักษณะ กิริยาท่าทางเป็นมิตร มีการสร้างสัมพันธภาพ แสดงความรู้สึกรจริงใจ สะท้อนความเข้าใจเป็นระยะเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกัน ใช้คำพูดที่ทำให้เกียรติซึ่งกันและกัน และแลกเปลี่ยนคำแนะนำจากความรู้ประสบการณ์ที่ตนเองชำนาญ พยาบาลนำเสนอวิธีการที่ถูกต้องและเหมาะสมในการดูแลบุตร และมารดานำเสนอวิธีการดูแลบุตรที่เคยปฏิบัติมาแล้วได้ผล

2.2.2 แนวคิดการมีส่วนร่วมซึ่งกันและกันในการดูแล (nursing mutual participation model of care: NMPMC) เป็นแนวคิดของ Curly (1996) ซึ่งกล่าวถึงการมีส่วนร่วมซึ่งกันและกันในการดูแลที่มุ่งเน้นการปฏิบัติกรพยาบาลเป็นรายบุคคล เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ปกครองที่มีบุตรป่วยเข้ารับการศึกษานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต กระบวนการมีส่วนร่วมซึ่งกันและกันในการดูแล คือ การสร้างสัมพันธภาพกับมารดา สัมพันธภาพระหว่างมารดากับพยาบาลมีความเท่าเทียมกัน ฟังพาทซึ่งกันและกันและมีความพึงพอใจร่วมกันระหว่างมารดากับพยาบาล ประเมินการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร พิจารณาเป้าหมาย วัตถุประสงค์และความคาดหวังของมารดาเพื่อตอบสนองให้ตรงกับความต้องการที่เป็นจริงของมารดาแต่ละราย แนวคิดการมีส่วนร่วมซึ่งกันและกันในการดูแลได้เสนอ แนวกิจกรรมการมีส่วนร่วม คือ กิจกรรมการพยาบาลในช่วงวิกฤต การดูแลประจำวัน และกลยุทธ์ในการสร้างความสามารถของมารดาครอบคลุมถึงการเตรียมข้อมูลที่จะสอน แนะนำ ให้ความรู้ การให้คำแนะนำล่วงหน้าเกี่ยวกับการดำเนินความเจ็บป่วยของบุตร การจัดเตรียมแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับมารดา การช่วยเหลือส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดากับบุตร

2.2.3 แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของ Schepp and Pia (1995) ได้กล่าวถึงแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลว่าเป็นการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองได้ปฏิบัติ (Parent actual participation) และการมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองปรารถนาที่จะปฏิบัติ (Parent preferred participation) ซึ่งการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมด้านการดูแลกิจกรรมที่ทำประจำ (routine care participation) การมีส่วนร่วมด้านการดูแลกิจกรรมพยาบาล (technical care participation) การมีส่วนร่วมด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล (information sharing participation) และการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย

(decision-making participation) และถ้าสิ่งที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับสิ่งที่ผู้ปกครองปรารถนาจะปฏิบัติไม่ตรงกัน จะส่งผลให้ผู้ปกครองเกิดความเครียดได้ โดยกิจกรรมด้านต่าง ๆ มีรายละเอียดดังนี้

1) การมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมที่ทำประจำ (routine care participation) หมายถึง การที่ผู้ปกครองได้เข้าร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมที่ทำประจำ ในเรื่องการอยู่กับเด็กป่วยขณะเด็กป่วยอยู่ในโรงพยาบาล การเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การให้อาหารหรือช่วยเหลือเด็กป่วยอาบน้ำ หรือการช่วยเหลือเด็กป่วยเปลี่ยนเสื้อผ้า และการเปลี่ยนผ้าปูที่นอนให้เด็กป่วย

2) การมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมการพยาบาล (technical care participation) หมายถึง การที่ผู้ปกครองได้เข้าร่วมในการดูแลเมื่อเด็กป่วยได้รับกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในเรื่องการอยู่กับเด็กป่วยและช่วยเหลือเด็กป่วยในระหว่างการทำกิจกรรมการพยาบาลที่ทำประจำ เช่น การวัดอุณหภูมิหรือความดันโลหิต การตรวจร่างกาย การอยู่กับเด็กป่วย และการช่วยเหลือเด็กป่วยในระหว่างที่ได้รับการตรวจรักษา เช่น การแทงเข็มให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำหรือการเจาะเลือด การปลอบโยนเด็กป่วยระหว่างที่ได้รับการตรวจรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด การไปส่งเด็กป่วยเพื่อรับการตรวจพิเศษที่ไม่ทำในห้องพักของเด็กป่วย เช่น เอกซเรย์ การให้ยาทางปากแก่เด็กป่วย และการเป็นผู้ทำการดูแลพิเศษที่เด็กป่วยต้องได้รับ เช่น การเปลี่ยนผ้าพันแผล เป็นต้น

3) การมีส่วนร่วมด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล (information sharing participation) หมายถึง การที่ผู้ปกครองได้มีโอกาสให้หรือรับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลรักษาพยาบาลเด็กป่วยร่วมกันกับบุคลากรทางการแพทย์ และพยาบาลอธิบายเกี่ยวกับแผนการรักษาของเด็กป่วย และการได้รับการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กป่วยตามความเป็นจริง

4) การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย (decision-making participation) หมายถึง การที่ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย ในเรื่องการเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจและการรักษาที่บุตรได้รับ การเลือกเป็นผู้อธิบายกิจกรรมการรักษาพยาบาลแก่เด็กป่วยก่อนที่เด็กป่วยจะได้รับกิจกรรมนั้น ๆ การเป็นผู้เลือกบุคลากรพยาบาลที่ดูแลเด็กป่วย การเป็นผู้ตัดสินใจว่าใครควรเยี่ยมเด็กป่วย การเลือกเป็นผู้วัดอุณหภูมิให้เด็กป่วยและการให้บุคลากรพยาบาลขออนุญาตผู้ปกครองก่อนที่จะปลุกเด็กป่วยให้ตื่น

การศึกษาการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตของมารดาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของ Schepp and Pia (1995)

เป็นกรอบแนวคิด เนื่องจากได้อธิบายไว้ชัดเจนถึงกิจกรรมด้านต่าง ๆ ที่ให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้แก่ การดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำ การดูแลด้านกิจกรรมการพยาบาล ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล และด้านการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย ซึ่งง่ายต่อการนำไปใช้กำหนดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงกิจกรรมการมีส่วนร่วมของมารดาโดยมีการเพิ่มเติมบางกิจกรรมและตัดบางกิจกรรมออกให้เหมาะสมกับการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต เช่น กิจกรรมที่ทำประจำ ได้เพิ่มการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การส่งเสริมพัฒนาการทารก และกิจกรรมการตัดสินใจดูแลได้ตัดการเลือกเป็นผู้อธิบายกิจกรรมการรักษายาบาลแก่เด็กป่วยก่อนที่เด็กป่วยจะได้รับกิจกรรมนั้น ๆ ออกไป นอกจากนี้แล้ว ผู้วิจัยได้รวมกิจกรรมการแลกเปลี่ยนข้อมูลและกิจกรรมการตัดสินใจในการดูแลเข้าด้วยกันเนื่องจากมีลักษณะของกิจกรรมที่มีความต่อเนื่องและเกี่ยวข้องกัน โดยแบ่งกิจกรรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำ คือ กิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลทารกเกี่ยวกับการดูแลสุขวิทยาทารก ได้แก่ การอาบน้ำ เช็ดตัว ให้บุตรประจำวัน การทำความสะอาดให้บุตรหลังขับถ่าย การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และการส่งเสริมพัฒนาการทารก

2) การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมการพยาบาล คือ กิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลทารกเกี่ยวกับการปลอม โยนบุตรขณะทำกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การจับ สัมผัส หรืออุ้มทารกขณะทำกิจกรรมการพยาบาล การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของทารกขณะได้รับนม ได้แก่ การสังเกตการหายใจ การตรวจดูการเคลื่อนไหวของสายให้อาหาร การอยู่กับบุตรและการปลอม โยนบุตรในระหว่างแพทย์ทำการตรวจรักษา การช่วยเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติบริเวณให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

3) การมีส่วนร่วมด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจในการดูแล คือ กิจกรรมการให้และการแลกเปลี่ยนข้อมูลการเจ็บป่วยของทารกระหว่างมารดาและพยาบาล การเปิดโอกาสให้มารดาแสดงความคิดเห็น และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ในเรื่องการเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจและการเลือกวิธีการรักษายาบาล และการเป็นผู้ตัดสินใจว่าใครควรมาเยี่ยมทารก

2.3 แบบประเมินการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตของมารดา

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยยังไม่พบรายงานเกี่ยวกับวิธีการประเมินหรือเครื่องมือประเมินการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะ

วิกฤตโดยตรง แต่พบว่ามีเครื่องมือการประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วย ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลดังนี้

2.3.1 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง (parental participation assessment instrument: PPAI) (Stull & Deatrick, 1986; Deatrick et al., 1986) ซึ่งประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยโดยตรง ได้แก่ กิจกรรมการเล่น การใช้เวลาเงียบ การดูแลความสุขสบายทั่วไป การดูแลด้านร่างกายก่อนและหลังผ่าตัด การทบทวนบทเรียนหรือการบ้านเด็กป่วย และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยโดยอ้อม เช่น การร่วมปรึกษาหารือระหว่างผู้ปกครองกับทีมสุขภาพ และสุดท้ายคือกิจกรรมของผู้ปกครอง เช่น การให้เวลากับผู้ป่วยเด็กหรือผู้ปกครองอื่น ๆ และการให้เวลาสำหรับ ผู้ปกครองเอง แบบประเมินนี้ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองปรารถนาจะปฏิบัติเพียงด้านเดียว และแบ่งการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านกิจกรรมการพยาบาล และด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล ลักษณะของแบบประเมินมี 12 ข้อ เป็นแบบให้เลือกรับว่าใช่หรือไม่ใช่ ซึ่งทำให้ไม่ทราบว่าแท้จริงแล้วผู้ปกครองปรารถนาจะปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลมากน้อยเพียงใด ดังนั้น การนำแบบประเมินนี้ไปใช้ประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองจึงอาจมีข้อจำกัดและไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร

2.3.2 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วย (index parent participation : IPP) ของ Melnyk (1994 อ้างถึงใน นิสานาล ชีระพันธุ์, 2550) เป็นการประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่อยู่ที่โรงพยาบาลด้านกิจกรรมการพยาบาล โดยการถามผู้ปกครองใน 24 ชั่วโมงแรก ซึ่งกิจกรรมบางอย่างผู้ปกครองอาจยังไม่ได้ปฏิบัติ ดังนั้นการนำแบบประเมินไปใช้ประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองจึงอาจทำให้ได้ข้อมูลไม่เพียงพอ

2.3.3 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล ประกอบด้วยแบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติ (parental actual participation scale: PAPS) และแบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลที่ผู้ปกครองปรารถนาที่จะปฏิบัติ (parental preferred participation scale: PPPS) ของ Schepp and Pia (1995) ซึ่งได้พัฒนามาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1992 โดยการศึกษาเชิงสำรวจกับผู้ปกครองของเด็กป่วยจำนวน 30 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้เหตุการณ์ที่ผู้ปกครองต้องการมีส่วนร่วมเมื่อเด็กป่วยเข้ารับการรักษาทั้งหมด 56 เหตุการณ์ และได้้นำข้อมูลมาหาความเที่ยงของเนื้อหาจากผู้ปกครองของเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 5 ราย ผู้บริหารพยาบาลเด็กจำนวน 5 ราย และผู้ปฏิบัติการพยาบาลเด็ก จำนวน 5 ราย ได้ตัวแทนที่มีความชัดเจนของเหตุการณ์ 24 เหตุการณ์ และมีการพัฒนาลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดระดับคะแนน 4 ระดับ ต่อมาในปี ค.ศ. 1995 Schepp and Pia ได้นำแบบประเมินดังกล่าวมาตรวจสอบคุณภาพกับกลุ่มตัวอย่างมารดาของ

เด็กที่มีความเจ็บป่วยเฉียบพลัน จำนวน 458 ราย โดยการหาความเที่ยงตรงตามโครงสร้าง (construct validity) ด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) ได้แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง 4 ด้าน ทั้งที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติและปรารถนาที่จะปฏิบัติ คือ การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านกิจกรรมการพยาบาล ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล และด้านการตัดสินใจในการดูแล

ต่อมา Balling and McCubbin (2001) ได้นำแบบประเมินการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ผู้ปกครองปรารถนาที่จะปฏิบัติ (parental control-preference scale: PCPS) ซึ่งพัฒนาโดย Schepp (1992) มีข้อคำถาม 24 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีส่วนร่วมเลยจนถึงมีส่วนร่วมตลอดเวลา มาศึกษากับกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองของเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังอายุ 1 ปี ถึง 21 ปี จำนวน 121 คน

สำหรับในประเทศไทย นิชกานต์ ไชยชนะ (2545) ได้แปลย้อนกลับแบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติและปรารถนาที่จะปฏิบัติในโรงพยาบาลของ Schepp and Pia (1995) โดยมีข้อคำถาม 24 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติจนถึงได้ปฏิบัติระดับมาก และนำมาทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังอายุ 1 เดือนถึง 16 ปี จำนวน 145 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้มากกว่า 3 วัน

ภายหลัง อัมพร รอดสุทธิ (2547) ได้นำแบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองที่ได้ปฏิบัติและปรารถนาที่จะปฏิบัติของ Schepp and Pia (1995) ซึ่งแปลโดย นิชกานต์ ไชยชนะ (2545) โดยมีข้อคำถาม 24 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติจนถึงได้ปฏิบัติระดับมาก และนำมาทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองของเด็กป่วยที่มีอายุแรกเกิด-14 ปี จำนวน 225 คน ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนตั้งแต่วันที่ 2 ขึ้นไป

ในปี พ.ศ. 2549 จรัสศรี หินศิลป์ ได้นำแบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองที่ได้ปฏิบัติและปรารถนาที่จะปฏิบัติของ Schepp and Pia (1995) โดยนำมาพัฒนาให้เหมาะสมกับการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดภาวะเสี่ยงสูง โดยมีข้อคำถาม 22 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติจนถึงได้ปฏิบัติระดับมาก และนำมาทดสอบในกลุ่มมารดาทารกแรกเกิดภาวะเสี่ยงสูงจำนวน 140 คน ที่เคยเข้ามาเยี่ยมทารกอย่างน้อย 2 ครั้ง

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าแบบประเมินนี้ได้รับการพัฒนามาโดยลำดับและมีการนำมาใช้ในการประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลในกลุ่มเด็กที่เจ็บป่วยเฉียบพลัน และเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งมีอายุตั้งแต่แรกเกิดเป็นต้นไป เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ แสดงให้เห็นความมากน้อยของการมีส่วนร่วม โดยที่เนื้อหาของ

แบบสอบถามได้แสดงให้เห็นลักษณะของกิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยไว้ชัดเจนและครอบคลุมสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับเด็กป่วยได้ทุกวัย

การศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของ Schepp and Pia (1995) เป็นกรอบแนวคิด และใช้แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่ผู้ปกครองต้องการที่จะปฏิบัติในโรงพยาบาลของ Schepp and Pia (1995) ซึ่งแปลโดย นิชกานต์ ไชยชนะ (2545) และจรัสศรี หินศิลป์ (2549) ได้นำมาพัฒนาให้เหมาะสมกับทารกแรกเกิดภาวะเสี่ยงสูง เนื่องจากเห็นว่าลักษณะของกิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยไว้ชัดเจนและครอบคลุมสามารถนำมาปรับใช้กับเด็กทารกแรกเกิดวิกฤตได้ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำมาดัดแปลงภาษาและปรับปรุงข้อความให้เหมาะสมกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต

2.4 ผลกระทบจากการที่มารดาไม่มีส่วนร่วมหรือมีส่วนร่วมน้อยในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต

การที่มารดาไม่มีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดหรือมีส่วนร่วมน้อยส่งผลกระทบต่อทั้งต่อมารดา ทารกแรกเกิด และบุคลากรพยาบาลดังต่อไปนี้

2.4.1 ผลกระทบต่อมารดา มารดาที่มีส่วนร่วมน้อยหรือไม่มีส่วนร่วมในการดูแลทารกเนื่องจากทารกต้องได้รับการดูแลรักษาเป็นพิเศษและอยู่ในคู่อบรมร่วมกับการใช้อุปกรณ์พิเศษทางการแพทย์ มารดาไม่สามารถอยู่เฝ้าทารกได้ตลอด ส่งผลให้มารดามีโอกาสได้สัมผัสจับต้อง อุ้ม หรือให้การดูแลทารกได้น้อย ทำให้มารดาและทารกต้องแยกจากกัน ย่อมส่งผลให้มารดาขาดโอกาสในการเรียนรู้หรือได้เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต (Holditch-Davis & Miles, 2000; LaMontagne & Pawlak, 1990; Miles, Wilson, & Docherty, 1999) ส่งผลให้มารดารู้สึกสูญเสียบทบาทการเป็นมารดา ไม่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถให้การดูแลทารกได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (Olds, London, & Ladewig, 2000) ทำให้บิดามารดามีความรู้สึกว่าการเลี้ยงดูบุตรเป็นเรื่องยากลำบาก นำไปสู่การไม่สามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา และทำให้การทำหน้าที่เลี้ยงดูเอาใจใส่และให้ความรักแก่ทารกได้ไม่เต็มที่ อาจปล่อยปละละเลยทารกและนำไปสู่ปัญหาการทอดทิ้งบุตรหรือการทำร้ายบุตรได้ในที่สุด

มารดาที่มีส่วนร่วมน้อยหรือไม่มีส่วนร่วมในการดูแลทารกส่งผลให้มารดาเกิดความเครียดและวิตกกังวลเพิ่มขึ้น เนื่องจากทารกอยู่ในภาวะวิกฤต ทำให้มารดามีโอกาสน้อยในการดูแล

ทารก จากการศึกษาของ Miles et al. (1993 อ้างถึงใน กมลเนตร ใฝ่ชำนาญ, 2546) พบว่าสาเหตุที่ทำให้มารดาเกิดความเครียดสูงสุด คือ การเปลี่ยนแปลงบทบาทการเป็นบิดามารดา ลักษณะและพฤติกรรมของบุตร เนื่องจากการที่ทารกต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตทำให้มารดาขาดโอกาสในการดูแลทารกอย่างใกล้ชิด สอดคล้องกับการศึกษาของกมลเนตร ใฝ่ชำนาญ (2546) และปัทมกร สิงห์กล้า (2550) พบว่ามารดาที่ไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมซึ่งกันและกันกับพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดมีระดับความเครียดสูงกว่า แต่มีค่าเฉลี่ยคะแนนบทบาทการเป็นมารดาต่ำกว่ามารดาในกลุ่มที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมซึ่งกันและกันกับพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด จากการศึกษาของ Seideman et al. (1997 อ้างถึงใน กมลเนตร ใฝ่ชำนาญ, 2546) พบว่าการเปลี่ยนแปลงบทบาทของบิดามารดา และพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ทำให้บิดามารดาเกิดความเครียด แหล่งที่ก่อให้เกิดความเครียดของบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤตซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ สภาพแวดล้อมในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต ลักษณะและพฤติกรรมของบุตรที่ปรากฏ ลักษณะพฤติกรรมการสื่อสารของเจ้าหน้าที่ และการเปลี่ยนแปลงบทบาทการเป็นบิดามารดา (Miles, 1992) ซึ่งที่กล่าวมานี้ส่งผลกระทบต่อการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต

นอกจากนี้แล้ว ลักษณะของสิ่งแวดล้อมยังส่งผลทำให้มารดาเกิดความเครียดและวิตกกังวล พบว่าหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดมีลักษณะแตกต่างไปจากหอผู้ป่วยทั่วไปซึ่งประกอบไปด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยต่าง ๆ ลักษณะของแพทย์และพยาบาลที่ให้การดูแลทารกอย่างใกล้ชิดโดยมุ่งให้การดูแลช่วยเหลือชีวิตทารกเป็นอันดับแรก และจะพบว่ามี การสื่อสารกับมารดาและญาติน้อย ด้วยข้อจำกัดของเวลาและอาจขาดความรู้ความเข้าใจในความต้องการของญาติ (Daley, 1984) ทำให้มารดาเกิดความไม่แน่ใจในความปลอดภัยของทารกส่งผลให้เกิดความเครียด และเมื่อมารดาเข้าเยี่ยมทารกได้พบกับอุปกรณ์พิเศษทางการแพทย์ เช่น ตู้อบอุปกรณ์การให้ออกซิเจนชนิดต่างๆ เครื่องส่องไฟ เครื่องควบคุมหยุดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เครื่องวัดและติดตามสัญญาณชีพและค่าความอิมพัลส์ของออกซิเจนในเลือด รวมทั้งภาพและลักษณะของทารกที่ปรากฏทำให้มารดารู้สึกตกใจและเครียด รับรู้ว่าการมีความเจ็บป่วยรุนแรงและอาจเป็นอันตรายแก่ชีวิต (Bell, 1997; Johnson, 1998) การเจ็บป่วยที่ผิดปกติของทารกจะทำให้มารดา รู้สึกอึดอัด รู้สึกผิดและลงโทษตนเองว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้บุตรเจ็บป่วยขึ้น มีความวิตกกังวลที่ตนไม่สามารถให้กำเนิดบุตรที่แข็งแรงได้เช่นมารดาคนอื่นๆ (Gennaro, 1986 อ้างถึงใน สุนทรีย์ ภิญญามิตร, 2539) และพบว่าลักษณะและพฤติกรรมของบุตรที่ปรากฏเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่มารดามากที่สุด (พรศิริ ใจสม, 2536)

สรุปได้ว่ามารดาที่มีส่วนร่วมน้อยหรือไม่มีส่วนร่วมในการดูแลทารกส่งผลกระทบต่อให้มารดาขาดโอกาสในการเรียนรู้หรือได้เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลทารก ไม่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ซึ่งนำไปสู่การไม่สามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาและอาจเกิดปัญหาในการเลี้ยงดูทารกต่อไปเมื่อทารกกลับไปอยู่บ้าน และส่งผลให้มารดาเกิดความเครียดและวิตกกังวล เนื่องจากลักษณะของสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่มีลักษณะพิเศษแตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไป และเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยของทารกและลักษณะพฤติกรรมของทารก โดยยังไม่มีประเด็นที่เกี่ยวกับความคิดเห็นของพยาบาลที่มีต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกของมารดา

2.4.2 ผลกระทบต่อทารกแรกเกิด ภาวะวิกฤตของทารกตั้งแต่แรกเกิดส่งผลให้ทารกต้องได้รับการดูแลรักษาเป็นพิเศษ ทำให้ทารกและมารดาต้องแยกจากกันทันทีภายหลังคลอด อีกทั้งมารดายังไม่สามารถอยู่เฝ้าทารกแรกเกิดได้ ต้องเข้าเยี่ยมทารกได้ตามเวลาที่หอผู้ป่วยกำหนด ทำให้ความผูกพันระหว่างมารดากับทารกแรกเกิดมีน้อยและไม่ต่อเนื่อง ทารกได้รับการสัมผัสจับต้องหรือดูแลจากมารดาน้อย ขาดการกระตุ้นที่เหมาะสม และได้รับการกระตุ้นที่มากเกินไปภายในหอผู้ป่วย เช่น เสียง และแสง เป็นต้น ซึ่งพบว่าการกระตุ้นทั้งสองแบบดังกล่าว ล้วนทำให้เกิดความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของมนุษย์ ทารกได้เรียนรู้จากประสาทสัมผัสและได้รับการตอบสนองความต้องการน้อยและไม่สม่ำเสมอ ส่งผลให้ทารกเกิดความรู้สึกไม่ไว้วางใจต่อมารดาและบุคคลอื่นหรือเกิดขึ้นน้อย และเกิดความผูกพันกับมารดาน้อย (Erikson, 1963) ทารกหายจากการเจ็บป่วยช้าและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของทารก ทารกกลายเป็นเด็กที่เลี้ยงไม่โต (failure to thrive) มีพัฒนาการล่าช้าเนื่องจากกระบวนการพัฒนาความผูกพัน เริ่มต้นตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์มารดาและต่อเนื่องภายหลังเกิด โดยจะพัฒนาเพิ่มขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ที่สม่ำเสมอระหว่างมารดากับทารกจากการที่มารดาได้มีโอกาสดูแลทารกโดยตรง เช่น การสัมผัส การอุ้ม การให้นม การข้มจ้องหน้าหรือการพูดคุย เป็นต้น (Klaus & Kennell, 1982) ซึ่งทารกจะมีโอกาสเรียนรู้จากประสาทสัมผัส เช่น การมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส การลิ้มรส และการได้กลิ่นมารดา (Barnard, 1998) และประสบการณ์จากประสาทสัมผัสเหล่านี้จะมีผลต่อพัฒนาการด้านร่างกายและด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมของทารก (Blackburn, 1998; Blackburn & Loper, 1992) ซึ่งช่วงเวลาตั้งแต่แรกเกิดถึงขวบปีแรกของทารกเป็นช่วงที่พัฒนาความรู้สึกไว้วางใจและความรู้สึกไม่ไว้วางใจสิ่งแวดล้อมหรือผู้ดูแล (Erikson, 1963) ทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตที่มีโอกาสได้สัมผัสใกล้ชิดกับมารดาน้อย ส่งผลให้ทารกต้องใช้เวลาในการรักษาที่โรงพยาบาลนานยิ่งขึ้น และมีโอกาสกลับเข้ามารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลมากขึ้น



2.4.3 ผลกระทบต่อนิวเคลียร์พยายาล การที่มารดาของทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูงไม่มีส่วนร่วมดูแลหรือมีส่วนร่วมน้อยทำให้บุคลากรพยายาลไม่ได้รับข้อมูลที่จำเป็นต่อการรักษาพยายาลหรือได้รับน้อย เช่น ประวัติความเจ็บป่วยของมารดาในระยะตั้งครรภ์ หรือความผิดปกติของทารกแรกเกิดก่อนเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดเสี่ยงสูง เนื่องจากบุคลากรพยายาลและมารดาขาดโอกาสในการสร้างสัมพันธภาพ ทำให้มารดาไม่กล้าที่จะพูดคุยเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกับบุคลากรพยายาล นอกจากนี้ยังทำให้บุคลากรพยายาลขาดโอกาสในการช่วยให้มารดาได้เรียนรู้ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับทารกแรกเกิด ได้แก่ อาการแสดงความผิดปกติต่าง ๆ สื่อสัญญาณทารก การตอบสนองสื่อสัญญาณทารก การเจริญเติบโตและพัฒนาการ รวมถึงวิธีการดูแลทารกแรกเกิดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (Hunsberger, 1989; Neill, 1996) แม้ว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกของมารดาจะมีผลต่อการทำงานของพยายาล แต่ที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาความคิดเห็นของพยายาลที่มีต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกของมารดา

2.5 ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของผู้วิจัยคาดว่า การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตจะมีประโยชน์ดังต่อไปนี้

2.5.1 ประโยชน์ต่อทารกแรกเกิด

เมื่อมารดาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดทำให้มารดาและทารกได้มีปฏิสัมพันธ์กันทำให้มารดาได้เรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมทารก และสามารถให้การตอบสนองความต้องการของทารกได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม จะก่อให้เกิดความผูกพันระหว่างทารกกับมารดา (Klaus & Kennell, 1982) นอกจากนี้แล้วทารกจะได้รับการส่งเสริมพัฒนาการผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้าที่ทารกได้รับจากมารดา ทำให้มีการคงอยู่ของเซลล์ประสาทสมองและจุดเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาทสมอง (Blackburn, 1998; Blackburn & Loper, 1992) ซึ่งมีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของทารก ได้แก่

2.5.1.1 พัฒนาการด้านร่างกาย เมื่อทารกได้รับการสัมผัสจากมารดาอย่างสม่ำเสมอ ทารกจะมีการเจริญเติบโตเพิ่มขึ้น เนื่องจากการโอบกอดสัมผัสจากมารดาอย่างสม่ำเสมอจะช่วยกระตุ้นปลายประสาทสัมผัสที่ผิวหนังและส่งกระแสประสาทไปยังต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนที่ช่วยในการเจริญเติบโต ไทรอยด์ฮอร์โมน และอินซูลิน ซึ่งช่วยในการย่อยและเผาผลาญอาหาร เช่น ไขมัน และคาร์โบไฮเดรต มีการสังเคราะห์โปรตีนเพิ่มขึ้นและช่วยให้ระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ทำให้ทารกมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (วาริชา เจนจินดามัย, 2542) ดังผลการศึกษาเกี่ยวกับผลการสัมผัสจากมารดาต่อการเจริญเติบโตของทารกคลอดก่อนกำหนดและความ

ผูกพันระหว่างมารดากับทารกของสุริย์รัตน์ ชลันธรและมณีรัตน์ ภาครูป (2546) ที่พบว่า การส่งเสริมให้มารดาของทารกคลอดก่อนกำหนดได้เข้ามาดูแลและสัมผัสทารกวันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที ก่อนให้นม 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 7 วันติดต่อกัน ทำให้ทารกมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และผลการศึกษาเกี่ยวกับผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดากับทารก ต่อความผูกพันระหว่างมารดากับทารกและการเจริญเติบโตของทารกคลอดก่อนกำหนดของ ทศนีย์ ตรีสายลักษณ์ (2542) ที่พบว่า กลุ่มของทารกที่ได้รับการส่งเสริมปฏิสัมพันธ์จากมารดาด้วยการมอง พูดคุย และสัมผัส มีอัตราการเพิ่มของน้ำหนักตัว ความยาวลำตัวและความยาวเส้นรอบวงศีรษะมากกว่าทารกกลุ่มที่ไม่ได้รับการส่งเสริมปฏิสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.5.1.2 พัฒนาการด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างมารดากับทารกนั้น เมื่อทารกแสดงพฤติกรรมหรือสื่อสัญญาณที่แสดงถึงความต้องการและได้รับการตอบสนองที่เหมาะสมจากมารดา ทารกจะเรียนรู้ว่าพฤติกรรมของตนมีความสำคัญต่อมารดา ทารกจึงมีความไว้วางใจต่อมารดาและมีความผูกพันกับมารดามากขึ้น ซึ่งจะเป็นพื้นฐานในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มีผลต่อไปถึงการเริ่มต้นไว้วางใจตนเองรวมทั้งบุคคลอื่น ทารกจึงมีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์น้อย เมื่อทารกเติบโตขึ้นจะกลายเป็นบุคคลที่มีความมั่นคงทางด้านจิตใจ มีความอดทนและมั่นใจในตนเอง (Beckwith, Rodning, & Cohen, 1992; Olds et al., 2000)

2.5.2 ประโยชน์ต่อมารดา

การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดมีประโยชน์ต่อมารดาของทารก กล่าวคือ มารดาจะมีโอกาสเรียนรู้วิธีการดูแลทารก การตอบสนองความต้องการตามสื่อสัญญาณทารก ทำให้มารดามีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลทารกและสามารถให้การดูแลทารกได้ถูกต้อง ส่งผลให้มารดาและทารกมีความผูกพันกัน (Barnard et al., 1989) สอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดากับทารกต่อความผูกพันกันระหว่างมารดากับทารกและการเจริญเติบโตของทารกคลอดก่อนกำหนดของ ทศนีย์ ตรีสายลักษณ์ (2542) พบว่ามารดาที่ได้รับการส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์กับทารกด้วยการมอง พูดคุย และสัมผัส ขณะเข้าเยี่ยมทารกตั้งแต่ระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังคลอด และปฏิบัติต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ มีความผูกพันกับทารกมากกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์กับทารก และการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดช่วยลดความเครียดและวิตกกังวลของมารดา สอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมพื้นฐานที่ช่วยพัฒนาจิตใจของมารดาและปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดา-ทารกคลอดก่อนกำหนดขณะให้นม Meyer et al. (1994) ที่พบว่า มารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้เข้ามาฝึกหัดให้นมจากขวดแก่บุตรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดก่อน

ได้รับอนุญาตให้กลับบ้านมีปฏิสัมพันธ์กับทารกในขณะที่ให้นม มีความเครียดและมีอาการซึมเศร้าลดลง รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเพิ่มขึ้นและมีความมั่นใจในการดูแลบุตร อีกทั้งมารดายังมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนข้อมูลหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลที่ทารกได้รับจากบุคลากรสุขภาพตามความเป็นจริงและมีความเข้าใจมากขึ้น (Palmer, 1993) ดังผลการศึกษาเกี่ยวกับผลของการจัดการระบบการให้มารดาเข้าเยี่ยมบุตรทารกตลอดก่อนกำหนดต่อความวิตกกังวลของมารดาของ ฌ็องซูพร ฉันทวรลักษณ์ (2546) ที่พบว่า การให้มารดาได้สัมผัสทารกขณะเข้าเยี่ยม ได้รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วย ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับบทบาทของมารดาในการดูแลทารก รวมทั้งการให้มารดาได้เรียนรู้วิธีการดูแลทารก ทำให้มารดามีความวิตกกังวลลดลง ผู้ปกครองรู้สึกว่าคุณค่า ได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยเด็กและสามารถดูแลได้อย่างต่อเนื่อง (Pongjaturawit, 2005)

2.5.3 ประโยชน์ต่อบุคลากรพยาบาล

การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ทำให้บุคลากรพยาบาล ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของทารกอย่างละเอียดและถูกต้อง เมื่อมารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารกมีการติดต่อสื่อสารกับพยาบาล ทำให้บุคลากรพยาบาลและมารดามีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มารดาจะมีความกล้าในการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคลากรพยาบาล ทำให้บุคลากรพยาบาลได้รับข้อมูลที่จำเป็นต่อการรักษาพยาบาลมากขึ้น (Hunsberger, 1989; Neill, 1996) บุคลากรพยาบาลมีโอกาสดูแลช่วยให้มารดาเรียนรู้ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับทารก ได้แก่ อาการแสดงความผิดปกติต่าง ๆ สื่อสัญญาณทารก (infant cue) การตอบสนองสื่อสัญญาณทารก การเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารก (Mercer, 1998) มารดาได้มีโอกาสในการดูแลทารกช่วยลดภาระงานของพยาบาล (Pongjaturawit, 2005) นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยหรือผู้ดูแลกับพยาบาลยังทำให้พยาบาลรู้สึกที่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้เพิ่มความตระหนักในการให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล มีส่วนร่วมดูแลและทำให้พยาบาลได้ริเริ่มสร้างสรรค์ให้ทางเลือกในการดูแลแก่ผู้ป่วย (Henson, 1997)

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยตามแนวคิดของ เชปปี้

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลโดยใช้แนวคิดของ Schepp and Pia (1995) โดยแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างกันระหว่างการมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติจริงและผู้ปกครองต้องการปฏิบัติ ดังนี้

ฉิชกานต์ ไชยชนะ (2545) ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 145 ราย ใช้แบบประเมินการมีส่วนร่วม

ของ Schepp and Pia (1995) แบบประเมินกล่าวถึงการมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองปฏิบัติจริงและปรารถนาจะปฏิบัติ และแบ่งการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำ 6 ข้อ ด้านกิจกรรมการพยาบาล 8 ข้อ ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล 4 ข้อ และการตัดสินใจในการดูแล 6 ข้อ รวม 24 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตรวัดระดับคะแนน 4 ระดับ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ปกครองร้อยละ 78.60 ปรารถนาที่จะปฏิบัติกรมีส่วนร่วมในการดูแล และปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในด้านกิจกรรมที่ทำประจำร้อยละ 85.50 ด้านกิจกรรมการพยาบาลร้อยละ 75.90 ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลร้อยละ 91.70 และด้านการตัดสินใจร้อยละ 53.20 สำหรับการมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติกรมีส่วนร่วมในการดูแล พบว่าผู้ปกครองร้อยละ 82.80 มีส่วนร่วมในด้านกิจกรรมที่ทำในระดับมาก ผู้ปกครองร้อยละ 64.80 มีส่วนร่วมด้านกิจกรรมการพยาบาลในระดับมาก ผู้ปกครอง ร้อยละ 44.10 มีส่วนร่วมด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลในระดับมาก และผู้ปกครองร้อยละ 56.60 มีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจในระดับปานกลาง

อัมพร รอดสุทธิ (2547) ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 225 ราย ใช้แบบประเมินการมีส่วนร่วมของ Schepp and Pia (1995) ที่แปลและพัฒนาโดย ฉิชกานต์ ไชยชนะ (2545) แบบประเมินประกอบด้วยกรมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองปฏิบัติจริงและปรารถนาจะปฏิบัติ และแบ่งการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำ 6 ข้อ ด้านกิจกรรมการพยาบาล 8 ข้อ ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล 4 ข้อ และการตัดสินใจในการดูแล 6 ข้อ รวม 24 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตรวัดระดับคะแนน 4 ระดับ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ปกครองร้อยละ 82.70 ปรารถนาที่จะปฏิบัติกรมีส่วนร่วมในการดูแล และส่วนใหญ่ปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในด้านกิจกรรมที่ทำประจำร้อยละ 78.60 ด้านกิจกรรมการพยาบาลร้อยละ 75.10 ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลร้อยละ 84.40 และด้านการตัดสินใจ ร้อยละ 46.70 สำหรับการมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติกรมีส่วนร่วมในการดูแล พบว่า ผู้ปกครองร้อยละ 93.80 มีส่วนร่วมในด้านกิจกรรมที่ทำประจำในระดับปานกลาง ผู้ปกครองร้อยละ 91.50 มีส่วนร่วมด้านกิจกรรมการพยาบาลในระดับมาก ผู้ปกครองร้อยละ 88.90 มีส่วนร่วมด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลในระดับปานกลาง และผู้ปกครองร้อยละ 99.10 มีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจในระดับปานกลาง

จรัสศรี หินศิลป์ (2549) ศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูง จำนวน 140 ราย ใช้แบบประเมินการมีส่วนร่วมของ Schepp and Pia (1995) ที่แปลและพัฒนาโดย ฉิชกานต์ ไชยชนะ (2545) แบบประเมินประกอบด้วยกรมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองปฏิบัติจริงและปรารถนาจะปฏิบัติ และแบ่งการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองออกเป็น 4 ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำ 5 ข้อ ด้านกิจกรรมการพยาบาล 8 ข้อ ด้านการ

แลกเปลี่ยนข้อมูล 4 ข้อ และการตัดสินใจในการดูแล 5 ข้อ รวม 22 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตรวัดระดับคะแนน 4 ระดับผลการวิจัยพบว่า มารดาได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมในระดับน้อย (ร้อยละ 82.10) ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ มารดาได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.40) และน้อย (ร้อยละ 39.30) ด้านกิจกรรมการพยาบาลมารดาได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมในระดับน้อย (ร้อยละ 58.50) และไม่ได้ปฏิบัติ (ร้อยละ 37.90) ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลมารดาได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมในระดับมาก (ร้อยละ 47.10) และปานกลาง (ร้อยละ 46.50) ด้านการตัดสินใจมารดาส่วนใหญ่ไม่ได้มีส่วนร่วม (ร้อยละ 78.60) มารดาปรารถนาที่จะปฏิบัติในการมีส่วนร่วมในระดับมาก (ร้อยละ 55.00) และปานกลาง (ร้อยละ 44.30) มารดาส่วนใหญ่ปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในด้านการกิจกรรมที่ทำประจำ (ร้อยละ 77.10) และด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลในระดับมาก (ร้อยละ 95.00) ในด้านการกิจกรรมการพยาบาลมารดาปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 46.40) และมาก (ร้อยละ 45.00) และด้านการตัดสินใจมารดาปรารถนาที่จะปฏิบัติการมีส่วนร่วมในระดับน้อย (ร้อยละ 48.60) และปานกลาง (ร้อยละ 31.40)

นิศานาด ชีระพันธ์ (2550) ศึกษาการมีส่วนร่วมดูแลของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในระยะแรกวินิจฉัย ผู้ปกครอง และพยาบาล ในผู้ปกครองจำนวน 44 คน พยาบาลผู้ให้การดูแล 18 คน ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในระยะแรกวินิจฉัย 44 คน ใช้แบบประเมินการมีส่วนร่วมของ Schepp and Pia (1995) ที่แปลและพัฒนาโดย ฉิชกานต์ ไชยชนะ (2545) แบบประเมินประกอบด้วยการมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองปฏิบัติจริงและปรารถนาจะปฏิบัติ มีทั้งหมด 27 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตรวัดระดับคะแนน 4 ระดับ พบว่า การมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองปฏิบัติจริงมีคะแนนเฉลี่ย 83.00 คะแนน น้อยกว่าที่ต้องการปฏิบัติซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 90.70 คะแนน การมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองปฏิบัติจริงมีคะแนนมาตรฐาน 86.00 คะแนน น้อยกว่าที่พยาบาลต้องการให้มารดาปฏิบัติ ซึ่งมีคะแนน 96.00 การมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองปฏิบัติจริงจากความคิดเห็นของผู้ปกครองและของพยาบาล มีคะแนนมาตรฐานไม่แตกต่างกัน การมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองต้องการปฏิบัติและพยาบาลต้องการให้ผู้ปกครองปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน

Heermann, Wilson and Wilhelm (2005) ศึกษาบทบาทของมารดาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดจากฐานะบุคคลภายนอกมาเป็นผู้มีส่วนร่วม โดยใช้การสัมภาษณ์มารดา 15 คน ที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดก่อนและหลังการให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารก ผลการศึกษาพบว่า มารดาได้เปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมหลังจากได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารกดังนี้ 1) จากเดิมที่มารดาให้ความสนใจต่อสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เช่น อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย การทำงานของพยาบาล มาเป็นให้ความสำคัญต่อทารก 2) จากเดิมมารดาไม่มีความคิดเห็นว่หน้าที่การดูแลทารกเป็นของพยาบาล โดยมารดาเป็นเพียง

ผู้เยี่ยมชมอาการเปลี่ยนเป็นมารดาที่มีความคิดเห็นว่าหน้าที่การดูแลทารกเป็นของตนเอง 3) กระตุ้นให้มารดามีบทบาทในการดูแลทารกมากขึ้น โดยเปลี่ยนจากผู้เฝ้าดูเป็นผู้กระทำการดูแลเอง และ 4) มารดามีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลมากขึ้นจากการเฝ้าดูเป็นการซักถามข้อสงสัยและแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ

Wigert, Hellstrom and Berg (2008) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกของผู้ปกครองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โดยการสัมภาษณ์ผู้ปกครองที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด จำนวน 37 คน และเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด จำนวน 180 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกของผู้ปกครองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ได้แก่ 1) สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกของผู้ปกครองคือ ห้องพักสำหรับมารดาที่มีเตียงนอนสำหรับให้มารดาได้พักผ่อนหลังคลอดและให้นมบุตรซึ่งช่วยให้มารดาได้ใกล้ชิดกับบุตร นอกจากนี้ภายในห้องยังเป็นที่ให้ผู้ปกครองได้สร้างปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่และสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ปกครองรายอื่น ส่วนสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคในการมีส่วนร่วมดูแลทารกคืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีระบบการทำงานที่หลากหลาย 2) การให้ความสำคัญต่อการรักษาทางการแพทย์โดยไม่สนใจการดูแลอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงของทารก ทำให้ผู้ปกครองให้ความสำคัญที่การรักษาจนละเลยเรื่องการดูแลทารก 3) หากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดมีมากจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลทารกมากขึ้น และ 4) ฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ปกครอง ผู้ปกครองต้องไปทำงานหารายได้ทำให้เป็นอุปสรรคในการมาดูแลทารกที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามุ่งเน้นที่จะศึกษาการมีส่วนร่วมดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ปกครองเท่านั้น ยังไม่พบการศึกษาถึงการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตตามความคิดเห็นของมารดาและพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตนั้นต้องอาศัยความร่วมมือกันทั้งสองฝ่ายคือ ทั้งส่วนของมารดาทารกและส่วนของพยาบาล เพื่อผลการวิจัยที่ได้นำไปใช้ในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลและเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดบทบาทของมารดาและพยาบาลในการมีส่วนร่วมดูแลที่ชัดเจน สอดคล้องกับความต้องการของมารดาและพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตตามความคิดเห็นของมารดาและพยาบาล