

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ทารกคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศและต้องได้รับการแก้ไขทางด้านสาธารณสุข โดยในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554 ตามลำดับ) ได้วางเป้าหมายการมีทารกคลอดก่อนกำหนดให้มีได้ไม่เกินร้อยละ 7 ของทารกคลอด (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี, 2550) ซึ่งในประเทศไทยอุบัติการณ์ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยยังคงสูงอยู่ ค่าเฉลี่ยของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยของประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ.2546-2549 เป็นร้อยละ 8.86, 8.5, 8.7, และ 8.7 ตามลำดับ (กรมอนามัย, 2549) ส่วนใหญ่จำนวน 2 ใน 3 ของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด (นฤมล ชีระรังสิกุล, 2545)และจากการสำรวจไม่พบว่ามีรายงานสถิติทารกคลอดก่อนกำหนดทั่วประเทศ

ทารกคลอดก่อนกำหนดจัดเป็นกลุ่มของทารกที่มีความเสี่ยงสูง (High Risk) เนื่องจากมีระยะการเจริญเติบโตในครรภ์น้อย การเจริญเติบโตของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายยังไม่สมบูรณ์เต็มที่ หลังจากคลอดออกจากครรภ์มารดา ทารกคลอดก่อนกำหนดต้องปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมที่แตกต่างจากภายในครรภ์มารดา ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และเกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมาได้ เช่น การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายไม่ดี เมื่ออุณหภูมิในร่างกายต่ำกว่าปกติ ทำให้สูญเสียหน้าที่การทำงานของระบบทางเดินหายใจ นอกจากนั้นการที่กระดูกพร่อง กล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ และปอดยังไม่สมบูรณ์ ทั้งโครงสร้างและการผลิตสารลดแรงตึงผิว (Surfactant) ยังไม่พร้อมในการทำหน้าที่แลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน และก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ จึงทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดมีอาการหายใจลำบาก อาจมีอาการหยุดหายใจเป็นช่วง ๆ และทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้ง่าย เกิดภาวะโลหิตจาง น้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะเลือดออกในสมอง นอกจากนั้นจากการที่ทารกคลอดก่อนกำหนดมีภูมิคุ้มกันต่ำพร่องจึงทำให้เกิดภาวะติดเชื้อในระบบต่าง ๆ มีภาวะตัวเหลือง ส่วนภาวะทุพโภชนาการ เกิดขึ้นเนื่องจากระบบการย่อย และการดูดซึมไม่ดี (Blackburn & Vadenberg, 1993; Theam, 1993; นฤมล ชีระรังสิกุล, 2545) ดังเช่นจากการศึกษาของ สมชัย นิพนพานิช (2548) ในโรงพยาบาลกฟสันธุ์ พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของทารกแรกคลอดที่มีภาวะการหายใจลำบากมากที่สุด คือ อายุครรภ์น้อยกว่า 30 สัปดาห์

จากปัญหาของทารกกลุ่มนี้ ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดต้องถูกแยกจากมารดาทันที หลังคลอด เพื่อให้การดูแลด้วยเครื่องมือและอุปกรณ์พิเศษในหน่วยเฉพาะสำหรับทารกแรกเกิด (นฤมล ชีระรังสิกุล, 2545) หรือได้รับการรักษาด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีเทคโนโลยีซับซ้อน เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องติดตามอัตราการเต้นของหัวใจ อุปกรณ์ให้ออกซิเจน ตู้อบ เครื่องให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ เครื่องวัดระดับความอืดตัวของออกซิเจนในเลือด และส่วนใหญ่มักจะใช้ อุปกรณ์ทางการแพทย์มากกว่าหนึ่งชนิด (Johnson, 1994) จากปัญหาทางด้านสุขภาพดังกล่าว ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดต้องเข้ารับการรักษาระยะเวลานานเป็นสัปดาห์หรือเดือน ขึ้นอยู่กับสภาพอาการและความรุนแรงของทารกคลอดก่อนกำหนด นอกจากนั้นสภาพแวดล้อมของหออภิบาลทารกแรกเกิด ซึ่งมีข้อจำกัดในการป้องกันการติดเชื้อ ไม่เอื้ออำนวยให้มารดาได้อยู่ดูแลทารกได้ตลอดเวลา ทำให้มารดาไม่ค่อยมีส่วนร่วมในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดมากนัก มารดาจึงได้แต่มองดูทารกและสอบถามอาการจากพยาบาล แม้จะมีโอกาสได้อุ้มทารกบ้างแต่ก็เป็นช่วงเวลาสั้น ๆ ในระยะที่ทารกใกล้จะได้รับการจำหน่าย เช่นเมื่อทารกมีน้ำหนัก 1,800-2,000 กรัม และไม่มีภาวะแทรกซ้อน (Berhman, Kliegman, Nelson, & Vaughan, 1996) เมื่อมารดาเข้าเยี่ยมทารกครั้งแรก มารดาอาจเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน เนื่องจากเห็นว่าทารกคลอดก่อนกำหนดมีลักษณะรูปร่างเล็ก บอบบาง ไม่เหมือนทารกปกติทั่วไป มีอุปกรณ์ทางการแพทย์หลายชนิดติดตามร่างกาย ทำให้มารดารู้สึกว่าทารกไม่แข็งแรง อาจมีความพิการ หรือเสียชีวิตได้ (Costtello & Chapman, 1997) นอกจากนั้นมารดาบางคนยังได้รับอนุญาตให้กลับบ้านก่อนทารก การมีภูมิลำเนาที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล ทำให้มารดาไม่สามารถมาเยี่ยมทารกหรือมาเยี่ยมนาน ๆ ครั้ง มารดาจึงขาดโอกาสใกล้ชิดเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับทารกอย่างต่อเนื่อง ทำให้มารดาขาดโอกาสการเรียนรู้ลักษณะพฤติกรรมและการฝึกทักษะในการดูแลทารก เช่น การอุ้ม การป้อนนม การอาบน้ำ และการเปลี่ยนผ้าอ้อม เป็นต้น (สมทรง เก้าฝาย, 2541; รุ่งทิพา หวังเรืองสฤติ, 2542)

จากการที่มารดาทารกคลอดก่อนกำหนดไม่มีโอกาสได้ฝึกทักษะการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด และเรียนรู้ลักษณะพฤติกรรมของทารกคลอดก่อนกำหนดที่แตกต่างจากทารกปกติทั่วไป เช่น พฤติกรรมการนอนหลับและตื่นที่ไม่สม่ำเสมอ พฤติกรรมการร้องไห้ที่ไม่สามารถสื่อความหมายหรือความต้องการได้ชัดเจน และพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นน้อย ล้วนแต่เป็นปัจจัยที่ทำให้มารดาส่วนใหญ่ รู้สึกวิตกกังวล เครียด ตกใจ สิ้นหวัง และคิดว่าตนเองไม่มีความสามารถเพียงพอในการเลี้ยงดูทารก (กิจกรณ คำชู, 2546) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นอสตรอม-เอแลนด์สัน (Nordstrom-Erlandsson, 1997 cited in Eriksson & Pehrsson, 2002) ที่พบว่ามารดาทารกคลอดก่อนกำหนดมีความรู้สึกไม่ปลอดภัย ไม่พึงพอใจ และไม่สามารถให้การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด เกิดความลำบากในการกระทำบทบาทการเป็นมารดา และส่งผล

ต่อความมั่นใจในการกระทำบทบาทการเป็นมารดา โดยเฉพาะการขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแล และการเลี้ยงดูบุตร (สังจวรรณ พวงศิริแคน, 2550)

นอกจากนี้ทารกกลุ่มนี้เมื่อได้กลับไปบ้าน พบว่ายังคงมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านต่าง ๆ ตามมาที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อทารก คือ ปัญหาทางด้านพฤติกรรมที่แตกต่างจากทารกปกติ ปัญหาทางด้านสุขภาพ ปัญหาด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการ (จุฑารัตน์ มีสุขโข, 2540; Blackburn, 1995; Gorski, 1988; Kang et al., 1995; Richardson, 2000) ส่งผลให้มารดาทารกคลอดก่อนกำหนดเกิดความเครียด วิตกกังวลสูง ไม่มีความมั่นใจในการดูแลทารก (Hamelin, Saydak & Bramadat, 1997) และทำให้การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดไม่ถูกต้อง ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต้องกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอยู่ในอัตราที่สูงในช่วงขวบปีแรก (สมทรง เค้าฝาย, 2541; Ladden, 1990) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wooldridge (2002) ศึกษาทารกที่มีอายุครรภ์ 30-35 สัปดาห์ซึ่งเป็นทารกคลอดก่อนกำหนดปานกลาง ในระยะ 4 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่ามารดาในระยะ 1 เดือนแรกหลังคลอด จะประสบปัญหาในการเลี้ยงดูบุตรมากที่สุด มารดาจะประสบปัญหาจากสภาพร่างกายของทารก มีความอ่อนแอของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการอุ้มกอด และเป็นการยากที่จะทำให้ทารกตื่นตัวอยู่ตลอดเวลาที่ได้รับนมมารดา ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อมารดาในการดูแลบุตรมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของราบีโร-ชาเวส-คาร์โดโซ (Rabelo, Chaves, Cardoso et al., 2007) ได้ศึกษาความรู้สึกและความคาดหวังของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ด้วยการสัมภาษณ์มารดาทารกคลอดก่อนกำหนดจำนวน 11 คน พบว่า มารดามีความรู้สึกไม่ปลอดภัยและวิตกกังวลในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด เมื่อเปรียบเทียบกับมารดาทารกคลอดปกติจากเหตุผลที่ได้กล่าวมาข้างต้นนี้ทำให้มารดาไม่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตน และคิดว่าความสามารถในการดูแลทารกของตนเองน้อย ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นว่ามารดาไม่มีความมั่นใจในความสามารถ

ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นกระบวนการหนึ่งที่ช่วยเหลือบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตซึ่งทำใหบุคคลมีพลัง มีความผาสุกและตระหนักในสุขภาพของตนเองในการรักษาสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้บุคคลเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ทั้งในส่วนบุคคลและสังคมมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับสุขภาพของตน และครอบครัว ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Gibson, 1991, p. 354) ซึ่งในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่มารดานั้น ผู้ให้พลังอำนาจจะต้องมีบทบาทในการเป็นผู้ให้การช่วยเหลือ ผู้ให้การสนับสนุน ผู้จัดหาแหล่งประโยชน์ คอยให้คำปรึกษา มีสัมพันธภาพทางบวก ส่งเสริมให้มารดามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จนมารดาสามารถควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นได้ด้วยตนเอง (Gibson, 1991,

p. 354) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ศึกษาศึกษาพลังอำนาจในมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดน้อย ดังการศึกษาของ สิริกมล กันศิริ (2550) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจแก่มารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด โดยใช้แนวคิดของ กิบสัน (Gibson, 1991) ซึ่งประกอบด้วยการค้นหาสภาพการณ์จริงของมารดา การสะท้อนคิดอย่างมีวิจักษณ์ การตัดสินใจเลือกวิธีการที่เหมาะสม และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ จากการทดลองจำนวน 2 ราย ใช้ระยะเวลา 1 เดือนในหน่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่ามารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด มีการรับรู้พลังอำนาจสูง และคะแนนพฤติกรรมการดูแลสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และการศึกษาของเบอร์นาเด็ต (Bernadette et al., 2006) ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัวในทารกที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด (NICU) ในปี ค.ศ. 2001 ถึง ค.ศ. 2004 จำนวน 144 ครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย การให้ข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหา การอภิปรายและการให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพครอบครัวเพิ่มขึ้น บิดามารดาเกิดความเชื่อมั่นในการดูแล และทารกมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลงเฉลี่ยเหลือคนละ 3.8 วัน ส่วนทารกน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม สามารถลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลงเฉลี่ยเหลือ 8.5 วัน

สำหรับโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ในเขตภาคตะวันออก อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี เป็นโรงพยาบาล 450 เตียง มีทารกคลอดก่อนกำหนดดังนี้คือ ปี พ.ศ. 2550 ที่แผนกห้องบำบัดพิเศษกุมารเวชกรรม และที่แผนกทารกแรกเกิดมีจำนวน 42 ราย และ 103 ราย ตามลำดับ ส่วนในปี พ.ศ. 2551 มีจำนวน 48 ราย และ 91 ราย ตามลำดับ (เอกสารสถิติแผนกทารกแรกเกิด และแผนกห้องบำบัดพิเศษกุมาร, 2551) ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานด้านมารดาและทารกจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งมารดาในกลุ่มนี้มีความวิตกกังวลและกลัวต่อการที่จะเข้าไปด้วยทารก เนื่องจากทารกตัวเล็ก และมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ใช้กับผู้ป่วย ถึงแม้โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์มีบุคลากรทางการแพทย์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการบุตรแต่ก็ไม่เพียงพอที่จะทำให้มารดาในกลุ่มนี้ลดความวิตกกังวลและความกลัวลงได้ การเสริมสร้างพลังอำนาจจะเป็นแนวทางที่สำคัญที่จะทำให้มารดามีความมั่นใจขึ้น ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานด้านมารดาและทารกจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด โดยใช้แนวคิดของ Gibson (1991) ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดให้มีความสามารถในการดูแลและเลี้ยงดูทารกคลอดก่อนกำหนดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผล

ให้ทากรมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่สมวัย ซึ่งนับเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลในการประกันคุณภาพของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดาระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในหอผู้ป่วย

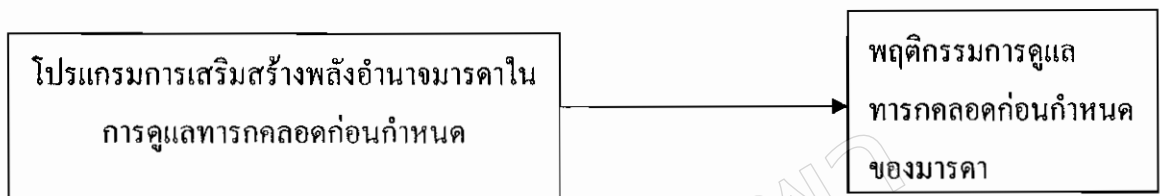
สมมุติฐานของการศึกษา

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดาหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในหอผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดโดยบูรณาการมาจากแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1991) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยอยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ทางบวกระหว่างพยาบาลกับมารดาทารกคลอดก่อนกำหนด มีความไว้วางใจและเห็นอกเห็นใจกัน ร่วมมือกันและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มารดาจะเกิดความรู้สึกร่วมมีส่วนร่วม มีแรงจูงใจ เกิดการเรียนรู้และตัดสินใจด้วยตนเอง รับรู้ความสามารถแห่งตน รู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมและการพัฒนาตนเอง โดยพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือ ผู้ให้การสนับสนุน ผู้ให้ความรู้ ผู้ให้คำปรึกษา ผู้แนะนำและจัดหาแหล่งประ โยชน์ ผู้ส่งเสริมและผู้พิทักษ์สิทธิ์ ผู้อำนวยการความสะดวก โดยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้ การสร้างสัมพันธภาพกับมารดาทารกคลอดก่อนกำหนด การร่วมกันค้นหาปัญหาต่าง ๆ จากการดูแลโดยการสะท้อนคิด แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อมูลข่าวสาร ประสพการณ์ การให้ข้อมูลข่าวสาร การสาธิต การคิดวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน ร่วมกันสรุปปัญหา เรียงลำดับความสำคัญของปัญหา และวางแผนทาง

การแก้ไขปัญหา รวมทั้งร่วมกันประเมินผลการแก้ไขปัญหา ปรับปรุงแนวทางการแก้ไขปัญหาใหม่ และการส่งเสริมและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้จะทำให้มารดาเกิดมีความสามารถที่จะดูแลทารกตลอดก่อนกำหนดได้ดี ซึ่งสามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติทางด้านการพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด
2. เป็นแนวทางในการศึกษาเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจในทารกคลอดก่อนกำหนด
3. เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้การสอนเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนด

ขอบเขตของการศึกษา

1. การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษามารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 28-36 สัปดาห์ และน้ำหนักทารกแรกเกิดระหว่าง 1,000-2,499 กรัม ที่ได้รับการดูแลในแผนกห้องบำบัดพิเศษกุมารเวชกรรม และแผนกทารกแรกเกิดโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์
2. ตัวแปรที่ศึกษา
 - 2.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดา

นิยามศัพท์เฉพาะ

มารดา หมายถึง ผู้ที่ให้กำเนิดทารกที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 28-36 สัปดาห์ และน้ำหนักตัวแรกเกิดระหว่าง 1,000-2,499 กรัม ที่มีอายุไม่ต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ มาคลอดทารกที่โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

ทารกคลอดก่อนกำหนด หมายถึง ทารกที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 28-36 สัปดาห์ น้ำหนักตัวแรกเกิดระหว่าง 1,000-2,499 กรัม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ การติดเชื้อ หรือภาวะเลือดออกในสมอง ไม่มีความพิการแต่กำเนิด ไม่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ หรือการผ่าตัด

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้มารดาทารกคลอดก่อนกำหนดมีความมั่นใจในความสามารถที่จะควบคุม จัดการเกี่ยวกับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน (Gibson, 1991) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาสภาพการณ์จริงของมารดา ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีการที่เหมาะสม และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยมีการจัดกิจกรรมที่โรงพยาบาล 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1-2 ชั่วโมง และโทรศัพท์ติดตาม 2 ครั้ง ใช้เวลา 10 นาที ซึ่งโปรแกรมนี้อใช้เวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลแผนกทารกแรกเกิด และแผนกห้องบำบัดพิเศษกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ต่อมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด โดยการให้ความรู้ในเรื่องการปฏิบัติดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดทั่ว ๆ ไป เช่น การให้นมมารดา การเช็ดสะดือ การอาบน้ำ การมาตรวจตามแพทย์นัด

พฤติกรรมดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำของมารดาทั้งทางด้านกาย วาจา ใจ ต่อทารกคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การควบคุมอุณหภูมิกาย การป้องกันการติดเชื้อ การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง การให้อาหารทารก การสังเกตพฤติกรรมทารกคลอดก่อนกำหนด และการอุ้ม การปลอบโยนทารก การสัมผัส การมีปฏิสัมพันธ์กับทารก