

บทที่2

การดำเนินการศึกษา

วิธีการดำเนินการศึกษา

โครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่มารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด ดำเนินการโดยประยุกต์กระบวนการใช้ผลงานวิจัยของไอโอวา(IOWA Model of evidence-based practice to promote quality care)(Titler et al.,2001) ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ดังนี้

1. กำหนดประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการพัฒนาได้จาก
 - 1.1 Problem-focused trigger
 - 1.2 Knowledge-focused trigger
2. พิจารณาปัญหาที่คัดเลือกเป็นตามความต้องการขององค์กร และจัดตั้งทีมเพื่อดำเนินโครงการ
3. สืบค้นหาหลักฐาน/งานวิจัยที่ดีที่สุด วิเคราะห์ ประเมินและสังเคราะห์งานวิจัย
4. เขียนแนวปฏิบัติทางการพยาบาล
5. หาความตรงเชิงเนื้อหา
6. ทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล
7. สร้างเป็นคู่มือ (Nursing manual)
8. เผยแพร่ความรู้ให้กับหน่วยงานอื่นๆ

ขั้นตอนที่1. การกำหนดประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการพัฒนา

การกำหนดประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ผู้ศึกษามีการวิเคราะห์ประเด็นปัญหา จากการปฏิบัติงาน(Problem focused) และจากการพิจารณาปัญหาที่ได้จากการทบทวนองค์ความรู้ (Knowledge focused) ดังนี้

การกำหนดประเด็นปัญหาจากการปฏิบัติงาน (Problem focused)

ผู้ศึกษาได้ศึกษาประเด็นปัญหาจากการปฏิบัติงาน จาก 2 แหล่งข้อมูล ดังนี้

1. จากประสบการณ์การปฏิบัติกรพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ ที่ตึก NICU โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการเป็นเวลา 12 ปี นโยบายของหน่วยงานเพื่อดูแลรักษาและให้การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีอาการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่ผิดปกติภายหลังการคลอดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หรือรับย้ายจากภายนอกโรงพยาบาล ซึ่งทารกส่วนใหญ่มีอาการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจและมีความพิการแต่กำเนิด ต้องได้รับการรักษาพยาบาลเป็นพิเศษ และพบว่าทารกคลอดก่อนกำหนดมีจำนวนเพิ่มขึ้นในแต่ละเดือน และมีมากกว่าทารกคลอดครบกำหนด ทารกกุ่มนี้จึงถูกแยกจากมารดาเข้ามารักษาในตึก NICU มารดามีโอกาสเข้าเยี่ยมในเวลาจำกัด นำมาซึ่งสัมพันธภาพของมารดาและทารกคลอดก่อนกำหนดลดลง ในขณะที่มารดาเข้าเยี่ยมทารก มารดาจะคอยเฝ้ามองทารกผ่าน กระจก ถึงแม้ว่าทารกจะผ่านพ้นช่วงเวลาวิกฤตของชีวิตไปจนถึงช่วงที่รอเลี้ยงโต ซึ่งทีมสุขภาพในตึก NICU พยายามเปิดโอกาสและคอยกระตุ้นให้มารดาได้ทำกิจกรรมกับทารกเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพ แต่มารดาส่วนใหญ่กล่าวคำพูดปฏิเสธทีมสุขภาพทันทีที่ต้องการให้มารดาดูแลบุตร เช่นการสัมผัส การอุ้มเพื่อป้อนนม ทารกคลอดก่อนกำหนด ถึงแม้ว่าสิ่งเหล่านั้นจะเป็นการดูแลที่มารดาต้องการก็ตาม ผู้ศึกษาสังเกตเห็นสีหน้าและท่าทางที่แสดงออกถึงความวิตกกังวล กลัว สีหน้าเคร่งเครียด กล้ามเนื้อเกร็ง ทุกครั้งที่มารดาได้ให้การดูแลบุตรเอง

จากการพูดคุยซักถามในขณะที่ปฏิบัติงานทำให้ได้รับรู้ว่า มารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด เกิดอาการกลัวการสูญเสียบุตร ตกใจกับสภาพของบุตร ไม่กล้าให้การดูแลเนื่องจากอาการเจ็บป่วย และรูปร่างลักษณะของทารกคลอดก่อนกำหนด เช่น รูปร่างเล็ก ผิวหนังบางใส เป็นต้น มารดาเกรงว่าบุตรจะได้ รับอันตรายมากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ กลัวลูกพลัดตกจากมือ มีความเข้าใจและรับรู้ว่าการจับต้องบุตรจะนำเอาเชื้อโรคไปสู่ทารกได้ มารดาจึงไม่กล้าจับต้องทารก ไม่มั่นใจในความสามารถในการดูแลของตนเอง จำเป็นต้องพึ่งพาทีมสุขภาพในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ขณะที่ทารกเข้ารับการรักษาในตึกมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่ จะได้รับคำแนะนำและการให้ความรู้ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด โดยวิธีการสอน สาธิต เช่นการให้นมบุตร การชำระเปลี่ยนผ้าอ้อม การควบคุมอุณหภูมิกาย เป็นต้น และให้มารดาปฏิบัติภายหลังการสอน สาธิต ในแต่ละครั้ง มารดาไม่สามารถกระทำการดูแลบุตรด้วยตนเองได้ มองหาหรือเดินตามพยาบาลทุกครั้ง เมื่อต้องอยู่กับทารกเพียงลำพัง ภายหลังการจำหน่ายทารกกลับบ้าน มารดาส่วนใหญ่โทรศัพท์

มาซักถามข้อมูลการดูแลบุตร หรือการนำบุตรกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีกด้วยอาการ
 สูดสำลัก อาการชักจากการที่ทารกมีไข้สูง เป็นต้น

ผลที่ได้รับจากประสบการณ์ ประเด็นปัญหาที่สำคัญที่ทำให้มารดาทารกคลอดก่อน
 กำหนดไม่สามารถให้การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดได้ เนื่องจากความรู้สึกตกใจ กลัวสูญเสีย
 ทารก เครียด วิตกกังวล ไม่มั่นใจในความสามารถของตนในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด
 พึ่งพาทีมสุขภาพ ความรู้สึกเหล่านี้บั่นทอนพลังอำนาจในตัวบุคคล เมื่อเกิดขึ้นเป็นเวลานานๆไม่ได้
 รับความสนใจแก้ไข พลังอำนาจในตนเองบุคคลจะต่ำลง ไม่มีศักยภาพ ขาดทักษะการดูแลทารก ไม่
 เกิดการแสวงหาความรู้ในการดูแล นำมาซึ่งการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่ไม่มีประสิทธิภาพ

2.จากการศึกษาปรากฏการณ์ของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษา
 ในNICU รพ.จุฬาลงกรณ์ จำนวน 20 ราย เมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2549 ถึงมกราคม พ.ศ.2550
 โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตพฤติกรรมการดูแลทารกของมารดาและใช้แบบประเมินการรับรู้
 พลังอำนาจมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษาปรากฏการณ์มีดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารกคลอดก่อนกำหนด

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดและไม่มี
 ประสบการณ์การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด จำนวน 20 ราย พบว่ามารดามีอายุน้อยกว่า 40 มีอายุต่ำกว่า
 20 ปี รองลงมามารดามีอายุมากกว่า 35 ปี ร้อยละ 35 ตามลำดับ ร้อยละ 50 มีระดับการศึกษาอยู่
 ในระดับมัธยมศึกษา ประกอบอาชีพค้าขาย มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 5000 – 10,000 บาท
 ร้อยละ 90 มีสถานภาพสมรสคู่ และมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว และ ร้อยละ 75 มารดาสามารถ
 มาเยี่ยมบุตรได้ 4-6 วัน ต่อสัปดาห์ ตลอดช่วงเวลาที่ทารกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังแสดงใน
 ตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1

ข้อมูลทั่วไปของมารดาจำแนกตาม จำนวน ร้อยละ (n=20)

ข้อมูลทั่วไปของมารดา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 20	8	40
20 - 30	5	25
มากกว่า 30 ปี	7	35
2. สถานภาพสมรส		
คู่	18	90
หย่าร้าง	2	10
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	-	-
มัธยมศึกษา	10	50
อาชีวศึกษา หรือ อนุปริญญา	6	30
ปริญญาตรี	4	20
4. อาชีพ		
รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ	7	35
ค้าขาย	10	50
แม่บ้าน	3	15
5. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5000 บาท	3	15
5,000 – 10,000 บาท	10	50
มากกว่า 10,000 บาท	7	35
6. จำนวนบุตรที่มีมาก่อน		
ไม่มี	13	65
มี 1 คนหรือมากกว่า	7	35

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของมารดาจำแนกตาม จำนวน ร้อยละ (n=20)

ข้อมูลทั่วไปของมารดา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
7.ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	18	90
ครอบครัวขยาย	2	10
8.ประสบการณ์ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด		
เคย	-	-
ไม่เคย	20	100
9.จำนวนครั้งของการเยี่ยม		
1-3 วันต่อสัปดาห์	5	25
4-6 วัน ต่อสัปดาห์	15	75
7 วัน ต่อสัปดาห์	-	-

ข้อมูลทั่วไปของทารกคลอดก่อนกำหนด

ทารกคลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่ร้อยละ 65 เป็นบุตรคนแรกและส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีน้ำหนักอยู่ในช่วง 2,000 – 2,500 กรัม รองลงมา มีน้ำหนักอยู่ในช่วง 1,500 – 2,500 กรัม ร้อยละ 70 และมีอายุครรภ์ระหว่าง 34 –37 สัปดาห์ ร้อยละ 60 โรคที่พบส่วนใหญ่ร้อยละ 100 เป็น RDS และระยะเวลาส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาใน NICU มาตั้งแต่แรกเกิดถึง 2 สัปดาห์ดังแสดงในตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2

ข้อมูลทั่วไปของทารกคลอดก่อนกำหนด จำแนกตามจำนวน ร้อยละ (n=20)

ข้อมูลทั่วไปของทารก	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1.ลำดับของบุตร		
บุตรคนที่ 1	15	75
บุตรคนที่ 2	5	25
2.เพศ		
ชาย	15	75
หญิง	5	25
3.ลักษณะการคลอด		
คลอดปกติ	15	75
ผ่าออกทางหน้าท้อง	5	25
4.อายุครรภ์แรกเกิด		
ต่ำกว่า 30 สัปดาห์	4	20
30-33 สัปดาห์	4	20
34-37 สัปดาห์	12	60
5.น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)		
ต่ำกว่า 1,500	6	30
1,500 – 2,500	14	70
6.จำนวนวันเข้ารับการรักษ		
แรกเกิด – 14 วัน	8	40
15 – 28 วัน	6	30
มากกว่า 28 วัน	6	30

2.2 ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคล จำนวน 2 ราย โดยใช้ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด (อยู่ในภาคผนวก) มีดังนี้

2.2.1 ความรู้สึกของมารดาต่อการที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด พบว่ามารดาส่วนใหญ่ รู้สึกสิ้นหวัง ตกใจ สงสารบุตร กลัวทารกไม่รอดชีวิต เครียด ท้อแท้ ไม่กล้าให้การดูแลทารก กลัวทำให้บุตรแย่งลง เนื่องจากสภาพร่างกายของบุตรมีรูปร่างเล็ก ผิวบางใสและเหี่ยวย่น สภาพะการเจ็บป่วยที่บุตรได้เผชิญอยู่ และสิ่งแวดล้อมในห้องNICU ทำให้มารดาขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อการดูแลบุตรได้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการสัมผัส การอุ้มชู กอดรัด การอุ้มป้อนนม ชำระทำความสะอาดเปลี่ยนผ้าอ้อมให้บุตร สิ่งต่างๆ เหล่านี้มารดาต้องการทำให้บุตร แต่พบว่ามารดาไม่กล้าเรียกร้องสิทธิการเป็นมารดาของตนได้ เพราะรับรู้ว่าการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดมีความแตกต่างและเป็นเรื่องที่ยากลำบากกว่าการดูแลทารกปกติทั่วไป ทารกต้องการการดูแลจากทีมสุขภาพเป็นพิเศษมากกว่าการดูแลจากมารดาเอง ดังคำกล่าวของมารดาว่า “ ตอนนี้ไม่ได้ทำอะไรให้ลูกเลย ไม่กล้าจับ กลัวเอาเชื้อโรคเข้าไปติด ขนาดพยาบาลให้จับหลายครั้งยังไม่กล้า การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดเป็นเรื่องที่ยากมาก ยิ่งตอนนี้เขาร้องและดิ้นมากกว่าเดิม หมอบอกปอดแข็งแรงมากขึ้นเราก็ก็นึกใจนะแต่เขายังดิ้นเรายังไม่กล้า ตกใจ กลัวลูก พยายามอ่านหนังสือและหาความรู้จะกะ (บอกชื่อเว็บไซต์ให้ฟัง) เห็นคนอื่นข้างบ้านมีบุตรคลอดก่อนกำหนดเหมือนกันเขาก็โตได้ แข็งแรงดี ประกอบกับมีประสบการณ์การเลี้ยงทารกมาก่อน แต่ตนเองก็ไม่มั่นใจว่าตนเองจะทำได้ ”

2.2.2. ปัญหาและอุปสรรคที่มารดาเผชิญอยู่ คือไม่กล้า ไม่มั่นใจในตัวเอง กลัวทำให้บุตรอาการแย่งลง โดยเฉพาะกลัวนำเชื้อโรคไปติดให้บุตร และมารดาไม่เข้าใจว่าทารกมีพฤติกรรมลักษณะนี้ทารกต้องการอะไร และจะดูแลได้อย่างไร มารดาไม่มั่นใจว่าการดูแลตรงกับตามต้องการของบุตร การดูแลเป็นเรื่องที่ยากลำบากทำให้เกิดการท้อแท้ เหนื่อยล้า เช่นเรื่องการดูแลชำระเปลี่ยนผ้าอ้อม การอุ้มบุตร เมื่อมารดาทำให้บุตรได้ไม่ดีในครั้งแรกๆ มารดาจะไม่กล้าที่จะเรียกร้องกิจกรรมที่จะทำในครั้งต่อไปได้ เพราะมารดามีประสบการณ์ที่ไม่ดีและกลัวโทษตนเองเสมอ จึงทำให้มารดาไม่กล้าที่จะมีส่วนร่วมใดๆ กับทีมสุขภาพได้ มารดาที่ไม่มีกำลังใจหรือถูกบุคคลรอบข้างตำหนิต่อการดูแลที่ทำให้บุตร เช่น ครอบครัว บุคลากรในทีมสุขภาพ เป็นต้น มารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดสูญเสียพลังในตนเอง และไม่มั่นใจมากขึ้นกว่าเดิม และไม่กล้าเรียกร้องสิทธิใดๆ ให้กับตนเองและบุตรของตน

2.2.3. ความต้องการของมารดาส่วนใหญ่ที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด เรื่องของภาวะสุขภาพของบุตรที่เป็นอยู่ในแต่ละวัน การเจริญเติบโตของบุตรจากน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น กำลังใจ

จากครอบครัวและสัมพันธภาพที่ดีจากทีมสุขภาพ เพราะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ตนเองมั่นใจ และกล้าที่จะ
ทำให้การดูแลบุตรได้ด้วยตนเอง

โดยสรุปแนวคิดที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ทำให้เกิดรับรู้ถึงความรู้สึก
ปัญหาและอุปสรรคและความต้องการของมารดา และการดูแลให้กับทารกคลอดก่อนกำหนด
มารดาส่วนใหญ่เกิดความไม่มั่นใจในตนเอง ไม่กล้า กลัวทำให้บุตรแย่งลง ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง
สาเหตุเกิดจากลักษณะรูปร่างของทารกคลอดก่อนกำหนด ที่มีขนาดเล็ก ผิวหนังบอบบางใส มารดา
ไม่เข้าใจพฤติกรรมและการแสดงออกของทารก ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของทารกคลอดก่อน
กำหนดได้ ส่งผลให้การดูแลจากมารดาไม่มีประสิทธิภาพ ขาดทักษะ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ไม่เห็น
คุณค่าในตนเอง ไม่กล้าเรียกร้องสิทธิและการแสดงออกถึงความต้องการของตน มารดาของทารก
กลุ่มนี้ต้องการกำลังใจและสัมพันธภาพที่ดีจากครอบครัวและทีมสุขภาพ

2.3 จากแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด โดย
ดัดแปลงแบบประเมินมาจากแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจ จากการศึกษาการใช้โปรแกรมการ
เสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลเด็กปัญญาอ่อนของผู้ดูแลในครอบครัว โรงพยาบาล
ปทุมธานี ของปริญญาภรณ์ บุญยะสง ปีพ.ศ.2548 พัฒนามาจากแบบประเมินพลังอำนาจ
(Psychological empowerment scale) ของ Akey et al.,(2000) มีจำนวนข้อทั้งหมด 20 ข้อ
ประกอบด้วยรายละเอียดของการประเมินรายด้านดังนี้ 1.การรับรู้และเข้าใจปัญหาของตนเอง 2.
การรับรู้ศักยภาพของตนเองว่าเป็นผู้มีความชำนาญ 3.มีความหวังและกำลังใจ 4.สามารถแก้ปัญหา
เกี่ยวกับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด 5.รู้จักแหล่งประโยชน์และสามารถใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด
6.เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี ลักษณะคำถามเป็น
แบบประเมินค่า(Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด ใช้กับ
กลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาที่มีบุตรทารกคลอดก่อนกำหนดและ ไม่มีประสบการณ์การดูแลทารก
คลอดก่อนกำหนดมาก่อน จำนวน 20 ราย ที่เข้ารับการรักษาในตึกNICU จำแนกคะแนนการรับรู้พลัง
อำนาจรายข้อ รายด้าน และรายบุคคล นำเสนอตาราง ดังนี้

ตารางที่ 2.3

จำแนกคะแนนเฉลี่ยรายด้านของการรับรู้พลังอำนาจมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด (N =20)

ด้านการรับรู้พลังอำนาจ	การรับรู้พลังอำนาจมารดา	
	คะแนนค่าเฉลี่ย	ระดับการรับรู้
1. การรับรู้และเข้าใจปัญหาของตนเอง	3.1	ปานกลาง
2. การรับรู้ศักยภาพของตนเองว่าเป็นผู้มีความชำนาญ	2.7	ต่ำ
3. มีความหวังและกำลังใจ	3.1	ปานกลาง
4. สามารถแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด	2.8	ต่ำ
5. รู้จักแหล่งประโยชน์และสามารถใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด	3.8	ปานกลาง
6. เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี	2.5	ต่ำ

จากตารางจำแนกคะแนนเฉลี่ยรายด้านของการรับรู้พลังอำนาจมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด พบว่า มารดามีระดับการรับรู้พลังอำนาจต่ำที่ต้องการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาในการดูแลทารกในด้าน เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะทำให้ เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี การรับรู้ศักยภาพของตนเองว่าเป็นผู้มีความชำนาญ สามารถแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด มีคะแนนเฉลี่ย 2.5 2.7 และ 2.8 ตามลำดับ

ตารางที่ 2.4

จำแนกคะแนนของการรับรู้พลังอำนาจมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดรายบุคคล (N =20)

ระดับคะแนน	จำนวน	ระดับการรับรู้
น้อยกว่า 60	11	ต่ำ
60 – 80	9	ปานกลาง
มากกว่า 80	-	-

จากตารางพบว่า กลุ่มมารดาที่ทำการศึกษา จำนวน 20 ราย มีระดับการรับรู้พลังอำนาจต่ำที่ต้องการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาในการดูแลทารก มีจำนวน 11 ราย

สรุปผลจากแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจมารดา พบว่า มารดา 11 ราย มีระดับการรับรู้พลังอำนาจต่ำที่ต้องการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาในการดูแลทารก ในด้านความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี การรับรู้ศักยภาพของตนเองว่าเป็นผู้มีความชำนาญ ความสามารถแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด

2.4 การสังเกตพฤติกรรมการดูแลทารกของมารดา โดยนำการสังเกตพฤติกรรมมาจากงานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลทารก ร่วมกับการดูแลแบบแผนการดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาและการเพิ่มน้ำหนักตัวของทารกคลอดก่อนกำหนดของกุลลดา เปรมจิตร (2547) สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลบุตรวัยทารกของ Moore (1983) จำนวน 20 ข้อ ซึ่งครอบคลุม 3 ด้าน ด้านที่ 1 การดูแลทางด้านร่างกาย ได้แก่ การประเมินการเจริญเติบโต การดูแลให้ได้รับสารอาหาร การควบคุมอุณหภูมิกาย การทำความสะอาดร่างกาย การป้องกันการติดเชื้อ ด้านที่ 2 การส่งเสริมพัฒนาการ ได้แก่ การประเมินพฤติกรรมทารกและการกระตุ้นพัฒนาการ เช่น การอุ้ม การนวดสัมผัส เป็นต้น ด้านที่ 3 การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับบุตร ได้แก่ การจัดท่านอนและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การดูแลสัมผัส การหลีกเลี่ยงการถูกระคายจากแสงและเสียงที่ดังเกินไป และความสำคัญของการมาตรวจตามนัด

สังเกตพฤติกรรมการอุ้มป้อนนมทารกคลอดก่อนกำหนดพบว่า มารดาปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง เช่น การป้อนนมเร็ว เกิดการสำลัก เป็นต้น ทำท่าทางตกใจ กลัว วิตกกังวล มองหาพยาบาลขอความช่วยเหลือ มารดาไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้

พฤติกรรมขณะอุ้มทารกเรอหลังดูดนมเสร็จ พบว่า มารดาไม่สามารถจับให้ทารกเรอได้ การจัดท่าการเรอไม่ถูกต้องมีโอกาสพลัดตก หรือเกิดอันตรายสำหรับทารกได้ เนื่องจาก

มารดา กล่าวว่า " กลัวทำไปแล้วมือของแม่อาจไปกดหลอดลมทำให้หายใจไม่ออกได้ ดิฉันกลัว ถ้าทำบ่อยครั้งจะรู้สึกมั่นใจกว่านี้ "

การกำหนดประเด็นปัญหาจากการทบทวนวรรณกรรม (Knowledge-focused) ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ทารกคลอดก่อนกำหนด
2. การเสริมสร้างพลังอำนาจ

ทารกคลอดก่อนกำหนด

ทารกคลอดก่อนกำหนด(preterm infant)หมายถึง ทารกที่คลอดก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ (259 วัน) โดยคำนวณจากวันที่มีประจำเดือนครั้งสุดท้ายของมารดา และไม่คำนึงถึงน้ำหนักตัว ส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม บางครั้งจึงอาจสับสนกับทารกน้ำหนักทารกน้ำหนักน้อยและจัดทารกน้ำหนักน้อยทุกรายเป็นทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นการที่ไม่ถูกต้องเพราะน้ำหนักทารกน้ำหนักน้อยอาจเป็นทารกคลอดก่อนกำหนด หรือ ทารกคลอดคกำหนดก็ได้ ดังนั้นจึงต้องคำนึงถึงทั้งน้ำหนักตัวและอายุครรภ์(นฤมล ธีระรังสิกุล, 2545)

ประเภทของทารกคลอดก่อนกำหนด สามารถแบ่งกลุ่มได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1.ทารกคลอดก่อนกำหนดที่ใกล้เคียงกับทารกปกติ (Borderline premature) เป็นทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีปัญหาน้อยที่สุด มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 37 สัปดาห์ น้ำหนักใกล้เคียง 2,500 กรัม

2.ทารกคลอดก่อนกำหนดระดับกลาง (Moderately premature) มีอายุครรภ์ ระหว่าง 31 -36 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิดมักอยู่ในช่วง 1,500 – 2,000 กรัม อาจพบได้ถึง 2,500 กรัม ทารกกลุ่มนี้จะมีสรีระยังไม่สมบูรณ์

3.ทารกคลอดก่อนกำหนดขนาดเล็ก (Extremely premature)มีอายุครรภ์ ระหว่าง 24-30 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิดมักอยู่ในช่วง 500 – 1,500 กรัม เป็นกลุ่มที่มีปัญหามากที่สุด อัตราการตายสูงเนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของอวัยวะต่างๆ

ปัญหาที่มักพบได้บ่อยในการทดลองก่อนกำหนดมีดังนี้ (นฤมล ธีระรังสิกุล, 2545)

1. ปัญหาทางระบบประสาทของทารกคลอดก่อนกำหนดเนื่องจากศูนย์ควบคุมความร้อนในสมองส่วนไฮโปธาลามัส(hypothalamus) ยังเจริญไม่เต็มที่ การสร้างความร้อนทำได้น้อย และส่วนใหญ่อยู่ภายใต้อิทธิพลของฮอร์โมนคอร์ติซอล และนอร์อิพิเนฟรินเท่านั้น สามารถสร้างความร้อนโดยการสั่นกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดอุณหภูมิของร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงตามสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจเกิดอุณหภูมิร่างกายต่ำหรือสูง ทำให้เกิดอัตราการตายและการเกิดโรคได้ การที่ทารกคลอดก่อนกำหนดมีกาสูญเสียความร้อนได้ง่ายเนื่องจาก

1.1 มีพื้นที่ผิวมากเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัวทารก มักสูญเสียความร้อนง่ายทั้งการพา การนำ การแผ่รังสี และการระเหย

1.2 ไขมันใต้ผิวหนังน้อยโดยไขมันสีน้ำตาล(Brown fat) ซึ่งอยู่บริเวณรอบๆคอ กระดูกไหปลาร้า รักแร้ รอบไตและต่อมหมวกไตและเมดิเอสทีนัม(Mediastinum) เมื่ออุณหภูมิร่างกายต่ำ ทารกจะเพิ่มเมตาบอลิซึม และการใช้ออกซิเจนมากขึ้น เพื่อพยายามรักษาอุณหภูมิของร่างกายให้คงที่ โดยขบวนการผลิตความร้อน แต่ไม่มีการหนาวสั่นซึ่งขบวนการนี้ต้องใช้ไขมันสีน้ำตาล ดังนั้นทารกคลอดก่อนกำหนดจึงควรอยู่ในสภาวะอุณหภูมิที่มีการใช้ปริมาณออกซิเจนน้อยที่สุด โดยรักษาอุณหภูมิให้อยู่ในระดับปกติ(thermoneutral zone)

1.3 ผิวหนังบางมากกว่าทารกครบกำหนด ทำให้เกิดการสูญเสียผ่านทางผิวหนังมากขึ้น นอกจากนั้นผิวหนังและไขมันใต้ผิวหนังเป็นฉนวนความร้อนได้น้อยกว่าผู้ใหญ่ จึงเกิดการสูญเสียความร้อนได้มากขึ้น

1.4 ลักษณะท่าทาง ซึ่งทารกคลอดก่อนกำหนด มักจะนอนหงาย แขนขาเหยียดทำให้พื้นที่ผิวสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้มากกว่าท่าอ จึงทำให้ร่างกายสูญเสียความร้อนได้มากขึ้น

1.5 ต่อมเหงื่อยังพัฒนาไม่เต็มที่ จึงระบายความร้อนในร่างกายไม่ได้เมื่ออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่อุณหภูมิสูงและไม่ตอบสนองต่อความเย็นโดยการสั่นของกล้ามเนื้อได้ นอกจากนี้ คอราทิน(Keratin)ยังพัฒนาไม่เต็มที่ ทำให้การระเหยของน้ำทางผิวหนังได้ค่อนข้างมาก ดังนั้นเมื่อเกิดการติดเชื้อระดับอุณหภูมิของร่างกายยังคงต่ำได้ง่าย

ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ซึ่งวัดทางทวารหนักหรือรักแร้ ต่ำกว่า 36°C สามารถสร้างความร้อนเพิ่ม โดยใช้ปฏิกิริยาทางเคมี เนื่องจากแคลอรีที่ได้จากอาหารถูกนำมาสลายเป็นความร้อนแทนการนำไปใช้ในการเจริญเติบโต และพบว่ามักเกิดร่วมกับภาวะขาดออกซิเจน ภาวะเลือดเป็นกรด

2.ปัญหาทางระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากเป็นระบบที่มีการเจริญเติบโตและสมบูรณ์ช้ากว่าระบบอื่นๆ กล่าวคือปอดยังเจริญไม่เต็มที่โครงสร้างและการสารถแรงตึงผิว(surfactant)และยังไม่พร้อมในการทำหน้าที่แลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ จนกระทั่งมีอายุครรภ์ 37-38 สัปดาห์

พยาธิสรีรวิทยาของระบบทางเดินหายใจมีการพัฒนาของปอดเริ่มขึ้นตั้งแต่ทารกอายุครรภ์ 24 วัน ฤๅนมมีการเจริญเพิ่มจำนวนมากขึ้น มีหลอดเลือดฝอยมาเลี้ยงบริเวณของฤๅนมทำให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน และคาร์บอนไดออกไซด์จากฤๅนมไปยังหลอดเลือดฝอย และจากหลอดเลือดฝอยไปยังฤๅนม เริ่มมีการผลิตสารลดแรงตึงผิว(surfactant)ในระยะนี้ แต่อัตราการผลิตไม่คงที่แน่นอนและปริมาณไม่เพียงพอ ถ้าทารกคลอดในระยะนี้มีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น แต่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะหายใจลำบาก ภาวะเลือดเป็นกรด เป็นต้น

3.ปัญหาการติดเชื้อ เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันด้านทานของร่างกายทารกคลอดก่อนกำหนดต่ำ โดยเฉพาะอิมมูโนโกลบูลินเอ็ม(IgM)และอิมมูโนโกลบูลินเอ (IgA) โดยเฉพาะอิมมูโนโกลบูลินเอ (IgG) ที่ผ่านมาทางรกในระยะท้ายของการตั้งครรภ์ ตั้งแต่ 34 สัปดาห์ จึงทำให้ทารกติดเชื้อง่าย

4.ปัญหาทางระบบหัวใจ เนื่องจากทารกคลอดก่อนกำหนดมีปัญหาที่เส้นเลือดที่อยู่บริเวณใกล้หัวใจดักตัสอาร์เทอริโอซิส (PDA) ไม่ปิดสนิท ซึ่งพบได้บ่อยและเกิดความรุนแรงได้มาก ปัจจัยที่ทำให้ PDAเปิด คือระดับของออกซิเจนต่ำในเส้นเลือดดำที่สายสะดือ ร่วมกับฤทธิ์ของ Prostaglandin โดยเฉพาะการไหลเวียนของCirculation PGE 2 ในทารกครบกำหนดทำให้ ดักตัสอาร์เทอริโอซิส หดตัวและปิดอย่างสมบูรณ์ แต่ทารกคลอดก่อนกำหนดการหดตัวของ ดักตัสอาร์เทอริโอซิสไม่เพียงพอและไวต่อ PGE 2 ดังนั้นการปิดจึงต้องอาศัยเวลา กรณีที่ดักตัสอาร์เทอริโอซิส ทำให้มีเลือดไหลผ่านมาปอดมากขึ้น เป็นผลให้เกิดภาวะหัวใจวายขึ้น รวมทั้งภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะลำไส้ขาดเลือดไปเลี้ยงและเลือดออกในสมอง เป็นต้น

5.ภาวะพิษออกซิเจนต่อตา (Retinopathy of prematurity:ROP) เนื่องจากการพัฒนาของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหลอดเลือดใหม่ คือตำแหน่งที่เป็นบริเวณที่หลอดเลือดปกติ จอประสาทตาเจริญเต็มที่เมื่ออายุครรภ์ 40 สัปดาห์ หลอดเลือดที่เจริญไม่เต็มที่ว่าจะไว้ออกซิเจน เมื่อออกซิเจนสูงเป็นความรุนแรงทำให้ทารกตาบอดได้

6.ปัญหาทางระบบทางเดินอาหารและภาวะโภชนาการ เนื่องจากระบบทางเดินอาหารของทารกเจริญเต็มที่เมื่ออายุครรภ์ 36-38 สัปดาห์ การดูด การกลืน และการหายใจยังไม่สัมพันธ์กัน จึงทำให้เกิดการสำลักนม นอกจากนี้น้ำลำมนเนื้อเรียบและการพัฒนาของกล้ามเนื้อหูรูดไม่ดีจึงทำให้ท้องอืดได้ง่าย และการขาดเลือดออกซิเจนเลือดออกจากหัวใจจะถูกไปเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญ คือ สมอง หัวใจ และไต ส่วนเลือดที่ไปเลี้ยงลำไส้จะลดลงทำให้ลำไส้ขาดเลือดและเน่าได้

พัฒนาการของทารกคลอดก่อนกำหนด

พัฒนาการที่สำคัญในทารกแรกเกิด ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน และการสัมผัส ทารกได้รับการกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้งสามด้านนี้ตั้งแต่อยู่ในมดลูกมารดาจากการได้ฟังเสียงการเต้นของหัวใจของมารดา และเสียงการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหาร การสัมผัสที่ผิวหนังจาก น้ำคร่ำ ผนังมดลูก สายสะดือ และส่วนต่างๆ ของร่างกายทารกเอง ทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีอายุในครรภ์ 34-36 สัปดาห์ สามารถตอบสนองต่อการมองเห็น และการได้ยินและทารกอายุในครรภ์ 39-40 สัปดาห์ สามารถจ้องมองใบหน้าผู้ดูแล หรือบิดามารดา และมองตามการเคลื่อนไหวได้ การประเมินการมองเห็นในทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนดสามารถประเมินการมองอย่างสนใจได้จากการเบิกตากว้าง จ้องมองสิ่งที่สิ่งกระตุ้น และหยุดดูคนม จะตอบสนองได้ดีที่สุดต่อการสัมผัส โดยจะเงยงับเมื่อได้รับการสัมผัสอย่างนุ่มนวลและจะร้องไห้เมื่อมีสิ่งมากระตุ้นให้เจ็บปวด การศึกษาของมาร์โลว์ (Marlow, 1973 อ้างถึงในสุภาวดี ชุ่มจิตต์, 2547) พบว่า พัฒนาการของทารกคลอดก่อนกำหนดในวัยทารกตอนต้น ด้านการเคลื่อนไหว อาจจะช้ากว่าทารกคลอดครบกำหนด สำหรับด้านสังคมและอารมณ์ ขึ้นอยู่กับการเลี้ยงดูและสิ่งแวดล้อม

แบบแผนของพฤติกรรมของทารกคลอดก่อนกำหนด

นอกจากลักษณะทางด้านร่างกายภายนอกแล้ว พฤติกรรมของทารกยังเป็นอีกลักษณะหนึ่งที่บอกความแตกต่างระหว่างทารกคลอดก่อนกำหนดกับทารกคลอดครบกำหนด และมีผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดากับทารก เนื่องจากทารกคลอดก่อนกำหนดมีระบบประสาทที่ยังพัฒนาไม่สมบูรณ์เช่นทารกคลอดครบกำหนดโดยเฉพาะรีเฟล็กซ์ จึงมีพฤติกรรมตอบสนองไม่แน่นอน ยิ่งคลอดก่อนกำหนดมาก พฤติกรรมแสดงออกยิ่งยากต่อการแปลความหมาย มีการตอบสนองทางด้านสังคมต่ำ เงียบเฉย ไม่ค่อยต่อต้านหรือขัดขึ้น และมีแนวโน้มที่จะตอบสนองในทางลบมากกว่าทารกครบกำหนด (Johnson – Crowley, 1993) พฤติกรรมดังกล่าว ทำให้บิดามารดาไม่เข้าใจและสับสน เช่นไม่รู้ว่าเมื่อไหร่จึงจะป้อนนม เมื่อไหร่จึงจะเล่นด้วยได้และเมื่อไหร่จึงจะปล่อยให้อยู่ตามลำพัง เป็นต้น มีการศึกษาพบว่า ทารกที่มีอายุในครรภ์ 34 – 37 สัปดาห์ น้ำหนักร้อยละมากกว่า 1,200 กรัม มีสุขภาพดี มีพื้นฐานอารมณ์ (temperament) ไม่แตกต่างจากทารกคลอดครบกำหนด ส่วนทารกที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ น้ำหนักตัวนั้นน้อยกว่า 1,200 กรัม มักเจ็บป่วยง่าย และเลี้ยงยากกว่าทารกคลอดครบกำหนด (Johnson-Crowley, 1993)

สำหรับแบบแผนการหลับและการตื่นของทารก จากการศึกษาของอาร์ดูรา อังเดรส์ อัลดานา และเรอวิลลา (Ardura, Andres, Aldana, & Revilla, 1995) พบว่าในช่วงอายุ 1 เดือนแรก ทารกคลอดก่อนกำหนดหลับมากกว่าทารกคลอดครบกำหนด โดยมีช่วงเวลาของการหลับเฉลี่ย 17.15 ชั่วโมงต่อวัน หลับในเวลากลางวัน 8.96 ชั่วโมง และหลับในเวลากลางคืน 8.19 ชั่วโมง ส่วนทารกคลอดครบกำหนด มีช่วงเวลาของการหลับ 11.94-14.78 ชั่วโมงต่อวัน ทารกคลอดก่อนกำหนดหลับในเวลากลางวันมากกว่าทารกคลอดครบกำหนดถึงร้อยละ 15 ซึ่งแบบแผนการหลับและตื่นมีความสัมพันธ์กับวุฒิภาวะของสมองส่วนซีรีบรัลคอร์เทกซ์ (cerebral cortex)

ส่วนการร้องของทารก เป็นพฤติกรรมเบื้องต้นที่ทารกใช้สื่อสารกับมารดาเมื่อมีความต้องการ และรู้สึกไม่สุขสบาย การศึกษาเกี่ยวกับการร้องไห้ของทารก พบว่า มี 5 ชนิด ได้แก่ หิว โกรธ เจ็บปวด ไม่สุขสบายในระบบทางเดินอาหาร และเรียกร้องความสนใจ การที่ทารกตื่นและร้อง มีสาเหตุมาจากการได้รับการกระตุ้นจากภายในร่างกาย เช่น ความหิว และความเจ็บปวด เป็นต้นจากการได้รับการกระตุ้นจากภายนอกร่างกาย เช่น ความร้อน หรือความเย็นมากเกินไป ผ้าอ้อมเปียกชื้น การดึงหัวนมออกจากปากขณะทารกกำลังดูด และเสียงดังฉับพลัน เป็นต้น และจากความต้องการการตอบสนองทางด้านอารมณ์ เช่น ต้องการให้อุ้ม และต้องการมารดา อยู่ใกล้ชิด เป็นต้นลักษณะการร้องเพราะความหิว คือ ทารกจะเริ่มร้องด้วยเสียงต่ำๆ แล้วส่งเสียงดังขึ้น สะท้อให้เห็นถึงความรุนแรงของความหิว กระวนกระวาย ทำท่าดูดนิ้วมือ ดูดปากหรือสิ่งของที่อยูใกล้ การร้องที่เกิดจากความไม่สุขสบายจากความเปียกชื้น อากาศร้อนหรือเย็นเกินไป ทารกจะร้องและตื่นกระวนกระวาย ส่วนทารกที่ร้องเพราะความต้องการความสนใจจะเริ่มตื่นด้วยเสียงเบา ๆ แล้วดังขึ้นเรื่อยๆ ไม่มีใครเข้ามาหา การร้องที่แสดงถึงความโกรธ ทารกจะร้องด้วยเสียงอันดังทารกที่ร้องเสียงสูงตัวสั่น แขน ขา เกร็ง และขอเข้าหาลำตัว แสดงถึงความเจ็บปวด โดยเฉพาะเมื่อทารกไม่สุขสบายในท้องเนื่องจากลำไส้บิดตัว ทารกจะร้องและขอเข้าหาหน้าท้อง การมีลมในลำไส้ทำให้ทารกเครียดและกินนมน้อยลง ทารกคลอดก่อนกำหนดมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการกระตุ้นไม่แน่นอน อาจร้องไห้โดยไม่มีสาเหตุชัดเจน จึงดูเหมือนว่าเมื่อทารกร้องไห้จะปลอบให้หยุดได้ยาก (Johnson-Crowley, 1993)

การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในหอภิบาลทารกแรกเกิด(NICU)

ทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มที่จะต้องได้รับการดูแลใกล้ชิดเป็นพิเศษ ในหอภิบาลทารกแรกเกิด ได้แก่ กลุ่มที่คลอดก่อนกำหนดมากที่สุด และกลุ่มที่คลอดก่อนกำหนดปานกลาง การรักษายาบาลที่จำเป็นขณะทารกอยู่ในหอภิบาลทารกแรกเกิดมีดังนี้

1. การควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในระดับปกติ ระหว่าง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส โดยจัดให้ทารกอยู่ในตูบที่สามารถปรับอุณหภูมิให้อยู่ระหว่าง 32-35 องศาเซลเซียส เพื่อให้ทารกได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีการใช้ออกซิเจนและพลังงานน้อยที่สุด การปรับอุณหภูมิของตูบใช้อายุหลังเกิด และน้ำหนักทารกเป็นเกณฑ์

2. ดูแลด้านการหายใจ ปัญหาด้านการหายใจที่พบบ่อยที่สุด คือ ภาวะหายใจลำบาก และหยุดหายใจ อาการหายใจลำบากอาจแสดงอาการตั้งแต่ยังอยู่ในห้องคลอด หรือเกิดขึ้นภายใน 6 ชั่วโมงหลังคลอด ควรดูแลให้ทางเดินหายใจโล่งอยู่เสมอ จัดท่านอนให้ศีรษะสูง เพื่อช่วยให้อากาศไหลผ่านได้ดี ปริมาตรในช่องอกเพิ่มขึ้น และปอดขยายตัวได้ดี หรือ จัดให้นอนราบ ใช้ผ้าห่มบริเวณคอและไหล่ให้ศีรษะหงายไปข้างหลังเล็กน้อย เพื่อช่วยใหทางเดินหายใจเปิดตลอดเวลา ดูแลให้ทารกได้รับออกซิเจน ซึ่งอาจให้ได้ทางกล่องพลาสติกครอบศีรษะ (oxygen hood) ความดันบวกอย่างต่อเนื่อง (continuous positive airway pressure, CPAP) หรือ เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator) ทารกที่มีภาวะหายใจลำบากส่วนใหญ่ต้องการเพียงออกซิเจนทางกล่องพลาสติกครอบศีรษะ อีกประมาณร้อยละ 10-30 จำเป็นต้องช่วยหายใจด้วยความดันบวกอย่างต่อเนื่อง หรือใช้เครื่องช่วยหายใจ ทารกมีอาการทุเลาภายใน 2-3 วัน และจะหายใจเป็นปกติภายใน 4-5 วัน (พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์, 2545)

3. การดูแลให้อาหารและน้ำอย่างเพียงพอทารกคลอดก่อนกำหนดมีความต้องการอาหารและพลังงานมากเพื่อใช้ในการเจริญเติบโต วิธีการให้อาหารในทารกคลอดก่อนกำหนดพิจารณาจากอายุในครรภ์ น้ำหนักแรกเกิด อาการหรือความผิดปกติบางอย่าง รวมทั้งความพร้อมในการดูแลทารกของหน่วยงานนั้น ๆ โดยปกติการดูด การกลืนของทารกจะมีความสัมพันธ์กับการหายใจเมื่อทารกมีอายุในครรภ์ประมาณ 32-34 สัปดาห์ ดังนั้น ทารกที่มีอายุครรภ์มากกว่านี้ และน้ำหนักมากกว่า 1,500 กรัม จะดูแลให้ทารกดูดนมเอง ส่วนทารกที่มีอายุครรภ์ต่ำกว่า 32 สัปดาห์ หรือมีน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม กล้ามเนื้อมักจะไม่แข็งแรงเพียงพอที่จะดูดนมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องดูแลให้ได้รับนมทางสายยาง (Wilson, 1994) ส่วนทารกที่มี น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 1,200 กรัม มักมีปัญหาของระบบทางเดินหายใจ หรือทางเดินอาหาร ดูแลให้ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำในวันแรกๆ เมื่อทารกมีอาการดีขึ้น จึงดูแลให้นมทางสายยางร่วมด้วย และลดการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำลงช้าๆ

4. การป้องกันการติดเชื้อ วิธีการป้องกันการติดเชื้อที่ดีที่สุด คือ การล้างมือ ก่อนและหลังสัมผัสทารก วิธีอื่นๆ ได้แก่ การดูแลรักษาความสะอาดของผิวหนังและสะดือ การดูแลรักษาความสะอาดของเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้กับทารก การแยกทารกที่มีการติดเชื้อและการไม่ให้บุคลากรที่เป็นโรคติดเชื้อของระบบต่างๆ เข้าไปดูแลทารก

5. การดูแลทางด้านจิตใจ และการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกในระยะหลังคลอด เมื่อมารดาได้เห็นสภาพของทารกในครั้งแรก มักตกใจ เสียใจ และวิตกกังวลว่าทารกจะรอดชีวิตหรือไม่ พยาบาลควรใช้เวลาแก่มารดาในการปรับสภาพจิตใจ แสดงความเห็นใจ เห็นใจ และเปิดโอกาสให้มารดาระบายความรู้สึก หลังจากนั้น ควรให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับทารกตามความเป็นจริงอย่างต่อเนื่อง เช่น สภาพอาการ วิธีการรักษา และประโยชน์ของเครื่องมือที่ใช้กับทารก เป็นต้น นอกจากนั้น ควรส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกด้วยการสนับสนุนให้มารดาได้เข้าเยี่ยมทารก ได้สัมผัสทารกและได้มาส่วนร่วมในการดูแลทารก กรณีมารดาไม่สามารถมาเยี่ยมทารกได้ด้วยตนเอง ควรให้บิดาและญาติได้เข้าเยี่ยมแทน แนะนำให้มารดาสอบถามอาการของทารกทางโทรศัพท์หรือจดหมาย

6. การกระตุ้นประสาทสัมผัสของทารก เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของทารก ควรมีการวางแผนกระตุ้นประสาทสัมผัสของทารกโดยการจ้องมองสบตากับทารก การจัดหาของเล่นที่กว้างได้และมีสีสันสดใสให้ทารกจ้องมอง ร่วมกับการสัมผัสผิวกายภายนอกของทารกด้วยวัสดุที่มีความอ่อนนุ่มและหยาบแตกต่างกัน การลูบหัวทารกเบาๆ การพูดคุยกับทารกด้วยระดับเสียงต่าง ๆ กัน การให้ทารกฟังเสียงเพลง หรือเสียงที่เป็นจังหวะ เช่น เสียงจากกลองดนตรี เป็นต้น มีการเปลี่ยนท่านอน และให้ทารกนอนบนที่นอนน้ำ (waterbeds) อุ่นและโยกตัวเบาๆ (Blackburn, 1983) นอกจากนั้น การส่งเสริมพัฒนาการของทารกยังครอบคลุมถึงการลดสิ่งกระตุ้นจากสภาวะแวดล้อมในหอพยาบาลทารกแรกเกิด ซึ่งได้แก่แสงและเสียง โดยการปรับพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ การให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของแสงและเสียงแก่เจ้าหน้าที่และบิดามารดาของทารก กำหนดให้มีช่วงเวลาที่ยียบสงบ (quiet hours) เพื่อลดกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้เกิดแสงและเสียง และการหลีกเลี่ยงสิ่งทำให้เกิดเสียงดัง (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549)

ทารกคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการดูแลในหอพยาบาลทารกแรกเกิดเมื่อมีอาการดีขึ้นจะได้รับการประเมินสภาพอาการก่อนที่จะวางแผนจำหน่ายจากโรงพยาบาลในเรื่องดังนี้ (Berhman, Kliegman, Nelson, & Vaughan, 1996)

6.1 ทารกควรมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอ วันละ 10-30 กรัมและก่อนจำหน่ายควรมีน้ำหนักตัวประมาณ 1,800-2,100 กรัม

6.2 อุนหภูมิร่างกายอยู่ในระดับปกติ หลังออกจากตู้อบมาอยู่ในเตียงเด็กอ่อน

6.3 ไม่มีอาการหยุดหายใจ (apnea) ร่วมกับอาการหัวใจเต้นช้าลง (bradycardia) และไม่มียาที่ต้องให้ทางหลอดเลือดดำต่อ

6.4 สามารถดูคนนมผสม หรือนมมารดา ได้ครบตามจำนวนที่กำหนดนอกจากนั้น จอนส์ (John,1993) เสนอว่า ทารกที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลควรมีอายุหลังปฏิสนธิระหว่าง 37-40 สัปดาห์ และมีลักษณะดังนี้

6.4.1 ทารกสามารถผงกศีรษะขึ้นได้เมื่ออยู่ในท่านอนคว่ำ และเมื่อทดสอบในท่าดีตัวให้นั่ง (pull-to-sit) ทารกสามารถพยุงศีรษะไว้ได้ชั่วคราว

6.4.2 ร้องเสียงดังเมื่อหิว

6.4.3 มีแบบแผนของน้ำหนักเพิ่มขึ้น และเข้าสู่แนวเส้นกราฟปกติ

6.4.4 มีปฏิกิริยาตอบสนองที่เหมาะสมโดยพิจารณาจากอายุที่ปรับแล้ว

ผลกระทบของทารกคลอดก่อนกำหนดต่อครอบครัว

ผลกระทบต่อครอบครัวคือทารกมักเจ็บป่วยจึงต้องถูกแยกออกจากมารดาทันทีหลังคลอด ทำให้สายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก(bonding)ถูกขัดขวางและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมักเร่งด่วนภายหลังการคลอด ทำให้มารดาอาจจะไม่ได้รับข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับทารกจึงก่อให้เกิดความวิตกกังวลในความปลอดภัยของทารก เมื่อทารกถูกแยกจากมารดามักได้รับการรักษาด้วยอุปกรณ์ และ เครื่องมือพิเศษทำให้โอกาสที่มารดาได้สัมผัสทารกน้อยลง อันเป็นการขัดขวางความสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารก การที่มารดาไม่ได้สัมผัสหรือแตะต้องทารกอาจทำให้มารดาปฏิเสธทารกได้ อีกทั้งสภาพของทารกไม่น่าดู ตัวผอมเล็ก หน้าตาไม่สมสัดส่วน ผิวหนังเหี่ยวแห้งยิ่งทำให้มารดาปฏิเสธทารกมากขึ้น นอกจากนั้นสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดาและทารกอาจมีน้อยเช่นกัน เพราะบิดาไม่มีโอกาสสัมผัสหรือมีโอกาสสัมผัสทารกน้อยมาก เมื่อสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดามารดาและทารกมีน้อย จึงเป็นผลนำไปสู่การไม่สามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นบิดาหรือมารดา ทำให้การเลี้ยงดูเอาใจใส่และให้ความรักแก่ทารกได้ไม่เต็มที่ อาจปล่อยปละละเลยจึงนำไปสู่ปัญหาทอดทิ้งบุตรหรือการทำร้ายบุตรได้ในที่สุด มีการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ของทารกคลอดก่อนกำหนดถูกทำร้ายมากกว่าทารกคลอดครบกำหนดถึง 2 เท่า(Burroughs,1997) นอกจากนั้นการมีบุตรคลอดก่อนกำหนดยังเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่บิดามารดา ทำให้ไม่สามารถปรับตัวต่อภาวะเครียดได้ อาจมีการโต้เถียงกันและส่งผลต่อการหย่าร้างของบิดา มารดา ในที่สุด ในรายที่ครอบครัวมีบุตรมากกว่า 1 คน บิดามารดาอาจให้ความสนใจบุตรคนอื่นน้อยลงทำให้บุตรคนโตคิดอิจฉาน้อง จึงเรียกร้องความสนใจโดยอาจแสดงพฤติกรรมถดถอยหรือก้าวร้าวกับบิดามารดาทำให้ครอบครัวยังมีความเครียดมากขึ้น นอกจากนี้การที่ทารกต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนาน ๆ บางรายเป็นเดือนหรือหลายเดือน ได้รับการรักษาด้วย เครื่องมือทันสมัย เป็น

ผลทำให้ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น บิดาต้องทำงานหนักมากขึ้นเพื่อหารายได้จึงเป็น การเพิ่มความเครียดยิ่งขึ้นและหลายครอบครัวไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายเหล่านี้ได้ทั้งหมด อาจ ทำให้เกิดปัญหาแตกแยกภายในครอบครัว อาจคิดว่าบุตรทำให้ครอบครัวเดือดร้อน ดังนั้นเมื่อทารก สุขภาพแข็งแรงดี และได้กลับบ้านบิดามารดาจึงอาจเลี้ยงดูอย่างปล่อยปละละเลยหรือทางตรงข้าม อาจสงสารทารกมาก จึงเลี้ยงดูแบบปกป้องมากเกินไป ความรู้สึกของครอบครัวที่มีบุตรเจ็บป่วย เรื้อรังอยู่ในบ้านในระยะยาว บิดามารดาอาจรู้สึกได้ว่ามีภาระหนักโดยเฉพาะมารดาทำให้เหน็ดเหนื่อย อ่อนล้าจากการดูแลทารกบางครั้งเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลทารกลดลงรับรู้ ว่าการดูแลเป็นภาระได้ (นฤมล ชีระรังสิกุล, 2545)

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

พลังอำนาจหรือPower เป็นคำนาม หมายถึง คุณลักษณะที่แสดงถึงความสามารถ ความมีอิทธิพลหรืออำนาจในการควบคุมและตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ส่วนEmpower ซึ่งเป็นคำกริยา หมายถึง การที่บุคคลมีอำนาจสูงกว่าได้กระจายอำนาจไปสู่บุคคลที่มีอำนาจน้อยกว่า (to give ability ,to enable) (Llewellyn,1989) พลังอำนาจไม่ใช่ความสามารถที่มีมาแต่กำเนิด แต่เป็น ความสามารถที่พัฒนาให้เกิดขึ้นได้ กระบวนการที่ช่วยทำให้บุคคลพัฒนาพลังอำนาจขึ้นมาได้ เรียกว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจ(Empowerment) มีความหมายตามพจนานุกรมของWebster' New World Dictionary of the American Language ว่าเป็นกระบวนการเกี่ยวข้องกับการให้ อำนาจ(Process of empowerment) และมองในแง่ของผลลัพธ์ของการให้อำนาจ หมายถึง สภาพ ของการมีพลังอำนาจ โดยแสดงออกถึงคุณสมบัติของการมีอำนาจในการควบคุม จัดการ การเข้าไป มีอิทธิพลและการใช้ทรัพยากรหรือความรู้ ความสามารถของตนอย่างมีประสิทธิภาพ (Guralnik,1970)

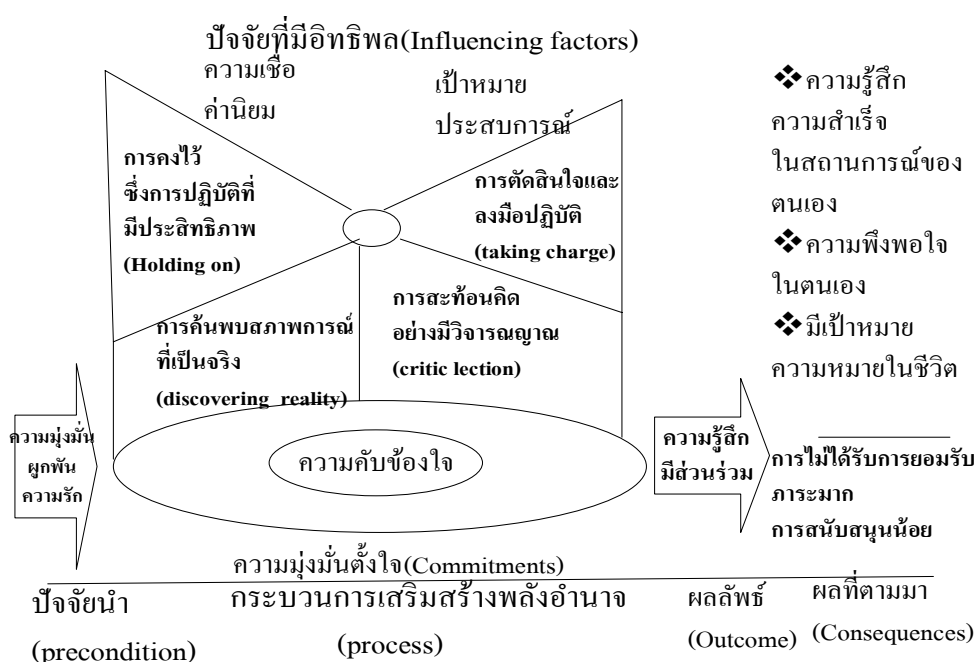
กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จากการศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson(1993)ในมารดาเด็กที่มี อาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการภายในบุคคล (intrapersonal process) นำมาซึ่งการรับรู้พลังอำนาจ ทำให้มารดามีความสามารถในการจัดการ หรือควบคุมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องได้โดยมีการรับรู้ใน4 ด้าน ได้แก่

1. ความรู้สึกถึงความสำเร็จ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดี

2. มีความพึงพอใจในตนเอง ความมั่นใจในการปฏิบัติงานต่อไป
3. การพัฒนาการดูแล ซึ่งช่วยให้บุคคลมั่นใจในความสามารถของ ตนเอง
4. มีเป้าหมายและมีความหมายในชีวิต

Gibson(1993) ได้ทำการศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาจำนวน 12 รายที่ให้การดูแลบุตรที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การบันทึก การสัมภาษณ์ โดยใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ระยะเวลา 12 เดือน สรุปกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจนำเสนอเป็นแผนภาพดังนี้



ภาพที่2.แสดงรูปแบบของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson 1993 แหล่งที่มาจาก A Study of empowerment in mothers of chronically ill children by Gibson ,C.H.1993.Michigan:Boston College

ขั้นตอนในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจอยู่บนพื้นฐานซึ่งกันและกัน มีการทำงานร่วมกันและการมีส่วนร่วม(Collaboration) ซึ่งจากการศึกษาของGibson (1995) ได้แบ่งเป็น 4 ระยะของการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ 4 ประการ ดังนี้

ขั้นตอนที่1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) ทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง และทำความเข้าใจข้อมูลที่ตนเองได้

รับรู้มา ในขั้นตอนนี้จะทำให้บุคคลมีการตอบสนองเกิดขึ้นอยู่ 3 ด้าน(ปริญญารณณ์ บุญยะ
สง,2547) ได้แก่ ด้านอารมณ์ (Emotionally) ด้านสติปัญญาการรับรู้ (Cognitive) และ พฤติกรรม
(Behaviorally)

ขั้นตอน 2. สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ(Critical reflective) เป็นการทบทวน
เหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็น
การฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา การแสวงหาทางเลือก การพินิจ
พิจารณาอย่างมีวิจารณ์ญาณ เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ เมื่อบุคคลค้นพบปัญหาตามจริงและเกิด
ความรู้สึกคับข้องใจ จะส่งผลให้บุคคลพัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้ประเมินปัญหาและพินิจพิจารณาถึง
สิ่งที่เกิดขึ้นกับตนในแง่มุมต่างๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจนและเปลี่ยนแปลงที่ดี จากเดิมที่คิดว่าตน
ไม่มีความสามารถไม่สามารถดูแลตนเองได้ กลับมาเกิดความคิดทุกสิ่งทุกอย่างตนไม่ได้ไร้
ความสามารถ ช่วยให้บุคคลเกิดการพัฒนา ตระหนักถึงทางเลือกในการปฏิบัติ ความถูกต้องของตน
เกิดความมั่นใจในความรู้ ความสามารถและช่วยให้รับรู้พลังอำนาจ

ขั้นตอน 3. การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ
เพื่อควบคุมการกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการเผชิญหน้าที่แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อ
ประกอบการตัดสินใจ ขั้นตอนนี้บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธี แสวงหาแนวทางแก้ไข โดยใช้เหตุผล
ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ โดยมีเงื่อนไข คือ 1) เป็นวิธีแก้ปัญหาให้แก่ตนเอง 2) สอดคล้องกับการ
ดูแลรักษาของทิมสุขภาพ 3) ผู้ป่วยได้รับความเข้าใจและสามารถตอบสนองความต้องการของ
ตนเองได้ 4) ผ่านการร่วมปรึกษาและได้รับการยอมรับจากทิมสุขภาพ 5) เป็นวิธีสร้างการยอมรับ
และสามารถเปิดกว้างในการที่ผู้ป่วยคนอื่นๆจะนำไปใช้ได้

ขั้นตอน 4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ (Holding on) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ถือเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติ เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติแล้ว
พยายามกับผู้ป่วยร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหา เมื่อเลือกไปใช้เกิดประสิทธิภาพหรือประสบ
ความสำเร็จ บุคคลรู้สึกมั่นใจและรู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการ
แก้ปัญหานั้นสำหรับการแก้ปัญหาลำดับต่อไป

**ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ(Gibson,1995 อ้างถึงใน ปริญญารณณ์
บุญยะสง,2548)**

ตามแนวคิด Gibson(1995) นั้น ปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีกระบวนการเสริมสร้างพลังอาจ
คือ การทุ่มเท(commitment) ความผูกพัน(bond) และความรัก (love) ของบุคคลที่มีต่อเรื่องนั้นๆ ส่วน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ (belief) ค่านิยม (values) ประสบการณ์ส่วนบุคคล (experience) การสนับสนุนทางสังคม (social support) และเป้าหมายในชีวิต (determination) โดยมีความซับซ้อนใจและขัดแย้ง ปัญหาและอุปสรรค เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลเข้าสู่ขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการ ซึ่งการที่บุคคลมีกำลังใจและสามารถกระทำทุกวิถีทาง เพื่อให้ได้มาซึ่งดังกล่าวของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งสิ่งที่เกี่ยวข้องและมีอิทธิพล ประกอบด้วยปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal factor) และปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal factor)

1. ปัจจัยภายใน ได้แก่

1.1 ค่านิยม (values) เป็นพื้นฐานของความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง

1.2 ความเชื่อ (belief) มีอิทธิพลกับการจัดการปัญหาและอุปสรรคและความยากลำบากที่เกิดขึ้น ความเชื่อที่ดีส่งผลที่ดีต่อการดูแล และจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความหวังมีการมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ดี

1.3 เป้าหมายในชีวิต (determination) เกิดจากการที่บุคคลมีพลังความเข้มแข็งและแรงจูงใจ (strong and motivation) ที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ เพื่อไปสู่เป้าหมายโดยจะพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้ตนเองได้รับสิ่งที่ดีที่สุดแม้ว่าจะมีอุปสรรค ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมาทั้งหมดจะส่งผลต่อการเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลทุกขั้นตอน

1.4 ประสบการณ์ส่วนบุคคล (experience) ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นสิ่งสำคัญต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งรวมถึงประสบการณ์ในสถานการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมาและประสบการณ์ที่บุคคลได้รับการศึกษา ออกจากตำรา วารสารวิชาการ (educational contexts) ซึ่งจะช่วยให้นักบุคคลมีแนวทางสำหรับการจัดการควบคุมสถานการณ์

2. ปัจจัยระหว่างบุคคล

การสนับสนุนทางสังคม (social support) จากหลายๆ แหล่งด้วยกันคือ คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว บุคคลสำคัญในชีวิต รวมถึงญาติ ซึ่งมีส่วนสนับสนุน ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ให้การประคับประคอง และให้ความมั่นใจในการที่จะดูแลตนเอง จากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและแผนการรักษา การได้รับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ที่ให้การดูแลแล้วมีอาการเจ็บป่วยทุเลาลง การที่พยาบาลช่วยพูดคุยกับแพทย์ผู้รักษา การได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ ตลอดจนการได้รับการบริการส่งต่อในชุมชน หรือการดูแลที่บ้าน สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนจากผู้ป่วยด้วยกันเอง ไม่ว่าจะเป็นการพูดคุยแลกเปลี่ยน

ประสบการณ์ระหว่างกัน การได้เรียนรู้จากคนอื่นๆ และการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น แหล่งสนับสนุนต่างๆ เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ผลดียิ่งขึ้น

ผลลัพธ์การเสริมสร้างพลังอำนาจในระดับบุคคล เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเองเกิดอิสระทางความคิด เกิดอิสระในการตัดสินใจมีความเข้มแข็งมีศักยภาพมีความหวัง เป็นที่พึ่งของตนเองและผู้อื่นได้

การพยาบาลและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยของ Bernadette et al., (2004) นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจตามกรอบแนวคิดของกิบสัน ศึกษาผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาที่มีบุตรป่วยหนักที่เข้ารับการรักษานในPICU ต่อการลดความเครียดและการปรับตัวต่ออารมณ์ของเด็ก โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง เป็นมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยอายุระหว่าง 2-7 ปี เข้ารับการรักษานในห้อง PICU จำนวน 174 ราย ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผลลัพธ์ทำให้ความวิตกกังวล ความเครียด และอาการซึมเศร้าของมารดาลดลง ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมการดูแลและความคิดด้านบวกและมารดามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย (Parent participation)

Bernadette et al., (2006) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้กับครอบครัวที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษานในNICU คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มครอบครัวที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด จำนวน 260 ครอบครัว ในตึกNICU 2 แห่งของอเมริกาใต้ พบว่า ครอบครัวที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้นระหว่างครอบครัว เกิดความเชื่อมั่นในการดูแลและสามารถลดจำนวนวันนอนอยู่รักษานในโรงพยาบาล ได้ในกลุ่มที่ทารกคลอดก่อนกำหนดมีน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม ได้ 3.9 วันต่อคนต่อครั้ง สำหรับทารกคลอดก่อนกำหนดมีน้ำหนักมากกว่า 1,000 กรัม ได้ 8.5 วันต่อคนต่อครั้ง

ในทิศทางเดียวกับ สมคิด ตีรารักษ์ (2545) ศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัวผู้ดูแล เป็นการศึกษาเพื่อให้ประเมินผลโครงการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล ซึ่งโครงการเสริมสร้างเกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วม ในการรักษานเด็กที่ป่วยทางจิตเวช โครงการประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับบริการ เสริมทักษะ พัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล ประเมินผลระยะยาว 1 ปี ระยะปานกลาง 3 เดือน พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อความรู้ของผู้ดูแลและมีความเชื่อในศักยภาพของตนเองที่มีส่วนร่วมกับผู้ให้บริการ

สุภาวดี ชุ่มจิตต์ (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลเด็กออทิสติกของบิดามารดาโรงพยาบาลยุวประสาทไทยปัทมภ์ พบว่า ผลทำให้บิดามารดามีความรู้

เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลเด็กออกทิสติก รวมถึงเข้าใจระบบบริการของโรงพยาบาลและมีความตระหนักในคุณค่าของตนเอง ทำให้บิดามารดามีพลังอำนาจ ที่จะดูแลเด็กออกทิสติกสอดคล้องกับปรัชญาภรณ์ บุญยะสง(2548) ศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้าง พลังอำนาจต่อภาระการดูแลเด็กปัญญาอ่อนของผู้ดูแลในครอบครัว โรงพยาบาลปทุมธานี พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลเด็กปัญญาอ่อน มีผลทำให้ภาระการดูแลในครอบครัวลดลงตามแนวคิดของกิบสัน(1995)ที่กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจคือการเพิ่มความสามารถและความแข็งแกร่งของครอบครัวของผู้ดูแลให้สามารถควบคุมสถานการณ์ มีผลทำให้ภาระการดูแลลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรม ทำให้ผู้ศึกษาเห็นถึงแนวทางการที่ให้มารดาสามารถดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดได้ โดยนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาเป็นแนวทาง เพื่อเกิดพลังในตัวบุคคล พัฒนาศักยภาพ และเกิดความเชื่อมั่นในการดูแลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดได้

ขั้นตอนที่2. พิจารณาปัญหาที่คัดเลือกเป็นตามความต้องการขององค์กร และจัดตั้งทีมเพื่อดำเนินโครงการ

เพื่อดำเนินโครงการและพิจารณาถึงปัญหา โดยจัดทำในวาระการประชุมประจำเดือนกุมภาพันธ์ที่ผ่านมา (26/02/50) มีผู้เข้าร่วมประชุม 20 ท่าน ประกอบไปด้วยหัวหน้าตึก NICU และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 19 รายพบว่า ที่ประชุมมีความคิดเห็นในทางเดียวกันเกี่ยวกับปัญหาของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด ไม่สามารถให้การดูแลบุตรของตนเองได้ ปัญหาที่ผ่านมาพบว่ามารดาไม่เคยมีบทบาทด้านการดูแลทารกและไม่มั่นใจในการดูแลบุตรด้วยตนเอง มารดาส่วนใหญ่ไม่กล้าจับต้อง ถึงแม้ทารกอยู่ในช่วงระยะรอเลี้ยงโตและไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ จึงควรส่งเสริมการดูแลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด ต่อจากนั้นได้เริ่มมีการจัดตั้งทีมทำโครงการประกอบด้วยพยาบาลประจำจำนวน 5 ราย เพื่อสร้างแนวปฏิบัติ ได้จัดประชุมชี้แจง อภิปรายเรียนเชิญผู้เชี่ยวชาญมาให้ความรู้ในการจัดทำแนวปฏิบัติ ยกตัวอย่างผลงานที่พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและนำไปปฏิบัติได้จริงเพื่อเพิ่มความชัดเจนและความเข้าใจของทีมงาน และองค์กรเกิดการเรียนรู้ในทิศทางเดียวกัน

ขั้นตอนที่3. สืบค้นหาหลักฐาน/งานวิจัยที่ดีที่สุด วิเคราะห์ ประเมินและสังเคราะห์งานวิจัย

ผู้ศึกษาทำการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ จากงานวิจัยเดี่ยวที่ตีพิมพ์เผยแพร่และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ (วิทยานิพนธ์และสารนิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากกระบวนฐานข้อมูลต่าง ๆ ได้แก่ ฐานข้อมูลงานวิจัย 24 สถาบัน ,OVID, CINAHL , PUBMED , www.Pediatrice.com , SCIENC DIRECT , Black well งานวิจัยที่เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ จากฐานข้อมูล Cochrance.org เป็นต้น โดยกำหนดคำในการสืบค้นดังแสดงในตารางที่ 2.5 ดังนี้

1. ทารกคลอดก่อนกำหนด
2. การเสริมสร้างพลังอำนาจ
3. Empowerment
4. Empowerment and Parent
5. Empowerment and caregiver
6. Empowerment and Neonate
7. Empowerment and Parent and Low birth weight
8. Neonate
9. Development and Low birth weight
10. Development and Premature – infant And caregiver
11. Parent and Empowerment and Neonate

มีเกณฑ์ในการประเมินระดับงานวิจัยดังนี้ (Settlers , et al 1998)

1. Meta analyses of controlled studies (RCT)
2. งานวิจัยเดี่ยวที่เป็น experimental study (RCT)
3. quasi experimental studies , case- control studies
4. non-experimental studies (descriptive, correlation, qualitative studies)
5. program evaluations, research utilization studies, quality improvement projects, case reports
6. opinion of respected authorities or expert committees

เลือกงานวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่เป็น มารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มมารดาที่มีบุตรได้รับการเจ็บป่วย โดยเลือกงานวิจัยทุกระดับทั้งที่เป็น

งานวิจัยเชิงทดลองและงานวิจัยไม่ใช่เชิงทดลอง เพื่อเกิดองค์ความรู้ในการวิเคราะห์ปัญหาและนำมาสร้างแนวปฏิบัติให้การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ดังแสดงในตารางที่ 2.6

ในขั้นตอนการวิเคราะห์และ ประเมินคุณภาพ สกัดเนื้อหาสังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ในขั้นตอนนี้ ผู้ศึกษาอ่านงานวิจัยจำนวน 7 เรื่อง ประเมินคุณภาพ และความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ทางคลินิก จากนั้นนำมาวิเคราะห์ สกัดเนื้อหาใส่ตาราง ที่ละเรื่องดังแสดงในตารางที่ 2.7(เอกสารแนบในภาคผนวก) จนครบทุกเรื่อง นำข้อความแต่ละตารางมาพิจารณา ร่วมกัน และสกัดเนื้อหาส่วนที่จะนำมาใช้ในการสร้างแนวปฏิบัติเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจมารดา ให้มีการรับรู้พลังอำนาจมากขึ้น มีศักยภาพ และทักษะในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ดังแสดงในตารางที่ 2.8 ดังนี้

ตารางที่ 2.5
การสืบค้นจากฐานข้อมูล

ฐานข้อมูล	กำหนดคำ	งานวิจัย	งานวิจัย
		ที่ได้	ที่เลือก
Science direct			
	Empowerment	983	0
	Empowerment and Parent	31	1
	Empowerment and Parent		
	Low birth weight	136	2
	Neonate	10,523	2
www.Pediatrics .org			
	Empowerment	10,100	0
	Empowerment and Neonate	691	1
	Premature – infant	7,038	3
	development and	18	0
	Low birth weight		
Blackwell			
	Parent and Empowerment	10	0
	Parent and Empowerment		
	and Neonate	32	1
Ovid			
	Empowerment	8201	0
	Empowerment and Neonate	39	2
	Empowerment and caregiver	461	0
	Empowerment and Neonate		
	and Parent	1,010	1

ตารางที่ 2.5(ต่อ)

ฐานข้อมูล	กำหนดคำ	งานวิจัย	งานวิจัย
		ที่ได้	ที่เลือก
Cochrance.org	Development and Premature – infant And caregiver	830	2
	Empowerment and Neonate and Parent	820	0
	Empowerment and Neonate	50	0
	pubmed		
ฐานข้อมูล 24 สถาบัน	Empowerment	720	0
	Empowerment and Neonate	39	0
	ทารกคลอดก่อนกำหนด	132	3
	การเสริมสร้างพลังอำนาจ	172	0

สรุป ผลการสืบค้นงานวิจัยฉบับเต็ม (Full text) จำนวน 17 เรื่อง คัดงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาและการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ในที่สุดเหลืองานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์จำนวน 7 เรื่อง จากระบบฐานข้อมูลต่างๆ จำนวน 5 เรื่องและจากการสืบค้นด้วยมือ จำนวน 2 เรื่อง เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ สามารถแบ่งระดับของงานได้ดังนี้

1. งานวิจัยที่อยู่ในระดับ 1 (Randomized Control trials) จำนวน 3 เรื่อง
2. งานวิจัยที่อยู่ในระดับ 3 (Quasi-experimental research) จำนวน 4 เรื่อง

ตารางที่ 2.6
งานวิจัยที่เลือกสรรมาวิเคราะห์

ผู้แต่ง	ระดับ	งานวิจัยชื่อ
เรื่องที่ 1. Michele ,S., et al. (2006)	experimental study (RCT) / A	Development of Relationship Competencies Through Guided Participation for Preterm Infants
เรื่องที่ 2. Bernadette ,M.M ., et al. (2004)	Randomized Controlled Trial (RCT) / A	Creating Opportunities for Parent Empowerment : Program Effects on the Mental Health /Coping Outcomes of Critically Ill Young Children and Their Mothers
เรื่องที่ 3. Bernadette ,M.M ., et al. (2006)	Randomized Controlled Trial (RCT) / A	Reducing Premature Infants' length of Stay and Improving Parents' Mental Health Outcomes With the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) Neonatal
เรื่องที่ 4. อรุณรัตน์ กาญจนะ ปีพ.ศ. 2549	Quasi- experimental research / C	ผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจของมารดาต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด
เรื่องที่ 5. กุลลดา เปรมจิตต์ ปีพ.ศ. 2547	Quasi- experimental research / C	ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลทารกร่วมกับการดูแลแบบแก๊งการู ต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาและการเพิ่มน้ำหนักตัวของทารกคลอดก่อนกำหนด

ตารางที่ 2.6 (ต่อ)

ผู้แต่ง	ระดับ	งานวิจัยชื่อ
เรื่องที่6.ปริญาภรณ์ บุญยะส่ง ปี พ.ศ.2548	Quasi- experimental research / C	การศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลเด็กปัญญาอ่อนของผู้ดูแลในครอบครัว โรงพยาบาลปทุมธานี
เรื่องที่7. กมลเนตร ไผ่ชำนาญ ปี พ.ศ.2546	Quasi- experimental research / C	ผลของการให้มารดามีส่วนร่วมซึ่งกันและกันกับพยาบาลในการดูแลบุตรที่เกิดก่อนกำหนดต่อความเครียดของมารดา

ตารางที่2.7

การวิเคราะห์และการสังเคราะห์งานนำมาใช้สร้างแนวปฏิบัติ

ชื่อผู้แต่ง	Implementation
เรื่องที่ 1. Michele , S., et al. (2006) Level /A	- นำแนวคิดของ Guided Participation - การสร้างสัมพันธภาพ - ให้มารดามีส่วนร่วมและมีกิจกรรมร่วมกับทีมสุขภาพ - นำIntervention ให้มารดา ทารกคลอดก่อนกำหนดและผู้ศึกษา ร่วมกันปฏิบัติดังนี้ 1. การดูแลสุขอนามัย 2. วัดอุณหภูมิ (temperature taking) 3. ดูแลทำความสะอาดทารก (dressing the infant) 4. สังเกตอาการเจ็บป่วยของบุตร

ตารางที่ 2.7 (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง	Implementation
เรื่องที่ 2. Bernadette ,M, M., et al. (2004) Level /A	นำรูปแบบของ Intervention 5 ขั้นตอน มาปฏิบัติดังนี้ 1. แลกเปลี่ยนความคิด 2. ให้ข้อมูลสุขภาพแก่มารดา 3. ให้มารดาสังเกตอาการเจ็บป่วยของบุตร 4. การมีส่วนร่วม 5. เปิดวิดีโอเทปและสมุดบันทึกประสบการณ์ที่ดีของมารดาตัวอย่าง นำมาเปิดและให้มารดาที่เข้าโปรแกรมได้อ่านเพื่อสะท้อนความรู้สึกและเป็นต้นแบบ
เรื่องที่ 3. Bernadette ,M, M.,et al.,(2006) Level /A	วิธีการให้ Intervention 1. ต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับ - ลักษณะและพฤติกรรมของทารกคลอดก่อนกำหนดในขั้นตอนก่อนนำเข้าโปรแกรม - การมีส่วนร่วมในการดูแล - ความต้องการของทารก - การมีปฏิสัมพันธ์กับทารกเพื่อกระตุ้นพัฒนาการ 2. เสนอผลลัพธ์ของการได้ข้อมูลเกี่ยวกับกลยุทธ์ที่ให้เกิดความรู้ด้านพฤติกรรมเปรียบเทียบกับกลุ่มของมารดาที่ไม่ได้รับ 3. มีพี่เลี้ยงมาช่วยฝึกสอนเป็นรายบุคคล 4. ให้มารดาได้ตัดสินใจเลือกข้อมูลต่างๆที่ได้เรียนรู้มาบันทึก

ตารางที่ 2.7 (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง	Implementation
เรื่องที่ 4. กุลลดา เปรมจิตต์ ปีพ.ศ. 2547	1. สามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลทารก ร่วมกับการดูแลแบบคงการไปใช้ได้ ทำให้มารดามีพฤติกรรมการดูแลดี 2. สามารถนำเครื่องมือมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ - แบบสอบถามแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Moore (1983)
เรื่องที่ 5.ปริญญาภรณ์ บุญยะ สงปี พ.ศ.2548	โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกัน และกระบวนการกลุ่มอย่างเป็นขั้นตอน แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน 1.การพัฒนาการรับรู้ภาวะการรับรู้การดูแล คือการจัดผู้ดูแล ทบทวนและอภิปรายกลุ่ม 2.การพัฒนาการตระหนักในคุณค่าของตนเอง คือ เพื่อให้ผู้ดูแล ค้นหาปัญหาตามสภาพจริงโดยใช้กระบวนการกลุ่ม 3.การพัฒนาศักยภาพ คือ ผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลเด็กปัญญาอ่อนและกำหนดแผนปฏิบัติ และตัดสินใจเลือกวิธีการดูแล 4. การพัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล โดย หาแนวทางร่วมกันของผู้ดูแล ให้กำลังใจและการสนับสนุนซึ่งกันและกัน

ตารางที่ 2.6 (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง	Implementation
	แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาที่มีเด็กปัญญาอ่อน จำนวน 30 ราย ที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลปทุมธานี เป็นเครื่องมือกำกับการศึกษาเรื่อง ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลเด็กปัญญาอ่อนของผู้ดูแลในครอบครัว โรงพยาบาลปทุมธานี พัฒนามาจากแบบประเมินพลังอำนาจ(Psychological empowerment scale) ของ Akey et al.,(2000) มีจำนวนข้อทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วยรายละเอียดของการประเมินรายด้าน ได้แก่ การรับรู้และเข้าใจปัญหาของตนเอง การรับรู้ศักยภาพของตนเองว่าเป็นผู้มีความชำนาญ มีความหวังและกำลังใจสามารถแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด รู้จักแหล่งประโยชน์และสามารถใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า(Rating Scale) 5 ระดับคือ มากที่สุด มากปานกลาง น้อยและน้อยที่สุดคุณภาพเครื่องมือ
เรื่องที่ 6.กมลเนตร ใฝ่ชำนาญ ปี พ.ศ.2546	1. ในการวางแผนการพยาบาลร่วมกันกับมารดา ในการเพิ่มพูนทักษะของมารดาในการปฏิบัติของมารดา โดยมีส่วนร่วมในเรื่อง การดูแลความสะอาดหลังการขับถ่าย การจัดสิ่งแวดล้อม การนึ่งผ้าอ้อม ลดแสงและการลดเสียง มารดาได้สัมผัสพูดคุย 2. มีการจัดเตรียมคู่มือประกอบการเตรียมความพร้อมอธิบาย แนะนำสถานที่ ระเบียบการเยี่ยม สิ่งแวดล้อม และอุปกรณ์ต่างๆในNICU ในการ เยี่ยมบุตรครั้งแรกใช้เวลา 5-10 นาที

ชื่อผู้แต่ง	Implementation
เรื่องที่ 7. อรุณรัตน์ กาญจนะ ปีพ.ศ. 2549	โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบกลุ่มและแบบมีส่วนร่วม โดยให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกัน ตามขั้นตอนของกิบสัน 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1.ระยะที่ 1 การเสริมสร้างสัมพันธภาพและจัดการสิ่งแวดล้อมให้มารดารู้สึกปลอดภัย ดังนี้ 1.1 ศึกษาข้อมูลการรักษาจากแฟ้มรายงานก่อนเข้าเยี่ยม 1.2 แสดงท่าทียิ้มแย้มและสร้างสัมพันธภาพเป็นรายบุคคล 1.3 พูดคุยทักทายทั่วไป เพื่อให้มารดาผ่อนคลาย 1.4 จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ 2.ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ปฏิบัติตามโปรแกรม โดยใช้ประเด็นการดูแลเรื่องการดูแลระยะพัฒนาการ และการดูแลระยะเบี่ยงเบนสุขภาพ โดยประเด็นการดูแลที่จำเป็นแบ่งเป็น 6 ครั้ง การดำเนินการในแต่ละครั้งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 2.1 ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง โดยให้มารดาประเมินตนเองเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ดูแลเด็กที่ผ่านมา 2.2 ขั้นตอนที่ 2 การพิจารณาไตร่ตรอง จากประสบการณ์เดิมที่เคยดูแลเด็กที่ผ่านมา วิเคราะห์สาเหตุ ทบทวนทำความเข้าใจ ต้องปรับปรุงแก้ไขการดูแล 2.3 ขั้นตอนที่ 3 การทำให้เกิดความสามารถในการดำเนินการ พัฒนาให้มารดาเกิดทักษะและความรู้ ผู้วิจัยให้ความรู้ หรือข้อมูล ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดทางเลือก 2.4 ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งความมั่นใจ โดยให้มารดาปฏิบัติให้ดูและมีการติดตามโดยโทรศัพท์ติดตาม 3.ระยะที่ 3 ระยะติดตามผล โดยการสนับสนุนและมีการติดตามโดยโทรศัพท์ติดตาม 4.ระยะที่ 4 ระยะสิ้นสุดโปรแกรม สรุปประเด็น ชักถามข้อมูลเมื่อมารดาพาเด็กมารับยาเคมีบำบัดอีกครั้ง

หลังจากที่ทำการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหามาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดมีองค์ประกอบดังนี้

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ด้านมารดาและทารกคลอดก่อนกำหนด ที่ทารกเข้ารับการรักษายู่ที่ตึกทารกแรกเกิดวิกฤต NICU ระยะเวลาในการศึกษา ให้ระยะเวลาทำการศึกษาคือระยะเวลา 1 เดือน

วิธีการดำเนินการในชั้นการเตรียมการ โดยจัดเตรียมดังนี้

1. จัดเตรียมคู่มือการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด
2. แจกจ่ายละเอียดของโครงการและวัตถุประสงค์การดำเนินงานเพื่อให้เกิดความเข้าใจในทิศทางเดียวกัน และเกิดความร่วมมือภายในหน่วยงาน
3. จัดทบทวนความรู้ให้แก่พยาบาลในเรื่อง 1) การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด 2) การเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามกรอบแนวคิดของ Gibson 3) การพัฒนา CNPG
4. ผู้ศึกษาคัดเลือกมารดาตามเกณฑ์ที่กำหนด พร้อมกับการชี้แจงวัตถุประสงค์

ขั้นตอนการดำเนินการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ก่อนเริ่มขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยมี 4 ขั้นตอนตามกรอบแนวคิดของ กิบสัน(1995) ผู้ศึกษาได้ทำการเสริมสร้างความร่วมมือ สร้างสัมพันธภาพ / แรงจูงใจ ประกอบด้วย การให้ข้อมูลการเข้าเยี่ยม สร้างแรงจูงใจให้มารดาและมารดามีทัศนคติในด้านบวกกับการดูแลบุตร มารดามีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะดูแลบุตรได้

ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาสภาพการณ์จริงของมารดา

ขั้นตอนที่ 2 สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีการที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ

แผนการสำหรับการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาเป็นรายบุคคล จำนวน 4 ครั้งแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 1-2 ชั่วโมง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนที่1 ค้นหาสภาพการณ์จริงของมารดา

สำหรับการดำเนินการในขั้นตอนนี้ เป็นการนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง และทำความเข้าใจข้อมูลที่ตนเองได้รับรู้มา ในขั้นตอนนี้จะทำให้บุคคลมีการตอบสนองเกิดขึ้นอยู่ 3 ด้าน(ปริญญารักษ์ บุญยะสง,2547) ได้แก่ ด้านอารมณ์ (Emotionally) ด้านสติปัญญาการรับรู้ (Cognitive) และ พฤติกรรม (Behaviorally)

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ
 2. มารดารับรู้สถานการณ์ตามความเป็นจริง
 - 3.ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดด้วยตนเอง

- เทคนิค**
1. โดยการสร้างสัมพันธภาพเป็นรายบุคคล ระหว่างผู้จัดทำโครงการและมารดา เพื่อให้เกิดความไว้วางใจโดยใช้คำพูดที่สุภาพอ่อนโยน ท่าที่อบอุ่น เป็นมิตร ยิ้มแย้มแสดงความรู้สึกจริงใจ กริยาท่าทางแสดงความเป็นมิตรและให้ความสนใจผู้รับบริการ
 2. ให้ข้อมูลมารดาก่อนเข้าเยี่ยมทารกแรกเกิดก่อนกำหนด ข้อมูลที่มารดาทราบก่อนกำหนดต้องการทราบ คือสภาวะการเจ็บป่วยของบุตร การดูแลที่บุตรได้รับ เหตุผลของการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ แผนการรักษาและอุปกรณ์ต่างๆ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ประจำตึก รวมถึงกฎระเบียบของโรงพยาบาล ผลของการให้ข้อมูลส่งผลให้มารดาผ่อนคลายความเครียดลง ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างมารดา ทารกและทีมสุขภาพ ซึ่งการให้ข้อมูลช่วยเสริมสร้างปัจจัยให้มารดา มีความรู้และมีการรับรู้ต่อเหตุการณ์อย่างถูกต้อง รวมทั้งบทบาทที่มารดาพึงกระทำได้ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม มารดาเกิดการยอมรับในตัวยุติบาลเป็นบุคคล น่าเชื่อถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมนอกเหนือจากครอบครัว(Bernadette et al.,2006;พรประภา โฉจนะวงศ์กร,2541)
 3. การสร้างบรรยากาศ จัดสถานที่ สิ่งแวดล้อม และการเป็นกันเอง

ดำเนินกิจกรรม ใช้เวลา 2 วัน ดังนี้

วันที่1

1. คัดเลือกเข้าโครงการ ดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคล โดยคัดเลือกมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างน้อย 3-4 วันจากงานวิจัยของพรประภา

โลจนะวงศ์กร(2541) พบว่า เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมในการให้ข้อมูลมารดา ก่อนการเข้าเยี่ยมทารก และสัมพันธภาพที่ดีจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ มารดาเกิดการผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวลของมารดาได้ เพื่อให้มารดาเกิดการยอมรับข้อมูลของทารก

2. แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ การทำโครงการและเพื่อให้มารดายอมรับและเข้าร่วมในโครงการ

3. การสร้างสัมพันธภาพ ผู้ศึกษาให้ความสำคัญ โดยมีแนวทางปฏิบัติให้ติดต่อกัน 2 วันให้มารดาคุ่นเคย และยอมรับ โดยทักทายมารดาที่มาเยี่ยมบุตรในขณะนั้นใช้คำพูด ด้วยท่าทีกริยาเป็นกันเอง

4. สร้างบรรยากาศ โดยเลือกสถานที่แลกเปลี่ยนข้อมูลไม่มีเสียงดังรบกวน ไม่มีคนพลุกพล่าน โดยผู้ศึกษาให้ข้อมูลมารดา ก่อนการเยี่ยมทารก ที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น นำชมสถานที่และแจกเอกสารของบริการงานในห้องNICU

5. ผู้ศึกษานำมารดาเข้าเยี่ยมบุตรและแนะนำแพทย์ พยาบาลเจ้าของไข้ ให้มารดา รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในทีม

6. ผู้ศึกษาเปิดโอกาสให้มารดาเข้าสัมผัสทารกในตู้อบ โดยผู้ศึกษาแนะนำเรื่องการล้างมือมาแล้ว ใช้การประเมินพฤติกรรมการดูแลของมารดา โดยการสังเกตการณ์ดูแล

7. ใช้แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจมารดา เพื่อประเมินการรับรู้พลังอำนาจ

วันที่2

1.ผู้ศึกษาคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดี ด้วยท่าทาง สีนน้ำยิ้มแย้ม และการยอมรับซึ่งกันและกัน

2. ผู้ศึกษาเปิดโอกาสให้มารดาเยี่ยมบุตร โดยมีผู้ศึกษาอยู่เคียงข้าง

3. ผู้ศึกษาใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกกับมารดา ภายหลังการเยี่ยมบุตรในห้องประชุมของตึกเป็นสถานที่ที่เป็นส่วนตัว เงียบสงบ โดยลักษณะที่เป็นคำถามปลายเปิด มีแนวข้อคำถามในการรับรู้การที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด การดูแล ปัญหาและอุปสรรคที่มารดาได้รับ ตลอดจนความต้องการของมารดาเพื่อให้ได้ข้อมูลการรับรู้การที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด ปัญหาและอุปสรรคความต้องการ และการดูแลของมารดา

4. นัดหมายมารดาในสัปดาห์ต่อไป

5. แจกสมุดบันทึกลูกรัก(ติตรูปบุตรของตนไว้หน้าปก)ให้มารดาเขียนบันทึกถึงลูกทุกวันว่าทำอะไรให้บุตรบ้าง นำมาด้วยในสัปดาห์หน้าที่นัดหมายไว้

ประเมินผลจาก

1. เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษาและมารดา
2. มารดารับรู้และตระหนักถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง
3. มารดาเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์

สัปดาห์ที่ 2 ขั้นตอนที่ 2 สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

วัตถุประสงค์

1. มารดาสะท้อนคิดถึงปัญหาเกี่ยวกับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด
2. มองเห็นปัญหา เรียงลำดับความสำคัญของปัญหา วิเคราะห์ปัญหา ระบุปัญหา สาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหา
3. พิจารณาเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาเปิดโอกาสให้มารดาเข้าเยี่ยมบุตรก่อน สังเกตพฤติกรรมการดูแลของมารดา
2. หลังการเยี่ยม นำมารดามาในห้องประชุม(อยู่ติดกับNICU) ขออนุญาตมารดาอ่านข้อความในบันทึกลูกรัก เพื่อรับทราบแนวความคิดของมารดาและให้มารดาได้สะท้อนความคิด ปัญหาการดูแลทารกของตนเอง และผู้ศึกษาได้สะท้อนข้อมูลที่มารดาได้บันทึกเพื่อทำความเข้าใจให้ตรงกันกับความรู้สึที่เกิดขึ้นกับมารดาอย่างแท้จริง
3. ให้มารดาได้อ่านข้อความและบันทึกของมารดาที่ประสบความสำเร็จในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่เคยเข้ารับการรักษาในห้องNICUมาก่อน และแสดงความคิดเห็นจากเหตุการณ์นั้น
4. ผู้ศึกษาและมารดาร่วมกันสรุปเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา วิเคราะห์ปัญหา ระบุปัญหา สาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหา

ประเมินผลขั้นตอนนี้

1. มารดาได้รับทราบปัญหาที่สำคัญของตน และมีแนวทางการแก้ไขปัญหา
2. พิจารณาเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา

3. การมีส่วนร่วมของมารดา

สัปดาห์ที่ 3 ขั้นตอนที่ 3. การตัดสินใจเลือกวิธีการที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. มารดามีส่วนร่วมกันในการดูแลทารก
 2. มารดาตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองในการดูแลทารก
 3. มารดาเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ได้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า และจัดการปัญหาด้วยตนเอง
- ขั้นตอนนี้ใช้เวลา 3 วัน มาฝึกทักษะการดูแลร่วมกันติดต่อกันทุกวัน วันละ 1-2 ชั่วโมง ขณะเข้าเยี่ยมบุตร(13.00 -15.00น) ประเมินผลในแต่ละวัน หาแนวทางแก้ไข/และมารดาตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติด้วยตนเอง

กิจกรรมวันแรก (เวลา 14.00 - 16.00 น) เป็นการอุ้มท่าแครงการ จากงานวิจัยของกุลดา เปรมจิตร์(2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ Marry Price & Martin Johnson (2005) เรื่อง ผลของการใช้Skin-to-skin Contact เป็นการสร้างพลังอำนาจเกิดขึ้นในมารดาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติใหม่ให้เกิดขึ้นได้ กิจกรรมสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามที่มารดาเลือกสรรวิธีการปฏิบัติ

ผู้ดำเนินโครงการสอน สาธิต และช่วยให้มารดาปฏิบัติ พร้อมกับการกล่าวถึงผลของการนำวิธีการมาใช้ให้มารดาเปรียบเทียบกับความรู้สึกที่แท้จริงที่มารดาเกิดขึ้น

สอดแทรกความรู้ในสิ่งที่มารดาต้องการและความรู้เพิ่มเติมเรื่องการควบคุมอุณหภูมิกาย และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงเพื่อมีอุณหภูมิกายต่ำและสูงพร้อมกับแนวทางการดูแลรักษาพยาบาล มารดาเข้าใจพร้อมกับบันทึกข้อมูลในสมุดลูกรัก

สิ้นสุดกิจกรรม ให้มารดาประเมินปัญหาของตนและแนวทางแก้ไข พร้อมกับการค้นหาปัญหาการดูแลแนวทางแก้ไขต่อไปในวันพรุ่งนี้

กิจกรรมวันที่ 2 (เวลา 14.00 - 16.00 น) เป็นการอุ้มท่าแครงการ โดยให้มารดาจัดทำและนำทารกออกจากตัวเอง โดย ผู้ดำเนินโครงการอยู่เคียงข้าง และให้กำลังใจ

การสอนเรื่อง การหายใจปกติ การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง และการดูแลเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงขั้นต้น โดยเสริมแรงทางบวกว่าสิ่งที่มารดาเรียนรู้ในวันนี้ทำให้มารดาารู้สึกว่าลูกที่

อยู่ในอ้อมอกแม่ต้องปลอดภัย แม่ช่วยหนูได้ สอน เปิดโอกาสให้มารดาซักถาม ใช้เวลาประมาณ 20 นาที ปิดMonitor O2 Saturation สังเกตพฤติกรรมของมารดา

ประเมินผลหลังการทำกิจกรรม ให้มารดาประเมินพฤติกรรมการดูแลของตนเอง ปัญหาและอุปสรรค และค้นหาแนวทางแก้ไข

กิจกรรมวันที่3 ให้มารดาปฏิบัติกิจกรรมที่เลือกสรร ใช้เวลา 1 ชั่วโมง หลังจากนั้น 15 นาทีผู้ดำเนินโครงการถอยออกห่างมาให้มารดาอยู่กับทารกตามลำพัง

ประเมินผล มารดาบอกหลังทำกิจกรรม

กิจกรรมวันที่ 4 ดำเนินกิจกรรมที่เลือกสรรพร้อมทั้ง เสริมความรู้เพิ่มเติมเรื่องการทำ ความสะอาดร่างกายชำระ ผู้ดำเนินโครงการทำให้ดูก่อนครั้งแรกก่อนที่นำทารกลงจากตู้อบเพื่อป้อนนม หลังการป้อนนมเสร็จให้มารดาชำระเปลี่ยนผ้าอ้อมนำทารกเข้าตู้อบ

ประเมินผลจากขั้นตอนนี้

1. มารดามีส่วนร่วมขณะให้การดูแล
2. มารดาได้ตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลทารกด้วยตนเองและลงมือปฏิบัติในวิธีที่ตนเองเลือก
3. พฤติกรรมการดูแลของมารดาแสดงออกถึงความมั่นใจในความสามารถของตนเอง

สัปดาห์ที่ 3 (ปลายสัปดาห์) ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเกิดการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ
2. มารดาของทารกมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตน
3. มีเครือข่ายของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด

กิจกรรม

1. มารดาแต่ละท่านได้รู้จักกัน เพื่อสร้างเครือข่ายมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด และแลกเปลี่ยนแนวทางการดูแล ช่วยเหลือกันและกัน เป็นแบบอย่างให้กันและกัน
2. ให้มารดาประเมินการดูแลของตนเอง
3. ผู้ศึกษาให้แรงเสริมทางบวก โดยใช้คำพูดยกย่องชื่นชมในความสามารถของมารดา

4. ให้มารดาตอบแบบประเมินผลการรับรู้พลังอำนาจ/แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลทารกของตนเอง
5. บันทึกข้อความเพื่อเก็บข้อมูลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการประเมินพลังอำนาจมากที่สุด เพื่อเป็นต้นแบบให้มารดาท่านอื่นๆได้เป็นแบบอย่าง ให้กับหน่วยงานในNICU
6. ให้มารดามีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพในการดูแลทารก

ประเมินผลของขั้นตอน

1. มารดาปฏิบัติกรดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ
2. มารดาทำทางกระตือรือร้นในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด
3. มารดาสามารถฝึกสอนมารดาท่านอื่นร่วมกับทีมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง

ขั้นตอนประเมินผล

1. การประเมินการรับรู้พลังอำนาจมารดา โดยใช้แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจมารดา ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาดัดแปลงมาจากของปริญญาภรณ์ บุญยะสงฆ์ ปีพ.ศ.2548 ประเมินผลการรับรู้พลังอำนาจมารดา ทั้งหมด 3 ครั้ง ดังนี้
 - การประเมินครั้งที่1 วันที่1ในสัปดาห์ที่1
 - การประเมินครั้งที่2 สัปดาห์ที่4 เมื่อสิ้นสุดการให้โปรแกรมทันที
 - การประเมินครั้งที่3 สิ้นสุดการให้โปรแกรม 1 เดือน
2. ประเมินพฤติกรรมการดูแลของมารดา โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด
 - การประเมินครั้งที่1 วันที่1ในสัปดาห์ที่1
 - การประเมินครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่4 เมื่อสิ้นสุดการให้โปรแกรมทันที
 - การประเมินครั้งที่ 3 สิ้นสุดการให้โปรแกรม 1 เดือน

ผู้ศึกษามีความเห็นว่ ประเด็นหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดให้เกิเป็นรูปธรรมอย่างหนึ่ง คือ เครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์การเสริมสร้างพลังอำนาจ เครื่องมือที่ช่วยให้เกิดองค์ความรู้ของแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจและการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

เครื่องมือส่วนที่1 คือ แนวปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด

1. คู่มือการพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด
2. คู่มือสำหรับมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด
3. คู่มือสำหรับพยาบาลในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด
4. สมุดบันทึกประสบการณ์ของตัวอย่างมารดาที่ประสบความสำเร็จของการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด

เครื่องมือส่วนที่2 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารกคลอดก่อนกำหนด
2. สมุดบันทึกลูกกรัก เป็นสิ่งที่ช่วยถ่ายทอดและทบทวนความรู้สึกของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด ที่ผู้ศึกษาได้รับรู้และสะท้อนปัญหาให้มารดาได้ทำความเข้าใจตรงกันระหว่างมารดาและผู้ศึกษา
3. แนวการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล โดยใช้ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด มีแนวข้อคำถามที่เกี่ยวกับการดูแล ความรู้สึก ปัญหาอุปสรรคและความต้องการของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด
4. แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจมารดา เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาดัดแปลงมาจากการศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลเด็กปัญญาอ่อนของผู้ดูแลในครอบครัว โรงพยาบาลปทุมธานี ของปริญญาภรณ์ บุญยะสงฆ์ ปีพ.ศ.2548 ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า(Rating Scale) 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด
5. แบบประเมินพฤติกรรมมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด เป็นเครื่องมือกำกับการศึกษา ใช้ประเมินพฤติกรรมมารดาที่ผู้ศึกษาดัดแปลงมาจากการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลทารกร่วมกับการดูแลแบบแคงการูต่อพฤติกรรมมารดาบุตรของมารดาและการเพิ่มน้ำหนักตัวของทารกคลอดก่อนกำหนดของ กุลลดา เปรมจิตร(2547)

ขั้นตอนที่ 5. หาความตรงเชิงเนื้อหา

ผู้ศึกษาได้นำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ประจำภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปฏิบัติงานประจำตึกNICU 1 ท่าน อาจารย์ประจำภาควิชา
กุมารเวชศาสตร์ 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ 1 ท่าน และพยาบาล
ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องครบคลุมของเนื้อหาและ
ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ นำมาปรับปรุงแก้ไข ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้
จริง ดังนี้

1. เรื่องภาษาที่ใช้ในการเขียนคู่มือการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดาและ
รูปภาพประกอบที่เป็นรูปภาพที่คล้ายจริงมากที่สุด
2. คู่มือการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดา โดยควรเพิ่มคำศัพท์ทางแพทย์เพื่อ
พัฒนาองค์ความรู้ของพยาบาล
3. การใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในแต่ละขั้นตอน
 - 3.1 ควรกำหนดระยะเวลาร่วมกันของผู้ศึกษากับมารดาทารกคลอดก่อนกำหนด
เพื่อความสะดวกและความสบายใจของมารดา
 - 3.2 ทั้ง 4 ขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ควรใช้เวลา 1 – 2
สัปดาห์ เพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพอันดีของมารดาและผู้ศึกษา
4. การใช้แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจมีบางข้อคำถามที่แปลความหมายคล้ายกัน
ผู้ศึกษาควรอยู่เคียงข้างเพื่อคอยให้คำแนะนำ
5. การเริ่มกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ควรเริ่มพัฒนาและเน้นการสร้าง
สัมพันธภาพระหว่างมารดาและผู้ศึกษา โดยใช้คำพูดที่อ่อนโยน ข้อมูลที่จำเป็นและง่ายต่อความ
เข้าใจเพื่อการผ่อนคลายและลดความเครียด และดำเนินการของกระบวนการภายหลังที่ทารกคลอด
ก่อนกำหนดอยู่โรงพยาบาล 1 สัปดาห์ เนื่องจากในระยะดังกล่าวมารดามีความเครียดสูง

ขั้นตอนที่ 6. ทดลองปฏิบัติ

เมื่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผ่านการตรวจสอบคุณภาพของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ได้
มีการปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว มีการจัดเตรียมคู่มือการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด แจกจ่ายละเอียด
ของโครงการและวัตถุประสงค์การดำเนินงานเพื่อให้เกิดความเข้าใจในทิศทางเดียวกัน จัดทบทวน
ความรู้ให้แก่พยาบาลในเรื่อง การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด การเสริมสร้างพลังอำนาจ ตาม
กรอบแนวคิดของ Gibson โดยใช้กระบวนการ 4 ขั้นตอนคือ การค้นหาสถานการณ์จริง การสะท้อน
คิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีการที่เหมาะสม และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ นำแนว
ปฏิบัติทางการพยาบาลที่ได้ นำมาทดลองมีการคัดเลือกพร้อมกับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ให้กับกลุ่ม

ตัวอย่างที่เป็นมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษากายในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต (NICU) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 2 ราย เมื่อเดือนเมษายนถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ.2550 รวมระยะเวลา 1 เดือน นำเสนอผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ในบทที่3

ขั้นตอนที่ 7. สร้างเป็นคู่มือ จัดประชุมเพื่อประเมินผลแนวทางการปฏิบัติ โดยพิจารณาตาม หลักการดังนี้

7.1 พิจารณาปัญหาและอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ ปัญหาและอุปสรรค ในเรื่องของเวลา ต้องตกลงเรื่องเวลาที่มารดาสามารถมาเยี่ยมได้ ในช่วงเวลาที่สะดวก ทาง หน่วยงานปรับแก้ไขให้โอกาสเข้าตึกได้ถึงแม้จะนอกเวลาเยี่ยม และบุคลากรต้องให้ความสนใจใน การฝึกการสัมผัสภาษาเชิงลึกให้มากขึ้น เพื่อที่จะกระตุ้นให้มารดาสะท้อนคิด

7.2 การรับรู้ประโยชน์การใช้แนวปฏิบัติ ทางหน่วยงานรับรู้ประโยชน์ในด้านที่มารดาเกิด การรับรู้พลังอำนาจแล้วทำให้มีทักษะการดูแลเกิดการเรียนรู้มากขึ้น มีการผลักดันที่จะใช้กลุ่ม ตัวอย่างให้มากขึ้น

7.3 การคุ้มทุน ในด้านของประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยใช้ต้นทุนต่ำ เกิดผลลัพธ์คุ้มค่า มารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดสามารถดูแลทารกได้ เมื่อกลับบ้านมารดาหลังเสริมสร้างพลัง อำนาจไปแล้วยังคงปฏิบัติดูแลได้อย่างดีต่อเนื่อง ทารกไม่ต้องกลับเข้ารักษาในรพ.ซ้ำอีก

7.4 กลยุทธ์ในการแก้ปัญหา ต้องใช้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ผลักดันให้เป็นแนวปฏิบัติ ของหน่วยงาน โดยให้องค์กรเป็นตัวขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการยอมรับที่แพร่หลาย

7.5 สร้างเป็นคู่มือ(Nursing manual) ประกอบด้วยคู่มือการเสริมสร้างพลังอำนาจ คู่มือ การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดสำหรับพยาบาล และมารดา และแบบประเมินเพื่อเก็บข้อมูลต่างๆ

ขั้นตอนที่ 8. เผยแพร่ความรู้ให้กับหน่วยงานอื่นๆ

ทางหน่วยงานได้ริเริ่มให้มีการดำเนินการจัดตั้งโครงการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อ การเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด มีระยะเวลา 3 เดือน เริ่มตั้งแต่เดือน สิงหาคม ถึงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2550 พร้อมกับมีการนำเสนอผลงานการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการ พยาบาลในงานของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ที่จะจัดช่วงต้นเดือน พฤศจิกายนพ.ศ. 2550 และแนวทางการส่งผลงานไปตีพิมพ์ลงในวารสารวิชาการ