

12

Family-Centered Care in NICU

ครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแล : ภาคปฏิบัติในหอผู้ป่วยไอซียูการกแรกเกิด

วิมลวัลย์ วโรฬาร

ครอบครัวที่สมบูรณ์ประกอบด้วย บิดา, มารดา และบุตร ดังนั้นเมื่อมารดาให้กำเนิดบุตร ซึ่งเป็นสมาชิกใหม่ต่อครอบครัว บิดา-มารดาย่อมมีความสุข สมหวัง แต่ถ้าสมาชิกใหม่หรือบุตรนั้น แรกคลอดมีปัญหาด้านสุขภาพ ได้แก่ คลอดก่อนกำหนด หรือมีความพิการมาแต่กำเนิด เช่น โรคหัวใจ ตลอดจนภาวะเจ็บป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต เสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิต ต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียูการกแรกเกิด บิดา-มารดาที่มีความสุข ชื่นชมต่อการกำเนิดของบุตรนั้น ย่อมมีความวิตกกังวล ทุกข์ เศร้าโศก ต่อความเจ็บป่วยที่มีอาการไม่แน่นอนของบุตร นอกจากนั้น อุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์มากมายที่อยู่รอบด้านบุตรเพื่อรักษาช่วยชีวิตนั้นเป็นสิ่งขัดขวาง ไม่สามารถอุ้ม ดูแลบุตรได้ ทำให้ไม่สามารถแสดงบทบาทบิดา-มารดาได้เต็มที่ ขาดความรู้สึกผูกพันซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ปัจจัยส่งเสริมต่อระดับความทุกข์ของบิดา-มารดา ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบิดา-มารดาและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลปัญหาค่าใช้จ่าย การสื่อสาร วัฒนธรรมและความเชื่อ ซึ่งระดับความทุกข์โศก ความรู้สึกสูญเสีย สิ้นหวัง จะมีผลต่อการปรับตัวของบิดา-มารดา¹ ซึ่งส่งผลต่อการเรียนรู้และศักยภาพความสามารถในการเลี้ยงดูบุตร โดยเฉพาะในรายบุตร

ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากผลการรักษา บิดา-มารดาต้องดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น จอประสาทตาผิดปกติ (Retinopathy of Prematurity: ROP) ลำไส้สั้น (Short Bowel จาก Necrotizing enterocolitis : NEC) บิดา-มารดาต้องเลี้ยงดูและดูแลบุตรตลอดชีวิต ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยไอซียูการกแรกเกิดโดยยึดหลักเจ้าหน้าที่เป็นศูนย์กลาง (Professional Centered View) นั้นจึงไม่เหมาะสม เนื่องจากเจ้าหน้าที่แพทย์-พยาบาลเป็นผู้ดูแลรักษาชั่วคราวเท่านั้น ส่วนบิดา-มารดานั้นเป็นเสาหลักของบุตร ต้องดูแลเลี้ยงดูตลอดไป² นอกจากนี้บิดา-มารดาเท่านั้นเป็นผู้รอบรู้เกี่ยวกับบุตรของตนเองดีที่สุด³ จากเหตุผลดังกล่าวจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องนำบิดา-มารดาเข้าร่วมกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ (collaborative) เพื่อมีส่วนร่วมในการวางแผนรักษาพยาบาล จึงเปลี่ยนจากเจ้าหน้าที่เป็นศูนย์กลางสู่ครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแล (Family Centered Care) โดยมีองค์ประกอบดังนี้^{4, 5}

1. Family: the constant in a child's life

เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลมีการหมุนเวียนตลอดเวลาในขณะที่บิดา-มารดา คือหน่วยคงที่ของชีวิตบุตร ดังนั้นบิดา-มารดาต้องเรียนรู้การดูแลภาวะสุขภาพ อารมณ์

พัฒนาการ และความต้องการของบุตร โดยการแนะนำ คำสอนจากเจ้าหน้าที่

กลยุทธ์

1.1 ให้บิดา-มารดามีส่วนร่วม (partnership) ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาจนกลับบ้านเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแล

1.2 เปิดโอกาสให้บิดา-มารดาสามารถแสดง บทบาทความเป็นบิดา-มารดาตามความเหมาะสม เช่น การอุ้ม การสัมผัส

1.3 ให้บิดา-มารดา มีส่วนร่วมตัดสินใจในการ รักษา รับรู้กฎระเบียบของหน่วยงาน

1.4 พยาบาลไม่ใช่ผู้ที่เชี่ยวชาญการดูแลมากกว่าบิดา-มารดา

2. Facilitation of parent / professional collaboration at all levels of health care

เอื้ออำนวยให้เกิดบรรยากาศของการทำงานร่วมกันระหว่างบิดา-มารดาและเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพทุกระดับ

กลยุทธ์

2.1 เจ้าหน้าที่ต้องเชี่ยวชาญรู้หลักในการทำงานร่วมกัน

2.2 เจ้าหน้าที่ต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการส่งเสริม บทบาทบิดา-มารดา

2.3 ร่วมวางแผน ปรึกษาหารือซึ่งกันและกัน

2.4 ให้คำแนะนำต่อบิดา-มารดาเพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพการดูแลในภาวะวิกฤต

2.5 ให้ข้อมูล หรือแนะนำแหล่งข้อมูลเพื่อให้ บิดา-มารดาสามารถพิจารณาประกอบในการตัดสินใจ

3. Sharing of unbiased and complete information with parents about their child's care on an ongoing basis in an appropriate and support manner

แลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างครบถ้วนและถูกต้อง ระหว่างครอบครัวและเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่องด้วยความเหมาะสมและความเห็นอกเห็นใจ

กลยุทธ์

3.1 จัดระบบการพยาบาลเอื้ออำนวยให้บิดา-มารดาได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เช่น ระบบ พยาบาลเจ้าของไข้

3.2 ลดความรู้สึกไม่แน่นอนต่ออาการเจ็บป่วย ของบุตร ด้วยการบอกผลการวินิจฉัยและแผนการรักษา ของแพทย์ ให้บิดา-มารดารับทราบ

3.3 เปิดโอกาสให้บิดา-มารดาระบายความรู้สึก ความวิตกกังวล ความเศร้าโศกโดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้รับ ฟังที่ดี เข้าใจ และให้กำลังใจ

3.4 ส่งเสริมการสื่อสารให้ชัดเจน โดยใช้คำพูด ที่เข้าใจง่าย การเอาใจใส่ต่อความรู้สึกของบิดา-มารดา ตลอดจนมีการประสานสายตาสอดแนมกัน

3.5 ไม่ควรล่าช้าต่อการให้ข้อมูลที่สำคัญ

3.6 การแจ้งข่าวร้าย ควรเลือกเวลาที่เหมาะสม ตลอดจนต้องระวังคำพูดที่ใช้ไม่ควรใช้คำพูดที่รุนแรง ควรกลั่นกรองเพื่อไม่เป็นการทำร้ายจิตใจ

4. Implementation of appropriate policies and programs that are comprehensive and provide emotional and financial support to meet the needs of families

ในภาวะวิกฤตการกำหนดนโยบายและแนวทาง ปฏิบัติอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามภาวะความเจ็บป่วย ของบุตร ควรปฏิบัติตามความเหมาะสม สามารถตอบสนองด้านอารมณ์ การเงิน ตามความต้องการของ ครอบครัวได้

กลยุทธ์

4.1 ประเมินและให้ความช่วยเหลือตามความ เหมาะสมแต่ละครอบครัว เช่น ปัญหาการเงิน ตลอดจน แนะนำแหล่งสนับสนุนอื่นๆ

4.2 บิดา-มารดา มีสิทธิ์ร้องขอความช่วยเหลือ จากหน่วยงานอื่นๆ นอกเหนือจากโรงพยาบาล

4.3 อาจแสดงความเห็นอกเห็นใจ ด้วยการ สัมผัสแทนคำพูด รวมทั้งการเอาใจใส่และเข้าใจ วัฒนธรรมของแต่ละครอบครัว

4.4 การจำกัดเวลาเยี่ยม อาจเป็นการไม่ส่ง

เสริมการมาเยี่ยมของบิดา-มารดา ซึ่งส่งผลต่อความผูกพัน และสัมพันธภาพของครอบครัว

4.5 ควรสังเกตและประเมินการต้องการความช่วยเหลือของบิดา-มารดาเนื่องจากบางครั้งบิดา-มารดา อาจไม่กล้าร้องขอ

5. Recognition of family strengths and individuality and respect for different methods of coping

ตระหนักถึงจุดแข็ง และความเป็นปัจเจกแต่ละบุคคล ตลอดจนยอมรับความแตกต่างในวิธีการเผชิญความเครียด

กลยุทธ์

5.1 เล็งเห็นถึงตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการตอบสนองความเครียดของบิดา-มารดา ได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย, อาการเจ็บป่วยที่ไม่แน่นอนของบุตร, ความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และการพลัดพรากจากบุตร

5.2 ประเมินการรับรู้ บุคลิกภาพ การไม่ได้รับทราบข้อมูล เหล่านี้ล้วนมีผลต่อวิธีการเผชิญความเครียดของบิดา-มารดา

5.3 ไม่ใช้อารมณ์ขณะอธิบาย หรือให้ข้อมูลต่อบิดา-มารดา

5.4 พยายามค้นหาจุดเด่นหรือจุดเข้มแข็งของแต่ละครอบครัว

5.5 เสริมสร้างบรรยากาศสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้บิดา-มารดาเกิดความรู้สึกไว้วางใจศรัทธาต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่

5.6 หลีกเลี่ยงการให้สัญญา ขัดกลอง ต่อครอบครัว ควรสังเกตพฤติกรรม ทัศนคติของบิดา-มารดา เพื่อนำมาประเมินวิธีการเผชิญความเครียดพร้อมทั้งแนะนำชี้ช่องทาง วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม

6. Understanding and incorporating the developmental and emotional needs of infants, children and adolescents and their families into health care delivery systems

ภาวะวิกฤต บิดา-มารดาคำนึงถึงการตอบ

สนองความต้องการของร่างกายเท่านั้น จะไม่คำนึงถึงวิธีการส่งเสริมพัฒนาการ ดังนั้นพยาบาลควรจัดวิธีปฏิบัติการส่งเสริมพัฒนาการผู้ป่วยลงในกิจกรรมพยาบาลประจำวันด้วย

กลยุทธ์

6.1 ส่งเสริมพัฒนาการทารกโดยการบรรจุในแผนการพยาบาล

6.2 จัดโปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการในแต่ละวัน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพและมีการประเมินอาทิตย์ละครั้ง

7. Encouragement of parent to parent support

กระตุ้นให้เกิดการสนับสนุนช่วยเหลือระหว่างครอบครัว

กลยุทธ์

7.1 จัดกลุ่มสนับสนุนครอบครัว โดยจำแนกตามโรค

7.2 สร้างเครือข่ายระหว่างครอบครัว

7.3 ส่งเสริมให้บิดา-มารดาที่มีบุตรกลับบ้านแล้ว และนักสังคมสงเคราะห์เข้ามาเข้ากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้คำแนะนำเพื่อช่วยเหลือสมาชิกใหม่

8. Assure that the design of health care delivery systems is flexible, accessible, and responsive to family needs.

มั่นใจว่าระบบบริการสุขภาพ มีความยืดหยุ่นสามารถช่วยเหลือตอบสนองต่อความต้องการของแต่ละครอบครัวได้

กลยุทธ์

8.1 แนะนำแหล่งช่วยเหลือ องค์กรต่อครอบครัว

8.2 ผู้ประสานงานระหว่างครอบครัวและแหล่งความช่วยเหลือสนับสนุน ควรเป็นบุคคลเดียวกันตลอดเวลา

8.3 จัดสถานที่เอื้ออำนวยความสะดวกต่อบิดา-มารดา เช่น room-in สำหรับการพักผ่อน หรือสนทนา

กับเจ้าหน้าที่

เพื่อให้องค์ประกอบทั้ง 8 ของครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแลบรรลุความสำเร็จ เจ้าหน้าที่ทีมสหสาขาวิชาชีพและบิดา-มารดาควรมีโอกาสสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้ร่วมกัน รูปแบบที่เหมาะสมคือ Parents Support Group หรือ Self help group

Parent Support Group in NICU^{6,7}

ในปี 1984 NICU ที่ Mount Sinai, Toronto ริเริ่มการจัด parent group ประกอบด้วยพยาบาล 3 คน นักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ดำเนินการ โดยมีแพทย์ทารกแรกเกิด พยาบาลอนามัยชุมชน เป็นผู้ร่วมทีมเพื่อให้ข้อมูลให้การสนับสนุนและตอบสนองความต้องการของบิดา-มารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด ช่วยให้สามารถเผชิญกับปัญหาวิกฤตต่างๆ ตลอดจนการปรับตัว นอกจากนี้ยังเป็นการเพิ่มสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่และบิดา-มารดา

การประชุมกลุ่มเริ่มด้วยการให้บิดา-มารดามีโอกาสระบายความรู้สึก ความต้องการโดยเจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลอธิบายแต่ละปัญหา เป็นการตอบสนองความต้องการของบิดา-มารดาแต่ละคนปัจจุบันจัดเป็นโปรแกรมของหน่วยงาน โดยจัดทุกวันอังคาร เวลา 17.00-18.30น. โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

ผลของการจัด Parent Support Group

บิดา-มารดามีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค พฤติกรรมของบุตร สามารถสื่อสารและทราบความต้องการของบุตร นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมความพร้อมให้บิดา-มารดามีศักยภาพในการเลี้ยงดูที่บ้าน ดังนั้นพยาบาลผู้จัดกลุ่มต้องมีความไวและกระตุ้นให้บิดา-มารดาได้แสดงความต้องการ ร่วมปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหา ตลอดจนทราบจุดเด่นของแต่ละบุคคล เพื่อนำมาพัฒนาความสามารถ เกิดศักยภาพต่อการแก้ไขปัญหาต่อไป

กลยุทธ์ในการจัด Parent Support Group

1. Assess Need

ประเมินความต้องการของแต่ละบุคคล ดังนั้นกลุ่มที่จัดควรมีขนาดเล็ก 2-3 คน สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันอย่างทั่วถึงอย่างมีประสิทธิภาพ และรูปแบบการสนทนา ควรเป็นชนิดไม่เป็นทางการ

2. Multidisciplinary Approach

เนื่องจากปัญหาของบิดา-มารดาหลากหลาย ต้องการความช่วยเหลือจากหลายฝ่าย เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลเยี่ยมบ้าน นักโภชนาการ จึงต้องการทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าร่วมกลุ่ม

3. Visibility

มีการจรรยาบรรณการประชุมแต่ละครั้ง อาจตีพิมพ์ในวารสารเพื่อเป็นการเผยแพร่ และการเรียนรู้ต่อบุคคลอื่นๆ ตลอดจนเป็นการเสริมสร้างกำลังใจต่อบิดา-มารดาอื่นๆ

4. Integrate the group into you workday

จัดกิจกรรมกลุ่มให้เป็นส่วนหนึ่งของภาระงาน เพื่อให้ผู้ร่วมงานทุกคนรับทราบและมีส่วนร่วมต่อการกระตุ้นให้บิดา-มารดาเข้ากลุ่ม เป็นผลงานของหน่วยงาน

5. Consistent staff

เจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการ ควรเป็นที่งานประจำ สามารถเข้ากลุ่มทุกครั้งเพื่อความต่อเนื่องและสัมพันธภาพ

6. Recruitment of parent to the group

จัดหาสมาชิกใหม่เข้ากลุ่ม เพื่อให้บิดา-มารดาทุกคนมีสิทธิเข้าร่วมกลุ่มได้อย่างทั่วถึง

7. Maintaining regular attendance

บิดา-มารดาจะเข้ากลุ่มอย่างต่อเนื่องถ้าเชื่อว่าการเข้ากลุ่มจะได้รับความช่วยเหลือ สามารถแก้ไขปัญหาได้ ดังนั้นการสร้างเสริมบรรยากาศกลุ่มของเจ้าหน้าที่จึงมีความสำคัญในการทำให้บิดา-มารดารู้สึกว่าไม่ได้อยู่ในสถานะใดทางด้านเศรษฐกิจ ศาสนา สามารถเข้าร่วมกลุ่มได้ และได้รับความอบอุ่น รู้สึกผ่อนคลาย

นอกจากนี้มีความรู้สึกผูกพันระหว่างสมาชิกกลุ่ม จนสร้างเป็นเครือข่าย (network) สามารถติดต่อช่วยเหลือกันได้ตลอดเวลา

บทบาทพยาบาลผู้นำกลุ่ม Parent support group

1. กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มพหุระบายนความรู้สึกลงโดยตั้งคำถามปลายเปิด
2. ตั้งคำถามตรงประเด็นเพื่อเจาะลึกปัญหาของบิดา-มารดา
3. ค้นหาว่าบิดา-มารดาได้รับพยาธิสภาพเจ็บป่วยของบุตรอย่างไร ถูกต้องหรือไม่ ถ้าไม่ถูกต้องต้องให้ข้อมูลหรือประสานงานเพื่อให้พบแพทย์
4. กระตุ้นให้บิดา-มารดาแสดงบทบาทผู้ดูแลเพื่อประเมินว่ามีความรู้ ความสามารถดูแลบุตรอย่างต่อเนื่องได้หรือไม่

Parent - Professional collaboration⁸

1. Communication แจ้งข้อมูลอย่างครบถ้วน เสมอภาค ไม่ลำเอียง
2. Dialogue สนทนาเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็น
3. Active listening รับฟังทุกคำที่บิดา-มารดาพูดอย่างเอาใจใส่และทำความเข้าใจเพื่อการแปลความหมายอย่างถูกต้อง
4. Awareness and acceptance of differences ยอมรับความแตกต่างด้านวัฒนธรรม ประเพณีของแต่ละครอบครัว

5. Negotiation เลือกขั้นตอนหรือวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดต่อแต่ละครอบครัว

ไอซียูทารกแรกเกิดโรงพยาบาลรามาริบัติ ยึดหลักครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 โดยการจัดกิจกรรมกลุ่ม Parent Support Group ครั้งแรกเมื่อสิงหาคม 2544 เนื่องจากบิดา-มารดาได้ข้อมูลที่ไม่ชัดเจนจากเจ้าหน้าที่ที่มึนสับสนแต่ละคน ผู้เขียนจึง

จัดกลุ่ม Parent Support Group โดยเชิญบิดา-มารดาทุกท่านที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยมาเข้ากลุ่มพร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ทารกแรกเกิด พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ทุกวันพฤหัสบดีแรกของเดือน เวลา 13.00-15.00 น.

วัตถุประสงค์

1. Information

ข้อมูลถูกต้องเหมาะสมตรงกัน
ซักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น

2. Social Support

แหล่งสนับสนุน ช่วยเหลือ แนะนำ ให้คำปรึกษา คำปรึกษา ที่ปรึกษา ค่าย กลุ่มระดับครอบครัวซึ่งกันและกัน

3. Release Tension

ระบายความรู้สึกคับข้องใจ ลดความเครียด

4. Health Education

การปฏิบัติตัวต่อการเลี้ยงดูบุตร
ถูกต้อง มีคุณภาพ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. สร้างสัมพันธภาพ

แนะนำตน, บอกวัตถุประสงค์

2. ระยะเวลาดำเนินการ

พูดคุยซักถาม, ให้ข้อมูล

3. ระยะสิ้นสุด

ประเมินผล

ผลการประเมิน

- ได้รับประโยชน์จากการจัดกลุ่ม	86.6%
- ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการ	76.80%
- ช่วยลดความเครียด	74.4%
- ได้ระบายความรู้สึก	65.5%
- ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น	63.3%
- ได้รับข้อมูลจากนักสังคมสงเคราะห์	48.3%

ประโยชน์การเข้ากลุ่ม Parent Support Group

1. ได้รับความรู้ ความสามารถ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่องภายหลังออกจากโรงพยาบาล

2. ป้องกันการเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำๆ (Re-admission)

3. ครอบครัวมีความสุข (Well-being)

4. บิดา-มารดา มีกำลังใจในการแก้ไขปัญหา (Empowerment)

5. เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่บิดา-มารดา (Social support)

6. บิดา-มารดา ไม่รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง (helplessness)

ผลลัพธ์

1. เข้ากลุ่มทุกครั้ง แม้ว่าบุตรจะกลับบ้านแล้ว
2. เห็นอกเห็นใจ ซึ้งกันและกัน
3. เอื้อเฟื้อสิ่งของ เช่น เครื่องปั๊มนม
4. โทรศัพท์ติดต่อกัน
5. เกิดการรวมตัวก่อตั้งชมรม “เพื่อลูกรัก” จัด

กิจกรรม “กระตุ้นพัฒนาการทารกด้วยการนวด”

ข้อดี

1. เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมของบิดา-มารดา
2. เป็นการสื่อสารสองทาง
3. ให้การดูแลแบบองค์รวม (กาย, ใจ, อารมณ์, สังคม, จิตวิญญาณ)
4. เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลถึงบ้าน

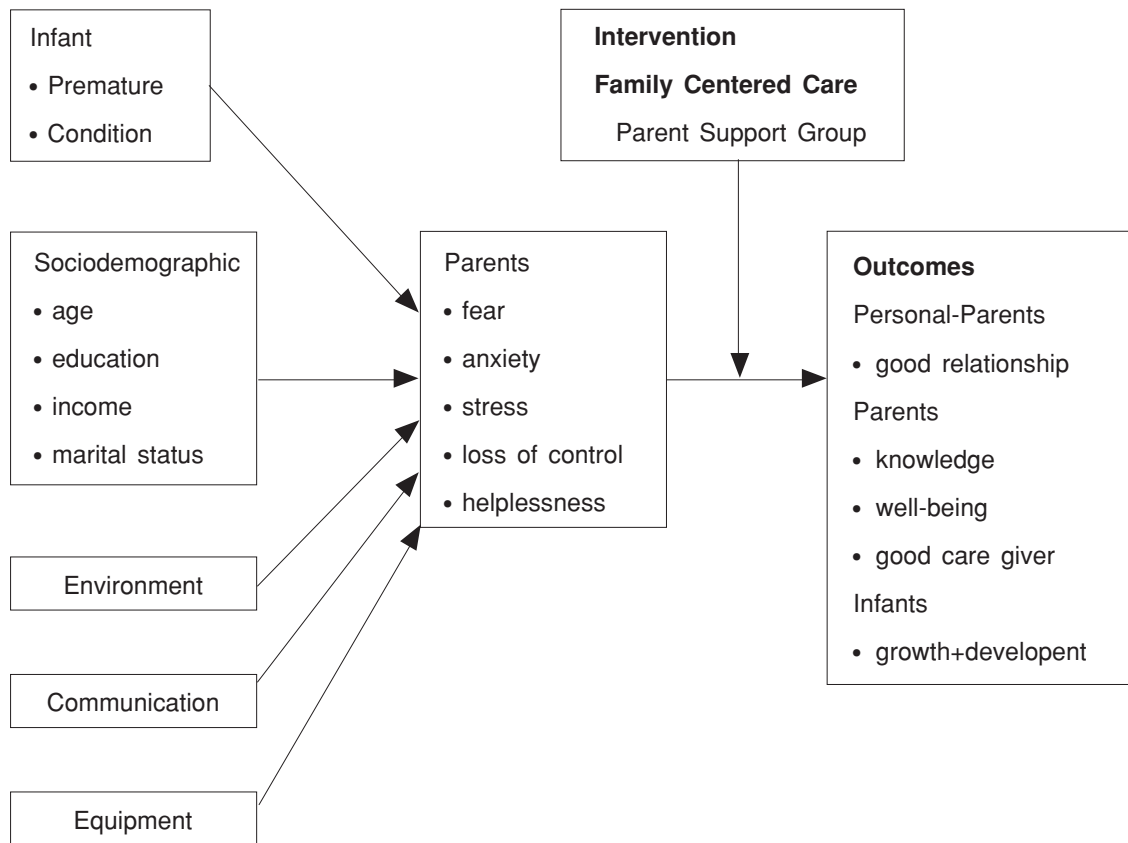
ข้อจำกัด

1. ทารกกลุ่มโรคต่างกันทำให้บิดา-มารดามีความเครียด และความกังวลต่างกัน
2. จัดในเวลา บิดา-มารดาต้องลางาน จัดนอกเวลา ทีมสหสาขาวิชาชีพไม่สะดวก

โครงการต่อไป

1. จัด Parent Room สำหรับบิดา-มารดาพักผ่อน ขณะมาเยี่ยมบุตร
2. NICU graduated สังสรรค์ระหว่างบิดา-มารดา พร้อมบุตรที่จำหน่ายแล้ว ทุก 1-2 ปี

สรุปความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสกับบิดามารดาต่อผลการดูแลบุตร โดยยึดหลักครอบครัวเป็นศูนย์กลาง



เอกสารอ้างอิง

1. Lindsay JK, Roman L, DeWys M, Eager M, Levick J, Quinn M. Creative caring in the NICU: parent-to-parent support. *Neonatal Netw* 1993; 12:37-44.
2. Pearson J, Andersen K. Evaluation of a program to promote positive parenting in the neonatal intensive care unit. *Neonatal Netw* 2001; 20:43-8.
3. Brazelton TB. How to help parents of young children: the touchpoints model. *J Perinatol* 1999;19:S6-7.
4. Rushton CH. Family-centered care in the critical care setting: myth or reality? *Child Health Care* 1990;19:68-78.
5. Ahmann E. Family-centered care: shifting orientation. *Pediatr Nurs* 1994;20:113-7.
6. VandenBerg KA. Supporting parents in the NICU: guidelines for promoting parent confidence and competence. *Neonatal Netw* 2000;19:63-4.
7. Bracht M, Ardal F, Bot A, Cheng CM. Initiation and maintenance of a hospital-based parent group for parents of premature infants: key factors for success. *Neonatal Netw* 1998;17:33-7.
8. Bishop K, Woll J, Arango P. Family/professional collaboration for children with special health needs and their families. Burlington: Department of Social work, University of Vermont, 1993.