

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาถึงผลการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ ต่อการลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกตัวเหลืองตั้งแต่แรกเกิด ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและได้รวบรวมแนวความคิดเสนอเป็นลำดับดังนี้ คือ

2.1 ความวิตกกังวลและความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2.2 ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด

2.3 การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ

2.1 ความวิตกกังวลและความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ความหมายของความวิตกกังวล

สจิวต์ และซันเดิน (Stuart and Sundeen, 1983) ได้อธิบายถึงรากศัพท์ของความวิตกกังวลว่า ใน ภาษากรีก "Anxiety" หมายถึง กัดให้แน่น ซึ่งเป็นความบีบคั้น และในภาษาละติน "Anxious" หมายถึง ความแคบหรือตีตัน ซึ่งเป็นความไม่สุขสบาย ความหมายดังกล่าวใช้อธิบายความวิตกกังวลที่ครอบคลุมถึงความรู้สึกต่อไปนี้

1. ความรู้สึกหงุดหงิด ไม่สบายใจต่อเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน
2. ความรู้สึกที่รุนแรงต่อผลที่จะเกิดขึ้น
3. ความรู้สึกกระสับกระส่าย อึดอัด ไม่สบายใจ
4. ความรู้สึกตื่นกลัว ตระหนก ตกใจในบางสิ่งบางอย่างที่บอกไม่ได้
5. ความรู้สึกไม่แน่ใจ ไม่มั่นใจเกี่ยวกับอนาคต

ฟรอยด์ (Freud, 1936, 1949, 1952, 1962 อ้างถึงใน Gomes et al., 1984)

ฟรอยด์ นักทฤษฎีจิตวิเคราะห์อธิบายความวิตกกังวลว่าเป็นภาวะไม่สุขสบาย ดึงเครียดในใจเนื่องมาจากแรงขับทางเพศถูกกดดันหรือถูกยับยั้งไม่ให้แสดงออก ความวิตกกังวลจึงเกิดขึ้นจากภายในตัวของบุคคลเท่านั้น แต่ต่อมาภายหลังฟรอยด์ได้อธิบายความวิตกกังวลใหม่ว่า เป็นภาวะ

ดังเครียดในจิตใจของคนเนื่องมาจากสิ่งกระตุ้นทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลที่มาคุกคามต่ออีโก้ (Ego) ของบุคคลนั้น พรอยด์ได้เน้นความสำคัญของอีโก้ว่าเป็นตัวควบคุมในการเผชิญต่อสิ่งที่มากระตุ้นในชีวิต ถ้าอีโก้ซึ่งแรงตึกก็สามารถจัดหรือต่อสู้กับสิ่งเร้าไม่ให้มาคุกคามได้ หากอีโก้ไม่สามารถจัดหรือต่อสู้กับสิ่งที่มากระตุ้นได้ บุคคลนั้นก็จะรู้สึกถูกคุกคามและเกิดความรู้สึกวิตกกังวล

ซัลลิแวน (Sullivan, 1953 อ้างถึงใน Gomez et al., 1984) ได้อธิบายถึงความวิตกกังวลไว้เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Model) ซัลลิแวนเชื่อว่าความวิตกกังวลมีจุดเริ่มต้นที่ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลตั้งแต่วัยเด็ก ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับมารดา แต่ในวัยต่อมา เป็นความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับบุคคลอื่นๆ ความวิตกกังวลเป็นความตึงเครียดทางจิตใจที่เกิดขึ้นจากการที่มีความวิตกกังวล หรือมีการเปลี่ยนแปลงในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เมื่อไรก็ตามที่บุคคลไม่ได้รับการยอมรับ ถูกปฏิเสธจากบุคคลที่ใกล้ชิด ความเชื่อมั่นในตนเองก็จะลดลง และทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย ไม่มีคุณค่าแล้วจะเกิดความวิตกกังวลขึ้นมา

สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1970 อ้างถึงใน ลัคนา อันทิติ, 2536) กล่าวว่า การคาดคะเนหรือการประเมินสิ่งเร้าของบุคคลจะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือทำให้เกิดอันตราย ซึ่งทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวล บุคคลจะประเมิน หรือคาดคะเนได้แตกต่างกันไปแล้วแต่การรับรู้และการคิดของแต่ละบุคคล ถ้าบุคคลประเมินได้ว่าสิ่งเร้า นั้นจะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจอย่างรุนแรง ก็จะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้า นั้นมาก และอาจจะมากเกินไป สิ่งเร้า นั้นจะมีผลต่อบุคคล ขณะที่อีกบุคคลหนึ่งตอบสนองต่อสิ่งเร้า เดียวกันน้อยกว่า เพราะเขาประเมินว่าสิ่งเร้า นั้นจะทำให้เกิดความไม่พอใจต่อตนเองน้อยกว่า และในกรณีที่บุคคลประเมินสิ่งเร้า ว่าจะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือทำให้เกิดอันตรายต่อบุคคลอย่างรุนแรงบุคคลอาจถึงกับเกิดความหมดหวังที่จะช่วยเหลือตนเองให้พ้นจากสิ่งเร้า นั้น

สรุปได้ว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ภาวะที่บุคคลถูกคุกคาม ตกอยู่ในภาวะของความไม่มั่นคงปลอดภัย ความไม่แน่นอน ไม่ทราบว่าจะอะไรจะเกิดขึ้นกับตนเอง ความรู้สึกนี้ทำให้บุคคลเกิดความหวาดหวั่น ตึงเครียด กระวนกระวายใจ หรือไม่สบายใจ โดยมีการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

สปีลเบิร์กเกอร์ แบ่งความวิตกกังวลเป็น 2 ประเภทคือ

1. ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State Anxiety or A State) เป็นลักษณะของ

ความตึงเครียดที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ หนึ่งๆ ในขณะนั้น เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นชั่วคราว เฉพาะในสถานการณ์นั้น

2. ความวิตกกังวลแบบแฝง (Trait Anxiety or A Trait) เป็นความวิตกกังวลซึ่งเป็นลักษณะคงที่ในตัวบุคคลมักเกิดกับบุคคลนั้นจนเป็นนิสัย เช่นในคนที่มีความวิตกกังวลแฝงสูง มีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลแบบขณะปัจจุบันได้ง่ายกว่าคนที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ

เพปลาว (Peplau, 1952 อ้างถึงใน Stuart and Sundeen, 1979) ได้แบ่งความวิตกกังวลดังนี้ คือ

1. ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (Mild Anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของคนเรา ในภาวะนี้บุคคลจะมีการตื่นตัว และการรับรู้จะกว้างขึ้น เช่น จะมีการสังเกต รับฟังและเข้าใจอะไรได้มากขึ้น ความวิตกกังวลระดับนี้จะเป็แรงกระตุ้นให้คนเราเกิดการเรียนรู้และก่อให้เกิดพัฒนาและการคิดสร้างสรรค์

2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate Anxiety) ความสนใจของบุคคลจะอยู่ที่ความเกี่ยวข้องหรือเกี่ยวพันกับเหตุการณ์นั้นๆ การรับรู้จะแคบลง การสังเกต การรับฟังและความเข้าใจน้อยลง ความสนใจหรือสมาธิจะน้อยลง แต่บุคคลสามารถที่จะรับรู้ได้หากบุคคลได้ใช้ความพยายามมากขึ้น

3. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe Anxiety) การรับรู้ของบุคคลจะน้อยลงไปมาก บุคคลไม่ได้คำนึงถึงอะไรต่างๆ ทั้งสิ้น พฤติกรรมทั้งหลายมีจุดมุ่งหมายที่จะเป็นการลดความวิตกกังวล และจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำที่จะมุ่งความสนใจกับเรื่องอื่น

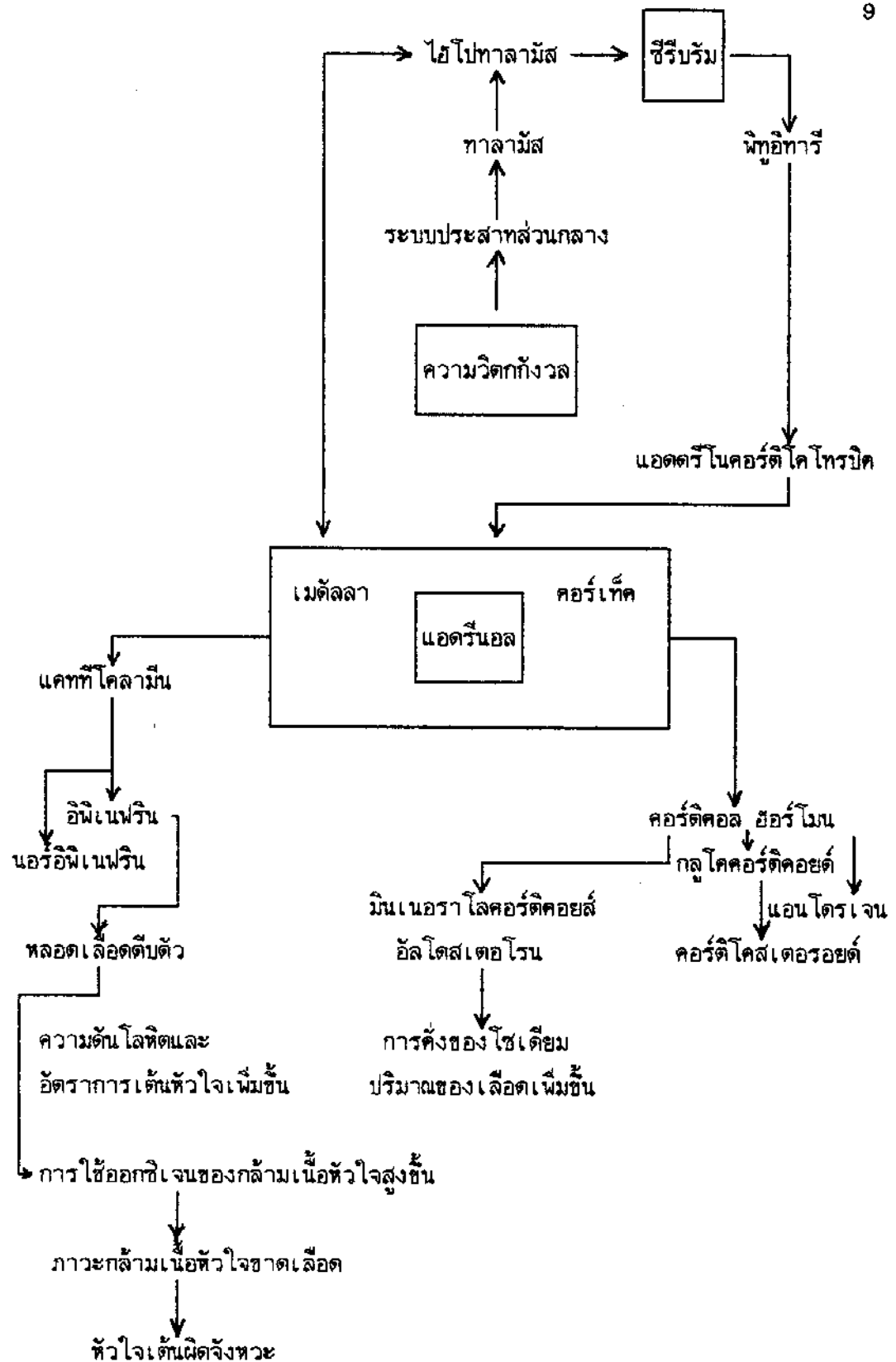
4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรงที่สุด (Panic Level) จะมีลักษณะสับสน หวั่นกลัว และตกใจกลัวเกิดร่วมด้วยเพราะว่า ความวิตกกังวลในระดับนี้ทำให้บุคคลไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จึงไม่สามารถที่จะกระทำตามคำชี้แนะได้ นอกจากนั้นความวิตกกังวลในระดับนี้มักจะเกิดร่วมกับการแตกแยกของบุคลิภาพด้วย เป็นภาวะที่บุคคลไม่สามารถทำหน้าที่ของตนได้ เช่นเดียวกับคนทั่วไป

ผลของความวิตกกังวล

ชอลดา พันธุเสนา (2536) เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น จะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนี้

1. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (แสดงในแผนภาพที่ 1)

1.1 การเปลี่ยนแปลงทางประสาทชีววิทยา เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นที่ตัวรับสิ่งเร้า



แผนภาพที่ 1 แสดงผลของความวิตกกังวลที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

แรงกระตุ้นเคลื่อนเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง คือ สมอง และไขสันหลัง แรงกระตุ้นนี้จะผ่านศูนย์กลางของสมองส่วนล่าง คือ ทาลามัส (Thalamus) และผ่านเข้าสู่ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ซึ่งเป็นศูนย์กลางของอารมณ์ ไปยังสมองส่วนบน คือ ซีรีบรัม (Cerebrum) ซึ่งทำหน้าที่รับรู้สิ่งเร้า และกระตุ้นต่อมพิทูอิทารี (Pituitary Gland) และ ไฮโปทาลามัส ทำให้เกิดผล คือ

1.1.1 ต่อมพิทูอิทารีหลังฮัยเปอร์โมแนดตอรีโนคอร์ติโคโทรปิก (Adrenocorticotrophic Hormone) ไปกระตุ้นต่อมหมวกไตส่วนใน (Adrenal Cortex) หลังฮัยเปอร์โมแนดตอรีนคอลล (Cortical Hormone) มีผลทำให้ร่างกายต้านทานต่อภาวะวิตกกังวลได้ดีขึ้น

1.1.2 ไฮโปทาลามัส ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติจะส่งแรงกระตุ้นต่อไปยังแอดรีนัล เมดัลลา (Adrenal Medulla) ของต่อมหมวกไตให้หลั่งสารอิพิเนฟริน (Epinephrine) ซึ่งมีผลทำให้ร่างกายมีการตอบสนองในการที่จะต่อสู้ หรือถอยหนี ในขณะที่แรงกระตุ้นถูกส่งไปยังสมองส่วนบน สมองส่วนนี้จะทำหน้าที่คิด การคิดทำโดยแยกแยะข้อมูลที่ได้ออก แล้วเปรียบเทียบกับประสบการณ์ในอดีตที่เก็บไว้ในฮิปปโปแคมปัส (Hippocampus) ถ้าเห็นว่าเป็นอันตรายก็จะกระตุ้นระบบเรติคูลาร์ แอคติเวติง (Reticular Activating System) เพื่อให้เกิดความสมดุล ในขณะที่สมองส่วนบนมีการทำงานมาก ระบบนี้จะถูกเก็บกดไว้เพื่อที่จะลดไม่ให้ส่งข้อมูลเข้าสู่สมองจะเพิ่มขึ้น สมองส่วนบนจะทำหน้าที่มากขึ้นโดยไม่หยุดยั้งจนในที่สุดผลที่ออกมาจะเป็นอาการวิตกกังวลอย่างรุนแรง

1.2 การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี ขณะที่มีความวิตกกังวลเกิดขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีภายในร่างกาย ดังนี้

1.2.1 ต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า จะหลั่งฮัยเปอร์โมแนดตอรีโนคอร์ติโคโทรปิก ไป กระตุ้นแอดรีนัลคอร์เทค ให้หลั่งแอดรีนัลคอร์ติคอลล

1.2.2 ต่อมพิทูอิทารีส่วนหลัง จะหลั่งฮัยเปอร์โมแนดติไดยูริติค (Antidiuretic Hormone) เพื่อควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นปกติ

1.2.3 ไฮโปทาลามัส จะส่งผ่านปลายประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic Nerve) ไปยังแอดรีนัล เมดัลลา ให้หลั่งฮัยเปอร์โมแนคทีโคลามีน (Catecholamine) ประกอบด้วยอิพิเนฟริน (Epinephrine) และนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) เข้าสู่กระแสเลือดและไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย

1.3 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ความวิตกกังวลมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทาง

สรีรวิทยาของร่างกายซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผลของระบบประสาทอัตโนมัติที่ทำงานโดยอิสระ ไม่อยู่ใต้อำนาจของจิตใจ ประกอบด้วยระบบประสาทซิมพาเทติก และพาราซิมพาเทติก ทั้ง 2 ระบบนี้ทำงานตรงกันข้ามกัน ทั้งนี้เพื่อให้การทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกายอยู่ในสภาวะสมดุล ถึงแม้ว่าทั้ง 2 ระบบนี้จะเกี่ยวข้องกับการเกิดอารมณ์ ระบบซิมพาเทติกจะมีบทบาทมากกว่า เมื่อความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อยหรือปานกลาง แต่ถ้ามีความวิตกกังวลระดับสูงและรุนแรงแล้ว ระบบพาราซิมพาเทติกจะมีบทบาทมากกว่า

2. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ

ความวิตกกังวลเป็นลักษณะหนึ่งของอารมณ์ที่เป็นทุกข์ เมื่อบุคคลถูกคุกคามจนเกิดความวิตกกังวล บุคคลนั้นย่อมพยายามที่จะหาทางออกเพื่อผ่อนคลาย หรือหลบหลีกให้พ้นจากความวิตกกังวล ปฏิกริยาที่มีต่อความวิตกกังวลของบุคคล พบได้ทั้งทางจิตสำนึกและจิตไร้สำนึก ทางจิตสำนึกบุคคลจะลดความวิตกกังวล โดยหาเหตุผลเกิดความวิตกกังวลนั้นๆ เพื่อให้ตนเองสบายใจ แต่การลดความวิตกกังวลของจิตสำนึกนั้นความกังวลใจอาจยังไม่หมดไป และจะผันแปรออกไปทางจิตใต้สำนึก โดยออกมาในรูปแบบของการใช้กลไกการปรับตัว หรือการป้องกันทางจิตที่แตกต่างกันไป ซึ่งกลไกนี้จะไม่ช่วยแก้ปัญหา แต่อาจจะช่วยกำจัดความวิตกกังวลให้หมดไปจากจิตสำนึก หรือช่วยทำให้ลดน้อยลงจนถึงจุดที่พอจะทนได้ เพื่อคงสภาพหรือป้องกันความเป็นตนเองไว้มิให้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

สจิวต์และซันเดิน (Stuart and Sundeen, 1983) ได้แยกลักษณะกลไกการแก้ปัญหาที่บุคคลใช้เพื่อจัดการความวิตกกังวล ในระดับต่างๆ ดังนี้

ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยบุคคลพยายามจัดการโดยการร้องไห้ แอนหลับ รับประทานอาหารมากขึ้น ทานอาหารหวาน ออกกำลังกาย ผ่อนคลายวัน สบายๆ ต้มสุรา สำหรับในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล บุคคลที่เกิดความวิตกกังวลจะแก้ปัญหา โดยการเหม่อลอยไม่สนใจ ใช้คำพูดซ้ำๆ และระมัดระวัง ไม่ให้บุคคลอื่นล่วงล้ำเข้ามาใกล้ชีวิตตน

ความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงที่สุด บุคคลต้องใช้พลังงานในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น อาจใช้สติปัญญา และการกระทำอย่างมีสติ ต่อสถานการณ์ที่เผชิญตามความเป็นจริง หรืออาจใช้กลไกการป้องกันทางจิต ที่ใช้การแก้ปัญหาโดยจิตใต้สำนึก เพื่อลดหรือบิดเบือนการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง

การเจ็บป่วยและการที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลของเด็กนั้นเป็นวิกฤตการณ์ (Crisis) ที่ยิ่งใหญ่ในชีวิตสำหรับเด็ก ซึ่งอธิบายได้ 2 ประการ ประการแรกคือ สิ่งที่เกิดขึ้นรับรู้ได้ว่า

เป็นความเครียด (Stress) ประการที่สองคือ การใช้กลไกในการปรับตัวตามธรรมชาติ ไม่เพียงพอที่จะแก้ปัญหาได้สำหรับเด็กนั้น เด็กหยาบความสามารถในการเผชิญวิกฤตการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาล ด้วยเหตุผลคือ 1. ทั้งความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่ผิดปกติไปจากเดิม 2. เด็กมีความสามารถจำกัดในการใช้กลไกการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เครียด ปฏิกริยาโต้ตอบต่อวิกฤตการณ์ของเด็กจะเป็นไปตามพัฒนาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในอดีต การพรากจากหรือการที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาล การได้รับความช่วยเหลือ ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และการปฏิบัติต่างๆ ในโรงพยาบาลด้วย สุวดี ศรีเลขาวัติ (2530)

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของทารกไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยหรือป่วยหนัก ทำให้เกิดความเครียดในมารดา ความผูกพันใกล้ชิดระหว่างมารดา-ทารกเปลี่ยนแปลงไป และยังก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตประจำวันแก่สมาชิกในครอบครัวได้ คอฟแมน และคณะ (1993) และ แมคคลาวรี (1992) บิดามารดามีความรู้สึกรู้สึกกังวลและรู้สึกผิดกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ อาจแสดงพฤติกรรมโต้ตอบออกมาในลักษณะแปลกๆ เช่น ปกป้องบุตรมากเกินไปหรือบางคนอาจจะแสดงอาการเฉื่อยชา เฉยเมย ไม่ยอมทำอะไรให้บุตรเลยก็ได้ มารดาเมื่อเกิดความวิตกกังวลขึ้นมีวิธีเผชิญความเครียด เพื่อลดหรือบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้นด้วยวิธีการต่างๆ กัน เช่น มารดาบางรายอาจจะหาข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของทารกจากแพทย์และพยาบาล หรือจากมารดาที่มีทารกเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน หรืออาจจะระบายความทุกข์ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยของบุตรให้ผู้อื่นฟัง ซึ่งทำให้มารดาสามารถผ่อนคลายความตึงเครียดเข้าใจสถานการณ์และยอมรับความเจ็บป่วยของทารกได้ดียิ่งขึ้น มารดาบางรายมีพฤติกรรมเผชิญความเครียด โดยไม่ยอมรับความจริง ปฏิเสธความเจ็บป่วยของทารก ทอดทิ้ง จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมเผชิญความเครียดของมารดานั้นอาจมีทั้งเหมาะสมและไม่เหมาะสม

จากการสังเกตโดยตรงของผู้วิจัยในการปฏิบัติกรรพพยาบาลเป็นเวลานานเกือบ 10 ปี ในแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า บิดา มารดาของทารกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้นมีความวิตกกังวลมาก ซึ่งมีพฤติกรรมหลายอย่างเช่น ร้องไห้ สีหน้าเศร้าหมอง ในกรณีทารกที่มีภาวะตัวเหลืองตั้งแต่แรกเกิดและได้รับการรักษาด้วยวิธีส่องไฟ ต้องถอดเสื้อผ้าทารกออกให้หมด และเปลี่ยนท่านอนทุก 2-4 ชม. เพื่อให้แสงส่องทุกส่วนของผิวหนัง บางครั้งทารกเอนคืบไปมา ร้องไห้ เมื่อบิดา มารดาเห็นบุตรในลักษณะเช่นนั้นก็มีความรู้สึกวิตกกังวลมาก บางรายที่มารดากับทารกอยู่คนละห้องผู้ป่วย พบว่า

มารดาจะเต้านมเย็บมทารถบ่อยมาก ทั้งกลางวัน กลางคืน (ช่วง 2-4 นาฬิกา) บางรายมานั่งมองมทารถแล้วร้องไห้ตลอด ส่วนมทารถที่ตัวเหลืองมากขึ้นจำเป็นต้องได้รับการรักษาในวิธีต่อมา คือ การรักษาด้วยวิธีถ่ายเปลี่ยนเลือด บิดา มารดา บางรายไม่ยินยอมให้มทารถรับการรักษาคึ่งแพทย์ พยาบาลได้พยายามอธิบายแล้ว จากการปฏิเสธการรักษาอันตรรายจากภาวะตัวเหลืองอาจเกิดกับมทารถได้ ถ้าหากบิดา มารดา และบุคลากรทางการแพทย์ร่วมมือกันได้ในการรักษาดูแลมทารถก็จะปลอดภัย ซึ่ง วิลเกอร์สัน (Wilkerson, 1989) กล่าวว่า ครอบครัวจะต้องมีการดูแลและการสังเกตภาวะต่างๆเมื่อมทารถได้รับการรักษาด้วยวิธีส่องไฟที่บ้าน (Home Phototherapy) ดูแลการให้อาหาร ความสุขสบายของมทารถ ดูแลความสะอาด และควบคุมอุณหภูมิภายในห้องเพื่อให้มีการสูญเสียความร้อนของมทารถน้อยที่สุด ผลของการมีส่วนร่วมของบิดามารดาต่อพฤติกรรมเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โจนส์ (Jones, 1994)พบว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างการมีส่วนร่วมของบิดา มารดา กับพฤติกรรมของเด็กที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและอยู่รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งในให้มทารถพยาบาลแบบยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางนั้นต้องการให้บิดา มารดามีบทบาทในกิจกรรมการดูแลเด็ก โดยที่พยาบาลจะทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลที่จำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เคอร์เลย์ (Curley, 1988) จากการใช้นแบบแผนการพยาบาลร่วมกันระหว่างบิดา มารดากับพยาบาลในแผนกผู้ป่วยหนักเด็ก (Pediatric Intensive Care Unit) สามารถลดความวิตกกังวลของบิดา มารดาได้

ความต้องการของมทารถคลอดก่อนกำหนดและมทารถที่มีความเจ็บป่วย

ฉลองรัฐ อินทรีย์ (2522) มทารถคลอดก่อนกำหนดและมทารถคลอดใหม่ที่เจ็บป่วยมีความต้องการ ความรู้สึกเชื่อมั่น ความจริงใจซึ่ง Erikson มีความเชื่อว่าเป็นพัฒนาการทางด้านจิตใจที่สำคัญของมทารถในวัยแรกเกิด ถึงวัยขวบปีแรก ซึ่งพยาบาลและบิดามารดาจะต้องช่วยให้มทารถมีพัฒนาการนี้ โดยการให้มทารถได้รับความสุขทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นการให้อาหาร การสัมผัสสกอดรัดด้วยความรักความจริงใจช่วยเหลื้อมทารถให้มีความสุขอย่างแท้จริง มทารถมีความต้องการส่วนตัวซึ่งแต่ละคนอาจไม่เหมือนกัน เช่น ความหิวมทารถคลอดก่อนกำหนดจะหิวมทุก 2 - 3 ชั่วโมง เมื่อบิดามารดาทราบเวลาที่เขาเคยได้อาหารแล้ว ไม่ต้องรอให้มทารถร้องควรให้มได้เลย ทำให้มทารถมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ และเกิดความสัมพันธ์ภาพซึ่งกันและกันได้เร็วขึ้น

ทารกต้องการความรักความถนอมจากผู้เลี้ยงดูเป็นอย่างมาก (Tender Loving Care) ซึ่งเป็นชีวิตจิตใจของเด็กทารก ฉะนั้นพยาบาลควรอนุญาตให้มารดามาเยี่ยมบุตรได้บ่อยๆ หรือควรให้มารดาได้ดูแลบุตร ได้ให้นม อาบน้ำ ทำความสะอาดกัน เปลี่ยนผ้าอ้อม อุ้ม การมองดูกันและกันเป็นการกระตุ้นประสาทสัมผัส และสร้างสายสัมพันธ์กันและกันให้ติดอีกด้วย

สาเหตุของความวิตกกังวลของมารดา ประแนม รอดคำดี (2521)

สาเหตุใหญ่ที่สำคัญมี 5 ประการคือ

1. ความเจ็บป่วยของเด็ก
2. การสูญเสียบทบาทของการเป็นมารดา
3. สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล
4. ปัญหาสมาชิกอื่นในครอบครัว
5. ปัญหาทางการเงิน

ความเจ็บป่วยของเด็ก มารดามานพบแพทย์ด้วยความคาดหวัง ที่จะรู้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับเด็ก อะไรเป็นเหตุให้เด็กเจ็บป่วย ต้องการให้เด็กได้รับการรักษาที่เฉพาะเจาะจง เช่น ฉีดยาหรือทานยา อาจมีคำถามอื่นที่ต้องการ คำตอบมารดาอาจคาดการณ์ล่วงหน้าหรือไม่ได้คิดว่าเด็กจะต้องอยู่ในโรงพยาบาล แต่เมื่อทราบแน่ชัดว่าเด็กจะต้องอยู่ในโรงพยาบาล มารดาส່วนใหญ่ตกใจ และแน่ชัดว่าเด็กจะต้องมีอาการรุนแรง จึงเกิดความวิตกกังวลต่างๆ เช่น

1. กลัวว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นกับเด็ก
2. กลัวว่าเด็กจะไม่หายจากการเจ็บป่วยหรืออาจตาย
3. กลัวเด็กจะได้รับความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน
4. กลัวความไม่แน่นอนเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการรักษา
5. กลัววิธีการต่างๆ ในการวินิจฉัย การรักษา
6. กลัวภาวะแทรกซ้อนและผลที่จะเกิดตามมาจากการเจ็บป่วยครั้งนี้
7. กลัวเด็กเป็นโรคติดต่อจะติดต่อไปยังบุคคลอื่นในครอบครัว

ถ้าหากมารดาไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอในเรื่องเหล่านี้ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาแล้ว ความวิตกกังวลของมารดาจะยิ่งสูงมากขึ้นจากความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ซึ่งสอดคล้องกับ ลัคนา อันฤดี (2536) ได้ศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาทางสุขภาพแก่มารดาเด็กป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสามารถลดความวิตกกังวลได้ดีกว่าการให้คำแนะนำตามปกติและ การอยู่รักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน, คำรักษายาบาลเพิ่มมากขึ้นสร้างความวิตกกังวลให้กับมารดาที่มีบุตร

คนแรก ซึ่งมีภาวะตัวเหลือง และ ได้รับการรักษาด้วยวิธีส่องไฟ (Steuben, 1992)

นพาทพพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของมารดา เนื่องจากความวิตกกังวลของมารดา
ง่ายต่อการถ่ายทอดไปสู่เด็ก ดังนั้นพยาบาลควรตระหนักถึงความต้องการด้านอารมณ์ โดยเฉพาะ
อย่างยิ่ง ความต้องการในการช่วยจัดความวิตกกังวลของมารดา เพราะเรื่องนี้จะเป็ประโยชน์
ต่อเด็กป่วยโดยตรง

เพอร์เลย์ (Perley, 1966 อ้างถึงใน เภยวรรณ แก้วเวชวงศ์, 2526) มีความเห็นว่า
ในการลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการ พยาบาลควรมีเป้าหมายและการให้การพยาบาล 3
ขั้นตอนคือ

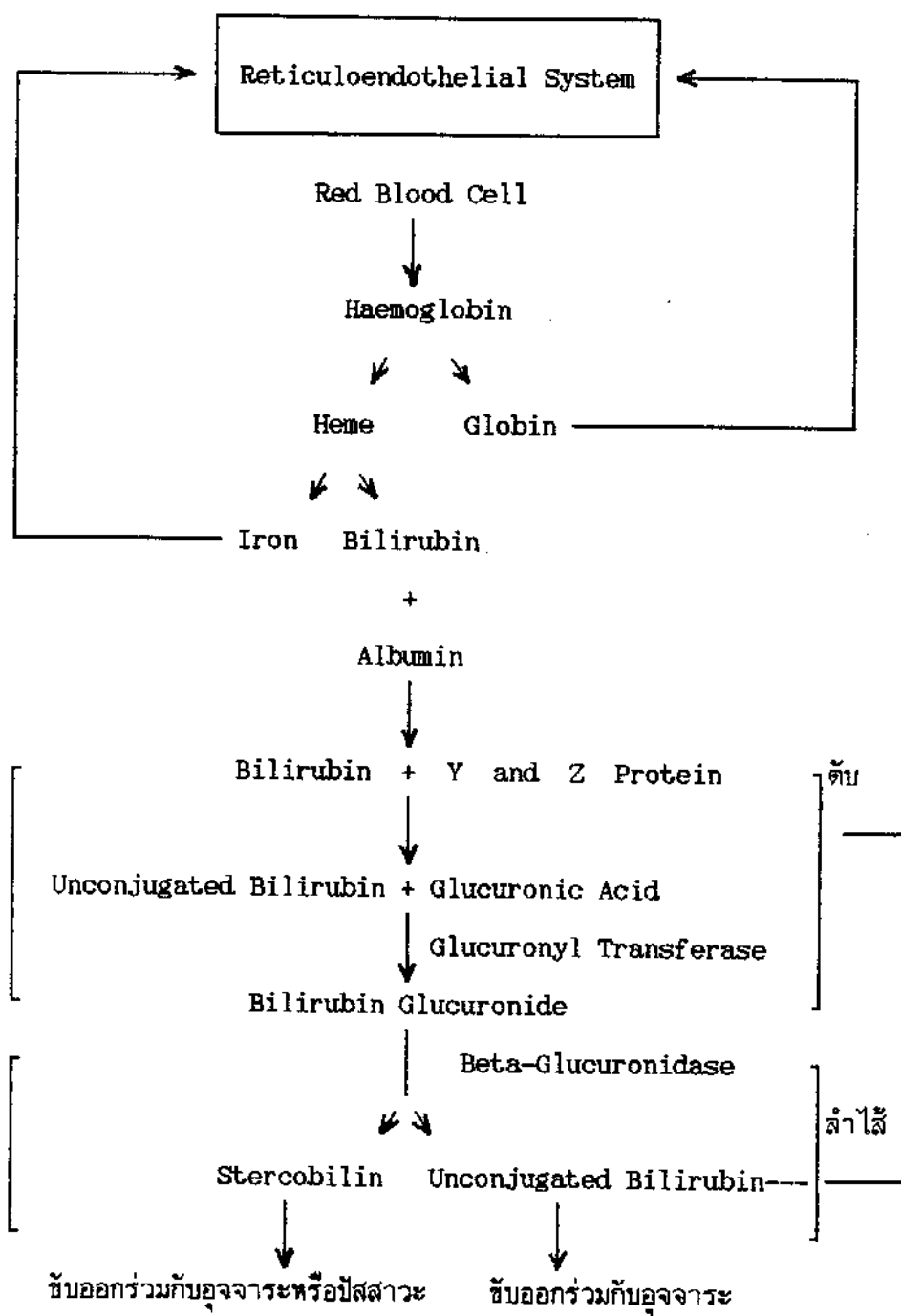
1. เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถรู้ได้ว่าตนมีความวิตกกังวล พยาบาลจะต้องสร้างสิ่งแวดล้อม
ที่ก่อให้เกิดสัมพันธภาพอันดีระหว่าง พยาบาลและผู้รับบริการ ในอันที่ช่วยให้ผู้รับบริการไว้วางใจ
ที่จะร่วมอภิปรายถึงความรู้สึกซ่อนเร้น ซึ่งสัมพันธ์กับความวิตกกังวล
2. ผู้รับบริการสามารถเข้าใจถึงความวิตกกังวลของตนแจ่มแจ้งชัดเจนยิ่งขึ้น โดยพยาบาล
นำสู่การอภิปรายที่กระตุ้นให้ผู้รับบริการประเมินสิ่งที่คุกคามที่ทำให้เธอวิตกกังวล
3. ผู้รับบริการสามารถแก้ปัญหา ความวิตกกังวลในวิถีทางที่เหมาะสมด้วยการที่
พยาบาลและผู้รับบริการช่วยกันไตร่ตรองปัญหา และแสวงหาพฤติกรรมการแก้ไขที่เหมาะสม

2.2 ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด

ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดเป็นเพียงอาการของโรค มีไข้โรค เป็นปัญหาที่แพทย์และพยาบาลพบอยู่เป็นประจำ ทารกที่มีระดับบิลิรูบินในเลือดสูงจะมีอาการตัวเหลืองปรากฏให้เห็นที่ผิวหนัง เปลือกลูกตา (Sclera) และเล็บ เมื่อระดับบิลิรูบินสูงเกิน 5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และอาการตัวเหลืองที่ปรากฏจะเริ่มจากใบหน้าเข้าหาลำตัว แขนขา และสุดท้ายที่ฝ่ามือและฝ่าเท้า

บิลิรูบินที่เกิดขึ้นในร่างกาย 80-85 % ได้มาจากการสลายของฮีโมโกลบินของเม็ดเลือดแดงที่หมดอายุ ส่วนที่เหลือ 15-20 % ได้จากสารประกอบที่มีส่วนของฮีม เช่น นัยโอโกลบิน ไฮโดโรโครม ทริปโตเฟน ไฟโรเลส เปอร์ออกซิเดส และเม็ดเลือดแดงอ่อนอายุ เม็ดเลือดแดงที่หมดอายุจะถูกทำลายใน ระบบเซลล์ของร่างกายที่สามารถกลืนแบคทีเรีย (Reticulo - endothelial System) ที่ตับและม้าม โดยที่ผนังเม็ดเลือดแดงจะบอบบางตามอายุที่เพิ่มขึ้น และแตกออก สารที่อยู่ในเม็ดเลือดจะถูกปล่อยออกมา ส่วนที่เป็นฮีโมโกลบินจะแยกเป็น 2 ส่วน คือ ฮีมและโกลบิน โกลบินเป็นส่วนที่ร่างกายนำกลับไปใช้ได้ อีก ส่วนฮีมจะเปลี่ยนแปลงไปเป็น อันคอนจูเกต-บิลิรูบิน (Unconjugated Bilirubin) ซึ่งเป็นสารที่ไม่ละลายน้ำ แต่ละลายได้ดีในไขมัน บิลิรูบินชนิดนี้จะจับกับอัลบูมินในกระแสเลือดและถูกพาไปสู่ตับ ภายในตับนั้น อันคอนจูเกต-บิลิรูบิน จะแยกตัวออกจากอัลบูมิน เข้าสู่เซลล์ตับโดยมี วาย (Y) และ ซี (Z) โปรตีน เป็นพาหะ (Carrier) ในเซลล์ตับนี้ อันคอนจูเกต-บิลิรูบิน จะจับกับกรดกลูคูโรนิก (Glucuronic Acid) โดยมีเอนไซม์ กลูคูโรนิล ทรานสเฟอเรส (Glucuronyl Transferase) เป็นตัวช่วย ทำให้ได้บิลิรูบินชนิดที่ละลายน้ำได้ เรียกว่า บิลิรูบิน-กลูคูโรไนด์ (Bilirubin Glucuronide) หรือ คอนจูเกต-บิลิรูบิน ซึ่งจะถูกขับออกมาพร้อมกับน้ำดีที่เข้าสู่ลำไส้เล็ก ในลำไส้เล็กของผู้ใหญ่จะมีแบคทีเรียซึ่งจะเปลี่ยนคอนจูเกต-บิลิรูบิน ให้กลายเป็น สารสีน้ำตาล (Stercobilin) และส่วนน้อยจะถูกแปร (Hydrolyze) เป็นอันคอนจูเกต-บิลิรูบิน และดูดซึมกลับทางกระแสเลือดเข้าสู่ตับ (Enterohepatic Circulation) ส่วนในลำไส้เล็กของทารกแรกเกิดยังไม่มีแบคทีเรีย แต่จะมีเอนไซม์ เบต้า-กลูคูโรนิเดส (Beta-Glucuronidase) จำนวนมาก ซึ่งเอนไซม์นี้จะแปรบิลิรูบิน-กลูคูโรไนด์ ให้เป็นอันคอนจูเกต-บิลิรูบิน และกรดกลูคูโรนิก ดังนั้นส่วนมากของบิลิรูบินที่พบในซีเทาและอุจจาระของทารกแรกเกิด จะเป็นอันคอนจูเกต-บิลิรูบิน และบางส่วนของอันคอนจูเกต-บิลิรูบินที่อยู่ในลำไส้จะถูกดูดกลับทางกระแสเลือดเข้าสู่ตับ ทำให้มีอันคอนจูเกต-บิลิรูบินในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น และตับจะต้องกำจัด

ออกต่อไป ดังแสดงแผนภาพข้างล่างนี้



แผนภาพที่ 2 แสดงการสร้างและการขับถ่ายบิลิรูบิน

2.2.1 ประเภทของภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

ก. ภาวะตัวเหลืองจากสรีรภาวะ (Physiological Jaundice)

ข. ภาวะตัวเหลืองจากพยาธิภาวะ (Pathological Jaundice or Hyperbilirubinemia)

ก. ภาวะตัวเหลืองจากสรีรภาวะ (Physiological Jaundice) เกิดขึ้นจากการที่ตับของทารกแรกเกิดยังทำหน้าที่ในการขับถ่ายบิลิรูบินไม่สมบูรณ์ ร่วมกับทารกแรกเกิดจะมีการสร้างบิลิรูบินจำนวนมาก ประมาณ 6-8 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน หรือประมาณ 2.5 เท่าของผู้ใหญ่ ซึ่งอาจเป็นเพราะเม็ดเลือดแดงของทารกวัยนี้มีอายุสั้นกว่าผู้ใหญ่คือเพียง 90 วัน และเลือดผ่านไปตามตับน้อยกว่าปกติในทารกบางรายที่เส้นเลือดดักตัส (Ductus Venosus) ยังเปิดอยู่ นอกจากนั้นบิลิรูบินยังมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากการดูดซึมกลับทางกระแสเลือดเข้าสู่ตับ อาการตัวเหลืองจากสรีรภาวะนี้ ทารกจะมีอาการตัวเหลืองให้เห็นภายหลังเกิด 24 ชั่วโมง ซึ่งในการกคลอดครบกำหนด ระดับบิลิรูบินจะสูงขึ้นถึง 6-8 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ใน 3 วันแรกทารกบางรายอาจสูงถึง 12 มิลลิกรัม/เดซิลิตร แล้วลดลงเข้าสู่ระดับปกติในวันที่ 10 สำหรับทารกคลอดก่อนกำหนด ระดับบิลิรูบินจะสูงถึง 10-12 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ในวันที่ 5 ทารกบางรายอาจสูงถึง 15 มิลลิกรัม/เดซิลิตร โดยไม่มีสาเหตุอื่นมาเกี่ยวข้อง และระดับของบิลิรูบินจะลดลงเป็นปกติในปลายเดือนแรก

ข. ภาวะตัวเหลืองจากพยาธิภาวะ (Pathological Jaundice or Hyperbilirubinemia) เกิดขึ้นเนื่องจากมีความผิดปกติอย่างอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง ทารกจะมีอาการตัวเหลืองให้เห็นเร็ว ระดับบิลิรูบินเพิ่มขึ้นเร็ว หรือมีอาการตัวเหลืองเป็นระยะเวลานาน และถ้าทารกไม่ได้รับการรักษา ระดับบิลิรูบินจะสูงเพิ่มขึ้นจนทำให้ทารกมีอาการของภาวะสมองเสื่อม (Kernicterus) อาการตัวเหลืองจากพยาธิภาวะนี้ จะแตกต่างจากอาการตัวเหลืองจากสรีรภาวะ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระหว่างภาวะตัวเหลืองจากสรีรภาวะและภาวะตัวเหลืองจากพยาธิภาวะ

อาการตัวเหลืองจากสรีรภาวะ	อาการตัวเหลืองจากพยาธิภาวะ
<u>เวลาที่เริ่มปรากฏอาการตัวเหลือง</u> ทารกคลอดครบกำหนด ภายหลัง 24 ชม. ทารกคลอดก่อนกำหนด ภายหลัง 48 ชม. <u>ระยะเวลาเกิดเหลือง</u> ทารกคลอดครบกำหนด 7 วัน ทารกคลอดก่อนกำหนด 9-10 วัน <u>ระดับสูงสุดของบิลิรูบิน</u> ทารกคลอดครบกำหนด < 12 มก./ดล. ทารกคลอดก่อนกำหนด <u>อัตราการเพิ่มระดับของบิลิรูบิน</u> น้อยกว่า 5 มก./ดล. <u>สภาพทั่วไปของทารก</u> ปกติ	ก่อน 24 ชม. ทารกคลอดครบกำหนด มากกว่า 1 สัปดาห์ ทารกคลอดก่อนกำหนด มากกว่า 2 สัปดาห์ ทารกคลอดครบกำหนด 20 มก./ดล. ทารกคลอดก่อนกำหนด 15 มก./ดล. มากกว่า 5 มก./ดล.

สาเหตุของภาวะตัวเหลืองจากพยาธิภาวะ แบ่งออกเป็นดังนี้

1. มีการสร้างบิลิรูบินมากเกินไป ได้แก่

1.1 การแตกทำลายของเม็ดเลือดแดงมากกว่าปกติ เช่น

1.1.1 หมู่เลือดของมารดากับทารกไม่เข้ากัน

1.1.2 ความผิดปกติทางกรรมพันธุ์ เช่น เม็ดเลือดแดงมีรูปร่างผิดปกติ, ภาวะพร่อง

เอนไซม์ จีชีกพีดี (G6PD)

1.1.3 ยานางอย่างที่ทำให้เม็ดเลือดแดงแตก เช่น วิตามิน K_3

1.2 ภาวะเลือดออก เช่น จุดเลือดออก ก้อนเลือดออกในสมอง (Cephalhematoma)

1.3 ภาวะเม็ดเลือดแดงมากเกินไป (Polycythemia)

1.4 มีการดูดซึมกลับของบิลิรูบินทางกระแสเลือดเข้าสู่ตับเพิ่มขึ้น จากการอุดตันของทางเดินอาหาร หรือการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง

2. การขับถ่ายบิลิรูบินลดลง ได้แก่

2.1 ได้รับยาที่แย่งจับอัลบูมินในเลือด ทำให้มีบิลิรูบินอิสระในเลือดเพิ่มขึ้น เช่น ซัลโฟนาไมด์ ซาลิซิลเลต และโซเดียม เบนโซเอท

2.2 ฮอร์โมนที่รบกวนและขัดขวางการทำงานของเอนไซม์ กลูคูโรนิล ทรานสเฟอเรส เช่น เพรกเนนไดโอลล (Pregnanediol) ในน้ำนมมารดา

2.3 ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานลดลง

2.4 ท่อน้ำดีอุดตัน

3. การสร้างบิลิรูบินเพิ่มมากขึ้นร่วมกับการขับถ่ายลดลง

3.1 การติดเชื้อในครรภ์

3.2 การติดเชื้อของทารกในระยะแรกเกิด

จากสาเหตุทั้ง 3 ประการดังกล่าว ภาวะเม็ดเลือดแดงแตกทำลายมากกว่าปกติ จากหมู่เลือดของมารดากับของทารกไม่เข้ากัน จะเป็นภาวะที่พบบ่อยในทารกแรกเกิด

ภาวะเม็ดเลือดแดงแตกทำลายในทารกแรกเกิด (Hemolytic Disease of Newborn) จากหมู่เลือดของมารดากับของทารกไม่เข้ากัน โดยมีแอนติบอดีจำเพาะของมารดาผ่านรก มายังลูกตั้งแต่ยังอยู่ในครรภ์ การแตกทำลายของเม็ดเลือดแดงจะเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่ก่อนทารกเกิดในรายที่มีอาการรุนแรงอาจทำให้ทารกตายในครรภ์ได้และภายหลังเกิดการแตกทำลายของเม็ดเลือดแดงยังคงดำเนินต่อไป จนกระทั่งแอนติบอดีที่รับมาจากมารดาละลายไป สำหรับหมู่เลือดที่พบบ่อยได้แก่ หมู่เลือดเอบีโอ (ABO) และหมู่เลือดอาร์เอส (Rh)

ปัญหาหมู่เลือดเอบีโอไม่เข้ากัน ภาวะที่หมู่เลือดของมารดาและทารกไม่เข้ากัน มักพบในมารดาที่มีหมู่เลือด โอ และทารกที่มีหมู่เลือด เอ หรือ บี ในเลือดมารดาจะไม่มีแอนติเจน แต่จะมีแอนติบอดี เอ และ บี ตามธรรมชาติอยู่แล้วซึ่งแอนติบอดีเหล่านี้จะผ่านรกเข้าสู่กระแสเลือดของทารกทำให้เม็ดเลือดแดงแตก แต่อาการรุนแรงน้อยกว่าหมู่เลือดอาร์เอส

ส่วนปัญหาหมู่เลือดอาร์เอช ไม่เข้ากันนี้จะพบมากในคนผิวขาว เพราะคนผิวขาวมีอาร์เอชบวก ประมาณ ร้อยละ 85 และอาร์เอชลบ ร้อยละ 15 แต่ในคนไทยมี อาร์เอชบวก มากกว่า ร้อยละ 99 จึงไม่ค่อยพบปัญหาหมู่เลือดอาร์เอชไม่เข้ากัน ในระบบอาร์เอช ประกอบด้วย แอนติเจนหลายชนิด แต่แอนติเจนที่พบบ่อยได้แก่ แอนติเจนดี (D) ภาวะที่หมู่เลือดของมารดากับของทารกไม่เข้ากันนั้น มารดาจะมีหมู่เลือดอาร์เอชลบ (Rh negative = d) และทารกจะมีหมู่เลือดอาร์เอชบวก (Rh positive = D) กระบวนการเกิดโดยมารดาเคยรับเลือดอาร์เอชบวก มาก่อนหรือถูกกระตุ้นครั้งก่อนๆ โดยมีเลือดบางส่วนของการร่วไหลเข้าสู่กระแสเลือดมารดาในระหว่างที่มีการลอกตัวของรก ทำให้ร่างกายมารดาสร้างแอนติบอดี D ขึ้น เมื่อมารดาตั้งครรภ์ที่สอง แอนติบอดี D ที่มีอยู่แล้วจะเข้าสู่กระแสเลือดของทารก ทำให้มีเม็ดเลือดแดงแตก และร่างกายทารกพยายามสร้าง เม็ดเลือดแดงเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้มีเม็ดเลือดตัวอ่อนอยู่ในกระแสเลือด ในรายที่มีอาการรุนแรง ทารกจะซีดมากและเกิดหัวใจวาย บวมทั่วตัว ตับและม้ามโตมาก ซึ่งทารกส่วนใหญ่จะตายในครรภ์ หรือถ้าคลอดออกมาจะมีชีวิตรอดเพียงไม่กี่ชั่วโมง ในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป อาการของทารกจะรุนแรงเพิ่มขึ้น

2.2.2 อันตรายจากภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด

ภาวะสมองเสื่อม (Kernicterus) เกิดขึ้นเนื่องจาก อันคอบจูเกต-บิลิรูบิน ไปจับที่เซลล์สมอง ทำให้เห็นบริเวณตรงกลางของสมอง โดยเฉพาะบริเวณเบซัลแกงเกลีย (Basal Ganglia) และฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) กลายเป็นสีเหลือง สำหรับภาวะนี้ยังไม่ทราบกลไกของการเกิดที่แน่นอน แต่เชื่อว่าอาจเกิดขึ้นจากอันคอบจูเกต-บิลิรูบิน ซึ่งเป็นสารที่ละลายได้ในไขมัน จะผ่านผนังเซลล์เข้าสู่ภายในเซลล์ประสาท และขัดขวางระยะที่สำคัญของกระบวนการเผาผลาญอาหาร หรือการขนส่งพลังงานทำให้ทารกมีอาการแสดงทางระบบประสาท ระหว่างวันที่ 2 ถึง 10 โดยทารกจะมีอาการที่แสดงว่าระบบประสาทถูกกด (Depression) เช่น หดสติ หรือมีอาการซึม ดูดนมไม่ดี กล้ามเนื้ออ่อนแรง ต่อมาทารกจะมีอาการแสดงว่าระบบประสาทไวต่อการกระตุ้น เช่น อาการกล้ามเนื้อกระตุก ชัก หลังแอ่น กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง บางครั้งกระหม่อมหน้าโป่ง ส่วนมากทารกจะตายในเดียนแรก ทารกที่รอดชีวิตได้จะมีความผิดปกติทางสมองและปัญญาอ่อน

การเกิดภาวะสมองเสื่อม จะสัมพันธ์กับระดับบิลิรูบินที่สูง ในทารกคลอดครบกำหนดจะแสดงอาการเมื่อบิลิรูบินสูงเกิน 20 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ส่วนในทารกคลอดก่อนกำหนดจะแสดงอาการเมื่อระดับบิลิรูบินสูงเกิน 15 มิลลิกรัม/เดซิลิตร สำหรับทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนัก

ตัวน้อยมาก ระดับบิลิรูบินสูง 10-12 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ก็จะทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้ อย่างไรก็ตาม มีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องซึ่งจะทำให้เกิดภาวะนี้ได้เร็วขึ้น เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เลือดเป็นกรด การติดเชื้อแบคทีเรีย อลบูมินในเลือดต่ำ มีการใช้ม่านอิสระสูง และยาบางอย่าง เช่น ซาลิซิลเลต ซัลโฟนาไมด์ ซึ่งจะแย่งจับอัลบูมินในเลือด นอกจากนี้ภาวะบางอย่างซึ่งเพิ่มการเผาผลาญสารอาหารและการใช้ออกซิเจน เช่น ทารกในครรภ์เกิดภาวะขาดออกซิเจน (Fetal Distress) หรือทารกมีอุณหภูมิในร่างกายต่ำ จะทำให้ทารกที่มีระดับบิลิรูบินไม่สูงแต่มีโอกาสที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

2.2.3. การรักษา

มีจุดมุ่งหมายทั่วไป คือ เพื่อลดระดับบิลิรูบิน ป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมในทารกแรกเกิด การรักษามี 3 วิธี คือ

1. การรักษาด้วยวิธีส่องไฟ (Phototherapy)
2. การรักษาด้วยการถ่ายเปลี่ยนเลือด (Exchange Transfusion)
3. การรักษาด้วยยา (Drug Administration)

1. การรักษาด้วยวิธีส่องไฟ (Phototherapy)

โดยอาศัยหลักที่ว่าเมื่อบิลิรูบินสัมผัสกับแสงที่มีคลื่นระหว่าง 420-460 นาโนเมตร จะถูกเปลี่ยนเป็นสารตัวใหม่ที่ละลายน้ำได้และ ไม่เป็นพิษต่อสมอง ถูกขับออกทางอุจจาระ กลไกการเปลี่ยนบิลิรูบินให้เป็นสารตัวใหม่มี 2 อย่างคือ

1. การรวมกันของแสงกับออกซิเจน (Photooxidation)

แสงทำให้เกิด ออกซิเจนเดี่ยว (Single Oxygen) ไปทำปฏิกิริยากับบิลิรูบินให้กลายเป็นสารที่ละลายน้ำได้หลายตัวและถูกขับออกทางท่อน้ำดีเป็นส่วนใหญ่ ส่วนน้อยขับออกทางปัสสาวะ แต่กลไกนี้ไม่ใช่กลไกสำคัญในการกำจัดบิลิรูบิน

2. การเกิดสารเคมีที่มีสูตรโมเลกุลเหมือนกันจากการส่องไฟ (Photoisomerization)

เกิดขึ้นเป็นส่วนใหญ่ในการให้การรักษาด้วยการส่องไฟ เป็นการเปลี่ยนแปลงทางฟิสิกส์ในโมเลกุลของบิลิรูบินโดยที่มีส่วนประกอบทุกอย่างเหมือนเดิม กลไกมี 2 กระบวนการคือ

2.1 เกิดสารเคมีที่มีสูตรโมเลกุลเหมือนกันภายนอก(Configuration Isomer) ซึ่งเป็นการบิดตัว 180 องศา ของโมเลกุลที่ตำแหน่ง ซี4 หรือ ซี15 เปลี่ยนพันธะคู่ของคาร์บอน (Carbon Double Bond) ที่ตำแหน่งนี้จากรูป ซี (Z) เป็นรูป อี (E)

2.2 เกิดสารเคมีที่มีสูตรโมเลกุลทางโครงสร้างเหมือนกัน (Structural

Isomer) เป็นการเปลี่ยนแปลงภายในโมเลกุลของบิลิรูบิน (Intramolecular Cyclization) เกิดเป็นสารเคมีที่มีสูตรโมเลกุลเหมือนกันตัวใหม่เรียกว่า ลูมิรูบิน (Lumirubin)

ข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยการส่องไฟ

ในปัจจุบัน ไม่มีการกำหนดแน่นอนสำหรับการใช้ระดับบิลิรูบินเป็นข้อบ่งชี้ นิยมใช้เมื่อระดับบิลิรูบินต่ำกว่าระดับที่ควรพิจารณาทำการถ่ายเปลี่ยนเลือด 5-6 มก./ดล. เช่น ตามหลักเกณฑ์ของเมสเซลส์ (Maisels) จะเริ่มให้การรักษาด้วยการส่องไฟ ดังนี้

ทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1500 กรัม	เริ่มเมื่อบิลิรูบิน	5 มก./ดล.
" 1500-2000 กรัม	"	8-12 มก./ดล.
" 2000-2500 กรัม	"	13-15 มก./ดล.
" มากกว่า 2500 กรัม	"	มากกว่า 15 มก./ดล.

แต่ถ้าเด็กมีการแตกตัวของเม็ดเลือด (Hemolysis) ควรเริ่มให้การรักษาด้วยวิธีส่องไฟที่ระดับบิลิรูบินต่ำกว่านี้

ผลข้างเคียงจากรักษาด้วยการส่องไฟ ได้แก่

- อุจจาระเหลว สีเขียว มีน้ำปนมากขึ้นเนื่องจากอันคอนจูเกต-บิลิรูบินจะลดการทำงานของเอนไซม์แล็กเตสที่ผิวของลำไส้
- ผิวหนังแดง มีผื่นขึ้นเป็นแบบแม็คคิวโลแพปิวลา (Maculopapular Rash)
- ซึม มีไข้หรือตัวเย็น
- ผิวหนังมีสีน้ำตาลปนเทา (Bronze-Baby Syndrome) โดยผิวหนังจะมีสีน้ำตาลปนเทาพบในทารกที่มีภาวะเหลืองจากการอุดตันของท่อน้ำดี ซึ่งจะมีอันคอนจูเกต-บิลิรูบิน
- อันตรายตต่อจอตา แสงจะผ่านเข้าสู่ประสาทรับที่ไวต่อแสง (Photoreceptors) ที่จอตา ซึ่งอาจทำให้ตาบอด
- ภาวะขาดน้ำจากการสูญเสียน้ำทางผิวหนังและการหายใจ (Insensible Water Loss) เพิ่มขึ้น 2-3 เท่า ของภาวะปกติ

ระดับบิลิรูบิน ในซีรัม มก./ดล. < 5	น้ำหนัก แรกเกิด	อายุ			
		< 24 ชม.	24-48ชม.	49-72 ชม.>	72 ชม.
5 - 9	ทั้งหมด	รักษาด้วยแสง ถ้ามีการแตก ทำลายของ rbc			
10 - 14	<2500 กรัม	ถ่ายเปลี่ยนเลือด ถ้ามีการแตก ทำลายของ rbc	รักษาด้วยแสง ค้นหาสาเหตุ ถ้าบิลิรูบิน > 12 มก./ดล.		
	>2500 กรัม				
15 -19	<2500 กรัม	ถ่ายเปลี่ยนเลือด	พิจารณาถ่ายเปลี่ยนเลือด		
	>2500 กรัม		รักษาด้วยแสง		
20 ขึ้นไป	ทั้งหมด	ถ่ายเปลี่ยนเลือด			

แผนภาพที่ 3 แสดงแบบแผนการรักษาทารกที่มีภาวะตัวเหลืองตั้งแต่แรกเกิด

การดูแลทารกที่มีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยวิธีส่องไฟ

โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดระดับbilirubinในกระแสเลือด และไม่เกิดผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยวิธีส่องไฟ



ทบสมคตฉฉ

ฉฉฉฉฉฉฉฉฉฉฉฉ

ห้ามยืมออก

๗๖๕๔๔๖

๗๖
๗๖
๗๖

25

1. ปิดตาการทำให้มืดชิดด้วย อาย แพ้ช (Eye Patches) เพื่อป้องกันแสงทำลายจอตา ก่อนเปิดตาควรดูให้หนังตาปิดลูกตาสันนิษฐานเสียก่อน เพื่อป้องกัน อาย แพ้ช ระคายต่อแก้วตา การเปลี่ยน อาย แพ้ช ควรทำทุก 8 ชั่วโมง และควรเปิดตาเด็กในระยะที่ให้นม หรือบิดา มารดามาเยี่ยม พร้อมกับตรวจดูว่ามีการอักเสบของเยื่อตาขาว หรือการระคายเคืองต่อแก้วตา หรือไม่

2. ถอดเสื้อผ้าทารกออกให้หมด และเปลี่ยนท่านอนทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อให้แสงส่อง ทุกส่วนของผิวหนังและเกิดปฏิกิริยา การรวมกันของแสงกับออกซิเจน ต่อปิลูบิน

3. ใช้แผ่นพลาสติก (Plastic Shield) ครอบที่ตัวทารกเพื่อกันแสงอัลตราไวโอเล็ต ไม่ให้ส่องถูกตัวทารก เนื่องจากแสงอัลตราไวโอเล็ตจะทำให้ผิวหนังเกิดผื่นแดงได้

4. บันทึกอุณหภูมิร่างกายทารกทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินสภาวะอุณหภูมิในร่างกายใน ทารกตลอดก่อนกำหนดและ ไม่ได้อยู่ในตัวที่มีความอบอุ่น อาจมีอุณหภูมิในร่างกายต่ำได้ ซึ่งช่วยโดย การใช้เครื่องทำความร้อน (Heater) ให้ความอบอุ่นเพิ่มขึ้น

5. สังเกตภาวะขาดน้ำ โดยตรวจดูความตึงตัวของผิวหนัง กระหม่อม ร่วมกับการชั่ง- น้ำหนัก ซึ่งทารกควรได้รับน้ำเพิ่มขึ้น 25 % เพื่อทดแทนการสูญเสียไปจากการระเหยและทางลำไส้ อาจเพิ่มน้ำโดยให้ทารกดื่มน้ำระหว่างมีนมในรายที่ไม่ได้กินนมแม่

6. สังเกตลักษณะอุจจาระ เพราะทารกจะถ่ายอุจจาระเหลว สีเขียว

7. ติดตามผลการเจาะเลือดหาระดับบิลิรูบิน การสังเกตสีผิว เพื่อประเมินผลการรักษา ด้วยวิธีส่องไฟ ทารกที่มีอาการตัวเหลืองเพิ่มขึ้น แพทย์อาจต้องเปลี่ยนการรักษาให้เหมาะสม

8. บันทึกระยะเวลาของการใช้เครื่องให้แสงรักษา เพราะประสิทธิภาพของหลอดไฟ จะลดลงตามระยะเวลาที่ใช้ และจะต้องเปลี่ยนใหม่ ซึ่งขึ้นอยู่กับชนิดของหลอดไฟนั้น หรือทดสอบ พลังงานแสงโดยใช้เครื่องวัด (Bilimeter)

9. สังเกตภาวะสมองเสื่อมเช่นซึม ตูมมไม่ดี กล้ามเนื้ออ่อนแอปากเปื่อย ร้องเสียงแหลม โดยเฉพาะทารกที่มีปัญหาที่จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ง่าย เช่น ภาวะขาด- ออกซิเจน เลือดเป็นกรด โปรตีนในเลือดต่ำ เป็นต้น

2. การรักษาด้วยการถ่ายเปลี่ยนเลือด (Exchange Transfusion)

มีจุดประสงค์ดังนี้

2.1 เพื่อแก้ไขภาวะซีด ในทารกที่มีการแตกทำลายของเม็ดเลือดแดงมาก จากภาวะ หมู่เลือดของมารดากับทารกไม่เข้ากัน

2.2 เพื่อลดระดับบิลิรูบิน ป้องกันภาวะสมองเสื่อม

2.3 เพื่อนำเอาแอนติบอดีและเม็ดเลือดแดงที่มีแอนติบอดีจับที่ผิวออก

ข้อบ่งชี้ในการรักษาวิธีนี้ ได้แก่

- ระดับบิลิรูบินในเลือดจากสายสะดือหลังเกิด มากกว่า 4 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
- ระดับบิลิูรินในเลือดสูงเกิน 0.5 - 1 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ต่อชั่วโมง หรือระดับบิลิรูบินในการกลอดก่อนกำหนด สูงถึง 15 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ในการครบกำหนด สูงถึง 20 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
- ระดับฮีโมโกลบินในการครบกำหนดต่ำกว่า 12 กรัม/เดซิลิตร ทารกกลอดก่อนกำหนดต่ำกว่า 14 กรัม/เดซิลิตร

ในการถ่ายเปลี่ยนเลือด จะใช้เลือดสด (Fresh Whole Blood) ซึ่งเก็บไว้ไม่เกิน 3 วัน ซึ่งจะต้องทำการทดสอบการเข้ากันได้ของเลือด (Cross-Matched) กับซีรัมของมารดา สำหรับหมู่เลือดที่ใช้ในรายที่มีสาเหตุจากหมู่เลือดอาร์เอชไม่เข้ากัน จะใช้หมู่เลือด อาร์เอชลบ ในรายที่มีสาเหตุจาก หมู่เลือดเอบีโอ ไม่เข้ากัน จะใช้หมู่เลือด โอ ที่มีระดับแอนติบอดี เอ ต่ำ ถ้าหมู่เลือดของทารกเป็น เอ และแอนติบอดี บี ต่ำ ถ้าหมู่เลือดของทารกเป็น บี จำนวนเลือดที่ใช้จะเป็น 2 เท่าของจำนวนเลือดในตัวเด็ก หรือประมาณ 160-170 ml/kg (ซึ่งตามปกติทารกจะมีเลือดประมาณ 85 มิลลิลิตร/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม) จำนวนเลือดที่ใช้ทั้งหมดจะไม่เกิน 500 มิลลิลิตร ภายหลังจากการทำถ่ายเปลี่ยนเลือดจะทดแทนเลือดในตัวเด็กได้ประมาณ 85 % และระดับบิลิรูบินจะลดลงประมาณ 50 %

การถ่ายเปลี่ยนเลือด ต้องใช้วิธีการทำที่สะอาดปลอดเชื้อ ตำแหน่งที่ทำได้แก่ สะดือ โดยแพทย์จะตัดสายสะดือที่เหลือห่างจากผิวหนัง 1 เซนติเมตร แล้วสอดสายสวนเข้าทางหลอดเลือดดำ เข้าสู่หลอดเลือดดำใหญ่ (Inferior Vena cava) โดยใส่ท่อสวนเข้าไปประมาณ 10 เซนติเมตร แล้ววัดความดันภายในหลอดเลือดดำ ปกติประมาณ 5 - 6 เซนติเมตร ต่อจากนั้นแพทย์จะทำการแลกเปลี่ยนเลือดโดยดูดเลือดออกสลับการฉีดเลือดเข้าครั้งละ 5-20 มิลลิลิตร ตามขนาดและสภาพของทารกในขณะนั้นการดูดเลือดออกจะใช้เวลาประมาณ 15 - 20 วินาที และการฉีดเลือดเข้าจะใช้เวลาประมาณ 60 - 90 วินาที

ภาวะแทรกซ้อนจากการถ่ายเปลี่ยนเลือด พบประมาณร้อยละ 1 มีดังนี้

- หัวใจวาย เนื่องจากจำนวนเลือดเข้าไปในตัวทารกมากเกินไปจำนวนที่เอาออก หรือในทางตรงข้ามจำนวนเลือดที่เข้าน้อยกว่าจำนวนเลือดที่เอาออก

- หัวใจเต้นช้า หรือหยุดเต้นจากการใช้ Acid Citrate Dextrose Blood หรือ ทารกได้รับ โปแทสเซียมสูงจากการใช้เลือดซึ่งเก็บไว้หลายวัน
- แคลเซียมในเลือดต่ำ เนื่องจากซิเตรท ในเลือดที่ใช้จะจับกับแคลเซียมในเลือดของ ทารก
- ตัวเย็นหรือหรือเลือดหนืดเพิ่มขึ้น จากการใช้เลือดที่เย็น หรืออุณหภูมิของสิ่งแวดล้อม ขณะถ่ายเปลี่ยนเลือดเย็น
- เส้นเลือดอุดตัน (Embolism) จากฟองอากาศ ซึ่งอาจเกิดได้ในสายที่ต่อ Syringe กับสามหัว (Three Way) ไม่นาน ทำให้อากาศรั่วเข้าไปได้
- เกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำของตับ
- การติดเชื้อ
- ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

การดูแลทารกที่มีภาวะตัวเหลืองและได้รับการเปลี่ยนถ่ายเลือด

การรักษาด้วยการเปลี่ยนเลือด พยาบาลจะช่วยในด้านการเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ การช่วยแพทย์ขณะทำ และดูแลทารกภายหลังการเปลี่ยนถ่ายเลือด ดังนี้

1. นำเลือดออกจากการแช่เย็น ตั้งทิ้งไว้ในห้อง เพื่อให้เลือดอุ่นและมีอุณหภูมิใกล้เคียง กับอุณหภูมิในร่างกายทารก
2. จัดเตรียมเครื่องทำความร้อนให้ความอบอุ่นแก่ทารก เพื่อป้องกันไม่ให้ทารกมีอุณหภูมิ ในร่างกายต่ำขณะที่ทำการเปลี่ยนถ่ายเลือด
3. จัดเตรียมเครื่องช่วยแก้ไข เด็กและออกซิเจนให้พร้อม
4. เตรียมตัวเด็ก โดยการผูกยึดกับแผ่นพลาสติกที่มี โครงร่างตามรูปร่าง เด็กและตรวจดู สัญญาณชีพ ก่อนทำการเปลี่ยนถ่ายเลือด
5. ช่วยแพทย์ในการทำความสะอาดบริเวณหน้าท้องและสะดือ ซึ่งเป็นตำแหน่งที่จะใส่ท่อ ส่วน เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
6. ระหว่างที่แพทย์ทำการเปลี่ยนถ่ายเลือด พยาบาลจะช่วยตรวจและบันทึกสัญญาณชีพ ทุกครั้งที่มีการฉีดเลือดเข้า พร้อมกับบันทึกระยะเวลาและจำนวนเลือดที่ดูดออกและนำเข้า เพื่อ ป้องกันการผิดพลาดในการนำเลือดเข้าเกินไป หรือดูดเลือดออกมากกว่า ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะ แพรกชั่น คือ หัวใจวายหรือช็อค สำหรับการบันทึกอัตราการเต้นหัวใจตลอดเวลานั้นควรติด ฟัง (Stethoscope) ไว้ที่ส่วนยอดของหัวใจและระมัดระวังในระยะที่แพทย์ให้แคลเซียม

กลูโคเนต ซึ่งจะมีผลต่อหัวใจ คือ หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือหยุดเต้นได้ เพื่อรายงานความผิดปกติและช่วยเหลือนการกได้ทันเวลาที่

7. ภายหลังการเปลี่ยนถ่ายเลือด พยาบาลควรสังเกตและบันทึกอาการทารก เพื่อช่วยในการวินิจฉัยและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ดังนี้คือ

- ตรวจดูสัญญาณชีพ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจทุก 15 นาที เป็นเวลา 2 ชั่วโมง และทุก 30 นาที จนกระทั่งสัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติและคงที่
- ตรวจดูตำแหน่งที่ทำว่ามีเลือดออกหรือไม่
- สังเกตอาการต่างๆ ไป เช่น ชี้อ อาการคัน ชีต อาการของการติดเชื้อ รวมทั้งอาการตัวเหลืองที่อาจเพิ่มขึ้นได้

3. การรักษาคด้วยยา (Drug Administration)

โดยการให้พวก บาร์บิทูเลต (Barbitulate) เช่น ฟีนobarbิทัล ซึ่งจะกระตุ้นการสร้าง Y และ Z. โปรตีน และเพิ่มการทำงานของเอนไซม์กลูคูโรนิล ทรานสเฟอเรส ทำให้ตับสามารถขับบิลิรูบินได้มากขึ้น แต่มีข้อจำกัดในการใช้ยาเพราะการใช้ยานี้จะให้ได้ผลจะต้องให้ยาแก่ทารกเป็นเวลานานหลายวัน อาจทำให้ทารกมีอาการเชื่องซึมได้ จึงไม่นิยมใช้

2.3 การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ (Health Counseling)

2.3.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ

ลิตวาค และคณะ (Litwack et al., 1980 อ้างถึงใน ลัคนา อันฤดี ,2536)

ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพว่า หมายถึงกระบวนการของปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับ เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีทางสุขภาพของตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยกระบวนการนี้บุคคลสามารถเพิ่มขีดความสามารถของตนเองในการพิจารณาถึงความต้องการให้มากที่สุด และเลือกสิ่งที่เหมาะสมส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีเท่าที่สิ่งแวดล้อมเอื้ออำนวย ในความหมายนี้ ได้เน้นความสำคัญของการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลทั้ง 2 ฝ่าย ซึ่งเป็นพื้นฐานของการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและจากการใช้กระบวนการนี้ช่วยให้บุคคลสามารถพัฒนาขีดความสามารถในการพิจารณาสำรวจความต้องการของตน และตัดสินใจเลือกสิ่งที่ทำให้ตนเองมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้การใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์ยังช่วยให้การสนับสนุนทางจิตใจ และช่วยให้บุคคลเรียนรู้การแก้ไขปัญหาทางอารมณ์ร่วมด้วย

การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ เป็นการให้ข้อมูลพิเศษเกี่ยวกับโรค วิธีการรักษาและวิถีปฏิบัติตัวของมารดา โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สร้างสัมพันธภาพกับมารดาของทารกตัวเหลือง เป็นการเปิดโอกาสและกระตุ้นให้มารดาได้ระบายความรู้สึกหรือความวิตกกังวล เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรหรือความไม่สบายใจของตน ผู้ให้ข้อมูลรับฟังและช่วยสะท้อนให้มารดาของทารกที่มีภาวะตัวเหลืองได้สำรวจตนเอง เข้าใจความเจ็บป่วยของทารก เข้าใจบทบาทของมารดาในการดูแลทารกขณะอยู่ในโรงพยาบาล การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนนี้เป็นในลักษณะของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพแก่บิดามารดา

2.3.2 จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ

กรรณิการ์ สุวรรณโคต (2527) ได้เขียนถึงจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพไว้ดังนี้

1. ช่วยให้ผู้รับบริการสุขภาพได้สำรวจ และทำความเข้าใจในตนเอง ตระหนักในความจริงในตัวของตน และสามารถยอมรับสภาพความจริงได้ ทำให้สามารถผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวลได้

2. ช่วยให้ผู้รับบริการสุขภาพเผชิญหรือเตรียมตัวเผชิญภาวะเครียดที่เกิดขึ้นจากปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ

3. ช่วยให้ผู้รับบริการสุขภาพสามารถเลือกทางและตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ในการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่

4. ช่วยให้ผู้รับบริการสุขภาพได้พัฒนาศักยภาพของตนเองในการปรับตัวและการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น

2.3.3 คุณสมบัติของผู้ให้คำปรึกษาทางสุขภาพ

สุรีย์ จัทรโมลี (2527) ได้กล่าวว่า ผู้ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ส่วนมากจะเป็นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ให้คำปรึกษาไม่ใช่จะมีความรู้ดีอย่างเดียว จำเป็นจะต้องมีคุณสมบัติด้านต่างๆ พอสรุปได้ดังนี้

1. มีความรู้และประสบการณ์ ได้รับการฝึกอบรมในด้านการให้คำปรึกษา มีความรู้ด้านพฤติกรรมศาสตร์ สังคม การศึกษา การติดต่อสื่อสาร และมีความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุข
2. มีบุคลิกภาพเหมาะสมสำหรับการเป็นผู้ให้คำปรึกษา มีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

3. มีทักษะในการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานโดยการสัมภาษณ์ ชักถาม สังเกต เพื่อเป็นข้อมูลในการให้คำปรึกษา

4. มีทักษะในการแปลความหมายพฤติกรรมของผู้รับบริการ

5. มีทักษะในการให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้รับบริการมีความพยายาม พร้อมทั้งจะเผชิญกับปัญหา

6. มีทักษะในการสร้างมนุษยสัมพันธ์ มีความสามารถในการทำความเข้าใจกับปัญหาของผู้รับบริการ เน้นกระบวนการให้ความร่วมมือทั้งสองฝ่าย ไม่มีการบังคับข่มขู่ให้กลัว

2.3.4 ประโยชน์ของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ

การให้คำปรึกษาทางสุขภาพก่อให้เกิดประโยชน์หลายประการดังนี้

1. ช่วยให้เกิดกำลังใจที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วย เพราะการให้คำปรึกษาทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับความมั่นใจ และกำลังใจจากผู้ให้คำปรึกษาจึงช่วยให้เผชิญความเจ็บป่วยได้ดี

2. ช่วยลดความวิตกกังวล เพราะการให้คำปรึกษาได้มีโอกาสนำเสนอ ความรู้สึก หรือเมื่อผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นโดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา จะทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความรู้สึกที่รบกวนจิตใจออกมาทำให้ผู้รับคำปรึกษาคลายความอัดอัดได้

3. เข้าใจและมองเห็นแนวทางที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัว เพราะเมื่อผู้รับคำปรึกษา มีความวิตกกังวลลดลง ทำให้รับข้อมูลได้ดียิ่งขึ้นจึงเป็นผลให้เกิดความร่วมมือที่ดี ในการรักษา-

พยายามและสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้เป็นอย่างดี

2.3.5 แนวทางการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษามีแนวทางปฏิบัติ 3 วิธีคือการให้คำปรึกษาแบบนำทางการให้คำปรึกษาแบบไม่นำทาง และการให้คำปรึกษาแบบผสม ซึ่งแนวคิดและขั้นตอนในการให้คำปรึกษาแต่ละวิธีสรุปได้ดังนี้

1. การให้คำปรึกษาแบบนำทาง (Directive Counseling) เป็นการให้คำปรึกษาที่มุ่งไปที่ปัญหาของผู้รับบริการเป็นสำคัญ และมีผู้ให้คำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง โดยมีแนวความคิดว่าบุคคลจะแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นได้รู้จักตนเองและมีความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เพื่อนำไปประกอบการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม

2. การให้คำปรึกษาแบบไม่นำทาง (Non-Directive Counseling) เป็นการให้คำปรึกษาโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นแนวคิดของ คาร์ล อาร์ รोजерส์ (Carl R. Rogers) ที่เชื่อว่าปัญหาย่อมสัมพันธ์กันทั้งหมดกับตัวบุคคล ดังนั้นความสนใจของผู้ให้คำปรึกษาจึงควรมุ่ง ไปถึงตัวบุคคลทั้งหมดมิใช่มุ่ง เพียงเฉพาะปัญหาส่วนใดส่วนหนึ่ง สัมพันธภาพในการให้คำปรึกษาที่อบอุ่นจะช่วยให้ผู้รับบริการมองเห็นวิธีการแก้ปัญหา รู้จักตนเอง และท้ายที่สุดสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตัวเอง

3. การให้คำปรึกษาแบบผสม (Eclectic Counseling) เป็นการให้คำปรึกษาโดยนำเอาวิธีการให้คำปรึกษาแบบนำทางและแบบไม่นำทางมาผสมกัน ทั้งนี้เพื่อความเหมาะสมกับผู้รับบริการ และลักษณะของปัญหาการให้คำปรึกษาแบบมีแนวคิดนี้ว่า มนุษย์แต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน แนวทางในการแก้ปัญหาที่ไม่เหมือนกัน การแก้ไขปัญหาคำนึงถึงตัวบุคคลและเปลี่ยนแปลงไปตามเหตุการณ์ ไม่ควรใช้วิธีการใดเพียงวิธีการหนึ่งกับทุกคน ในการแก้ปัญหา

2.3.6 ประเภทการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาทั้ง 3 วิธีดังกล่าวข้างต้น เมื่อพิจารณาขนาดกลุ่มผู้รับบริการเป็นหลัก อาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ การให้คำปรึกษารายบุคคลและการให้คำปรึกษารายกลุ่ม แนวคิดของการให้คำปรึกษาแต่ละประเภทพอสรุปได้ดังนี้

1. การให้คำปรึกษารายบุคคล (Individual Counseling) เป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคล โดยมีการพบปะเป็นการส่วนตัวระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น สามารถที่จะวาง โครงการในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีใช้เฉพาะจะสามารถแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่เท่านั้น แต่จะรวมถึง

การช่วยให้มีทักษะในการแก้ปัญหาอื่นๆ ได้ด้วยตนเองอีกด้วย

2. การให้คำปรึกษารายกลุ่ม (Group Counseling) การให้คำปรึกษารายกลุ่มเป็นกระบวนการที่บุคคลซึ่งมีความต้องการตรงกันที่จะปรับปรุงตนเอง หรือแก้ไขปัญหาดังร่วมกันมาปรึกษาหารือซึ่งกันและกันเป็นกลุ่ม โดยมีผู้ให้คำปรึกษารวมอยู่ด้วย สมาชิกกลุ่มจะมีโอกาสได้แสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึก และความคิดเห็นของแต่ละคนเป็นการได้ระบายความรู้สึกขัดแย้งในจิตใจได้สำรวจตนเอง กล้าที่จะเผชิญปัญหาและได้ใช้ความคิดในการที่จะแก้ปัญหา หรือปรับปรุงตนเอง รวมทั้งได้รับฟังความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้อื่น

2.3.7 เทคนิคการให้คำปรึกษา

วัชร ทรัพย์มี (2528) และ พรรณราย ทวีระประภา (2527)

1. เทคนิคการฟัง (Listening Technique)
2. เทคนิคการนำ (Leading Technique)
3. เทคนิคสะท้อน (Reflecting Technique)
4. เทคนิคการสรุป (Summarization Technique)
5. เทคนิคการทำให้เกิดความมั่นใจ (Reassuring Technique)
6. เทคนิคการให้ข้อมูล (Giving Information Technique)

1. เทคนิคการฟัง (Listening Technique)

การฟังมิได้หมายถึงแต่เพียงการได้ยินเข้าหูเท่านั้น แต่รวมทั้งการใช้สายตาสังเกตภาษาร่างกาย และการใช้วิจารณ์ภายในในการพิจารณาสาระ และทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ในสิ่งที่ผู้ขอรับคำปรึกษาต้องการจะสื่อความหมาย ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาควรจะทราบว่าเมื่อไรควรพูด ควรถาม และเมื่อใดควรเงียบ ควรฟัง ทั้งนี้ย่อมแล้วแต่ความเหมาะสม การเงียบเป็นสิ่งควบคู่ไปกับการฟังเสมอ เพราะในบางครั้งผู้รับคำปรึกษาอาจจะหยุดพูด เพราะเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ หรือคิดไม่ออกว่าควรจะใช้คำพูดอย่างไร ดังนั้นการเงียบจะทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้มีเวลาทบทวนเรื่องราวความคิด และช่วยให้เกิดความพร้อม หรือตัดสินใจได้ นอกจากนี้อาจใช้ความเงียบมาเป็นข้อคั่นกลาง เพื่อเปลี่ยนหัวข้อในการให้คำปรึกษาหรืออาจใช้เป็นจุดริเริ่มขยายไปสู่หัวข้ออื่น ควรสนใจในสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษากำลังพูดไม่ใช่ในสิ่งที่ผู้ให้คำปรึกษาคิดจะพูดจึงจะสามารถจับใจความได้ครบถ้วน บางครั้งผู้ให้คำปรึกษาต้องทบทวนคำพูดของผู้รับคำปรึกษาด้วยประโยค และข้อความที่กระชับรัด เพื่อสรุปประเด็นที่เขาพูด และระหว่างช่วงเวลาที่ได้รับฟัง

ต้องมีการแสดงออกถึงความตั้งใจฟัง โดยผู้ให้คำปรึกษามีการประสานสายตากับผู้รับคำปรึกษา เป็นระยะไม่จ้องตรงเกินไป เพราะผู้รับคำปรึกษาจะเกิดความรู้สึกไม่สะดวกใจ และไม่ไว้วางใจควรสื่อถึงความเห็นใจ เข้าใจในความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษาไปด้วย การโน้มตัวมายังผู้รับคำปรึกษาขณะสนทนาในระยะพอสมควร เป็นสิ่งที่แสดงถึงความพร้อมที่จะรับฟัง อีกทั้งการพูดหรือท่าท่างที่แสดงถึงว่าผู้ให้คำปรึกษาได้ติดตามเรื่องราวโดยตลอด เช่น อ้อ ค่ะ ต่อไปอีกคะ หรือใช้การพยักหน้ารับคำพูดเหล่านี้ จะเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาระบายความรู้สึกได้ดี

2. เทคนิคการนำ (Leading Technique)

เป็นเทคนิคที่เอื้ออำนวย หรือสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาได้กล่าวถึงความรู้สึกของตน ซึ่งการนำมีหลายลักษณะ ดังนี้

2.1 การนำโดยอ้อม (Indirect Leading) ใช้ในการเริ่มให้คำปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจความคิด ความรู้สึกของตน การนำทางอ้อมนอกจากใช้คำถามแล้ว การหยุดนิ่งสักครู่และการมองอย่างตั้งใจไปยังผู้รับคำปรึกษาก็เป็นการนำทางอ้อมได้เช่นกัน

2.2 การนำทางตรง (Direct Leading) ใช้ในการกระตุ้นให้มีการขยายความเพิ่มเติม ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ หรือสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจความรู้สึกของตนให้ลึกซึ้งขึ้นในประเด็นใดโดยเฉพาะ

2.3 การนำเข้าสู่ประเด็น (Focusing) ใช้เมื่อเกิดสับสนคลุมเครือในเรื่องที่พูด และใช้เมื่อต้องการให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจความรู้สึกและประสบการณ์ของตนเองในเรื่องนั้นได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2.4 การตั้งคำถาม (Questioning) การตั้งคำถามตรงๆ จะใช้เมื่อเกิดการสับสนคลุมเครือในเรื่องที่พูด และใช้เมื่อต้องการให้ผู้รับคำปรึกษาได้จัดจ่อ หรืออภิปรายในเรื่องนั้นๆ ต่อไป แต่ในการตั้งคำถามนี้ควรระวังไม่ตั้งคำถามบ่อยๆ เพราะทำให้ผู้รับคำปรึกษารู้สึกว่าตนเองมีหน้าที่เพียงรอตอบคำถามเท่านั้น ซึ่งเมื่อไม่มีคำถามก็จะเป็นผลให้การให้คำปรึกษานั้นหยุดชะงักได้

3. เทคนิคสะท้อน (Reflecting Technique)

เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจความรู้สึกและเรื่องราวของตนเองมากที่สุด การสะท้อนมี 2 ลักษณะ คือ

3.1 การสะท้อนด้านความรู้สึก (Reflecting Feeling) เป็นการช่วยนำความรู้สึกที่คลุมเครือออกมาให้กระจ่างขึ้นก่อนจะสะท้อนความรู้สึก ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีความสามารถในการ

การฟัง และติดตามไปด้วยว่าคำพูดเช่นนั้น ของผู้รับคำปรึกษาเกิดจากความรู้สึกอย่างไร แล้วจึงสะท้อนออกมา

3.2 การสะท้อนด้านเนื้อหา (Reflecting Content) เป็นการสะท้อนเนื้อหาเนืองจากผู้รับคำปรึกษามีปัญหา ไม่สามารถรวบรวมเนื้อหาให้เป็นเรื่องราวปะติดปะต่อได้ ผู้ให้คำปรึกษาจะสะท้อนความคิดหรือความรู้สึก โดยใช้ข้อความกระต๊อต และเป็นคำพูดของตนเอง

4. เทคนิคการสรุป (Summarization Technique)

เป็นเทคนิคที่ช่วยให้รวบรวมประเด็นที่พูดถึงมีความชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจความคิดของตนเอง อีกทั้งช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความมั่นใจว่าผู้ให้คำปรึกษาได้ติดตามฟังอยู่ตลอดเวลา นอกจากนี้ยังช่วยให้การให้คำปรึกษาในแต่ละช่วงมีการยุติลงอย่างเป็นธรรมชาติ ดังนั้นการสรุปจึงควรใช้ใน โอกาสที่เริ่มให้คำปรึกษาครั้งต่อไปเป็นการสรุปประเด็นที่พูดในครั้งก่อนที่มีการพูดหลายประเด็นซับซ้อนเมื่อมีการพูดถึงประเด็นสำคัญ และเมื่อใกล้ยุติการให้คำปรึกษาในแต่ละครั้งและ สิ่งที่สำคัญในการสรุปคือ ไม่นำความคิดของผู้ให้คำปรึกษาเพิ่มเข้าไปในการสรุปนั้น

5. เทคนิคการทำให้เกิดความมั่นใจ (Reassuring Technique)

เป็นเทคนิคที่ช่วยส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถแก้ไขปัญหาลงวางแผนแก้ไขต่อไปได้โดยผู้ให้คำปรึกษาแสดงการยอมรับให้ความมั่นใจ ทั้งนี้ต้องตรงกับความเป็จริง และไม่ควรใช้บ่อยเกินไป เพราะจะทำให้รู้สึกหมดคุณค่าและอาจเป็นเหตุให้ผู้รับคำปรึกษาไม่พอใจได้ เพราะจะมีความรู้สึกว่าคุณให้คำปรึกษาไม่เข้าใจตนเอง และเมื่อมีการให้ความมั่นใจให้กำลังใจแล้วมกมีความสงสัยจนอาจปราศจากความจริงต่อไป ซึ่งอาจจะเป็นอันตรายต่อการให้คำปรึกษา

6. เทคนิคการให้ข้อมูล (Giving Information Technique)

เป็นแนวทางหนึ่ง ในการแก้ไขปัญห โดยผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อมูลในลักษณะเสนอแนะ แก่ผู้รับคำปรึกษา เพื่อให้มีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เพราะเมื่อใดบุคคลมีความเข้าใจในเรื่องต่างๆ อย่างถูกต้องก็สามารถมองเห็นแนวทางและตัดสินใจในการดำเนินการต่อไปได้ถูกต้องเช่นกัน โดยเฉพาะในเรื่องสุขภาพนั้น การได้รับข้อมูลจากผู้มีความรู้ในสาขาวิชานั้นโดยตรง ย่อมก่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ

ผู้วิจัย ได้ศึกษาผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งมีผู้ศึกษาถึงผลของการให้การพยาบาลอย่างมีแบบแผนเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยอย่างต่าง ๆ กันดังนี้

เบญจวรรณ แก้วเวชวงศ์ (2528) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้การพยาบาลอย่างมีแบบแผนเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ จังหวัดลำปาง การเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 30 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 ราย คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีอายุ ระดับการศึกษาใกล้เคียงกัน และเป็นมารดาของเด็กป่วยวัยเดียวกัน ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาเหมือนกัน โรคและความรุนแรงของโรคที่เด็กป่วยอยู่ในระดับเดียวกัน ในแต่ละคู่ของกลุ่มตัวอย่างจะสุ่มให้กลุ่มตัวอย่างคนหนึ่งเป็นกลุ่มทดลอง อีกคนหนึ่งเป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผนด้วยการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนให้เกิดความมั่นใจ และการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็ก บทบาทมารดา สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ปัญหาสมาชิกอื่นในครอบครัว ตลอดจนปัญหาทางการเงิน แต่กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามกิจวัตรของโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ประเมินความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก่อนและหลังให้การพยาบาล เป็นเกณฑ์ประเมินความวิตกกังวลซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการวิจัยปรากฏว่า ระดับความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามกิจวัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กัญจน์ นิลยะ (2530) ศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลและการปรับตัวต่อการเป็นมารดาในผู้ป่วยครรภ์แรกผ่าท้องคลอดทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเด็กอยู่ในท่าก้น และต้องได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องซึ่งศึกษาใน 3 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 30 คน โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 15 รายกลุ่มควบคุม 15 ราย กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนด้วยการนำหลักการสร้างสัมพันธภาพที่ดี การรับฟังและการเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกมาสร้างแบบแผนการสอน ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบทดสอบระดับความวิตกกังวลของสปีลเบิร์ก ผลการวิจัยปรากฏว่า การสอนอย่างมีแบบแผนนั้นจะช่วยลดความวิตกกังวลของมารดาได้ดีกว่าการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังช่วยให้มารดาสามารถปรับตัวการเป็นมารดา

ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม

ลัคนา อันฤดี (2536) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อการลดความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของเด็กป่วย ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 คน กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม จะถูกจัดแบ่งเป็นคู่ๆ ให้มีความคล้ายคลึงกันในด้าน อายุมารดา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว อายุเด็กป่วยและโรคของเด็กป่วย กลุ่มทดลองจะได้รับการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจากผู้วิจัย ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการให้คำแนะนำมารดาตามปกติจากเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบทดสอบระดับความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ ผลการวิจัยปรากฏว่า มารดาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางและภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของมารดาในกลุ่มทดลองต่ำกว่า มารดาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีคะแนนเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงไปของคะแนนความวิตกกังวล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนภายในในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นิกุล ดันติธรรม (2533) ศึกษาเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักที่ได้รับการเตรียมกับไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผน โดยทำการศึกษาญาติผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาราศี จำนวน 52 ราย ระหว่างวันที่ 15 ตุลาคม 2532 ถึง 31 มกราคม 2533 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการจับคู่ให้มีความเท่าเทียมกันของผู้ป่วยในเรื่องระดับความรู้สึกตัว การใส่เครื่องช่วยหายใจ และความสัมพันธ์ แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มละ 26 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการจับฉลาก กลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผนให้ตอบแบบสอบถามความวิตกกังวล แล้วผู้วิจัยให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนเข้าเยี่ยม กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผนให้ตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลก่อน แล้วจึงให้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย และทั้งสองกลุ่มตอบแบบสอบถามอีกครั้งเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเสร็จแล้ว แบบสอบถามความวิตกกังวลนี้ผู้วิจัยใช้ของสปิลเบอร์เกอร์ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงนิตยา คชภักดี และคณะ และทดสอบความสอดคล้องภายในโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้ค่าความเชื่อมั่น 0.92 ส่วนแบบแผนการเตรียมญาติ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยเรียบเรียงจากตำราและเอกสารได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลด้านผู้ป่วยหนัก ผลการวิจัยปรากฏว่า ระดับ

ความวิตกกังวลภายหลังเข้าเยี่ยมของญาติผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก กลุ่มที่ได้รับการเตรียมและไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตาม ระดับความวิตกกังวลหลังเข้าเยี่ยมผู้ป่วยของญาติผู้ป่วยทั้งในกลุ่มที่ได้รับการเตรียมและไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผน น้อยลงกว่าก่อนเข้าเยี่ยมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุรีย์ เทพศุภรังษิกุล (2532) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยนอก ที่หน่วยเวชศาสตร์ทั่วไป โรงพยาบาลรามารามิณี ระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน 2531 ถึงวันที่ 15 กรกฎาคม 2531 จำนวนทั้งสิ้น 60 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสุ่มให้มีเพศและอายุใกล้เคียงกันด้วยการจับสลาก กลุ่มควบคุม ได้รับการวัดความวิตกกังวลก่อนและหลังการตรวจรักษาจากแพทย์ กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจากผู้วิจัยภายหลังการตรวจรักษาจากแพทย์ การวัดความวิตกกังวลในกลุ่มนี้ วัดก่อนพบแพทย์ และหลังจากได้รับการให้คำปรึกษาทางสุขภาพแล้ว แบบวัดความวิตกกังวลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบวัดความวิตกกังวลของสปีลเบิร์กเกอร์ ในกลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยที่มีคะแนนความวิตกกังวลลดลงคิดเป็นร้อยละ 93.34 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยที่มีคะแนนความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 36.67 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิเคราะห์ หาคความแปรปรวนร่วม ผลการวิจัยปรากฏว่า กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาทางสุขภาพมีความวิตกกังวลต่ำกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) ในกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาความวิตกกังวลที่พบส่วนมาก คือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยคิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาเป็นความวิตกกังวลเกี่ยวกับครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 40 และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่พบส่วนมาก คือ กลัวเป็นมะเร็งคิดเป็นร้อยละ 36.69 กลัวเป็นโรครุนแรงมากขึ้นคิดเป็นร้อยละ 30.00

นิภา ธีสกุล (2534) ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ ต่อการปฏิบัติตัวในด้านการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์ในผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสทางเส้นเลือด โดยประยุกต์รูปแบบการวิเคราะห์ปัจจัยของกรีนและคณะ มาช่วยในการวินิจฉัยปัญหาในด้านต่างๆ ร่วมกับการระบวนการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสทางเส้นเลือด ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบบำบัดด้วยยา 70 คน กระบวนการทดลองแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจงเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่แบบสัมภาษณ์และแผนการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ เก็บรวบรวม

ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ร่วมกับผลการตรวจปัสสาวะและการตรวจเลือดหาเอชไอวี (HIV) ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้ กระบวนการให้คำปรึกษาทางสุขภาพมีประสิทธิภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เฉพาะในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์เท่านั้น ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์ แรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด และผลการปฏิบัติตัวในด้านการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและยังพบว่า การปฏิบัติตัวในด้านการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยในด้านต่าง ๆ ผลการวิจัยเสนอแนะว่าควรมีการจัดตั้งหน่วยงานให้คำปรึกษาทางสุขภาพขึ้นในโรงพยาบาลเพื่อให้การบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อและสารเสพติดทุกแห่ง

นวนลอนด์ บุญญฤทธิศิลป์ (2536) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้คำปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์ต่อความรู้เรื่องโรคและเจตคติ ต่อการป้องกันโรคในบิดา-มารดา ที่มีบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมีย กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดา-มารดาของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ที่มารับการตรวจรักษาในคลินิกโลหิตวิทยา จำนวน 40 คู่ การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 20 คู่แรกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มตัวอย่าง 20 คู่หลังเป็น กลุ่มทดลองซึ่งได้รับคำปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากผู้วิจัย มีการประเมินความรู้เรื่อง โรคธาลัสซีเมียและเจตคติต่อการป้องกันโรค ก่อนการศึกษาและหลังการศึกษา 3 สัปดาห์ ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้เรื่องโรค และคะแนนเจตคติต่อการป้องกันโรคโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. บิดาและมารดา ในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่อง โรคธาลัสซีเมีย ภายหลังได้รับคำปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์ สูงกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)
2. บิดาและมารดา ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเจตคติ ต่อการป้องกันโรคธาลัสซีเมีย ภายหลังได้รับคำปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์ สูงกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการวิจัย

