

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

สุชาภินันท์ พรเลิศทวีกุล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2555

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล



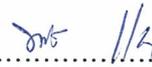
นางสาว สุธานีนท์ พรเลิศวิกุล

ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์ทัศนีย์ ประสบกิตติคุณ, Ph.D.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



อาจารย์พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, ประ.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์นงลักษณ์ จินตนาดิлок, พย.ค.

ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลเด็ก

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

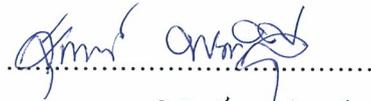
เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)

วันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2555



นางสาว สุธานีรัตน์ พรเลิศวิกุล
ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์ยาใจ สิทธีมงกุล, Ph.D.
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



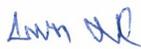
รองศาสตราจารย์ทัศน์ี ประสบกิตติคุณ, Ph.D.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์มณีรัตน์ ภาคารูป, ปช.ด.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



อาจารย์พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, ปร.ด.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ, M.D.
คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, Ph.D.
คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้เพราะความเมตตากรุณาของ รองศาสตราจารย์ทัศนีย์ ประสพกิตติคุณ อาจารย์ดร.พรณรัตน์ แสงเพิ่ม อาจารย์ที่ปรึกษาและควบคุมวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ยาใจ สิทธิมงคล รองศาสตราจารย์มณีรัตน์ ภาคฐป อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่างๆ รวมทั้งให้การช่วยเหลือสนับสนุน ให้กำลังใจผู้วิจัย มาตลอดจนกระทั่งวิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการและหัวหน้าหอผู้ป่วยเด็ก 3 โรงพยาบาล ชัยภูมิ ที่อนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยเด็ก 3 ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ มารดา บุคคลในครอบครัว ที่ให้ความรัก ความอบอุ่นและกำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา และขอกราบขอบพระคุณ พี่ๆ เพื่อนๆ และน้องๆ ทุกคนที่มีส่วนช่วยเหลือและเป็นกำลังใจด้วยดีมาตลอด

สุธาภินันท์ พรเลิศทวีกุล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

FACTORS ASSOCIATED WITH MOTHERS' PARTICIPATION IN CARE FOR HOSPITALIZED NEWBORNS

สุธาภินันท์ พรเลิศทวิกุล 5236557 NSPN/M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ทศนี ประสบกิตติคุณ, Ph.D. (NURSING), พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, ประ.ด. (การพยาบาล)

บทคัดย่อ

การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยและรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นลักษณะสำคัญของการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การส่งเสริมการมีส่วนร่วมดังกล่าวจำเป็นต้องทราบข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยปัจจัยที่สนใจศึกษาได้แก่ อายุของมารดา การศึกษาของมารดา สถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา และการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาทารกแรกเกิดเจ็บป่วยที่รับการรักษาในหอทารกแรกเกิดเจ็บป่วย โรงพยาบาลชัยภูมิ จำนวน 85 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล และแบบสอบถามสถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า มีเพียงปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล ($r = .336, p = .002$) ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่พบความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดฯ

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนความสำคัญของบทบาทพยาบาลในการพัฒนารูปแบบความช่วยเหลือมารดาอย่างหลากหลายวิธี ให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมทางคลินิกและความต้องการของมารดาในการดูแลทารกที่เจ็บป่วยและรับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้การมีส่วนร่วมของมารดาได้เกิดขึ้นจริงในบริบทของการดูแล

FACTORS ASSOCIATED WITH MOTHERS' PARTICIPATION IN CARE FOR HOSPITALIZED NEWBORNS.

SUTAPINUN PRONLERTTAVEEKUN 5236557 NSPN/M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: TASSANEE PRASOPKITTIKUN, Ph.D. (NURSING), PARNNARAT SANGPERM, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

Maternal participation in the care for sick and hospitalized newborns is one of the essential characteristics of the philosophy of family-centered care. To promote maternal participation in care for hospitalized newborns, the associated factors should be known and understood. This study aimed at examining the association between the selected factors and the mothers' participation in care for hospitalized newborns. The study factors included maternal age, years of education, perceived stressful situations, and support from nurses. The sample comprised 85 mothers with hospitalized newborns at the Neonatal Patient Ward, Chaiyaphum Hospital. Data were collected using demographic data interview forms, and three sets of self-administered questionnaires on mothers' participation in care for hospitalized newborns, perceived stressful situations, and support from nurses. Data were analyzed with descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation coefficient.

According to the findings, support from nurses was the only factor found to be associated with the mothers' participation in care with statistical significance ($r = .336$, $p = .002$).

The study findings support the significance of the nurse's role in developing nursing interventions that are congruent with clinical environments and meet the needs of mothers caring for their hospitalized newborns. The interventions should support mothers in a variety of ways so that the desired participation becomes the actual one.

KEY WORDS: MOTHER' PARTICIPATION / HOSPITALIZED NEWBORNS

92 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญรูปภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	6
กรอบแนวคิด	6
ขอบเขตการวิจัย	10
นิยามศัพท์	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	12
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	13
แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง	13
ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิด	
ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล	20
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลทารกแรกเกิด	
ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล	23

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	31
ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	31
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	31
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	33
การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย	37
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	38
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	39
การวิเคราะห์ข้อมูล	39
บทที่ 4 ผลการวิจัย	40
ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	40
ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา	44
ผลการทดสอบสมมติฐาน	46
บทที่ 5 การอภิปรายผล	47
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	54
สรุปผลการวิจัย	54
ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้	55
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	56
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	66
บรรณานุกรม	76

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก	82
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	83
ภาคผนวก ข ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	89
ภาคผนวก ค การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	90
ภาคผนวก ง การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ	91
ประวัติผู้วิจัย	92

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา	41
4.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของบุตร	43
4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของตัวแปรที่ศึกษา	44
4.4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) ของตัวแปรที่ศึกษา	46

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพ	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	10

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยของทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบได้บ่อยและยังคงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขในประเทศไทย จากการสำรวจประชากรในประเทศไทย พบว่ามีทารกเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยจำนวนมาก สถิติในปี พ.ศ. 2549-2550 มีอัตราทารกตาย 7.4 และ 7.2 รายต่อการเกิดมีชีพหนึ่งพันคน (กระทรวงสาธารณสุข, 2552) สำหรับจังหวัดชัยภูมิ สถิติทารกแรกเกิดเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก 3 โรงพยาบาลชัยภูมิ ในปี พ.ศ. 2551 และ 2552 มีจำนวน 2,790 และ 2,652 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 28.9 และ 27.02 ของผู้ป่วยในแผนกกุมารเวชกรรมทั้งหมดตามลำดับ โดยความเจ็บป่วยของทารกมีทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง สาเหตุการเจ็บป่วยที่พบได้บ่อยคือ คลอดก่อนกำหนด ภาวะหายใจลำบาก โรคปอดอักเสบ ภาวะติดเชื้อในร่างกาย และ ภาวะตัวเหลือง ส่วนสาเหตุการเสียชีวิตที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ภาวะหายใจลำบาก ภาวะสมองขาดออกซิเจน และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (โรงพยาบาลชัยภูมิ, 2551; 2552) ซึ่งการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดที่เกิดขึ้นนี้ เป็นสถานการณ์ที่สมาชิกในครอบครัวไม่ได้มีการเตรียมตัวมาก่อนและเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว

ตามปกติแล้วการให้กำเนิดทารกแรกเกิดเป็นเรื่องที่ตื่นเต้นและน่ายินดีของสมาชิกในครอบครัว แต่เมื่อทารกเกิดมาแล้วมีภาวะเจ็บป่วยเกิดขึ้นย่อมเป็นสถานการณ์ที่สมาชิกในครอบครัวไม่ได้คาดหวังมาก่อน ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกวิตกกังวลและมีความทุกข์ใจเกิดขึ้นมาทดแทน โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดาผู้ให้กำเนิดทารก อาจเกิดความรู้สึกสับสน ระหว่างบทบาทเดิมของมารดา และบทบาทใหม่ที่เกิดขึ้นเมื่อนบุตรเข้ารับการรักษาโรงพยาบาล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงบทบาทของมารดาอย่างไม่ได้มีการเตรียมตัวมาก่อนนี้ สามารถสร้างความเครียดเกิดขึ้นแก่มารดาได้ ดังรายงานการศึกษาเชิงปริมาณในไทยซึ่งมีเพียงเรื่องเดียว ที่ได้อธิบายเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดย พรศิริ ใจสม (2536) ซึ่งทำการศึกษาความเครียดในบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมที่มีอายุระหว่าง 1 เดือน ถึง 15 ปี พบว่า การที่บุตรเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น

ทำให้บทบาทของบิดามารดามีการเปลี่ยนแปลงไป จากการเป็นผู้ที่สามารถให้การดูแลบุตรได้เอง เปลี่ยนเป็นผู้ที่ไม่สามารถให้การดูแลบุตรของตนได้ ซึ่งสร้างความเครียดเกิดขึ้นแก่บิดามารดาเป็นอย่างมาก

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดและการเปลี่ยนแปลงบทบาทของมารดาอย่างไม่ได้เตรียมมาก่อนนั้นอาจเป็นภาวะวิกฤตที่ส่งผลอย่างมากมายังต่อตัวเด็กและครอบครัว

ผลจากการที่ทารกแรกเกิดต้องนอนรับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งมีความสำคัญต่อตัวทารกมาก คือ ภาวะถูกแยกจากมารดา ยิ่งถ้าหากเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยแล้วก็ยิ่งทำให้เกิดภาวะถูกแยกจากเป็นเวลานาน มีผลกระทบทำให้ทารกขาดความรักความอบอุ่น ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากมารดาอย่างเพียงพอ มีผลต่อการพัฒนาความรู้สึกไว้วางใจ (sense of trust) ต่อบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมได้ และอาจมีปัญหาพฤติกรรมตามมาด้วย (Erikson, 1963) ดังเช่นตัวอย่างจากรายงานการศึกษาระยะยาวที่ติดตามทารกแรกเกิดจนถึงอายุ 12 ปี พบว่าทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะมีปัญหาด้านพฤติกรรมในเรื่องการนอนหลับยากและการร้องแบบอาละวาด (temper tantrum) เมื่ออายุ 3 ขวบ มากกว่าทารกแรกเกิดที่แข็งแรงดี (Rautava, Lehtonen, Helenius, & Sillanpaa, 2003) นอกจากนี้ ภาวะถูกแยกจากมารดายังเป็นอุปสรรคสำหรับทารกในการได้รับสารอาหารที่มีคุณค่ามากที่สุดอย่างเพียงพอ นั่นคือ นมแม่ (Souza, et al. 2008) ความด้อยประสิทธิภาพของการดูดกลืนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย หรือน้ำนมที่แม่บีบไว้ไม่เพียงพอ อันเนื่องมาจากขาดการกระตุ้นในการสร้างน้ำนม ซึ่งล้วนนำมาสู่การลงเอยที่ทำให้ทารกจำเป็นต้องได้รับนมผสมร่วมด้วยหรือทดแทนนมแม่เพื่อให้ได้พลังงานเพียงพอตามความต้องการของร่างกาย ซึ่งอาจส่งผลกระทบทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของความเจ็บป่วยตามมา มีรายงานวิจัยระบุว่า ทารกที่ได้รับนมผสมมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่างกายได้มากกว่าทารกที่ได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียว (Hylander, Strobino, & Dhanireddy, 1998)

ผลจากการที่ทารกแรกเกิดต้องนอนรับการรักษาในโรงพยาบาลต่อมารดา ได้แก่ การขาดโอกาสใกล้ชิดกับบุตรตั้งแต่แรกเกิดซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาความผูกพันที่มารดา มีต่อทารก (bonding) เพราะในช่วงแรกๆ หลังให้กำเนิดทารกถือว่าเป็นช่วงที่มารดาและทารกมีความรู้สึกไวต่อการสร้างความผูกพัน (sensitive period) และเป็นช่วงเวลาที่สำคัญสำหรับมารดาที่จะเกิดความผูกพันต่อทารก (Klaus, Kennell, & Klaus, 1995) ความรู้สึกผูกพันที่เกิดขึ้นจะทำให้ทารกมีปฏิกิริยาตอบสนองเกิดสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกอันจะเป็นรากฐานสำคัญของความรู้สึกรักใคร่ผูกพันที่ทารกมีต่อมารดา (attachment) ในภายหลัง (Bowlby, 1969) หากกระบวนการสร้างความผูกพันมีปัญหาและอุปสรรคเกิดขึ้น อาจเกิดผลกระทบด้านจิตใจของมารดาตามมา

โดยผลการวิจัยพบว่า ความผูกพันระหว่างมารดาและทารกที่สร้างได้ไม่ดีหรือมีปัญหา จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าที่ระยะ 2 สัปดาห์ 6 สัปดาห์ และ 4 เดือนหลังคลอดของมารดา (Moehler, Brunner, Wiebel, Reck, & Resch, 2006; Reck, et al. 2006) นอกจากนี้การขาดโอกาสใกล้ชิดบุตรยังนำมาซึ่งความรู้สึกสูญเสียบทบาทของการเป็นมารดาด้วย จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า การถูกแยกจากทารกตั้งแต่แรกเกิดอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยของทารกทำให้ผู้เป็นมารดาเกิดความรู้สึกลึกซึ้งเกี่ยวกับการบรรยาย มีความรู้สึกผิดที่ไม่สามารถดูแลบุตรของตนเองได้ ไม่ได้แสดงบทบาทความเป็นมารดาอย่างเต็มที่ และมีความรู้สึกว่าคุณเองไม่เหมือนมารดาคนอื่น ๆ ในหอผู้ป่วย หลังคลอดที่มีบุตรของตนเองอยู่ด้วย นอกจากนี้สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดไม่เอื้ออำนวยในการที่จะอยู่กับทารกเพียงลำพังโดยไม่ถูกรบกวน มารดายังรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนเกิน โดยเฉพาะเวลาลูกหลับและไม่มีอะไรทำ (Wigert, Johansson, Berg, & Hellstrom, 2006) อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดทำให้มารดาขาดโอกาสในการดูแลบุตรตามปกติ และทำให้บทบาทของมารดาเปลี่ยนแปลงไป แต่มารดายังเป็นผู้ที่ได้รับความคาดหวังว่าควรจะได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นบุคคลแรกที่สำคัญที่สุดในชีวิตของทารก Scheppe และ Pai (1995) ได้อธิบายการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยและรับการรักษาในโรงพยาบาลว่า เป็นการมีส่วนร่วมที่บิดามารดาปรารถนาจะปฏิบัติในการดูแลเด็กที่เป็นกิจวัตรประจำวัน การดูแลเด็กที่เป็นกิจกรรมพยาบาล การร่วมคิดและตัดสินใจในการดูแลเด็ก และการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับเด็ก ซึ่งแนวคิดดังกล่าวมีความสอดคล้องกับลักษณะสำคัญของปรัชญาการดูแลเด็กโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การดูแลเด็กโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered care) เป็นปรัชญาการดูแลที่ตระหนักและเคารพในศักดิ์ศรีและบทบาทของครอบครัว ว่ามีความสำคัญยิ่งต่อชีวิตของเด็ก บุคลากรทีมสุขภาพจะต้องสนับสนุนให้ครอบครัวและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในประสบการณ์การดูแลสุขภาพที่ตนสามารถควบคุมและจัดการได้ (Ahmann & Johnson, 2000) ปัจจุบันโรงพยาบาลทุกแห่ง ต้องการให้เกิดขึ้นเป็นอย่างมากในระบบการให้บริการสุขภาพ การนำปรัชญาดังกล่าวมาใช้ในการดูแลทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วย จึงจำเป็นต้องมีการสร้างความเป็นหุ้นส่วนระหว่างบุคลากรและครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับมารดาให้เกิดขึ้นจริง ซึ่งในทางปฏิบัติสำหรับการดูแลเด็กป่วย ก็คือการให้มารดาได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วย ซึ่งไม่ได้มีความหมายเพียงแค่มารดาให้การดูแลทั่วไปเท่านั้นแต่ยังหมายถึง การได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันระหว่างมารดาและบุคลากรทางสุขภาพ การได้เจรจาต่อรองกัน ร่วมคิดและสนใจในการดูแล และการรักษาพยาบาลด้วยกัน (ทัศนีย์ ประสพภคิตคุณ, 2552)

อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมมารดาให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ไม่ใช่เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ง่าย มีรายงานการศึกษาระบุว่ามารดาปรารถนามีส่วนร่วมดูแลทารกแต่ในทางปฏิบัติกลับได้มีส่วนร่วมน้อย อันเนื่องมาจากสาเหตุหลายประการ ดังเช่นการศึกษาเชิงปริมาณของ จรัสศรี หินศิลป์ (2549) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูง พบว่า มารดากลุ่มนี้มีความปรารถนาที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกของตนมาก แต่ในความเป็นจริงแล้ว มารดาได้เข้ามามีส่วนร่วมในทางปฏิบัติจริงน้อยกว่าความปรารถนาที่ระบุไว้ ซึ่งในการอภิปรายผลได้กล่าวถึงสาเหตุไว้ว่า อาจเนื่องมาจากสภาพความเจ็บป่วยของทารกที่รุนแรง จึงทำให้มารดาไม่กล้า ไม่มั่นใจที่จะช่วยพยาบาลดูแลทารก โรงพยาบาลยังไม่มียุทธศาสตร์และแนวทางการปฏิบัติในการให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกที่ชัดเจน การไม่อนุญาตให้มารดาอยู่เฝ้าทารกและการปฏิบัติของบุคลากรพยาบาลที่มีความแตกต่างกันในการเปิดโอกาสให้มารดามีส่วนร่วมดูแลทารก นอกจากนี้ Partridge และคณะ (2005) ได้ทำการศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับ การรับรู้ของบิดามารดาต่อการรับคำปรึกษาจากแพทย์ และการตัดสินใจร่วมกันกับแพทย์เรื่อง โอกาสรอดชีวิตของทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,501 กรัม ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดใน 7 ประเทศ พบว่า บิดามารดามีความปรารถนาที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกับแพทย์ในเรื่อง โอกาสรอดชีวิตของทารก แต่การรับคำปรึกษาจากแพทย์ในเรื่อง โอกาสรอดชีวิตของทารกนั้นกลับมีผลทำให้บิดามารดามีความรู้สึกวิตกกังวลสูงขึ้นได้ ซึ่งสาเหตุของความวิตกกังวลนั้นมาจากความกลัวว่าทารกจะพิการหรือเสียชีวิต จึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการตัดสินใจและปรึกษาหารือร่วมกันกับแพทย์น้อย

นอกจากการศึกษาเชิงปริมาณดังกล่าว ยังมีการศึกษาเชิงคุณภาพที่ระบุสาเหตุที่ทำให้บิดามารดาไม่พร้อมที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรของตนที่รับการรักษาในโรงพยาบาลนั้นคือ การกลัวถูกปล่อยให้อำนาจการดูแลโดยลำพัง กลัวว่าบุตรจะได้รับความเจ็บปวดหรือได้รับอันตรายจากการดูแลของตน บิดามารดา รู้สึกว่าหน้าที่การดูแลนั้นเป็นของพยาบาล (Coyne, 1995) จะเห็นได้ว่างานวิจัยที่ผ่านมาให้ข้อมูลสรุปได้ว่าบิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยน้อยกว่าความปรารถนาหรือความคาดหวังของตนเองที่จะเข้ามามีส่วนร่วม หรือเมื่อได้เข้ามามีส่วนร่วมแล้วเป็นการมีส่วนร่วมที่ยังไม่พร้อม แต่อย่างไรก็ตามสาเหตุของการไม่พร้อมหรือการมีส่วนร่วมของบิดามารดาที่พบจากรายงานดังกล่าว ยังไม่สามารถทำให้เกิดองค์ความรู้ที่ชัดเจน ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารก องค์ความรู้ในเรื่องของปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่มีความเจ็บป่วยขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวางแผนการพยาบาล

เพื่อส่งเสริมให้มารดาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรที่รับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในเด็กกลุ่มอายุอื่น ได้แก่ งานวิจัยเชิงคุณภาพของ Neill (1996) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในเด็กป่วย อายุ 2-5 ปี ผลการศึกษาได้ระบุถึงปัจจัยที่ส่งเสริมหรือยับยั้งการมีส่วนร่วมของบิดามารดาซึ่งได้แก่ทัศนคติของบิดามารดาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม ทัศนคติของทีมสุขภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม การสื่อสารระหว่างบิดามารดาและพยาบาล กลไกการปรับตัวของบิดามารดา และการสนับสนุนจากพยาบาล นอกจากนี้งานวิจัยเชิงคุณภาพของ Kawik (1996) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับ การรับรู้ของพยาบาลและบิดามารดา ในเรื่องการมีส่วนร่วมและการเป็นหุ้นส่วนในการดูแลเด็กป่วย ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากพยาบาลด้วยการเปิดโอกาสให้บิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บิดามารดาได้มีส่วนร่วมมากหรือน้อย นอกจากนี้ยังพบว่าบิดามารดาตระหนักความต้องการการสนับสนุนจากพยาบาลในด้านความรู้ ทักษะการดูแลเด็กป่วยอีกด้วย ส่วนงานวิจัยเชิงปริมาณพบว่า แต่ละการศึกษาได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองแตกต่างกันแต่ก็อาจสรุปได้ว่า ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วย ได้แก่ อายุของมารดา (รุ่งทิพย์ วีระกุล, 2539; อุบล อสัมภินทรพย์, 2540) การศึกษาของมารดา (Lee, Holditch-Davis, & Miles, 2007; รุ่งทิพย์ วีระกุล, 2539; อุบล อสัมภินทรพย์, 2540) สถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา (บุญตา สุขวดี, 2545; Holditch-Davis, Schwartz, & Black, 2007) ความรุนแรงของโรค (Lee, et al. 2007; รุ่งทิพย์ วีระกุล, 2539; สิรินาตยา วงศ์वाल, 2551) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (รุ่งทิพย์ วีระกุล, 2539) รายได้ของครอบครัว (รุ่งทิพย์ วีระกุล, 2539; อุบล อสัมภินทรพย์, 2540) ประสพการณ์การดูแลเด็กป่วยของผู้ปกครอง การได้รับความรู้เรื่องการให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของพยาบาล นโยบายของโรงพยาบาลในเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็ก (สิรินาตยา วงศ์वाल, 2551)

การศึกษาดังกล่าวข้างต้น ยังไม่อาจให้ข้อสรุปได้อย่างชัดเจนว่า ปัจจัยดังกล่าวข้างต้น มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ เนื่องจากความแตกต่างกันของกลุ่มอายุเด็กป่วยและแนวคิดของการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วย แม้จะเป็นการศึกษาใกล้เคียงกับสิ่งที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยปัจจัยที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกมาเฉพาะปัจจัยที่ผู้วิจัยสามารถนำมาจัดกระทำ (modifiable variables) ในเชิงของการปรับปรุงการปฏิบัติพยาบาลและ

นำมาเป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังเบื้องต้นได้ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นแนวทางการพัฒนา กิจกรรมการพยาบาล หรือ โปรแกรมการพยาบาลที่จะช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของมารดาในการ ดูแลทารกเจ็บป่วยให้มีความเป็นจริงมากขึ้นในทางปฏิบัติตามความต้องการของผู้เป็นมารดาเองและ เป็นไปตามหลักของการดูแลเด็กโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

คำถามการวิจัย

อายุของมารดา การศึกษาของมารดา สถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา และการ สนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรก เกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ ?

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของ อายุของมารดา การศึกษาของมารดา สถานการณ์ก่อน ความเครียดของมารดา และการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล กับการมีส่วนร่วมของมารดาใน การดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

อายุของมารดา การศึกษาของมารดา สถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา และการ สนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรก เกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้มาจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลบุตรเจ็บป่วย ส่วนความหมายของการมี ส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มาจากแนวคิด เรื่อง การมีส่วนร่วมของ Schepp และ Pai (1995) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่มีภาวะเจ็บป่วย เป็นการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกที่ ป่วยของมารดา ร่วมกับพยาบาล ตามแนวคิดของ Schepp และ Pai ซึ่งระบุว่าบิดามารดาที่มีความ ปรารถนาที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล ซึ่งมีลักษณะการดูแล 4 ด้าน ด้วยกัน คือ

1) การดูแลเด็กที่เป็นกิจวัตรประจำวัน (participation in routine care) เป็นการดูแลเด็กป่วยของบิดามารดาเกี่ยวกับชีวิตประจำวัน ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2) การดูแลเด็กที่เป็นกิจกรรมพยาบาล (participation in technical care) เป็นการดูแลเด็กป่วยของบิดามารดา ขณะได้รับกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3) การร่วมคิดและตัดสินใจในการดูแลเด็ก (participation in decision making) เป็นการให้บิดามารดาได้มีส่วนร่วมในการร่วมคิดและตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วยร่วมกับพยาบาล

4) การแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับเด็ก (participation in information sharing) เป็นการให้บิดามารดาได้แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับเด็กป่วยร่วมกับพยาบาล

งานวิจัยครั้งนี้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเจ็บป่วยขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามิงงานวิจัยโดยตรงจำนวนน้อยมากที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารก โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานวิจัยในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยต่างประเทศซึ่งมีการศึกษาใกล้เคียงกับสิ่งที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา โดยศึกษาในกลุ่มประชากรเด็กที่มีวัยและโรคแตกต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยที่มีวัยและโรคแตกต่างกัน ออกเป็น 4 ด้านดังนี้

1) ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ ทักษะคิดของบิดามารดาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม กลไกการปรับตัวของบิดามารดา (Neill, 1996) อายุของมารดา (รุ่งทิพย์ วีระกุล, 2539; อุบล อสัมภินทรัพย์, 2540) การศึกษาของมารดา (Lee, et al, 2007; รุ่งทิพย์ วีระกุล, 2539; อุบล อสัมภินทรัพย์, 2540) สถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา (บุญตา สุขวดี, 2545; Holditch-Davis, et al., 2007) ประสบการณ์การดูแลเด็กป่วยของผู้ปกครอง (สิรินาทยา วงศ์वाल, 2551) รายได้ของครอบครัว (รุ่งทิพย์ วีระกุล, 2539; อุบล อสัมภินทรัพย์, 2540) เป็นต้น

2) ปัจจัยด้านทารก ได้แก่ ความรุนแรงของโรค (Lee, et al. 2007; รุ่งทิพย์ วีระกุล, 2539; สิรินาทยา วงศ์वाल, 2551)

3) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนจากพยาบาล (Kawik, 1996; Neill, 1996) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (รุ่งทิพย์ วีระกุล, 2539) การได้รับความรู้เรื่องการให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของพยาบาล (สิรินาทยา วงศ์वाल, 2551)

4) ปัจจัยด้านนโยบาย ได้แก่ นโยบายของโรงพยาบาลในเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็ก (สิรินาทยา วงศ์वाल, 2551)

ผลจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวพบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัยแต่ผู้วิจัยสนใจศึกษาเฉพาะปัจจัยบางประการว่ามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแล

ทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ โดยเลือกศึกษาปัจจัยที่สามารถนำมาจัดกระทำ (manipulation) ในเชิงของการปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงเป็นปัจจัยด้านลักษณะประชากรที่ช่วยให้พยาบาลสามารถเฝ้าระวังได้ง่ายและรวดเร็ว ปัจจัยที่สนใจศึกษาได้แก่ อายุของมารดา การศึกษาของมารดา การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล สถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา ซึ่งมีการศึกษาที่สนับสนุนปัจจัยที่สนใจศึกษาดังนี้

อายุของมารดา: อายุเป็นตัวบ่งบอกวุฒิภาวะ หรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม และความสามารถในการเข้าใจและตัดสินใจในการกระทำต่างๆ อายุจึงมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถหรือการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Orem, 1985) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาเชิงปริมาณของ รุ่งทิพย์ วีระกุล (2539) ซึ่งทำการศึกษความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมียที่มีอายุตั้งแต่ 3-6 ปี พบว่า อายุของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกและเป็นตัวทำนายพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33, p < .001, \beta = .20, p < .05$) แสดงให้เห็นว่า มารดาอายุมากจะมีพฤติกรรมในการดูแลบุตรป่วยได้สม่าเสมอมากกว่ามารดาอายุน้อย ส่วนมารดาที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมในการดูแลบุตรป่วยได้น้อยตามไปด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงปริมาณของ อุบล อสัมภินทรัพย์ (2540) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ที่มีอายุ 3-6 ปี พบว่า อายุของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .1741, p < .05$) แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่ให้ผลในทิศทางตรงกันข้ามดังเช่นการศึกษาเชิงปริมาณของ สิรินาตยา วงศ์वाल (2551) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลันและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิด-5 ปี พบว่า อายุของผู้ปกครองไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วย ($r = .9, p > .05$)

การศึกษาของมารดา: การศึกษาจะช่วยให้บุคคลสามารถพัฒนาความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดีในการดูแลตนเองและบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 1985) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาเชิงปริมาณของ Lee และคณะ (2007) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของลักษณะมารดาและทารก เมื่อ 6 เดือน และ 12 เดือน กับการเข้ามาพูดคุย สัมผัส อุ้มชู และเล่นกับบุตรของมารดาขณะบุตรเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าไป

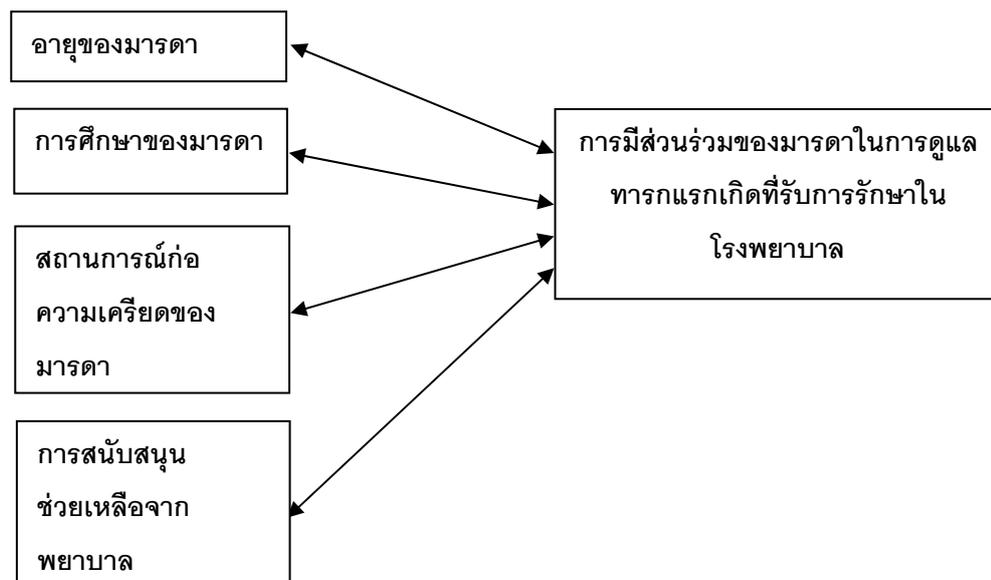
พุดคุย สัมผัส อุ้มชูและเล่นกับทารกที่ป่วยของมารดา เมื่อ 6 และ 12 เดือน ($r = .28, p < .05$ และ $r = .41, p < .01$ ตามลำดับ) และเป็นตัวทำนาย การเข้าไป พุดคุย สัมผัส อุ้มชูและเล่นกับทารกที่ป่วยของมารดา ($\beta = .53, p < .01$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ รุ่งทิพย์ วีระกุล (2539) ซึ่งทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย ที่มีอายุตั้งแต่ 3-6 ปี พบว่า ระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลบุตรป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .29, p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ อุบล อสัมภินทรพย์ (2540) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ที่มีอายุ 3-6 ปี พบว่า ระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .2454, p < .01$)

สถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา: เป็นสถานการณ์ที่ลูกถามหรือกดดันให้บุคคลเกิดความทุกข์ ความไม่สบายใจ ความวิตกกังวล จนทำให้บุคคลนั้นเสียสมดุลในการดำรงชีวิตอย่างปกติสุข (ชุดิวรรณ ถ่วงพันธ์, 2545) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาเชิงปริมาณของ บุญตา สุขวดี (2545) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในมารดาวัยรุ่นครั้งแรก หลังคลอด เมื่อ 4 และ 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบและเป็นตัวทำนายการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในมารดาวัยรุ่นครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.421, \beta = -.423, p < .01$) แสดงให้เห็นว่ามารดาที่มีความเครียดสูงจะแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้น้อย ส่วนมารดาที่มีความเครียดต่ำจะแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้มาก แต่อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาที่ให้ผลในทิศทางตรงกันข้ามดังเช่นการศึกษาเชิงปริมาณของ Holditch-Davis และคณะ (2007) ที่พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความเครียดของมารดากับการเข้าไป พุดคุย สัมผัส อุ้มชูและเล่นกับทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดา เมื่อ 6 เดือน และ 18 เดือน ($r = .11, p < .05$) แสดงให้เห็นว่ามารดาที่มีความเครียดสูงจะเข้าไป พุดคุย สัมผัส อุ้มชูและเล่นกับทารกเกิดก่อนกำหนดมาก ส่วนมารดาที่มีความเครียดน้อยจะเล่นกับทารกน้อย

การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล : การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 1991) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพของ Neill (1996) ซึ่งทำการศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามารดา ในเด็กป่วยอายุ 2-5 ปี พบว่าการสนับสนุนจากพยาบาล ในเรื่องการอำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ เช่น การจัดสภาพแวดล้อมให้บิดามารดาได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ การจัดสถานที่

สำหรับการเตรียมอาหาร ภายในหอผู้ป่วย การได้รับการดูแลเพื่อลดความเครียด เป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดา และการศึกษาเชิงคุณภาพของ Kawik (1996) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของพยาบาลและบิดามารดาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย พบว่าบิดามารดามีความเต็มใจในการที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย แต่พยาบาลไม่ยอมปล่อยให้บิดามารดาได้เข้ามาดูแลเด็กป่วยได้ตามที่บิดามารดาต้องการ นอกจากนี้บิดามารดาทราบว่าตนเองยังขาดประสบการณ์ และมีความต้องการการสนับสนุนจากพยาบาลในด้านความรู้ และทักษะการดูแลเด็กป่วย

การศึกษานี้จึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุของมารดา การศึกษาของมารดา สถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล กับการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ดังแสดงในกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



รูปที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยทำการศึกษาในมารดาทารกแรกเกิดเจ็บป่วยขณะเข้ารับการรักษาในหอทารกแรกเกิดเจ็บป่วย ภายในหอผู้ป่วยเด็ก 3 โรงพยาบาลชัยภูมิ ระหว่างเดือน กันยายน 2554 ถึง มกราคม พ.ศ. 2555

นิยามศัพท์

อายุของมารดา หมายถึง อายุจริงของมารดา โดยคำนวณได้จากปี พ.ศ. ที่เก็บข้อมูลลบด้วยปี พ.ศ. ที่มารดาเกิด

การศึกษาของมารดา หมายถึง จำนวนปีในการศึกษาสูงสุดของมารดา

การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง การเข้ามามีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเจ็บป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีกิจกรรมการมีส่วนร่วมครอบคลุมในเรื่อง ก) การดูแลที่เป็นกิจวัตรประจำวัน ข) การดูแลที่เป็นกิจกรรมพยาบาล ค) การร่วมคิดและตัดสินใจในการดูแลทารกที่ป่วย และ ง) การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างมารดาและพยาบาล ประเมินได้จากแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 18 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่ได้ทำหรือไม่เกิดขึ้น) ถึง 3 (ได้ทำมากที่สุดหรือเกิดขึ้นมากที่สุด) การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ย โดยคะแนนเฉลี่ยต่ำแสดงว่ามารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกน้อย และคะแนนเฉลี่ยสูงแสดงว่ามารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกมาก

สถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา หมายถึง สถานการณ์ที่มารดาพบเจอเมื่อเข้ามาเยี่ยมบุตรในห้องทารกแรกเกิดเจ็บป่วยและเป็นสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้มารดาเกิดความเครียด ซึ่งประเมินได้จาก แบบสอบถามสถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วย โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่มารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วยของสุนทรี ภิญ โญมิตร์ (2539) จำนวน 26 ข้อ มีลักษณะคำตอบ ตั้งแต่ 0 (ไม่เครียด) ถึง 4 (เครียดมากที่สุด) และไม่พบสถานการณ์ (ไม่คิดคะแนน) การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ย โดยคะแนนเฉลี่ยต่ำแสดงว่ามารดามีระดับความเครียดน้อย คะแนนเฉลี่ยสูงแสดงว่ามารดามีระดับความเครียดมาก

การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล หมายถึง การรับรู้ของมารดา เกี่ยวกับการสนับสนุนช่วยเหลือที่ได้รับจากพยาบาล ในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินคุณค่า และด้านทรัพยากร (House, 1981) ประเมินได้จากแบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 4 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ย โดยคะแนนเฉลี่ยต่ำแสดงว่า มารดาได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลน้อยและคะแนนเฉลี่ยสูงแสดงว่ามารดาได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลมาก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

ผลการศึกษาที่ได้ครั้งนี้ จะเป็นองค์ความรู้และข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนและพัฒนาแนวทางเพื่อส่งเสริมให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสมต่อไป

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง
2. ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง

เมื่อเด็กเจ็บป่วยและเข้าโรงพยาบาล เด็กยังต้องพึ่งพาและต้องการบุคคลสำคัญในชีวิต เช่น บิดามารดา และครอบครัว มาอยู่ใกล้ๆ หรืออยู่ดูแลเมื่อเด็กเจ็บป่วย ดังนั้นการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลจึงไม่ใช่มีแต่พยาบาลเท่านั้น การให้บิดามารดา ผู้ปกครอง เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลจึงเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นมานานในทางปฏิบัติ และแนวคิดดังกล่าวมีวิวัฒนาการและได้รับการพัฒนามาหลายทศวรรษ

การวิเคราะห์หำโนมติกการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองโดย Coyne (1996)

Coyne (1996) ได้วิเคราะห์หำโนมติก การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง (concept analysis of parent participation) โดยใช้วิธีศึกษาวิวัฒนาการ (evolutionary approach) ของ Rodgers (1989) และพบว่า แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในประเทศอังกฤษ มีวิวัฒนาการมาจากคำว่า “แม่เฝ้าลูก” (mothers “rooming-in” with their children) ซึ่งปรากฏอยู่ในรายงานของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี ค.ศ.1959 (Ministry of Health, 1959) โดยในรายงานได้ระบุไว้ว่า มารดาควรได้พักอยู่กับเด็กที่โรงพยาบาลในเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี โดยเฉพาะตั้งแต่ช่วงแรก หรือวันแรกๆ ของการอยู่โรงพยาบาล ผู้ปกครองควรได้เข้าเยี่ยมเด็กบ่อยๆ และสามารถเข้าเยี่ยมเด็กได้ทุกครั้งที่จะเป็นไปได้ ในการเข้า

เยี่ยมเด็กนั้นผู้ปกครองสามารถอยู่ช่วยเหลือเด็ก หรืออยู่ดูแลเด็กเท่าที่จะสามารถทำได้ นอกจากนี้ภายในหอผู้ป่วยควรมีห้องที่ออกแบบเป็นพิเศษสำหรับมารดา ให้มีเครื่องอำนวยความสะดวก เช่น ที่นอน และ อุปกรณ์หรือสถานที่ซักล้าง เป็นต้น จึงอาจสรุปได้ว่าแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองนั้น ประกอบไปด้วย การยอมให้มารดาได้อยู่กับเด็ก คอยประทับประคองอารมณ์และจิตใจของเด็กอยู่ภายในห้องที่ได้รับการออกแบบมาเป็นพิเศษ ซึ่งอีกสองทศวรรษต่อมา ได้เริ่มมีการจัดหอผู้ป่วยเฉพาะ เพื่ออนุญาตให้ผู้ปกครอง เข้ามาพักอยู่ดูแลเด็กตลอดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Webb, et al., 1985) ต่อมา Sainsbury และคณะ (1986) ได้พัฒนาแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง โดยได้อธิบายความหมายคำว่า “การดูแลโดยผู้ปกครอง” (care by parents) เป็นการให้ผู้ปกครองได้เข้ามามีส่วนร่วมและมีความรับผิดชอบร่วมกันในการพยาบาลเด็กป่วยที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนเกินไป ซึ่งจะทำให้พยาบาลมีโอกาสดูแลการพยาบาลด้านอื่นๆ ที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมากกว่า เช่น การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษาแก่เด็กป่วย และผู้ปกครอง ได้มากขึ้น นอกจากนี้ Sainsbury และคณะ ยังได้อธิบายว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองนั้นอาจหมายถึงการเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลของ บิดา ปู่ย่าตายาย ได้อีกด้วย ซึ่งการให้ความสำคัญและอนุญาตให้ บิดา ปู่ย่า ตายาย พี่น้อง เข้ามาดูแลเด็กป่วย เป็นการดีจรรจบครวั เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นและต่อมาได้พัฒนามาเป็น “การมีส่วนร่วมของครอบครัว” (family participation หรือ family involvement)

Coyne (1996) ยังได้วิเคราะห์ต่อ ถึงความแตกต่างของการใช้คำระหว่าง “การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้อง” (involvement) กับ “การมีส่วนร่วม” (participation) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม บางคนบอกว่าเป็นคำที่สามารถใช้แทนกันได้ (Pike, 1989) ในขณะที่บางคนมองว่า การมีส่วนร่วม จะมีความคุณลักษณะของการเป็นหุ้นส่วนในการดูแล (partnership in care) มากกว่า (Nethercott, 1993) Kirkpatrick (1989) ได้อธิบายว่า “การมีส่วนร่วม” (participation) หมายถึง การแลกเปลี่ยนกันหรือการเข้ามาเป็นส่วนหนึ่ง และคำว่า “การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้อง” (involvement) หมายถึง การเข้าร่วมในสิ่งที่มีความรู้สึกพอใจ ถ้าหากนำสองคำนี้มาเปรียบเทียบกันแล้ว ดูเหมือนว่า “การมีส่วนร่วม” (participation) จะเป็นคำที่มีความสำคัญและมีความหมายที่ลึกกว่าคำว่า “การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้อง” (involvement) แต่ก็สามารถนำมาเรียกใช้แทนกันได้ ต่อมา Brownlea (1987) ได้ให้ความหมายของ “การมีส่วนร่วม” (participation) ว่า เป็นการเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง ในกระบวนการร่วมคิดและตัดสินใจ การให้การดูแลหรือการประเมินผลการดูแล โดยการเข้ามามีส่วนร่วมนั้นควรมีความยืดหยุ่น (flexible) ซึ่งการมีความยืดหยุ่นจะช่วยให้การมีส่วนร่วมระหว่างผู้ปกครอง พยาบาลหรือทีมสุขภาพ สำเร็จได้ตามที่ต้องการ

Coyne ได้สรุปผลวิเคราะห์หัมโนมตี “การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง” ว่าได้มีวิวัฒนาการมาจากการที่ “แม่เฝ้าลูก” จนกระทั่งเป็นสัมพันธภาพระหว่างมารดากับบุคคลากรทีมสุขภาพที่ทำให้เกิดความยืดหยุ่นในช่วงของการให้มารดาได้เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นกับบุคคลากรทีมสุขภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลบุตรและการดูแลบุตรขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งต่อมามีโนมตีนี้ได้มุ่งเน้นสัมพันธภาพระหว่างมารดาทีมสุขภาพในความเป็นหุ้นส่วนการดูแล (partnership) นั่นคือ การมีความเท่าเทียมกันของมารดาทีมสุขภาพในการดูแลเด็กป่วยและยังขยายคำว่า ผู้ปกครอง ซึ่งมุ่งเน้นเฉพาะ มารดา เป็นบุคคลอื่นๆในครอบครัวด้วย

การวิเคราะห์หัมโนมตีการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองโดย Prasopkittikun (2003)

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กป่วยทำให้เด็กถูกแยกจาก (separation) ผู้ดูแลและสิ่งแวดล้อมเดิมๆ ที่เด็กป่วยคุ้นเคย ซึ่งจะส่งผลเสียต่อเด็กทั้งด้านจิตใจและพัฒนาการได้ ถึงแม้ในการปฏิบัติพยาบาลจะเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรมากขึ้นก็ตาม แต่พยาบาลยังขาดความชัดเจนของลักษณะ “การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง” และมักสับสนกันระหว่างลักษณะของ “การเชื่อฟัง” (compliance) กับ “การมีส่วนร่วม” (participation) (Prasopkittikun, 2003) ซึ่งทั้งสองลักษณะมีความแตกต่างกันมากดังนิยามที่ Boyar (1983) ให้ไว้ดังนี้

“การเชื่อฟัง” (compliance) หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่มีจุดมุ่งหมายร่วมกัน โดยฝ่ายที่มีความรู้ความชำนาญมากกว่าจะชี้นำหรือควบคุมให้อีกฝ่ายกระทำในสิ่งที่ต้องการ

“การมีส่วนร่วม” (participation) หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป โดยฝ่ายที่มีความรู้ความชำนาญมากกว่าจะบูรณาการความรู้และเป้าหมายของตนให้สอดคล้องกับผลลัพธ์ที่อีกฝ่ายปรารถนา นำมาซึ่งการร่วมคิดร่วมตัดสินใจเพื่อกระทำในสิ่งที่ต้องการ

ความชัดเจนในคุณลักษณะของ “การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง” ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินสถานการณ์และจัดการให้ผู้ปกครองได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น Prasopkittikun (2003) จึงได้ทำการวิเคราะห์หัมโนมตี (concept analysis) การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง (parent participation) โดยใช้วิธีการวิเคราะห์หัมโนมตีของ Walker และ Avant (1995) และได้สรุปว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง (parent participation) เป็น ปฏิสัมพันธ์ (transaction) ระหว่างพยาบาลเด็กกับผู้ปกครอง โดย มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน

(information sharing) มีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน (goal setting) และมีการตัดสินใจร่วมกัน (joint decision making) ในการดูแลเด็กป่วย

การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน (information sharing) เป็นคุณลักษณะที่สำคัญสำหรับการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย ซึ่งจำเป็นต้องมีการตั้งคำถามและตอบคำถามระหว่างผู้ปกครองและพยาบาลเพื่อให้ทราบถึงข้อมูลที่แท้จริงของเด็กป่วยรวมทั้งการแจ้งหรือให้ข้อมูลแก่กันและกันเพื่อประโยชน์ของเด็กป่วย (Brownlea, 1987) หากผู้ปกครองมีข้อมูลอยู่เพียงเล็กน้อยจะทำให้ผู้ปกครองเกิดความคิดที่ว่าพยาบาลรู้ดีที่สุด ทำให้ผู้ปกครองแสดงบทบาททรง (passive role) โดยแสดงพฤติกรรมในลักษณะการยอมปฏิบัติตาม ไม่ใช่ลักษณะของการมีส่วนร่วม ซึ่งการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองควรเป็นการยอมให้ผู้ปกครองได้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล แสดงความคิดเห็นและมุมมองของผู้ปกครองในการที่จะให้การพยาบาลให้เป็นไปตามความต้องการของผู้ปกครองมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันพยาบาลควรให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครองอย่างเพียงพอ เพื่อให้ทางเลือกในการตัดสินใจแก่ผู้ปกครอง ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองและพยาบาลในลักษณะของการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกิดขึ้นโดยผ่านกระบวนการสื่อสารและการรับรู้ ซึ่งเทคนิคของการสื่อสารนั้นมีความซับซ้อน ซึ่งพยาบาลเองควรที่จะเรียนรู้ทักษะการสื่อสารให้เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ด้วย

การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (goal setting) เกิดขึ้นจากการที่พยาบาลและผู้ปกครองมีปฏิสัมพันธ์กัน โดยผ่านการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน และมีการอภิปรายร่วมกันว่า อะไรคือเป้าหมายที่แท้จริง และสิ่งที่จะต้องกระทำร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ออกมาตามที่ทั้งสองฝ่ายคาดหวัง ซึ่งในปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมายร่วมกันนี้ ผู้ปกครองและพยาบาลจะต้องมีการเจรจาข้อตกลงร่วมกัน เพื่อที่จะแสวงหาวิธีการหรือหนทางที่จะกระทำให้บรรลุเป้าหมายที่ได้ตั้งเอาไว้

การตัดสินใจร่วมกัน (joint decision making) เป็นกิจกรรมทางปัญญา (mental activity) เพื่อตัดสินใจเลือกสิ่งใดสิ่งหนึ่งจากตัวเลือกที่มีอยู่และเป็นการยุติความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างกันด้วย (Varricchio, 1982) สำหรับแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการตัดสินใจนี้ ผู้ปกครองอาจต้องแสดงบทบาทหลักในการตัดสินใจเลือกทางเลือกในการดูแลบุตรเจ็บป่วยของตน ถ้าเมื่อใดที่ความรู้สึกเท่าเทียมกันเกิดขึ้นระหว่างผู้ปกครองและพยาบาลในกระบวนการตัดสินใจร่วมกัน โอกาสของการเจรจาต่อรองก็จะเกิดขึ้นด้วย ซึ่งการเจรจาต่อรองที่เกิดขึ้นนี้เป็นไปเพื่อให้เกิดข้อตกลงที่สร้างความพึงพอใจแก่ทั้งสองฝ่ายคือ พยาบาลและผู้ปกครอง

ก่อนที่คุณลักษณะทั้ง 3 ประการของการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเกิดขึ้นได้ (antecedents) Prasopkittikun ระบุว่าจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลต้องยอมกระจายอำนาจของตนเองก่อน โดยตระหนักว่า ตนเองเป็นเพียง หนึ่งในผู้ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กเท่านั้น และผู้เชี่ยวชาญตัวจริงคือบิดามารดา หรือผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กมา พยาบาลควรยอมรับผู้ปกครองของเด็กป่วยว่า มี

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยมากกว่าใคร และอาจกล่าวได้ว่า การมีส่วนร่วม (participation) หากไม่มีการกระจายอำนาจแล้วจะเป็นขบวนการที่ไม่มีพลังและสูญเปล่า (Arnstein, 1969) ซึ่งการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองนั้นจะไม่เป็นจริงได้เลย ถ้าหากพยาบาลไม่ยอมกระจายอำนาจที่มีอยู่ให้แก่ผู้ปกครอง อาจกล่าวได้ว่าหลักการพื้นฐานของรูปแบบของการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองก็คือ ประชาธิปไตยนั่นเอง (Boyar, 1983) โดยสิ่งสำคัญที่ควรตระหนักคือ ผู้ปกครองต้องการอำนาจในการที่จะควบคุมดูแลสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแก่เด็กป่วย การกระจายอำนาจจึงมีความสำคัญและจำเป็นต้องทำให้เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาสำหรับรูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง

ผล (consequences) ที่ตามมาจากการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองมาปฏิบัติ ได้แก่ การรับรู้ของผู้ปกครองว่าตนสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ (control) การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (self-efficacy) การทำกิจกรรมการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และสุขภาพที่ดีขึ้นของเด็ก ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ทุกฝ่ายมีความปรารถนานั่นเอง แต่ก็ต้องยอมรับว่าบางกิจกรรมต้องใช้การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองมาก และอาจเป็นการยากที่ผู้ปกครองจะรักษาระดับของการมีส่วนร่วมให้เป็นไปอย่างสม่ำเสมอและเป็นระยะเวลานานและในที่สุดผู้ปกครองอาจเกิดความเครียดได้ อย่างไรก็ตามการควบคุมสถานการณ์ได้และการรับรู้สมรรถนะของตนเองจะช่วยลดความเครียดดังกล่าวได้เป็นผลให้ผู้ปกครองสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรป่วยของตนได้อย่างสม่ำเสมอต่อไป และได้ผลลัพธ์ออกมาตามที่ปรารถนานั้นก็คือการที่เด็กป่วยมีสุขภาพดีขึ้นนั่นเอง

แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองโดย Schepp และ Pai (1995)

เมื่อเด็กคนหนึ่งเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านบทบาทของผู้ปกครอง โดยบทบาทใหม่ที่เกิดขึ้นนี้อาจคลุมเครือและไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ปกครองหลายคนอาจเกิดความรู้สึกที่ไม่แน่นอน เครียด หงุดหงิด และคับข้องใจ เกิดขึ้นได้ (Eberly, Miles, Carter, Hennessey, & Riddle, 1985; Miles & Carter, 1985) ผู้ปกครองอาจพยายามที่จะรักษารูปแบบเดิมของตนไว้ให้ได้มากที่สุด หรือพยายามที่จะแสดงบทบาทใหม่ตามความเข้าใจของตนเอง ด้วยการพยายามเข้าไปมีส่วนร่วมกิจกรรมที่เด็กป่วยได้รับ ซึ่งบุคคลากรในทีมสุขภาพ ลืมตระหนักไปว่าผู้ปกครองอาจไม่คุ้นเคยหรือไม่เคยมีประสบการณ์การมีบุตรเจ็บป่วยมาก่อน แต่มีความคาดหวังกับผู้ปกครองว่าจะสามารถแสดงบทบาทการดูแลเด็กป่วยนั้นได้ซึ่งผู้ปกครองมีความต้องการที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยมากกว่าความเป็นจริงที่ได้ปฏิบัติ ดังนั้นบุคคลากรในทีมสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้ปกครองได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น เพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วย และช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลต่างๆ ของผู้ปกครองให้น้อยลงได้ (Curley, 1988; Miles & Carter, 1985) แต่อย่างไรก็ตามบุคคลากร

ในทีมสุขภาพอาจจำเป็นต้องพึงระวังไว้ว่า การให้ผู้ปกครองได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่มากเกินไป อาจจะทำให้ผู้ปกครองเกิดความเครียดขึ้นได้เช่นกัน (Schepp & Clark, 1993)

จากแนวคิดดังกล่าว Schepp และ Pai (1995) และ Schepp (1992) จึงสนใจที่จะศึกษาความปรารถนาในการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วย Schepp ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ความปรารถนาของมารดา ในการเข้ามาควบคุมสถานการณ์การดูแลเด็กป่วย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (parental control preference) โดยได้อธิบายไว้ว่า เป็นความปรารถนาของมารดาที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตร (involvement) นั่นเอง ในการศึกษาดังกล่าว พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความปรารถนาควบคุมสถานการณ์การดูแลบุตรของมารดา ได้แก่ อายุของมารดา อายุของเด็กป่วย จำนวนบุตรของมารดา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความปรารถนาควบคุมสถานการณ์การดูแลบุตรของมารดา ระยะเวลาที่มารดาได้อยู่กับบุตรในแต่ละวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความปรารถนาควบคุมสถานการณ์การดูแลบุตรของมารดา ต่อมา Schepp และ Pai (1995) ได้พัฒนาแบบประเมินความปรารถนาของผู้ปกครองในการมีส่วนร่วมดูแลบุตรที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Parental Preferred Participation Scale; PPPS) โดยเริ่มจากการศึกษาเชิงสำรวจในผู้ปกครองจำนวน 30 ราย ที่มีบุตรเจ็บป่วยและรับการรักษาในโรงพยาบาลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ผู้ปกครองปรารถนามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย ได้เหตุการณ์ทั้งหมด 56 เหตุการณ์ เช่น ผู้ปกครองมีความปรารถนาที่จะอยู่กับเด็กขณะได้รับการตรวจ ให้อาหารทางสายยาง หรืออาบน้ำเด็กป่วย เป็นต้น และได้มีการหาความตรงตามเนื้อหาจนได้ตัวแทนที่ดีของเหตุการณ์จำนวน 24 เหตุการณ์ และได้มีการพัฒนาเป็นข้อคำถาม 24 ข้อ มีคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ จากนั้นนำแบบสอบถามดังกล่าวมาตรวจสอบความเที่ยงและความตรงตามโครงสร้างด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) กับผู้ปกครองถึง 3 ครั้ง รวม 458 คน ได้แบบประเมินที่มีลักษณะของข้อคำถามที่ครอบคลุมความปรารถนาของผู้ปกครองในการมีส่วนร่วมดูแลบุตรที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 4 ด้านด้วยกัน ดังนี้

1) การดูแลเด็กที่เป็นกิจวัตรประจำวัน (participation in routine care) เป็นการดูแลเด็กป่วยเกี่ยวกับชีวิตประจำวันของเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น การป้อนอาหาร การอาบน้ำให้เด็กป่วย การเปลี่ยนเสื้อผ้าให้เด็กป่วย และการเปลี่ยนผ้าปูที่นอนให้เด็กป่วย เป็นต้น

2) การดูแลเด็กที่เป็นกิจกรรมพยาบาล (participation in technical care) เป็นการดูแลเด็กป่วยขณะได้รับการบริการพยาบาลต่าง ๆ ระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น การอยู่กับเด็กป่วยและช่วยเหลือเด็กป่วยในระหว่างที่ได้รับ การวัดอุณหภูมิ การวัดความดันโลหิต การตรวจรักษา การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเจาะเลือด การปลอบโยนเด็กป่วยในระหว่างที่เด็ก

ป่วยได้รับการตรวจรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด และการไปส่งเด็กป่วยเพื่อรับการตรวจพิเศษ เป็นต้น

3) การร่วมคิดและตัดสินใจในการดูแลเด็ก (participation in decision making) เป็นการที่บิดามารดาได้มีส่วนร่วมในการร่วมคิดและตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วยร่วมกับพยาบาล เช่น การเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจและการรักษาที่บุตรได้รับ การเป็นผู้อธิบายแก่เด็กป่วยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่เด็กป่วยได้รับ การเป็นผู้เลือกพยาบาลที่ดูแลเด็กป่วย การเป็นผู้ตัดสินใจในการอนุญาตให้เข้าเยี่ยมเด็กป่วย การเลือกเป็นผู้วัดอุณหภูมิให้เด็กป่วยเอง และการให้พยาบาลขออนุญาตบิดามารดาก่อนที่จะปลูกเด็กป่วยให้ตื่น เป็นต้น

4) การแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับเด็ก (participation in information sharing) เป็นการที่บิดามารดาให้หรือรับข้อมูลเกี่ยวกับเด็กป่วยกับบุคคลากรที่มสุขภาวะอยู่ในโรงพยาบาล เช่น การสอบถามเกี่ยวกับการตรวจหรือการรักษาที่เด็กป่วยได้รับ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทุกอย่างที่เด็กป่วยได้รับ การได้รับการแจ้งให้ทราบเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับแผนการรักษาของเด็กป่วยและการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กป่วยตามความเป็นจริง เป็นต้น

จากแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยดังที่กล่าวมาข้างต้นจะสังเกตได้ว่า Coyne (1996) และ Prasopkittikun (2003) ได้ทำการวิเคราะห์ความหมายและคุณลักษณะที่สำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วย ในขณะที่การพัฒนาเครื่องมือวิจัยของ Schepp และ Pai (1995) ได้ระบุถึงประเภทของกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่ผู้ปกครองปรารถนาที่จะปฏิบัติ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ความหมายและประเภทของการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยของ Schepp และ Pai (1995) มาเป็นส่วนหนึ่งของกรอบแนวคิดในการศึกษา เนื่องจากมีความครอบคลุมถึงกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่ผู้ปกครองปรารถนาที่จะปฏิบัติในการดูแลเด็กป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลจึงทำให้สามารถอธิบายปรากฏการณ์ของตัวแปรที่สนใจศึกษาได้อย่างชัดเจน

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

การให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาลจะช่วยตอบสนองความต้องการการดูแลทารกของมารดา ในขณะที่เดียวกันบุคคลากรทีมสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของมารดาให้มีความเป็นจริงมากขึ้น เพราะการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกนั้นมีประโยชน์อย่างมากมายต่อ ทารกแรกเกิด มารดา และบุคคลากรทีมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

1. ประโยชน์ต่อทารกแรกเกิด

การเข้ามามีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดร่วมกันกับทีมสุขภาพ อาจช่วยให้มารดาได้มีโอกาส อยู่ดูแลทารกอย่างใกล้ชิด ให้นมแม่ สัมผัส กอด อุ้มชู และสร้างสัมพันธภาพกับทารกมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อทารกได้อย่างมาก ดังจะเห็นได้จากการศึกษาดังต่อไปนี้

Karan และ Rao (1983) ได้ทำการศึกษาถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกน้ำหนักน้อย โดยทำการศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 1 ปี ในกลุ่มทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,800 กรัม ที่เข้ารับการรักษาในหอดูแลทารกแรกเกิดพิเศษจนกระทั่งได้กลับบ้าน และกลับมารับการตรวจตามนัด จำนวน 79 คน โดยเปรียบเทียบข้อมูลของทารกในช่วงเวลา 1 ปี ก่อนและหลังการนำนโยบายการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกมาปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่า ทารกกลับบ้านได้เร็วขึ้นด้วยน้ำหนักตัวเฉลี่ย 1,500 กรัม จากปกติน้ำหนักเฉลี่ย 1,800 กรัม จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลงเฉลี่ยจาก 40 วัน เป็น 22 วัน ทารกมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเฉลี่ยต่อวันจากเดิม 17 กรัม เป็น 26.7 กรัม และมีอัตราการตายของทารกลดลงจากเดิมร้อยละ 5.5 เป็น ร้อยละ 5 จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การเข้ามามีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกน้ำหนักน้อยนั้นจะช่วยให้ทารกมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น มีอัตราการตายลดลง และทารกสามารถกลับบ้านได้เร็วขึ้น

Martinez, Fonseca และ Scochi (2007) ซึ่งได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพในเรื่องการให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โดยศึกษากับบุคคลากรทีมสุขภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง (semi-structure interview) จำนวน 23 คน พบว่า บุคคลากรวิชาชีพในทีมสุขภาพมองว่า การเข้ามามีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดนั้นจะช่วยให้อาการของทารกดีขึ้นตามลำดับ ช่วยลดระยะเวลาอนโรงพยาบาล ช่วยลดการกลับเข้ามารับการรักษาครั้งใหม่ที่โรงพยาบาล และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาทารกนอกจากนี้การเข้ามามีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกจะช่วยส่งเสริมให้มารดาได้มีโอกาสพูดคุย สัมผัส กอด อุ้มชู และสร้างสัมพันธภาพกับทารก ซึ่งทำให้

ทารกได้รับความรัก ความอบอุ่น การดูแลเอาใจใส่จากมารดาอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าการส่งเสริมให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารก อาจส่งผลลบบ้าง เช่น พยาบาลอาจรู้สึกกำลังถูกควบคุมโดยผู้ปกครอง การติดเชื้อเพิ่มขึ้นภายในหอผู้ป่วย เป็นต้น แต่เมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับแล้ว นโยบายการให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกควรได้รับการส่งเสริมเป็นอย่างยิ่ง

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีการศึกษาที่ใกล้เคียงเกี่ยวกับประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของมารดาที่มีต่อทารก ซึ่งเป็นการศึกษาในกลุ่มอายุอื่นๆ รวมอยู่ด้วย ดังเช่นการศึกษาของ Kristensson-Hallstrom (1999) ซึ่งได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 15 ปี โดยสอบถามบิดามารดาเด็กป่วยที่มีบุตรรับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก และหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก จำนวน 224 คน พบว่า บิดามารดาของทารกที่มีอายุต่ำกว่า 1 ปี ระบุจำนวนกิจกรรมที่ต้องการเข้าไปมีส่วนร่วมมากกว่าบิดามารดาของเด็กที่มีอายุมากกว่า 1 ปี และยังพบว่า การเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลของบิดามารดาของทารกที่มีอายุต่ำกว่า 1 ปี ช่วยให้ทารกใช้ระยะเวลาเข้าสู่การหลับสั้นกว่าและมีคะแนนความปวดต่ำกว่า เด็กป่วยที่มีอายุมากกว่า 1 ปีขึ้นไป ($p < .05$) จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมดูแลทารกของบิดามารดา จะช่วยลดความปวดของทารกและช่วยให้ทารกนอนหลับได้ดีขึ้น

ผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นให้ผลสรุปชัดเจนว่า การมีส่วนร่วมดูแลทารกของมารดานั้นมีประโยชน์มากมายต่อทารก เช่น ช่วยให้ทารกมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ช่วยลดความปวดของทารก ทารกมีอัตราการตายลดลง ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของทารก ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาทารก ทารกสามารถกลับบ้านได้เร็วขึ้น และช่วยลดการกลับเข้ามารับการรักษาครั้งใหม่ของทารก เป็นต้น ซึ่งหากนำประโยชน์ต่อทารกมาเปรียบเทียบกับผลลบที่อาจเกิดขึ้นบ้าง เช่น พยาบาลอาจรู้สึกถูกควบคุมโดยบิดามารดา การติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นภายในหอผู้ป่วยแล้ว อาจจะกล่าวได้ว่าการมีส่วนร่วมดูแลทารกของบิดามารดาอาจให้ประโยชน์มากกว่าผลลบที่อาจจะเกิดขึ้น

2. ประโยชน์ต่อมารดา

เมื่อทารกแรกเกิดเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นสถานการณ์ที่ทำให้บทบาทของมารดามีการเปลี่ยนแปลงไป จากเป็นผู้สามารถให้การดูแลทารกเปลี่ยนมาเป็นผู้ที่ไม่สามารถดูแลทารกได้ตามที่มารดาต้องการ ซึ่งสร้างความเครียดเกิดขึ้นแก่มารดาได้เป็นอย่างมาก (พรศิริ ใจสม, 2539) ดังนั้นการส่งเสริมให้มารดาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกอาจทำให้เกิดประโยชน์ต่อมารดาได้อย่างมาก ดังจะเห็นได้จากการศึกษาต่อไปนี้

กมลเนตร ใฝ่ชานาญ (2546) ซึ่งได้ทำการศึกษาเชิงกึ่งทดลองเรื่อง ผลของการให้มารดาได้มีส่วนร่วมซึ่งกันและกันกับพยาบาลในการดูแลบุตรที่เกิดก่อนกำหนดต่อความเครียดของมารดา กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาและทารกคลอดก่อนกำหนด จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 ราย โดยมารดากลุ่มทดลองจะได้เข้ามามีส่วนร่วมซึ่งกันและกันกับพยาบาลในการดูแลทารก ช่วงเวลา 9.00 – 16.00 น. นาน 5 วัน ส่วนมารดากลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า มารดากลุ่มทดลองมีความเครียดน้อยกว่ามารดากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปกักร สิงห์กล้า (2550) ซึ่งได้ทำการศึกษาเชิงกึ่งทดลองเกี่ยวกับ ผลของการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมซึ่งกันและกันของมารดาต่อความเครียดและบทบาทมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะวิกฤต โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะวิกฤตจำนวน 30 ราย แบ่งมารดาเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 ราย โดยมารดากลุ่มทดลองจะได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารก ร่วมกับพยาบาล ส่วนมารดากลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า มารดากลุ่มทดลองที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารก ร่วมกับพยาบาล จะมีระดับความเครียดลดน้อยลง และมีคะแนนบทบาทมารดาสูงกว่ามารดากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการศึกษาทั้งสองเรื่องให้ผลสรุปชัดเจนว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลทารกของมารดาช่วยลดความเครียดของมารดาได้ โดย กมลเนตร ใฝ่ชานาญ (2546) ได้อธิบายไว้ในส่วนของ การอภิปรายผลว่า การมีส่วนร่วมซึ่งกันและกันระหว่างมารดากับพยาบาลสามารถลดความเครียดของมารดาได้ เพราะมารดาได้แสดงบทบาทมารดาตามที่มารดาปรารถนาไว้ มารดาได้รับข้อมูลต่างๆ จากพยาบาล ได้รับคำแนะนำ ได้รับความรู้ การสอนสาธิตในเรื่องการดูแลทารก และมารดาได้มีโอกาสสนทนา ซักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น แก้ไขปัญหา ร่วมกับพยาบาล ช่วยให้มารดาเกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจ มีความมั่นใจในการดูแลทารก และมีสัมพันธภาพที่ดีกับทารก จึงช่วยลดความเครียดของมารดาได้

เมื่อมารดาที่มีความเครียดลดลงจะส่งผลให้มารดาสามารถปรับตัวกลับมาดูแลทารกได้มากขึ้น มารดาจึงมีกิจกรรมการดูแลทารกที่ทำให้กับทารกมากขึ้นจากเดิม เช่น การสัมผัสทารก การปลอบโยนทารก และการช่วยเหลือทารกเบื้องต้น เป็นต้น (ณัฐิกา ปฐมอริย์, 2551) และถ้ามารดาอยู่ระยะของ taking – hold – phase คือช่วง 3-10 วันหลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงที่มารดาเริ่มมีการปรับตัวช่วยเหลือตนเองได้และมีพลังเพียงพอในการแสดงบทบาทการเป็นมารดา (Rubin, 1977) ความเครียดของมารดาที่ลดลงในระยะนี้จะยิ่งช่วยส่งเสริมให้มารดาสามารถปรับตัวและแสดงบทบาทของการเป็นมารดาได้มากขึ้น

3. ประโยชน์ต่อบุคคลากร

การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่รับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากจะมีประโยชน์ต่อทารกแรกเกิดและมารดาแล้ว บุคคลากรในทีมสุขภาพผู้มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนมารดาจะได้รับประโยชน์จากการที่มารดาเข้ามาช่วยดูแลทารก ดังการศึกษาของ Wigert, Berg และ Hellstrom (2007) ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โดยการสัมภาษณ์ แพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล จำนวนทั้งหมด 20 คน มีการบันทึกเทป ถอดความ จัดหมวดหมู่ และสรุป ซึ่งผลการศึกษารายหนึ่งระบุว่า ถึงแม้การมีบิดามารดาอยู่ช่วยดูแลทารกจะทำให้บุคคลากรทีมสุขภาพรู้สึกว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน รู้สึกรำคาญที่จะต้องรอกอยการตัดสินใจของบิดามารดาและรู้สึกไม่เต็มใจที่จะรอกอยบิดามารดาให้การดูแลทารกจนเสร็จ ก่อนที่จะให้กิจกรรมการดูแลต่าง ๆ เช่น การเปลี่ยนสายให้น้ำเกลือ การให้อาหารตามหน้าที่รับผิดชอบของตน ซึ่งบุคคลากรทีมสุขภาพมองว่าเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานให้สำเร็จและทำให้ไม่สามารถพูดคุยกับเพื่อนร่วมงานของตนได้อย่างอิสระ แต่อย่างไรก็ตามการที่บิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกนั้นก็มีประโยชน์ต่อบุคคลากรทีมสุขภาพด้วยเช่นกัน กล่าวคือ สามารถช่วยลดภาระงานที่หนักของบุคคลากรได้มาก อีกทั้งบุคคลากรจะได้อะไรต่าง ๆ ของทารกจากบิดามารดา ได้กำลังใจ และได้รับการยกย่องชื่นชมยินดีจากบิดามารดา ทำให้บุคคลากรทีมสุขภาพเกิดความภาคภูมิใจและมีกำลังใจในการปฏิบัติงาน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีงานวิจัยเพียงเรื่องเดียวที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนี้

Wigert, Hellstrom และ Berg (2008) ที่ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับ สิ่งที่เป็นอุปสรรคและสิ่งที่เป็นอุปสรรคของการเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกของบิดามารดาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โดยสัมภาษณ์ บิดามารดา 10 คน ผู้ช่วยพยาบาล 6 คน พยาบาล 8 คน และพยาบาลระดับผู้บริหาร 15 คน ผลการศึกษาค้นพบว่า มีประเด็น 4 หัวข้อที่น่าสนใจดังนี้

1) สิ่งแวดล้อมการดูแลที่มุ่งเน้นเทคโนโลยีทางการแพทย์มากกว่าบิดามารดา: สิ่งแวดล้อมภายในห้องทารกที่เต็มไปด้วยเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์มากมาย มีเสียงดังจากการทำงานของเครื่องมือแพทย์ตลอดเวลา สิ่งแวดล้อมเช่นนี้อาจทำให้บิดามารดาเครียดเกินไปที่จะอยู่ดูแลบุตร นอกจากนี้ภายในห้องทารกยังคับแคบ และไม่มีห้องสำหรับบิดามารดาได้พักอาศัย

บิดามารดาต้องเดินทางไปและกลับระหว่างบ้านและโรงพยาบาลทุกวัน ทำให้อยู่ที่หอผู้ป่วยได้ไม่นาน ซึ่งสิ่งที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ล้วนเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการมีส่วนร่วมดูแลทารกของบิดามารดา

2) การให้ความสำคัญกับการรักษาทารกมากกว่าความต้องการของบิดามารดาในขณะแพทย์พยาบาลตรวจเยี่ยมทารก: การที่พยาบาลมุ่งให้ความสนใจกับการมาตรวจเยี่ยมทารกของแพทย์ การวินิจฉัยโรคของทารกและการให้การรักษาทารกมากเกินไปจนละเลยที่จะดูแลเอาใจใส่บิดามารดานับเป็นอุปสรรคของการเข้ามามีส่วนร่วมดูแล นอกจากนี้การไม่อนุญาตให้บิดามารดาได้เข้าร่วมฟังการตรวจเยี่ยมทารกของแพทย์ทำให้บิดามารดาขาดโอกาสมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับทารก ทำให้บิดามารดาเกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นมาได้ ในบางกรณีแพทย์เปิดโอกาสให้บิดามารดาซักถาม หรือแสดงความคิดเห็น แต่บิดามารดามักไม่กล้า หรือเหนื่อยล้าเกินไปที่จะถามแพทย์ในสิ่งที่บิดามารดาสงสัยหรือวิตกกังวลอยู่แต่ถ้าพยาบาลช่วยพูดหรือถามแทนจะช่วยเอื้ออำนวยให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างแพทย์และบิดามารดาเกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยคลายความสงสัยหรือความวิตกกังวลของบิดามารดาที่มีอยู่ให้น้อยลง

3) ทักษะคติของบุคคลากรทีมสุขภาพ: ทักษะคติของบุคคลากรที่มีต่อการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนบิดามารดาให้มีส่วนร่วมในการดูแลทารก การสร้างความประทับใจตั้งแต่แรกเริ่มสัมพันธ์ภาพในการมีส่วนร่วมดูแลทารกระหว่างบุคคลากรกับบิดามารดา การอธิบายวิธีการดูแลทารกให้ชัดเจนเพื่อลดความรู้สึกกลัวของบิดามารดา และความยึดหยุ่นของพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกร่วมกับบิดามารดา อย่างไรก็ตามความไม่ชัดเจนว่าการมีส่วนร่วมของบิดามารดาควรมีขอบเขตอย่างไร ทำให้เป็นอุปสรรคในทางปฏิบัติพยาบาลเช่นกัน

4) ระบบการบริหารจัดการและความคุ้มค่า: การบริหารจัดการการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกให้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้มีความสำคัญมาก และน่าเสียดายว่ายังไม่มีแนวทางการบริหารจัดการที่ชัดเจน ทำให้ทิศทางของการมีส่วนร่วมของบิดามารดายังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้ในการบริหารจัดการยังต้องคำนึงถึงการลงทุนด้วย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยเสนอว่าควรมีการจัดอบรมบิดามารดา (parent training) เกี่ยวกับการดูแลทารกที่ป่วย แต่นั่นก็หมายถึงค่าใช้จ่ายและกำลังคนที่ต้องเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งสิ่งนี้ก็เป็อุปสรรคประการหนึ่งของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแลทารกของบิดามารดา

แม้การศึกษาดังกล่าวจะไม่ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกก็ตาม แต่จากผลการศึกษาในเรื่องสิ่งเอื้ออำนวยและอุปสรรคดังกล่าวทำให้ทราบถึงประเด็นสำคัญที่พยาบาลระดับผู้ปฏิบัติสามารถนำไปจัดกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแลทารกของบิดามารดา ซึ่งได้แก่ ประเด็นข้อที่ 2 และข้อที่ 3 นั่นคือ การให้ความสำคัญ

กับความต้องการของบิดามารดาในขณะแพทย์พยาบาลตรวจเยี่ยมทารก เช่น การดูแลเอาใจใส่บิดามารดา การอนุญาตให้บิดามารดาอยู่กับทารกขณะแพทย์พยาบาลตรวจเยี่ยมทารก การพูดแทนบิดามารดา เป็นต้น และการสร้างทัศนคติของบุคคลากรทีมสุขภาพในเรื่องการสนับสนุนการมีส่วนร่วมดูแลทารกของบิดามารดา เช่น การยอมให้บิดามารดาได้เข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารก การสร้างสัมพันธภาพในการดูแลทารกร่วมกับบิดามารดา และการมีความยืดหยุ่นของพยาบาล เป็นต้น ซึ่งทั้ง 2 ประเด็นที่กล่าวมานี้ เป็นเรื่องของการสนับสนุนจากพยาบาล โดยจะเห็นได้ว่าพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการสนับสนุนช่วยเหลือบิดามารดาในเรื่องการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกให้เกิดขึ้นได้จริง

สำหรับงานวิจัยอื่นๆ ที่ศึกษาในเรื่องการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกที่ใกล้เคียง ได้แก่

Frank และ Spencer (2003) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการมาเยี่ยมและการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาจำนวน 110 คน โดยสุ่มสังเกตบิดามารดาเดือนละ 4 วัน เป็นระยะเวลา 3 เดือน ในช่วงเวลา 08.00-19.30 น. ผลการศึกษาพบว่า มารดาเข้าเยี่ยมทารกนานกว่าบิดา ($p = .04$) โดยระยะเวลาเยี่ยมของมารดาเฉลี่ย 3.02 ชั่วโมง ส่วนระยะเวลาเยี่ยมของบิดาเฉลี่ย 1.42 ชั่วโมง นอกจากนี้อายุของทารกและระยะเวลาเยี่ยมของบิดาสามารถอธิบายความแปรปรวนของระยะเวลาเยี่ยมของมารดาได้ร้อยละ 30 ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าเมื่อทารกอายุ 7-13 วันและบิดาเยี่ยมทารกนาน มารดาจะเยี่ยมทารกนานตามไปด้วย นอกจากนี้บิดามารดาร้อยละ 96 เมื่อเข้าเยี่ยมทารกจะมีการสร้างปฏิสัมพันธ์กับทารก เช่น พูดคุย ลูบเบาๆ และโอบกอดทารก ในขณะที่เข้าเยี่ยมทารก มารดาร้อยละ 75 และบิดาร้อยละ 20 จะมีส่วนร่วมทำความสะอาดทารกและมีส่วนร่วมให้นมทารก นอกจากนี้บิดาและมารดาที่มีส่วนร่วมทำความสะอาดทารกจะมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมให้นมทารก ($r = .63$, และ $r = .58$, $p = .001$)

จากผลการศึกษา Frank และ Spencer (2003) ได้สรุปว่า พยาบาลควรสนับสนุนและให้การช่วยเหลือให้บิดามารดาได้อยู่เยี่ยมทารกนานๆ เนื่องจากการเยี่ยมนานก็จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมดูแลทารกของบิดามารดามากขึ้น

จากงานวิจัยดังกล่าวอาจกล่าวได้ว่า การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลมีความสำคัญกับการมีส่วนร่วมดูแลทารกของมารดา ซึ่งการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลจัดว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่งที่มารดาได้รับ โดยการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) ได้กล่าวไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ประกอบด้วย การช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่างๆ 4 ด้านด้วยกัน คือ

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการแสดงออกถึง การยกย่อง การเห็นคุณค่า ความไว้วางใจ การเอาใจใส่ การรับฟังและเห็นอกเห็นใจ เป็นต้น

2) การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตัวเองหรือประเมินตนเอง เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้การรับรองหรือยอมรับในสิ่งที่บุคคลแสดงออกมา เป็นต้น

3) การสนับสนุนด้านข้อมูล (Information support) เป็นการให้ความรู้ การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา การให้คำตักเตือน และการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์

4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือในเรื่องการเงิน การให้แรงงาน การให้เวลา การช่วยเหลือที่เป็นสิ่งของต่างๆ และการให้บริการ เป็นต้น

จากงานวิจัยและแนวคิดดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยเชื่อว่าการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลน่าจะเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารก

Lee, Davis-Holditch และ Miles (2007) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของลักษณะมารดาและทารก และการสนับสนุนจากบิดาที่มีต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดากับทารก เมื่อทารกอายุ 6 เดือน และ 12 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาจำนวน 59 คน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าไป พุดคุย สัมผัส อุ้มชูและเล่นกับทารกที่ป่วยของมารดา ได้แก่ ระดับการศึกษาของมารดา ($r = .28, p < .05$, $r = .41, p < .01$ เมื่อทารกอายุ 6 และ 12 เดือน ตามลำดับ) อาการซึมเศร้าของมารดา ($r = -.38, p < .01$ เมื่อทารกอายุ 6 เดือน) การพึ่งพาเทคโนโลยีทางการแพทย์ของทารก ($r = -.29, p < .05$ เมื่อทารกอายุ 6 เดือน) ยิ่งกว่านั้นระดับการศึกษาของมารดาเป็นตัวทำนายเพียงตัวเดียวของการเข้าไป พุดคุย สัมผัส อุ้มชูและเล่นกับทารกที่ป่วยของมารดา ($\beta = .53, p < .01$) การสนับสนุนจากบิดาและน้ำหนักร่างกายของทารกไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าไป พุดคุย สัมผัส อุ้มชูและเล่นกับทารกที่ป่วยของมารดา

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีปฏิสัมพันธ์กับทารกมากตามไปด้วย ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสนับสนุนตัวแปรที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาในครั้งนี้คือ การศึกษาของมารดา ซึ่ง Lee และคณะ (2007) ได้ระบุไว้ในส่วนการอภิปรายผลว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความตระหนักและให้ความสำคัญในเรื่องความต้องการทางด้านร่างกายและด้านพัฒนาการของทารก และการจัดหาของเล่นที่เหมาะสมตามพัฒนาการของทารก จึงทำให้มารดาที่มีระดับการศึกษาสูงเข้ามามีปฏิสัมพันธ์กับทารกมากกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ซึ่งในการศึกษานี้ ผู้วิจัยเชื่อว่าการศึกษาน่าจะเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารก

Holditch-Davis, Schwartz, Black และ Scher (2007) ได้ทำการศึกษาอิทธิพลของลักษณะมารดาและทารก ความรุนแรงของการเจ็บป่วยทารก สุขภาพจิตของมารดา และการมีส่วนร่วมร่วมดูแลของบิดา ต่อการมีปฏิสัมพันธ์ของมารดากับทารก เมื่อทารกอายุ 6 และ 18 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดา 108 คน ผลการศึกษาที่น่าสนใจและสอดคล้องกับการศึกษารั้งนี้คือ ความเครียดของมารดาที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและการเจ็บป่วยของทารก มีความสัมพันธ์ทางบวกและเป็นตัวทำนายกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างทารกเกิดก่อนกำหนดและมารดาในเรื่องของการมีส่วนร่วมดูแล (positive involvement) ($\beta = .11, p < .05$) โดยแสดงให้เห็นว่ามารดาที่มีความเครียดมากจะเข้าไปมีส่วนร่วมดูแล เช่น พุดคุย สัมผัส อุ้มชูและเล่นกับทารกเกิดก่อนกำหนดมากกว่ามารดาที่มีความเครียดน้อย นอกจากนี้มารดาที่มีครรภ์แฝดมีความสัมพันธ์ทางลบ และเป็นตัวทำนายการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างทารกเกิดก่อนกำหนดและมารดา ($\beta = -.28, p < .01$)

ผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นในเรื่องของความเครียดของมารดาที่เกิดจากสถานการณ์ที่มารดาพบภายในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและจากการเจ็บป่วยของทารก ซึ่ง Holditch-Davis และคณะ (2007) ได้ระบุไว้ในส่วนของการอภิปรายผลว่า เมื่อมารดาที่มีความเครียดมากจะเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับทารกมากตามไปด้วยนั้น อาจเป็นเพราะมารดาารู้สึกผิดที่ไม่สามารถดูแลทารกได้เอง และต้องการชดเชยกิจกรรมการดูแลทารกที่มารดาไม่สามารถทำได้เมื่อทารกเจ็บป่วย

จากแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) ที่กล่าวไว้ว่า ความเครียดของบุคคลเป็นผลจากการประเมินสถานการณ์ที่พบโดยผ่านกระบวนการทางสติปัญญาของบุคคล เมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์ที่พบว่าเป็นความเครียด บุคคลจะรับรู้และมีการตอบสนองต่อสถานการณ์แตกต่างกันไป บางคนรับรู้และตอบสนองด้วยความกลัว วิตกกังวล และรู้สึกผิด หรือบางคนรู้สึกทำทนาย สามารถควบคุมได้ ทำให้เกิดขวัญกำลังใจ เป็นต้น ดังนั้นจากรายงานการวิจัยของ Holditch-Davis และคณะ (2007) จึงอาจกล่าวได้ว่า เมื่อมารดาพบสถานการณ์ภายในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและจากการเจ็บป่วยของทารก มารดาประเมินสถานการณ์ที่พบนั้นว่าเป็นความเครียด และมารดาู้สึกผิดที่ไม่สามารถดูแลทารกได้ จึงเข้าไปมีส่วนร่วมดูแล เช่น พุดคุย สัมผัส อุ้มชูและเล่นกับทารกเกิดก่อนกำหนดเพื่อชดเชยกิจกรรมการดูแลทารกที่มารดาไม่สามารถทำได้เมื่อทารกเจ็บป่วย

ผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะนำตัวแปรสถานการณ์ก่อนความเครียดมาศึกษาในบริบทของไทยว่า สถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดาจะมีความเกี่ยวข้องกับ การมีส่วนร่วมในการดูแลทารกของมารดาหรือไม่

จากการศึกษาที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้นล้วนเป็นการศึกษาที่พบในต่างประเทศ ซึ่งมีสิ่งแวดล้อม ประเพณีและวัฒนธรรมที่แตกต่างไปจากประเทศไทย ส่วนการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดนั้น พบว่า แต่ละการศึกษาใช้กลุ่มตัวอย่างและให้นิยามความหมายของการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรของมารดาแตกต่างกับการศึกษาในครั้งนี้ ดังเช่นการศึกษา สิรินาตยา วงศ์वाल (2551), รุ่งทิพย์ วีระกุล (2539), อุบล อสัมภินทรัพย์ (2540) และ บุญตา สุขวดี (2545)

สิรินาตยา วงศ์वाल (2551) ได้ทำการศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลันและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิด-5 ปี พบว่า ประสิทธิภาพการดูแลเด็กป่วยของผู้ปกครอง การได้รับความรู้เรื่องการรักษาให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของพยาบาล สถานภาพสมรสของพยาบาล และนโยบายของโรงพยาบาลในเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็ก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วย ($r = .35, r = .21, r = .01$ และ $r = .01, p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนอายุของผู้ปกครอง อายุของเด็กป่วย จำนวนบุตรของพยาบาล ประสิทธิภาพการทำงาน of พยาบาล และเจตคติของพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วย ($r = .09, r = .31, r = .04, r = .19$ และ $r = .15, p > .05$ ตามลำดับ) ผลการศึกษาที่น่ามาสนับสนุนตัวแปรที่ทำการศึกษาคั้งนี้คือ อายุของมารดา

นอกจากนี้มีการศึกษาเชิงปริมาณที่ใกล้เคียง และมีนิยามความหมายของตัวแปรตามที่มีความหมายทับซ้อนกันอยู่กับการมีส่วนร่วม แต่เป็นการศึกษาในหลายปีที่ผ่านมา ซึ่งจากบททวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่า มีผู้ศึกษาในเชิงปริมาณเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านมารดากับการมีส่วนร่วมน้อยมาก ผู้วิจัยจึงนำผลการศึกษาที่ใกล้เคียงมาสนับสนุนตัวแปรที่ศึกษาดังเช่น การศึกษาของ รุ่งทิพย์ วีระกุล (2539) ที่ทำการศึกษความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหาลัสซิมีย ที่มีอายุตั้งแต่ 3-6 ปี โดยการสอบถามมารดาของเด็กป่วยจำนวน 100 ราย โดยให้นิยามของพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหาลัสซิมีย คือ การกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของมารดาในการดูแลบุตรโรคหาลัสซิมีย เช่น การดูแลบุตรให้ได้รับอาหารและอากาศบริสุทธิ์ การแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลากรในทีมสุขภาพ การปฏิบัติตามแผนการรักษา การรับรู้และสนใจ ที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา เป็นต้น จากความหมายและกิจกรรมการดูแลของมารดาเมื่อพิจารณาแล้วมีความหมายทับซ้อนกันกับนิยามของการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิด ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคม อายุของมารดา

มีความสัมพันธ์ทางบวกและเป็นตัวทำนายพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วย ($r = .44$, $r = .39$, $r = .33$, $p < .001$ ตามลำดับ และ $\beta = .29$, $p < .01$, $\beta = .26$, $p < .01$, $\beta = .20$, $p < .05$ ตามลำดับ) ระดับการศึกษาของมารดา และรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วย ($r = .29$ และ $r = .29$, $p < .01$ ตามลำดับ) ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำมาสนับสนุนตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ อายุของมารดา และ การศึกษาของมารดา

อุบล อสัมภินทรพย์ (2540) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วย โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ที่มีอายุ 3-6 ปี โดยการสอบถามมารดาจำนวน 120 คน โดยให้นิยามของพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด คือ การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของมารดาในการดูแลบุตรป่วย เช่น การดูแลเรื่องอาหารและน้ำ การดูแลเรื่องการขับถ่าย การดูแลเรื่องการพักผ่อนและการออกกำลังกาย เป็นต้น จากความหมายและกิจกรรมการดูแลของมารดาเมื่อพิจารณาแล้วมีความหมายทับซ้อนกันกับนิยามของการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิด ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรค ระดับการศึกษาของมารดา รายได้ของครอบครัว และอายุของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .5431$, $p < .001$, $r = .2454$, $p < .01$, $r = .2831$, $p < .01$, และ $r = .1741$, $p < .05$ ตามลำดับ) ผลการศึกษาที่ได้นำมาสนับสนุนตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้คือ อายุของมารดา และ การศึกษาของมารดา

จากผลการศึกษาของ รุ่งทิพย์ วีระกุล (2539) และ อุบล อสัมภินทรพย์ (2540) ที่พบว่า มารดาอายุมากจะมีพฤติกรรมในการดูแลบุตรป่วยมาก ส่วนมารดาอายุน้อยจะมีพฤติกรรมในการดูแลบุตรป่วยน้อยตามไปด้วย ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวมีความขัดแย้งกันกับผลการศึกษาของ สิริ นาดตา วงศ์वाल (2551) ที่พบว่า อายุของผู้ปกครองไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจทำการศึกษาตัวแปรอายุของมารดาว่าจะมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดหรือไม่

นอกจากนี้ผลการศึกษาของ รุ่งทิพย์ วีระกุล (2539) และ อุบล อสัมภินทรพย์ (2540) ที่นำมาใช้สนับสนุนตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ระดับการศึกษาของมารดา ที่พบว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาสูงจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรป่วยได้มากกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาน้อย ซึ่งสอดคล้องกันกับการศึกษาของ Lee และคณะ (2007) ที่พบว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาสูงจะเข้าไปพูดคุย สัมผัส อุ้มชูและเล่นกับทารกที่ป่วยมากกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ผลการศึกษาดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะนำตัวแปรการศึกษาของมารดามาทำการศึกษาว่าจะมี

ความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดหรือไม่

นอกจากนี้มีการศึกษาเชิงปริมาณที่ใกล้เคียงและทำการศึกษาในมารดาวัยรุ่นครั้งแรก โดยมีความหมายของนิยามตัวแปรตามที่ทับซ้อนกันกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิด ดังเช่นการศึกษาของ

บุญตา สุขวดี (2545) ที่ทำการศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับความเครียดและการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในมารดาวัยรุ่นแรกหลังคลอด โดยการสอบถามมารดาครั้งแรกจำนวน 150 ราย โดยนิยามของการแสดงบทบาทการเป็นมารดา คือ ความรู้สึกรอคอย ความสามารถในการดูแลทารก เมื่อพิจารณาแล้วมีความหมายทับซ้อนกันกับนิยามความหมายของการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิด ซึ่งผลการศึกษาน่าสนใจและสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้คือ ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบและเป็นตัวทำนายการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในมารดาวัยรุ่นแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.421, \beta = -.423, p < .01$) แสดงให้เห็นว่ามารดาวัยรุ่นแรกที่มีความเครียดสูงจะแสดงบทบาทการเป็นมารดาน้อย ผลการศึกษาที่ได้นำมาสนับสนุนตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ สถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นให้ผลการศึกษาที่ขัดแย้งกันกับการศึกษาของ Holditch-Davis และคณะ (2007) ที่พบว่า มารดาที่มีความเครียดสูงจะเข้าไป พุดคุย สัมผัส อุ้มชูและเล่นกับทารกเกิดก่อนกำหนดมาก ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาตัวแปรสถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดาว่ามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกหรือไม่

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล สถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา ตลอดจนปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ซึ่งได้แก่ อายุของมารดา การศึกษาของมารดา เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรของมารดา ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ โดยให้นิยามเรื่องการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกตามแนวคิดของ Schepp และ Pai (1995) เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้นำมาเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนและพัฒนาแนวทางเพื่อส่งเสริมให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสมต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบเชิงหาความสัมพันธ์ (correlational study design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ มารดาของทารกแรกเกิดที่มีภาวะเจ็บป่วยและเข้ารับการักษาในห้องทารกแรกเกิดเจ็บป่วยของหอผู้ป่วยเด็ก 3 โรงพยาบาลชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ โดยผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

มารดา

1. มารดามีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. มารดาคลอดบุตรผ่านทางช่องคลอด
3. มารดามาเยี่ยมบุตรทุกวันติดต่อกันตั้งแต่ 5-7 วัน
4. มารดาสามารถอ่านและ เขียนภาษาไทยได้เข้าใจ

ทารก

ทารกเข้ารับการรักษาในห้องทารกแรกเกิดเจ็บป่วย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

มารดา

มารดามีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น มีไข้ เต้านมอักเสบ และแผลฝีเย็บอักเสบ เป็นต้น

ทารกแรกเกิด

ทารกใส่ท่อหลอดลมคอ หรือ ใช้เครื่องช่วยหายใจ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา เนื่องจากไม่มีการศึกษาในอดีตที่ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลบุตรเจ็บป่วยที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธี conventional approach (Polit & Beck, 2004) โดยกำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (r) = 0.3 เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาของการศึกษา และกำหนดอำนาจการทดสอบ (power) = 0.8, ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = 0.05 จำนวนตัวแปรต้น 4 ตัว ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 85 ราย (Cohen, 1992)

แหล่งเก็บข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกเก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยเด็ก 3 โรงพยาบาลชัยภูมิ ซึ่งมีห้องที่ให้การดูแลทารกแรกเกิดเจ็บป่วยจำนวน 4 ห้อง คือ ห้องทารกแรกเกิดเจ็บป่วย ห้องทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต (NICU) ห้องพิเศษ (VIP) และห้องสามัญ (rooming-in) โดยผู้วิจัยเลือกเก็บข้อมูลที่ห้องทารกแรกเกิดเจ็บป่วย ซึ่งเป็นห้องที่รับดูแลทารกตั้งแต่แรกเกิด-2 เดือน โดยรับดูแลทารกแรกเกิดที่มารดามีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด หรือคลอดด้วยวิธีผิดปกติทางสูติศาสตร์ รับดูแลทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด ครบกำหนดคลอด และเกินกำหนดคลอดที่มีภาวะเจ็บป่วยทั่วไป รวมไปถึงอาการของทารกที่ไม่อยู่ในภาวะวิกฤต

ลักษณะของห้องทารกแรกเกิดเจ็บป่วยเป็นห้องโล่งขนาดใหญ่ ภายในห้องมีจำนวนเตียง 22 เตียง แต่สามารถรับเพิ่มได้ไม่จำกัด และมีเครื่องมือที่ให้การรักษาทางการแพทย์หลากหลายชนิด เช่น ตู้อบ (incubator) เครื่องทำความอบอุ่นชนิดแผ่รังสี (radiant warmer) เครื่องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (infusion pump) เครื่องส่องไฟรักษา (phototherapy) เครื่องวัดระดับออกซิเจนในเลือด (pulse oximeter) เครื่องควบคุมจำนวนหยดผ่านกระบอกฉีดยา (syringe pump) เครื่องวัดความดันโลหิตด้วยไฟฟ้า (BP monitor) และเครื่องให้ออกซิเจนความดันบวก (continuous positive air way pressure) เป็นต้น นอกจากนี้ทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในห้องทารกแรกเกิดเจ็บป่วยส่วนใหญ่จะเจ็บป่วยด้วย ภาวะหายใจลำบาก ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะติดเชื้อในร่างกาย และภาวะบิลิรูบินในเลือดสูง เป็นต้น

มารดาสามารถเข้าเยี่ยมบุตรได้ตั้งแต่ 06.00-20.00 น. กรณีนอกเหนือจากเวลาที่กำหนด โรงพยาบาลจะพิจารณาการเข้าเยี่ยมของมารดาตามความจำเป็น ภายในหอผู้ป่วยเด็ก 3 ได้จัดเตรียมห้องอาบน้ำ ห้องนั่ง อ่างซักล้าง เครื่องทำน้ำร้อนและน้ำเย็น ไว้ให้มารดาและครอบครัว แต่ไม่มีห้องพัก

ไว้ให้มารดาพักผ่อนระหว่างมาเฝ้าบุตร

หอผู้ป่วยเด็ก 3 ยังไม่มีโปรแกรมการสอนและให้ความรู้แก่มารดาในเรื่องทักษะการดูแลทารกขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างชัดเจน โดยมารดาจะได้รับการสอนเป็นรายบุคคลในเรื่อง การทำความสะอาดร่างกายทารก การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การสังเกตอาการผิดปกติของบุตร และได้รับการสอนเป็นรายกลุ่มทุกวันในเวลา 9.00 น. เรื่องที่สอนจะขึ้นอยู่กับพยาบาลที่สอน โดยส่วนใหญ่สอนในเรื่อง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การดูแลเด็กที่มีอาการตัวเหลือง เป็นต้น จากการสังเกตของผู้วิจัยในฐานะพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยเด็ก 3 พบว่าเมื่อมารดามาเยี่ยมบุตรมารดาส่วนใหญ่ให้การดูแลบุตรในเรื่อง การเปลี่ยนผ้าอ้อม การให้นมบุตร การทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย (ภาคผนวก ก)

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบไปด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับมารดา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร อายุครรภ์เมื่อคลอด ลำดับที่ของการเกิดของบุตร ประสบการณ์การมีบุตรเคยเจ็บป่วยและรับการรักษาในโรงพยาบาลและข้อคำถามเกี่ยวกับทารก ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนักแรกเกิด จำนวน 10 ข้อ ข้อมูลดังกล่าวได้จากการสัมภาษณ์มารดาโดยผู้วิจัย

2. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากประสบการณ์ทางคลินิกของผู้วิจัยร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เครื่องมือวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Schepp, 1991, 1992; Schepp & Pai, 1995) แบบสอบถามฉบับนี้มีจำนวน 18 ข้อ ครอบคลุมการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ปกครอง ด้านดังต่อไปนี้

- 2.1 ด้านการดูแลทารกแรกเกิดที่เป็นกิจวัตรประจำวัน จำนวน 4 ข้อ
ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4
- 2.2 ด้านการดูแลทารกแรกเกิดที่เป็นกิจกรรมพยาบาล จำนวน 4 ข้อ
ได้แก่ข้อ 5, 6, 7, 8

2.3 ด้านการร่วมคิดและตัดสินใจในการดูแลทารกแรกเกิด

จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 9, 10, 11, 12

2.4 ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับทารกแรกเกิด

จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 13, 14, 15, 16, 17, 18

แบบสอบถามมีข้อความที่มีความหมายด้านลบ 1 ข้อ ได้แก่ข้อ 13 และที่เหลือจำนวน 17 ข้อเป็นข้อความที่มีความหมายด้านบวก แบ่งเป็น 2 ตอน เนื่องจากเสกคคำตอบของแบบสอบถามมี 2 ลักษณะ ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับความถี่ที่มารดาได้เข้ามามีส่วนร่วมทำกิจกรรมการดูแลในลักษณะที่ต้องลงมือปฏิบัติ เช่น กอด พุดคุย วัตถุประสงค์ห่มร่างกาย ป้อนยา เป็นต้น ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ มี ตั้งแต่ 0 (ไม่ได้ทำ) ถึง 3 (ได้ทำทุกครั้ง) จำนวน 8 ข้อ

ไม่ได้ทำ	หมายถึง	มารดาไม่ได้ทำกิจกรรมการดูแลบุตร
ได้ทำบางครั้ง	หมายถึง	มารดาได้ทำกิจกรรมการดูแลบุตรเป็นบางครั้ง
ได้ทำบ่อยครั้ง	หมายถึง	มารดาได้ทำกิจกรรมการดูแลบุตรบ่อยครั้ง
ได้ทำทุกครั้ง	หมายถึง	มารดาได้ทำกิจกรรมการดูแลบุตรทุกครั้ง

ตอนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับความถี่ของเหตุการณ์ที่มารดาได้รับโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกับแพทย์-พยาบาล การเจรจาต่อรองกับแพทย์-พยาบาล และการได้รับข้อมูล เป็นต้น ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ มี ตั้งแต่ 0 (ไม่เกิดขึ้น) ถึง 3 (เกิดขึ้นทุกครั้ง) จำนวน 10 ข้อ

ไม่เกิดขึ้น	หมายถึง	ไม่มีกิจกรรมการดูแลบุตรนั้นเกิดขึ้น
เกิดขึ้นบางครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมการดูแลบุตรนั้นเกิดขึ้นบางครั้ง
เกิดขึ้นบ่อยครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมการดูแลบุตรนั้นเกิดขึ้นบ่อยครั้ง
เกิดขึ้นทุกครั้ง/เป็นประจำ	หมายถึง	กิจกรรมการดูแลบุตรนั้นเกิดขึ้นทุกครั้งหรือเป็นประจำ

เกณฑ์การให้คะแนนขึ้นอยู่กับความหมายของข้อความ ดังนี้

	ข้อความที่มีความหมายด้านบวก	ข้อความที่มีความหมายด้านลบ
ไม่ได้ทำหรือไม่เกิดขึ้น	0 คะแนน	3 คะแนน
ได้ทำเป็นบางครั้งหรือเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง	1 คะแนน	2 คะแนน

ได้ทำบ่อยครั้งหรือเกิดขึ้นบ่อยครั้ง	2 คะแนน	1 คะแนน
ได้ทำทุกครั้งหรือเกิดขึ้นทุกครั้ง/เป็นประจำ	3 คะแนน	0 คะแนน

การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ย โดยคะแนนเฉลี่ยต่ำแสดงว่ามารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกน้อย และคะแนนเฉลี่ยสูงแสดงว่ามารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกมาก

3. แบบสอบถามสถานการณ์ก่อความเครียดของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่มารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วยของสุนทรี ธิญญามิตร (2539) ซึ่งแบ่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดออกเป็น 4 ด้าน โดยข้อคำถามมีความหมายด้านลบทั้งหมด จำนวน 26 ข้อ ดังนี้

- | | |
|---|-------------|
| 3.1 สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด | จำนวน 4 ข้อ |
| ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4 | |
| 3.2 ลักษณะและพฤติกรรมของบุตรที่ปรากฏให้เห็น | จำนวน 9 ข้อ |
| ได้แก่ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 | |
| 3.3 การเปลี่ยนแปลงบทบาทของมารดา | จำนวน 6 ข้อ |
| ได้แก่ข้อ 14, 15, 16, 17, 18, 19 | |
| 3.4 ลักษณะและพฤติกรรมของพยาบาล | จำนวน 7 ข้อ |
| ได้แก่ข้อ 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 | |

การดัดแปลงกระทำโดยรักษาโครงสร้างของข้อคำถามต้นฉบับ แต่ปรับบริบทของเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกเครียดและสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายและสถานที่เก็บข้อมูลแบบสอบถามมีลักษณะคำตอบ ดังนี้

ไม่พบสถานการณ์	หมายถึง	ไม่พบกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้น
ไม่เครียด	หมายถึง	รู้สึกว่าสถานการณ์นั้นไม่ก่อให้เกิดความเครียด
เครียดเล็กน้อย	หมายถึง	รู้สึกว่าสถานการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดเล็กน้อย
เครียดปานกลาง	หมายถึง	รู้สึกว่าสถานการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดปานกลาง
เครียดมาก	หมายถึง	รู้สึกว่าสถานการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดมาก
เครียดมากที่สุด	หมายถึง	รู้สึกว่าสถานการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ไม่พบสถานการณ์	ไม่คิดคะแนน		
ไม่เครียด	ให้	0	คะแนน
เครียดเล็กน้อย	ให้	1	คะแนน
เครียดปานกลาง	ให้	2	คะแนน
เครียดมาก	ให้	3	คะแนน
เครียดมากที่สุด	ให้	4	คะแนน

การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ย โดยคะแนนเฉลี่ยต่ำแสดงว่ามารดามีระดับความเครียดน้อย คะแนนเฉลี่ยสูงแสดงว่ามารดามีระดับความเครียดมาก

4. แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากประสบการณ์ทางคลินิกของผู้วิจัยร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมวิจัยและเครื่องมือวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Miles, Carlson, & Brunssen, 1999; Tran, Medhurst, & Connell, 2009) แบบสอบถามฉบับนี้มีจำนวน 20 ข้อ ครอบคลุมการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลใน 4 ด้าน ตามแนวคิดเรื่องการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ดังต่อไปนี้

4.1 ด้านข้อมูล	จำนวน 9 ข้อ	ได้แก่ข้อ 1	ถึงข้อ 9
4.2 ด้านอารมณ์	จำนวน 4 ข้อ	ได้แก่ข้อ 10	ถึงข้อ 13
4.3 ด้านการประเมิน	จำนวน 4 ข้อ	ได้แก่ข้อ 14	ถึงข้อ 17
4.4 ด้านทรัพยากร	จำนวน 3 ข้อ	ได้แก่ข้อ 18	ถึงข้อ 20

ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 4 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลน้อย
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลปานกลาง
เห็นด้วย	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลมาก
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	0	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	1	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	2	คะแนน
เห็นด้วย	ให้	3	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	4	คะแนน

การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ย โดยคะแนนเฉลี่ยต่ำแสดงว่า มารดาได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลน้อย และคะแนนเฉลี่ยสูงแสดงว่ามารดาได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลมาก

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยมีการหาคุณภาพของเครื่องมือดังนี้

1. การตรวจสอบความตรง (validity) ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาลแบบสอบถามสถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วย แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน (ภาคผนวก ข) ดังนี้

อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์	2	คน
พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกกุมารเวชศาสตร์	1	คน

เมื่อผ่านการตรวจสอบความถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามทั้ง 4 ฉบับมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้

2. การหาความเที่ยง (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน แล้วนำแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล แบบสอบถามสถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วย แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล มาคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงดังนี้

2.1. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87

2.2. แบบสอบถามสถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วย
ค่าความเที่ยงเท่ากับ .91

2.3. แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล
ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

1. ดำเนินการขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
ของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุดสายพยาบาลศาสตร์ (ภาคผนวก ก)

2. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยภูมิ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยเด็ก 3

3. เมื่อได้รับอนุญาตให้รวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการ
พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยเด็ก 3 โรงพยาบาลชัยภูมิ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และ
รายละเอียดต่างๆ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

4.1. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยสอบถามมารดาทารกแรกเกิด
ที่มีภาวะเจ็บป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนดว่าสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่ โดยการเข้าร่วมวิจัย
ครั้งนี้จะไม่รบกวนเวลาเยี่ยมบุตรของมารดา หากมารดาสนใจจะแจ้งให้ผู้วิจัยทราบเพื่อพบกับมารดา
และชี้แจงข้อมูลการวิจัย

4.2. ผู้วิจัยเข้าพบมารดา แนะนำตัวพร้อมทั้งชี้แจง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือและขอความยินยอมเข้าร่วมการ
วิจัยจากมารดาพร้อมทั้งแจ้งสิทธิของมารดาในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อมารดาแสดงความ
ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้มารดา ลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

4.3. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารก
ด้วยตนเอง หลังจากนั้นให้มารดาตอบแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรก
เกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล และ
แบบสอบถามสถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยตามลำดับ ใช้เวลาประมาณ 45
นาทีหลังจากมารดาตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและมอบของที่ระลึก

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ความเสี่ยงที่อาจได้รับ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และแจ้งให้มารดา ทราบว่าการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจ มารดาสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการดูแลรักษาที่ทารกได้รับ และในภายหลังหากมารดาต้องการยุติหรือ ยกเลิกการเข้าร่วมวิจัย มารดาสามารถกระทำได้โดยไม่ต้องระบุเหตุผล ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลไว้ เป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อหรือที่อยู่ ไม่มีการนำเสนอข้อมูลเป็นรายบุคคลแต่จะนำเสนอใน ภาพรวม มีการทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เมื่อมารดาสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย มารดาลงนาม แสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมใน โครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนด ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา ทารก และปัจจัยที่ศึกษา
2. สถิติอ้างอิง (inferential statistics) ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product - moment correlation coefficient) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุของ มารดา การศึกษาของมารดา สถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา การได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือจากพยาบาล กับ การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาใน โรงพยาบาล

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยทำการศึกษาในมารดาทารกแรกเกิดเจ็บป่วยขณะเข้ารับการรักษาในห้องทารกแรกเกิดเจ็บป่วย ภายในหอผู้ป่วยเด็ก 3 โรงพยาบาลชัยภูมิ ระหว่างเดือน กันยายน 2554 ถึง มกราคม พ.ศ. 2555 จำนวน 85 คน ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
2. ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา
3. ผลการทดสอบสมมติฐาน

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

มารดากลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย โดยมีเพียงร้อยละ 11.8 ที่เป็นมารดาตั้งครรภ์แรกเมื่ออายุมาก (elderly primi gravida) และร้อยละ 72.9 จบการศึกษาเทียบเท่าระดับมัธยมศึกษา นอกจากนี้มารดาเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 92.9) อยู่บ้านเดียวกันกับสามี และมีบุตรคนนี้เป็นคนแรก (ร้อยละ 67.1) อายุครรภ์เมื่อคลอดอยู่ระหว่าง 28-42 สัปดาห์ โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) มีอายุครรภ์ครบกำหนดคลอด คือ มีอายุครรภ์ระหว่าง 38-42 สัปดาห์ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา

ข้อมูล	n	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	พิสัย
อายุของมารดา			25.79	6.00	18-40
≤ 20 ปี	9	10.6			
21-25 ปี	30	35.3			
26-30 ปี	18	21.2			
31-35 ปี	10	11.8			
>35 ปี	10	11.8			
รวม	85	100.0			
การศึกษาของมารดา			10.14 (ปี)	2.81	4-16
ประถมศึกษา	15	17.7			
มัธยมศึกษา	62	72.9			
ประกาศนียบัตร	3	3.5			
ปริญญาตรี	5	5.9			
รวม	85	100.0			
สถานภาพสมรสของมารดา					
อยู่บ้านเดียวกับสามี	79	92.9			
แยกกันอยู่เนื่องจากอาชีพ/หย่าร้าง/สามีเสียชีวิต	6	7.1			
รวม	85	100.0			

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา (ต่อ)

ข้อมูล	n	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	พิสัย
จำนวนบุตรของมารดา			1.41	0.66	1-4
1 คน	57	67.1			
2 คน	22	25.9			
3 คน	5	5.9			
4 คน	1	1.2			
รวม	85	100.0			
อายุครรภ์เมื่อคลอดของ มารดา			36.81	3.01	28-42
28-32 สัปดาห์	11	12.9			
33-37 สัปดาห์	23	27.1			
38-42 สัปดาห์	51	60.0			
รวม	85	100.0			

ข้อมูลส่วนบุคคลของบุตร พบว่าทารกส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.5) และมีอายุ 5 วัน (ร้อยละ 61.2) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.9) ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม หรือเฉลี่ย 2,677 กรัม (S.D. = 651.14) นอกจากนี้จำนวนบุตรคนก่อนของมารดาที่เคยเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวน 18 คน (ร้อยละ 64.3) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของบุตร

ข้อมูล	n	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	พิสัย
เพศของบุตร					
ชาย	48	56.5			
หญิง	37	43.5			
รวม	85	100.0			
อายุของบุตร					
			5.62	0.85	5-7
5 วัน	52	61.2			
6 วัน	13	15.3			
7 วัน	20	23.5			
รวม	85	100.0			
น้ำหนักแรกเกิดของบุตร					
			2,677.01	651.14	1,060- 4,160
< 1,500 กรัม	4	4.7			
1,500-2,499 กรัม	25	29.4			
≥ 2,500 กรัม	56	65.9			
รวม	85	100.0			
การเข้าพักรับการรักษาใน โรงพยาบาลของบุตรคน ก่อน					
ไม่เคย	10	35.7			
เคย	18	64.3			
รวม	28	100.0			

2. ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ ตัวแปรต้น คือ อายุของมารดา การศึกษาของมารดา สถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา และ การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล ตัวแปรตาม คือ การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (descriptive statistics) ซึ่งได้แก่ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของตัวแปรที่ศึกษา (n = 85)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	พิสัยจริง	พิสัยที่เป็นไปได้
อายุของมารดา (ปี)	25.79	6.00	18-40	-
จำนวนปีการศึกษาสูงสุดของมารดา	10.14	2.81	4-16	-
สถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา	1.79	0.84	0.27-3.57	0-4
1. สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด	0.77	0.69	0-2.50	0-4
2. ลักษณะและพฤติกรรมของบุตรที่ปรากฏให้เห็น	2.34	1.04	0-4	0-4
3. การเปลี่ยนแปลงบทบาทของมารดา	2.33	0.97	0.33-4	0-4
4. ลักษณะและพฤติกรรมของพยาบาล	1.09	1.02	0-3.71	0-4
การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล	3.01	0.52	1-4	0-4
1. ด้านข้อมูล	3.13	0.52	1.67-4	0-4
2. ด้านอารมณ์	2.89	0.69	0-4	0-4
3. ด้านการประเมิน	2.69	0.69	0-4	0-4
4. ด้านทรัพยากร	3.25	0.63	1.33-4	0-4

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของตัวแปรที่ศึกษา (n = 85) (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	พิสัยจริง	พิสัยที่ เป็นไปได้
การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดฯ	1.32	0.59	0.33-2.94	0-3
1. ด้านการดูแลทารกแรกเกิดที่เป็นกิจวัตรประจำวัน	1.68	0.87	0-3	0-3
2. ด้านการดูแลทารกแรกเกิดที่เป็นกิจกรรมพยาบาล	0.73	0.74	0-3	0-3
3. ด้านการร่วมคิดและตัดสินใจในการดูแลทารกแรกเกิด	0.79	0.78	0-3	0-3
4. ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับทารกแรกเกิด	1.82	0.75	0.17-3	0-3

3. ผลการทดสอบสมมติฐาน

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุของมารดา การศึกษาของมารดา สถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดฯ ก่อนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ผู้วิจัยได้ทดสอบการกระจายของข้อมูล โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า สถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล และ การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดฯ มีการกระจายแบบปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (ภาคผนวก ง) ผลการศึกษาพบว่า มีเพียงตัวแปรเดียวที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล ($r = .336, p = .002$) ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product - moment correlation coefficient) ของตัวแปรที่ศึกษา (n = 85)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. อายุของมารดา	-				
2. การศึกษาของมารดา	-.256*				
3. สถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา	-.177	.179			
4. การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล	-.017	.100	.183		
5. การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดฯ	-.122	-.076	.016	.336**	-

* $p < .05$, ** $p < .01$

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุของมารดา การศึกษาของมารดา สถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผลการศึกษา พบว่า มีเพียงตัวแปรเดียวที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล ส่วนตัวแปรอื่นๆ ไม่พบความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดฯ ในบทนี้ ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลตามตัวแปรที่ศึกษา ดังนี้

การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดฯ ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดฯ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.32 คะแนน (S.D. = 0.59) (ตารางที่ 4.3) ซึ่งเป็นคะแนนที่ต่ำ และแสดงให้เห็นว่ามารดาส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดูแลทารกน้อย หากพิจารณาเป็นรายด้านแล้วพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยมี 2 ด้านด้วยกัน คือ การมีส่วนร่วมของมารดาในด้านกิจกรรมพยาบาล 0.73 คะแนน และด้านการร่วมคิดและตัดสินใจในการดูแลทารกแรกเกิด 0.79 คะแนน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้คะแนนเฉลี่ยทั้งหมดของการมีส่วนร่วมของมารดา น้อยตามไปด้วย

การที่คะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมพยาบาลน้อย แสดงให้เห็นว่ามารดาส่วนใหญ่ได้มีส่วนร่วมดูแลทารกด้านกิจกรรมพยาบาลน้อย อาจเนื่องมาจาก พยาบาลกังวลในเรื่องการติดเชื้อที่อาจเพิ่มขึ้นภายในหอผู้ป่วย จึงเปิดโอกาสให้มารดาได้เข้ามามีส่วนร่วมในด้านกิจกรรมพยาบาลบางกิจกรรมเท่านั้น เช่น การช่วยวัดไข้ การเช็ดตาและเช็ดสะดือ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Martinez และคณะ (2007) ที่ทำการศึกษาเชิงคุณภาพในเรื่องการให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โดยศึกษากับบุคคลากรทีมสุขภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง (semi - structure interview) จำนวน 23 คน พบว่า บุคคลากรวิชาชีพในทีมสุขภาพมองว่า การให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดนั้น อาจส่งผลให้เกิดการติดเชื้อเพิ่มขึ้นภายในหอผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลบางกิจกรรมเช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเจาะเลือดทารกเพื่อส่งตรวจ พยาบาลไม่ได้ให้มารดาอยู่ด้วยขณะปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลดังกล่าว

เนื่องจากเกรงว่า มารดาจะทนไม่ได้ที่เห็นทารกของตนเองได้รับความเจ็บปวด และเพื่อความสะดวกในการปฏิบัติงานของพยาบาลให้สำเร็จได้อย่างรวดเร็ว เพราะยังมีภาระงานอีกมากมายรออยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wigert และคณะ (2007) ที่ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โดยการสัมภาษณ์ แพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล จำนวนทั้งหมด 20 คน มีการบันทึกเทป ถอดความ จัดหมวดหมู่ และสรุป ซึ่งผลการศึกษาส่วนหนึ่งระบุว่า การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกทำให้นุคลิกภาพที่มสุขภาพรู้สึกว่าเป็นการเพิ่มภาระงานของตน และเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานให้สำเร็จทันเวลา

นอกจากนี้การที่คะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมด้านการร่วมคิดและตัดสินใจในการดูแลทารกแรกเกิดมีคะแนนเฉลี่ยน้อย แสดงว่ามารดาได้มีส่วนร่วมในการร่วมคิดและตัดสินใจในการดูแลทารกแรกเกิดน้อย อาจเนื่องมาจากมารดาให้ความเชื่อถือและไว้วางใจพยาบาลมาก จนยอมที่จะแสดงบทบาททรงในการดูแลทารก โดยการยอมเชื่อฟังและปฏิบัติตามพยาบาลมากกว่าที่จะแสดงความคิดเห็น ร่วมตัดสินใจ หรือเจรจาต่อรองพยาบาลในสิ่งที่ตนต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pongjaturawit & Harrigan (2003) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยในวัฒนธรรมไทยและวัฒนธรรมตะวันตก พบว่า บิดามารดาไทยที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกันกับบิดามารดาชาวตะวันตก จะให้ความเชื่อถือและไว้วางใจพยาบาลว่าเป็นผู้ที่สามารถให้การดูแลบุตรป่วยได้ดีกว่าตน และสอดคล้องกับแนวคิดของ Prasopkittikun (2003) ที่จะช่วยทำให้เข้าใจถึงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของมารดาในการร่วมคิดและตัดสินใจในการดูแลทารกน้อยได้มากขึ้นว่า ผู้ปกครองมีความคิดว่าพยาบาลรู้ดีที่สุดเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วย ผู้ปกครองจึงแสดงบทบาททรง (passive role) โดยแสดงพฤติกรรมในลักษณะการยอมปฏิบัติตาม ซึ่งไม่ใช่ลักษณะของการมีส่วนร่วมที่แท้จริง ดังนั้นพยาบาลควรสร้างความรู้สึกเท่าเทียมกันให้เกิดขึ้นระหว่างผู้ปกครองและพยาบาลในการตัดสินใจร่วมกันในการดูแลเด็กป่วย และโอกาสของการเจรจาต่อรองก็จะเกิดขึ้นตามมาด้วย เพื่อให้เกิดข้อตกลงที่สร้างความพึงพอใจแก่ทั้งสองฝ่ายคือ พยาบาลและผู้ปกครอง

การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ย 3.01 คะแนน (S.D. = 0.52) (ตารางที่ 4.3) ซึ่งเป็นคะแนนเฉลี่ยที่สูง โดยคะแนนเฉลี่ยด้านอารมณ์และด้านการประเมินอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านข้อมูลและด้านทรัพยากรอยู่ในระดับดี ซึ่งแสดงว่ามารดาได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลมากที่สุดที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงมาก อาจเป็นเพราะในขั้นตอนการเก็บข้อมูล มารดาทราบว่าผู้วิจัยเป็นพยาบาลและอาจตอบแบบสอบถามด้วยความเกรงใจพยาบาล นอกจากนี้หากพิจารณาคะแนนเฉลี่ย

รายด้านแล้ว พบว่า การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลด้านอารมณ์และด้านการประเมินมีคะแนนเฉลี่ยน้อยและใกล้เคียงกัน คือ 2.89 และ 2.69 คะแนนตามลำดับ แสดงว่ามารดาได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลในด้านอารมณ์และด้านการประเมินน้อย ซึ่งได้แก่ การยกย่อง การเห็นคุณค่า ความไว้วางใจ การเอาใจใส่ การรับฟังอย่างเห็นอกเห็นใจ และการให้การรับรองหรือยอมรับในสิ่งที่มารดาแสดงออกมา อาจเนื่องมาจากพยาบาลให้ความสำคัญกับเทคโนโลยีทางการแพทย์และการรักษาทารกมากกว่าความต้องการของบิดามารดา จึงทำให้พยาบาลเหลือเวลาไม่มากพอที่จะให้การสนับสนุนช่วยเหลือมารดาด้านอารมณ์และการประเมินได้น้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Wigert และคณะ (2008) ที่ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับสิ่งที่เอื้ออำนวยและสิ่งที่เป็อุปสรรคของการเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกของบิดามารดาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โดยสัมภาษณ์ บิดามารดา 10 คน ผู้ช่วยพยาบาล 6 คน พยาบาล 8 คน และพยาบาลระดับผู้บริหาร 15 คน พบว่า ภายในหอทารกแรกเกิดวิกฤตมีสิ่งแวดล้อมการดูแลที่มุ่งเน้นเทคโนโลยีทางการแพทย์และให้ความสำคัญกับการรักษาทารกมากกว่าความต้องการของบิดามารดา จึงอาจทำให้พยาบาลให้ความสำคัญในเรื่องความต้องการของบิดามารดาน้อยลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Tran และคณะ (2009) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนช่วยเหลือบิดามารดาของทารกป่วยหรือคลอดก่อนกำหนด จำนวน 112 คน โดยการตอบแบบสอบถาม พบว่า บิดามารดาได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลในด้านอารมณ์น้อย อาจเป็นเพราะพยาบาลมีภาระงานที่มากจึงมีเวลาไม่มากพอที่จะประเมินความต้องการและให้การช่วยเหลือสนับสนุนด้านอารมณ์ของบิดามารดา หากนำคะแนนเฉลี่ยทั้งหมดที่ได้มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ผลการศึกษาที่ได้ ดังนี้

ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .336, p = .002$) ความสัมพันธ์ที่พบนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (1991) ที่กล่าวไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพหลายฉบับ ได้แก่ การศึกษาของ Coyne (1995) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติของบิดามารดาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมดูแลบุตรป่วยในโรงพยาบาล ที่มีอายุ 1 สัปดาห์ ถึง 16 ปี พบว่า ปัจจัยที่ทำให้บิดามารดาไม่พร้อมที่จะมีส่วนร่วมดูแลบุตรป่วย คือ การสนับสนุนจากพยาบาลที่ไม่เพียงพอ ทั้งในเรื่องของการอำนวยความสะดวก และการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตร เป็นต้น ผลที่ตามมาจากการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลไม่เพียงพอนี้เองจึงทำให้บิดามารดาบางรายเลือกที่จะไม่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรป่วยในโรงพยาบาล และการศึกษาของ Neill (1996) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามารดา ในเด็กป่วยอายุ 2-5 ปี พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดา คือ การ

สนับสนุนจากพยาบาล ในเรื่องการอำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ เช่น การจัดสภาพแวดล้อมให้บิดามารดาได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ การจัดสถานที่สำหรับการเตรียมอาหารภายในหอผู้ป่วย การได้รับการดูแลเพื่อลดความเครียด เป็นต้น

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพของ Gasquoin (2005) จะช่วยทำให้เข้าใจมากขึ้น ถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลกับการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกที่เจ็บป่วยของมารดา Gasquoin ทำการศึกษาในมารดา 7 คนที่มีบุตรเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งได้ถ่ายทอดประสบการณ์และความรู้สึกที่มีต่อการช่วยเหลือสนับสนุนของพยาบาล พบว่า ในยามที่บุตรเจ็บป่วย การอุ้ม การกอด การให้นม หรือการดูแลอื่นๆ กลับกลายเป็นเรื่องยากสำหรับมารดาได้ทันที อาจเป็นเพราะความไม่รู้ว่าจะต้องดูแลอย่างไร ความไม่มั่นใจหรือไม่กล้าที่จะตะคองบุตรเพราะเกรงว่าอาจจะเป็นอันตรายต่อบุตรได้ หรือเพราะความรู้สึกแปลกแยกจากสถานที่และบุคคลรอบข้าง การกระทำของพยาบาลเพียงเล็กๆ น้อยๆ เช่น การยิ้มให้ การทักทาย ไปจนถึงการให้ข้อมูล การสอนและแนะนำ การช่วยดูแลบุตร ความเข้าใจและการให้กำลังใจ สามารถทำให้มารดา รู้สึกอบอุ่น ไม่รู้สึกแปลกแยกแต่รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีมที่ต้องให้การดูแลบุตร และเกิดความกล้า ความเชื่อมั่นที่จะดูแลมากขึ้น ทำให้มารดาได้เข้ามามีบทบาทในกิจกรรมการดูแลบุตรมากขึ้นด้วย ซึ่งการศึกษาของ Montigny และ Lacharete (2008) ได้ช่วยยืนยันถึงคำอธิบายข้างต้นได้ดี เพราะการศึกษานี้พบว่า การรับรู้ความช่วยเหลือที่ได้รับจากพยาบาล (perceived help-giving practices) จะส่งผลโดยตรงต่อการรับรู้ความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ (perceived control) ซึ่งมีผลโดยอ้อมต่อการมี การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลทารกด้วย นำไปสู่การเข้ามามีบทบาทในการดูแลบุตรนั่นเอง

อายุของมารดา อายุของมารดาเฉลี่ย คือ 25.79 ปี (S.D. = 6.00) โดยร้อยละ 68.3 มีอายุระหว่าง 21 ปี ถึง 35 ปี ซึ่งเป็นวัยที่บรรลุนิติภาวะแล้วและมีความเสี่ยงน้อยจากการตั้งครรภ์เมื่ออายุมาก (ตารางที่ 4.3) ผลการศึกษาพบว่า อายุของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาลที่นัยสำคัญทางสถิติ .05 ($r = -.122$, $p = .264$) การที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุของมารดากับการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกอาจเนื่องมาจากมารดาทุกรายยังอยู่ในช่วงของ Taking – hold – phase หมายถึงช่วงระยะ 3 – 10 วันหลังคลอด ซึ่งเป็นระยะที่มารดาจะมีความกระตือรือร้นที่จะรับผิดชอบดูแลทารกอยู่แล้ว (Rubin, 1977) นอกจากนี้มารดาเองยังถูกคาดหวังจากสังคมในการแสดงบทบาทมารดา มารดาจึงมีการแสดงพฤติกรรมดูแลทารกเพื่อให้สอดคล้องกับความคาดหวังของสังคม (วิลาวณิชย์ กล้าแรง, 2553) ด้วยเหตุนี้ไม่ว่า มารดาจะมีอายุมากหรือน้อยก็ย่อมมีความกระตือรือร้นที่จะรับผิดชอบดูแลทารก โดย

เฉพาะอย่างยิ่งในเวลาที่ทารกเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรา ว่องวัฒนกุล (2552) ที่ทำการศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม ต่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดาที่ทารกแรกเกิดมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการส่องไฟ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาทารกแรกเกิด เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้ และผลการศึกษา พบว่า อายุของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการแสดงบทบาทการเป็นมารดา ($r = .03, p > .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาใกล้เคียงที่มีนิยามการแสดงบทบาทมารดาทับซ้อนกันกับการมีส่วนร่วมดูแลทารก ได้แก่ การศึกษาของ กิ่งฟ้า ดลราชิ (2544) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและการแสดงบทบาทมารดาที่บุตรแยกจากหลังคลอดเนื่องจากการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาทารก จำนวน 120 คน ผลการศึกษา พบว่า อายุของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการแสดงบทบาทการเป็นมารดา ($r = .12, p > .05$)

การศึกษาของมารดา ค่าเฉลี่ยของจำนวนปีการศึกษาของมารดา คือ 10.14 ปี (S.D. = 2.81) (ตารางที่ 4.3) ซึ่งมารดาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.9) มีการศึกษาเทียบเท่าระดับมัธยมศึกษา ผลการศึกษาพบว่า การศึกษาของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาลที่นัยสำคัญทางสถิติ .05 ($r = -.076, p = .488$) สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรา ว่องวัฒนกุล (2552) ที่ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม ต่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดาที่ทารกแรกเกิดมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการส่องไฟ และพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการแสดงบทบาทการเป็นมารดา ($r = -.05, p > .05$) และการศึกษาของ นิลุบล รุจิรประเสริฐ (2539) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับการแสดงบทบาทการเป็นมารดาที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ซึ่งพบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการแสดงบทบาทการเป็นมารดาที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ($r = .13, p > .05$) ถึงแม้ว่าการศึกษาทั้งสองฉบับจะไม่ได้ศึกษาตัวแปรการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเจ็บป่วยในโรงพยาบาล แต่ตัวแปรการแสดงบทบาทการเป็นมารดา และตัวแปรการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารก ก็มีส่วนทับซ้อนกันอยู่ทั้งในด้านความหมายและกิจกรรมที่ต้องกระทำหรือแสดงออก การไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษาของมารดากับการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกที่เจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจเนื่องมาจากความรู้สึกของความเป็นแม่ ที่มีความรัก ความห่วงใย และต้องการเข้าไปอยู่ใกล้ลูกดูแลลูก ไม่ว่าจะมารดาจะมีการศึกษามากหรือน้อยก็ตาม ย่อมมีความรู้สึกและความต้องการเช่นนี้ไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้การไม่พบความสัมพันธ์อาจมีสาเหตุมาจากลักษณะของ

กลุ่มตัวอย่างค่อนข้างมีความเป็นเอกพันธ์ (homogeneous) โดยพบว่า มารดาส่วนใหญ่ร้อยละ 72.9 มีการศึกษาเทียบเท่าระดับมัธยมศึกษา (ตารางที่ 4.1) ซึ่งถือว่ามีระดับการศึกษาที่เพียงพอในการที่จะสามารถเรียนรู้และทำความเข้าใจในเรื่องการมีส่วนร่วมดูแลทารกได้ไม่ยากนัก

สถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา คะแนนเฉลี่ยสถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา คือ 1.79 คะแนน (S.D.= 0.84) (ตาราง 4.3) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่นๆ คือ ด้านสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด 0.77 คะแนน ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าด้านอื่นๆ และมากพอๆ กัน มี 2 ด้าน คือ ด้านลักษณะและพฤติกรรมของบุตรที่ปรากฏให้เห็น 2.34 คะแนน และด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาทของมารดา 2.33 คะแนน การที่คะแนนเฉลี่ยสถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา ด้านสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดน้อย อาจเนื่องมาจาก ลักษณะการเจ็บป่วยของทารกที่รับการรักษาในหอทารกแรกเกิดเป็นการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง และภายในห้องมีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์น้อยกว่าหอทารกแรกเกิดวิกฤต เมื่อมารดาเข้ามาพบสถานการณ์จึงก่อความเครียดให้มารดาได้ไม่มาก นอกจากนี้การที่คะแนนเฉลี่ยสถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา ด้านลักษณะและพฤติกรรมของบุตรที่ปรากฏให้เห็น และด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาทของมารดามีคะแนนมากและพอๆ กัน อาจเนื่องมาจาก ลักษณะและพฤติกรรมของทารกที่มารดาพบเจอ เช่น ซึม ไม่ดูคนม สีผิวผิดปกติ หายใจเร็ว แขนขาอ่อนแรง เป็นต้น ล้วนเป็นสิ่งที่สามารถสร้างความกังวลใจ และความเครียดให้แก่มารดาได้มาก นอกจากนี้การเจ็บป่วยของทารกและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้มารดาขาดโอกาสดูแลทารกตามปกติ นำมาซึ่งความรู้สึกสูญเสียบทบาทของมารดา และสร้างความเครียดแก่มารดาได้มาก (Miles, Burchinal, Holdith-Davis, Brunssen, & Wilson, 2002) ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกันกับการศึกษาของ Miles และคณะ (2002), ปัทมกร สิงห์กล้า (2550) และ สุนทรี ภิญโญมิตร (2539) ที่พบว่า ปัจจัยที่ก่อความเครียดแก่มารดาได้มากกว่าด้านอื่นๆ และมีคะแนนที่มากพอๆ กัน มี 2 ด้าน คือ ด้านลักษณะและพฤติกรรมของบุตรที่ปรากฏให้เห็น และด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาทของมารดา

เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยสถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดามาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาลที่นัยสำคัญทางสถิติ .05 ($r = .016, p = .888$) ผลการศึกษาให้ผลขัดแย้งกับการศึกษาของ บุญตา สุขวดี (2545) ที่พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในมารดาวัยรุ่นแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.421, \beta = -.423, p < .01$) อาจเนื่องมาจาก มารดาวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่มีอารมณ์ไม่มั่นคง หงุดหงิด และวิตกกังวลง่ายเมื่อเจอสถานการณ์ก่อนความเครียดจึงอาจทำให้มารดาเกิดความ

เครียดได้ง่าย และเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะยังไม่สมบูรณ์ จึงอาจมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ไม่ดีเท่ากับมารดาวัยผู้ใหญ่ที่มีอารมณ์มั่นคงและมีวุฒิภาวะสมบูรณ์ ด้วยเหตุนี้ผลการศึกษาที่ได้จึงขัดแย้งกันกับการศึกษาครั้งนี้ที่ส่วนใหญ่เป็นมารดาวัยผู้ใหญ่ถึงร้อยละ 77.6 (ตารางที่ 4.1) การไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ก่อนความเครียดและการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจเนื่องมาจากความรู้สึกการเป็นแม่ย่อมต้องการทำทุกอย่างเพื่อลูกที่กำลังเจ็บป่วย ถึงแม้ว่ามารดาจะมีความเครียดมากหรือน้อยเพียงใด ด้วยความรู้สึกของการเป็นแม่จึงทำให้เกิดความพยายามยื่นหยัดให้ได้และทำทุกอย่างเพื่อทารก ด้วยเหตุนี้การมีส่วนร่วมในการดูแลทารกของมารดาจึงไม่มีความแตกต่างกันตามสถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ ฌูจิกา ปฐมอารีย์ (2551) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดในหออภิบาลทารกแรกเกิดกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาทารกแรกเกิด จำนวน 12 คน ผลการศึกษา พบว่า การเจ็บป่วยของทารกส่งผลให้มารดาเกิดความรู้สึกเครียดจนไม่สามารถควบคุมตนเองได้ แต่มารดาพยายามที่จะยื่นหยัดเพื่อทารกและทำทุกอย่างในสิ่งที่พอทำได้เพื่อทารก เช่น การก่ผ้าเช็ดหน้ากับความกลัวต่างๆ เพื่อให้ได้เข้าไปเยี่ยมและดูแลทารก จึงทำให้มารดาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ ยูนิ พงศ์จตุรวิทย์ (2548) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กเล็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีอายุ 0-5 ปี กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาจำนวน 19 คน ศึกษาโดยการสัมภาษณ์ และการสังเกตบิดามารดา พบว่า เมื่อบุตรเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสถานการณ์ที่ส่งผลให้บิดามารดาเกิดความตึงเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร แต่อย่างไรก็ตามบิดามารดาต้องการที่จะดูแลบุตรที่ป่วย จนทำให้เกิดกระบวนการ การทำทุกอย่างเพื่อลูกที่ป่วย ซึ่งเป็นเงื่อนไขที่ทำให้บิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่ป่วย

โดยสรุปผลการศึกษาครั้งนี้ได้สนับสนุนความสำคัญของความช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาลที่มีต่อมารดาทั้งในเรื่องของการให้ความรู้ในการดูแลทารก การดูแลจิตใจมารดา การให้เกียรติมารดา และการให้การดูแลทารกเป็นอย่างดี มารดาก็ได้รับการเรียนรู้ในการดูแลบุตร มีความรู้สึกถึงการยอมรับ และเกิดความมั่นใจ นำไปสู่การเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกมากตามไปด้วยเช่นกัน

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยกรอบแนวคิดการวิจัยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลบุตรเจ็บป่วย ส่วนความหมายของการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาจาก แนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของ Schepp และ Pai (1995) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยทำการศึกษาในมารดาทารกแรกเกิดเจ็บป่วยขณะเข้ารับการรักษาในห้องทารกแรกเกิดเจ็บป่วย ภายในหอผู้ป่วยเด็ก 3 โรงพยาบาลชัยภูมิ ระหว่างเดือนกันยายน 2554 ถึง มกราคม พ.ศ. 2555 จำนวน 85 คน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล แบบสอบถามสถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วย แล้วนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุของมารดา การศึกษาของมารดา สถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล กับ การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยและด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

สรุปผลการศึกษาจำแนกตามปัจจัยต่างๆ ดังนี้

1. อายุของมารดา พบว่า ร้อยละ 77.6 มีอายุระหว่าง 20-34 ปี และมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 25.79 ปี
2. การศึกษาของมารดา พบว่า ร้อยละ 72.9 จบการศึกษาเทียบเท่าระดับมัธยมศึกษา และจำนวนปีการศึกษาสูงสุดของมารดาเท่ากับ 10.14 ปี
3. สถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.79 คะแนน (พิสัยที่เป็นไปได้คือ 0-4) ซึ่งมารดาส่วนใหญ่มีความเครียดน้อย

4. การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.01 คะแนน (พิสัยที่เป็นไปได้คือ 0-4) ซึ่งมารดาส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลมาก
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีเพียงปัจจัยเดียว คือ การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล ($r = .336, p = .002$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความความสัมพันธ์ ได้แก่ อายุของมารดา การศึกษาของมารดา และสถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ด้านการปฏิบัติพยาบาล

ถึงแม้ว่าในทางปฏิบัติพยาบาลโดยทั่วไป พยาบาลได้ให้ความช่วยเหลือแก่มารดาในด้านต่างๆ อยู่แล้วก็ตาม แต่ผลการวิจัยครั้งนี้ยิ่งช่วยสนับสนุนถึงความสำคัญของบทบาทพยาบาลในการพัฒนารูปแบบความช่วยเหลือมารดาได้อย่างหลากหลายวิธีการ เพื่อให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมทางคลินิกและตอบรับความต้องการของมารดาในการดูแลทารกที่เจ็บป่วยและรับการรักษาในโรงพยาบาล และที่สำคัญอย่างยิ่งคือต้องมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน ทั้งนี้เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนของพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ด้านการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเชิงทดลองโดยศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

นอกจากนี้จะสังเกตได้ว่าการศึกษานี้ ตัวแปรอายุของมารดา และการศึกษาของมารดา มีลักษณะของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างมีความเป็นเอกพันธ์ (homogeneous) จึงมีข้อเสนอแนะว่าในการศึกษาครั้งต่อไปควรคำนึงถึงความหลากหลาย (variability) ของตัวแปรที่ศึกษา โดยอาจเพิ่มแหล่งเก็บข้อมูลให้มีลักษณะหลากหลายด้วย รวมทั้งเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น และเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยหลักความน่าจะเป็น (probability sampling) เพื่อให้เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

FACTORS ASSOCIATED WITH MOTHER' PARTICIPATION IN CARE FOR HOSPITALIZED NEWBORNS

สุธาภินันท์ พรเลิศทวีกุล 5236557 NSPN/M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ทศนี ประสภิตติคุณ, Ph.D. (NURSING), พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, ประ.ค. (การพยาบาล)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ตามปกติแล้วการให้กำเนิดทารกเป็นเรื่องที่ตื่นเต้นและน่ายินดีของสมาชิกในครอบครัว แต่เมื่อทารกเกิดมาแล้วมีภาวะเจ็บป่วยเกิดขึ้นย่อมเป็นสถานการณ์ที่สมาชิกในครอบครัวไม่ได้คาดหวังมาก่อน ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกวิตกกังวลและมีความทุกข์ใจเกิดขึ้นมาทดแทน โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดาผู้ให้กำเนิดทารกอาจเกิดความรู้สึกสับสนระหว่างบทบาทเดิมของมารดาและบทบาทใหม่ที่เกิดขึ้นเมื่อบุตรเข้ารับการรักษาโรงพยาบาล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงบทบาทของมารดาอย่างไม่ได้มีการเตรียมตัวมาก่อนนี้ สามารถสร้างความเครียดเกิดขึ้นแก่มารดาได้ ซึ่งมีรายงานในประเทศไทยที่ศึกษาเรื่องนี้โดยตรงมานานมาแล้ว ได้แก่ การศึกษาของพรศิริ ใจสม (2536) ซึ่งทำการศึกษาความเครียดในบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ที่มีอายุระหว่าง 1 เดือน ถึง 15 ปี พบว่า การที่บุตรเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น ทำให้บทบาทบิดามารดามีการเปลี่ยนแปลงไป จากการเป็นผู้ที่สามารถให้การดูแลบุตรได้เอง เปลี่ยนเป็นผู้ที่ไม่สามารถให้การดูแลบุตรของตนได้ ซึ่งสร้างความเครียดเกิดขึ้นแก่บิดามารดาเป็นอย่างมาก

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดและการเปลี่ยนแปลงบทบาทของมารดาอย่างไม่ได้เตรียมมาก่อนนั้น อาจเป็นภาวะวิกฤตที่ส่งผลอย่างมากมายังต่อตัวเด็กและครอบครัว ผลจากการที่ทารกแรกเกิดต้องนอนรับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งมีความสำคัญต่อตัวเด็กมากคือ ภาวะถูกแยกจากมารดา หากทารกมีการเจ็บป่วยเรื้อรังยิ่งทำให้เกิดภาวะถูกแยกจากเป็นเวลานานจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาความรู้สึกไว้วางใจ (sense of trust) ต่อบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม และมีปัญหาพฤติกรรมตามมาภายหลัง (Erikson, 1963) นอกจากนี้ภาวะถูกแยกจากยังเป็นอุปสรรคสำหรับทารกในการได้รับนมแม่ (Souza, et al. 2008) และส่งผลให้ทารกจำเป็นต้องได้รับนมผสมร่วมด้วยหรือทดแทนนมแม่เพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ซึ่งอาจส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของความเจ็บป่วยตามมา โดยมีรายงานการศึกษาพบว่า ทารกที่ได้รับนมผสมมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่างกายทารกได้มากกว่าทารกที่ได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียว (Hylander, Strobino, & Dhanireddy, 1998) ส่วนผลจากการที่ทารกแรกเกิดต้องนอนรับการรักษาในโรงพยาบาลต่อมารดา ได้แก่ การขาดโอกาสใกล้ชิดบุตรตั้งแต่แรกเกิดและเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาความผูกพันที่มารดามีต่อทารก (bonding) ซึ่งมีรายงานการศึกษา พบว่า การสร้างความผูกพันระหว่างมารดาและทารกที่สร้างได้ไม่ดีหรือมีอุปสรรค มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าที่ระยะ 2 สัปดาห์ 6 สัปดาห์ และ 4 เดือนหลังคลอดของมารดา (Moehler, Brunner, Wiebel, Reck, & Resch, 2006; Reck, et al. 2006) นอกจากนี้การขาดโอกาสใกล้ชิดบุตรยังนำมาซึ่งความรู้สึกสูญเสียบทบาทของการเป็นมารดา จากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า การถูกแยกจากทารกตั้งแต่แรกเกิดอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยของทารกทำให้ผู้เป็นมารดาเกิดความรู้สึกที่ยากแก่การบรรยาย รู้สึกผิดที่ไม่สามารถดูแลบุตรของตนเองได้ และไม่ได้แสดงบทบาทความเป็นมารดาอย่างเต็มที่ (Wigert, Johansson, Berg, & Hellstrom, 2006) ยิ่งไปกว่านั้นมารดายังได้รับความคาดหวังว่าควรจะได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นบุคคลแรกที่สำคัญที่สุดในชีวิตของทารก

การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยและรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นการมีส่วนร่วมที่บิดามารดาปรารถนาจะปฏิบัติในการดูแลเด็กที่เป็นกิจวัตรประจำวัน การดูแลเด็กที่เป็นกิจกรรมพยาบาล การร่วมคิดและตัดสินใจในการดูแลเด็ก และการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับเด็ก (Schepp & Pai, 1995) ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีความสอดคล้องกับลักษณะสำคัญของปรัชญาการดูแลเด็กโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered care) ซึ่งในปัจจุบันเป็นนโยบายที่โรงพยาบาลทุกแห่ง ต้องการให้เกิดขึ้นเป็นอย่างมากในระบบการให้บริการสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมมารดาให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ไม่ใช่เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ง่าย มีรายงานการศึกษาของ จรัสศรี หินศิลป์ (2549) ระบุไว้ว่า

มารดาปรารถนามีส่วนร่วมดูแลทารก แต่ในทางปฏิบัติกลับได้มีส่วนร่วมน้อย ทั้งนี้อาจมีสาเหตุมาจาก สภาพความเจ็บป่วยของทารกที่รุนแรง จึงทำให้มารดาไม่กล้าที่จะช่วยพยาบาลดูแลทารกนอก จากนั้นบิดามารดา กลัวถูกปล่อยให้อำนาจกรรมการดูแลโดยลำพัง กลัวว่าบุตรจะได้รับความเจ็บปวด หรือได้รับอันตรายจากการดูแลของตน และบิดามารดา รู้สึกว่าหน้าที่การดูแลนั้นเป็นของพยาบาล (Coyne, 1995)

องค์ความรู้ในเรื่องของปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่มีความเจ็บป่วยขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดยังขาดความชัดเจน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า งานวิจัยเชิงคุณภาพส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในเด็กกลุ่มอายุอื่น ส่วนงานวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วย ได้แก่ อายุของมารดา (รุ่งทิพย์ วีระกุล, 2539; อุบล อสัมภินทรัพย์, 2540) การศึกษาของมารดา (Lee, Holditch-Davis, & Miles, 2007; รุ่งทิพย์ วีระกุล, 2539; อุบล อสัมภินทรัพย์, 2540) สถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา (บุญตา สุขวดี, 2545; Holditch-Davis, Schwartz, & Black, 2007) ความรุนแรงของโรค (Lee, et al. 2007; รุ่งทิพย์ วีระกุล, 2539; สิรินาตยา วงศ์वाल, 2551) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (รุ่งทิพย์ วีระกุล, 2539) รายได้ของครอบครัว (รุ่งทิพย์ วีระกุล, 2539; อุบล อสัมภินทรัพย์, 2540) ประสบการณ์การดูแลเด็กป่วยของผู้ปกครอง การได้รับความรู้เรื่องการให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของพยาบาล นโยบายของโรงพยาบาลในเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็ก (สิรินาตยา วงศ์वाल, 2551)

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นยังไม่อาจสรุปได้ชัดเจนว่า ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ เนื่องจากความแตกต่างกันของกลุ่มอายุเด็กป่วยและแนวคิดของการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยแม้จะเป็นการศึกษาใกล้เคียงกับสิ่งที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษามีปัจจัยอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยปัจจัยที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกมาเฉพาะปัจจัยผู้วิจัยสามารถนำมาจัดกระทำ (modifiable variables) ในเชิงของการปรับปรุงการปฏิบัติพยาบาล และนำมาเป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังเบื้องต้นได้ ซึ่งได้แก่ อายุของมารดา การศึกษาของมารดา การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล และสถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา โดยกรอบแนวคิดการวิจัยได้มาจากแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของ Schepp และ Pai (1995) และการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลบุตรเจ็บป่วย

ผลจากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นแนวทางการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลหรือโปรแกรมการพยาบาลที่จะช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเจ็บป่วย ให้มีความเป็นจริงมากขึ้นในทางปฏิบัติตามความต้องการของผู้เป็นมารดาเองและเป็นไปตามหลักของการดูแลเด็ก โดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของ อายุของมารดา การศึกษาของมารดา สถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา และการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

อายุของมารดา การศึกษาของมารดา สถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา และการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ มารดาของทารกแรกเกิดที่มีภาวะเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในห้องทารกแรกเกิดเจ็บป่วยของหอผู้ป่วยเด็ก 3 โรงพยาบาลชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 85 คน โดยผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ด้านมารดา คือ มารดามีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป คลอดบุตรผ่านทางช่องคลอด มารดามาเยี่ยมบุตรทุกวันติดต่อกันเป็นเวลา 5-7 วัน และสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้เข้าใจ ด้านทารกแรกเกิด คือ ทารกเข้ารับการรักษาในห้องทารกแรกเกิดเจ็บป่วย

ส่วนเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ด้านมารดา คือ มารดามีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น มีไข้ เต้านมอักเสบ และแผลฝีเย็บอักเสบ เป็นต้น ด้านทารกแรกเกิด คือ ทารกใส่ท่อหลอดลมคอ หรือ ใช้เครื่องช่วยหายใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 18 ข้อ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากประสบการณ์ทางคลินิกของผู้วิจัยร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเครื่องมือวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Shepp & Pai, 1995) โดยมีลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่ได้ทำหรือไม่เกิดขึ้น) ถึง 3 (ได้ทำมากที่สุดหรือเกิดขึ้นมากที่สุด)
3. แบบสอบถามสถานการณ์ก่อความเครียดของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วย โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่มารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วยของสุนทรี ภิญญอมิตร (2539) จำนวน 26 ข้อ มีลักษณะคำตอบ ตั้งแต่ 0 (ไม่เครียด) ถึง 4 (เครียดมากที่สุด) และไม่พบสถานการณ์ (ไม่คิดคะแนน)
4. แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ House (1981) จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 4 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามทั้ง 3 ชุดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .87, .91 และ .93 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

โครงร่างการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุดสายพยาบาลศาสตร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดย การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หากความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้เป็นมารดาจำนวน 85 คน โดยส่วนใหญ่หรือร้อยละ 77.6 มีอายุระหว่าง 20-34 ปี และร้อยละ 72.9 จบการศึกษาเทียบเท่าระดับมัธยมศึกษา นอกจากนี้มารดาเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 92.9) อยู่บ้านเดียวกันกับสามี และมีบุตรคนนี้เป็นคนแรก (ร้อยละ 67.1) อายุครรภ์เมื่อคลอดอยู่ระหว่าง 28-42 สัปดาห์ โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) มีอายุครรภ์ครบกำหนดคลอด คือ มีอายุครรภ์ระหว่าง 38-42 สัปดาห์

ข้อมูลส่วนบุคคลของบุตร พบว่าทารกส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.5) และมีอายุ 5 วัน (ร้อยละ 61.2) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.9) ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม หรือเฉลี่ย 2,677 กรัม (SD = 651.14) นอกจากนี้จำนวนบุตรคนก่อนที่เคยเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวน 18 คน (ร้อยละ 64.3)

ในการศึกษาคั้งนี้ ตัวแปรต้น คือ อายุของมารดา การศึกษาของมารดา สถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา และ การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล ตัวแปรตาม คือ การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (descriptive statistics) ซึ่งได้แก่ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของตัวแปรที่ศึกษา (n = 85)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	พิสัยคะแนนจริง	พิสัยคะแนนที่เป็นไปได้
อายุของมารดา (ปี)	25.79	6.00	-	-
จำนวนปีการศึกษาสูงสุดของมารดา	10.14	2.81	-	-
สถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา	1.79	0.84	0.27-3.57	0-4
การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล	3.01	0.52	1-4	0-4
การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดฯ	1.32	0.59	0.33-2.94	0-3

ก่อนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ผู้วิจัยได้ทดสอบการกระจายของข้อมูล โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า สถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล และ การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดฯ มีการกระจายแบบปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า มีเพียงตัวแปรเดียวที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล ($r=.336, p = .002$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันของตัวแปรที่ศึกษา (n = 85)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. อายุของมารดา	-				
2. การศึกษาของมารดา	-.256*				
3. สถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา	-.177	.179			
4. การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล	-.017	.100	.183		
5. การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดฯ	-.122	-.076	.016	.336**	-

* $p < .05$, ** $p < .01$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีเพียงตัวแปรเดียวที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล ซึ่งอาจอภิปรายผลได้ดังนี้

การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r =.336, p = .002$) อาจเนื่องมาจากมารดาได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลเรื่องการมีส่วนร่วมในการดูแลทารก มารดาจึงได้รับประโยชน์จากการสนับสนุนช่วยเหลือที่ได้รับจากพยาบาล ทำให้มารดามีกำลังใจ และมีความมั่นใจในการที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลทารก สอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (1991) ที่กล่าวว่าไว้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพหลายฉบับ ได้แก่ การศึกษาของ Coyne (1995) ที่พบว่า ปัจจัยที่ทำให้บิดามารดาไม่พร้อมที่จะมีส่วนร่วมดูแลบุตรป่วย คือ การสนับสนุนจากพยาบาลที่ไม่เพียงพอ ในเรื่องการอำนวยความสะดวก และการ

ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตร เป็นต้น ผลที่ตามมา คือ บิดามารดาบางรายเลือกที่จะไม่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรป่วยใน โรงพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาของ Neill (1996) ที่พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดา คือ การสนับสนุนจากพยาบาล ในเรื่องกรอำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ เช่น การจัดสภาพแวดล้อมให้บิดามารดาได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ และการจัดสถานที่สำหรับการเตรียมอาหารภายในหอผู้ป่วย เป็นต้น นอกจากนี้ผลการศึกษาของ Gasquoin (2005) จะช่วยทำให้เข้าใจมากขึ้นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลกับการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกที่เจ็บป่วยของมารดา พบว่า การกระทำของพยาบาลเพียงเล็กๆ น้อยๆ เช่น การยิ้มให้ การทักทาย ไปจนถึงการให้ข้อมูล การช่วยดูแลบุตร ความเข้าใจ และการให้กำลังใจ สามารถทำให้มารดารู้สึกอบอุ่น และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีมที่ต้องให้การดูแลบุตร จึงเกิดความกล้า ความเชื่อมั่นที่จะดูแลมากขึ้น ทำให้มารดาได้เข้ามามีบทบาทในกิจกรรมการดูแลบุตรมากขึ้นด้วย

อายุของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.122, p = .264$) อาจเนื่องมาจากมารดาทุกรายยังอยู่ในช่วงของ Taking - hold - phase หมายถึงช่วงระยะ 3 - 10 วันหลังคลอด ซึ่งเป็นระยะที่มารดาจะมีความกระตือรือร้นที่จะรับผิดชอบดูแลทารกอยู่แล้ว (Rubin, 1977) ด้วยเหตุนี้ไม่ว่ามารดาจะมีอายุมากหรือน้อยก็ย่อมมีความกระตือรือร้นที่จะรับผิดชอบดูแลทารก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาที่ทารกเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการศึกษาที่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรา ว่องวัฒนกุล (2552) ที่พบว่า อายุของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการแสดงบทบาทการเป็นมารดา และการศึกษาของ กิ่งฟ้า คลราสี (2544) ที่พบว่า อายุของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการแสดงบทบาทการเป็นมารดา

การศึกษาของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.076, p = .488$) สอดคล้องกับการศึกษา ของ จันทรา ว่องวัฒนกุล (2552) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการแสดงบทบาทการเป็นมารดา และการศึกษาของ นิลุบล รุจิรประเสริฐ (2539) พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการแสดงบทบาทการเป็นมารดาที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักรน้อย การไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษามารดากับการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกที่เจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจเนื่องมาจากความรู้สึกของความเป็นแม่ ที่มีความรัก ความห่วงใย และต้องการเข้าไปอยู่ใกล้ลูกดูแลลูก ไม่ว่ามารดาจะมีการศึกษามากหรือน้อยก็ตาม ย่อมมีความรู้สึกและความต้องการเช่นนี้ไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้อาจมีสาเหตุมาจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างมีความเป็นเอกพันธ์ (homogeneous) โดยพบว่า มารดาส่วนใหญ่ร้อยละ 72.9 มีการศึกษาเทียบเท่าระดับมัธยมศึกษา ซึ่ง

ถือว่ามิระดับการศึกษาที่เพียงพอในการที่จะสามารถเรียนรู้และทำความเข้าใจในเรื่องการมีส่วนร่วมดูแลทารกได้ไม่ยากนัก

สถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .016, p = .888$) ขัดแย้งกับการศึกษาของบุญตา สุขวดี (2545) ที่พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในมารดาวัยรุ่นแรก อาจเนื่องมาจาก มารดาวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่มีอารมณ์ไม่มั่นคง หงุดหงิด และวิตกกังวลง่าย เมื่อเจอสถานการณ์ก่อนความเครียดจึงอาจทำให้มารดาเกิดความเครียดได้ง่าย และเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะยังไม่สมบูรณ์ จึงอาจมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ไม่ดีเท่ากับมารดาผู้ใหญ่ที่มีอารมณ์มั่นคงและมีวุฒิภาวะสมบูรณ์ ด้วยเหตุนี้ผลการศึกษาที่ได้จึงขัดแย้งกันกับการศึกษาครั้งนี้ที่ส่วนใหญ่เป็นมารดาผู้ใหญ่ถึงร้อยละ 77.6 การไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ก่อนความเครียดและการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจเนื่องมาจากความรู้สึกรับผิดชอบแม่ย่อมต้องการทำทุกอย่างเพื่อลูกที่กำลังเจ็บป่วย ถึงแม้ว่ามารดาจะมีความเครียดมากหรือน้อยเพียงใด ด้วยความรู้สึกรับผิดชอบการเป็นแม่จึงทำให้เกิดความพยายามยื่นหยัดให้ได้และทำทุกอย่างเพื่อทารก ด้วยเหตุนี้การมีส่วนร่วมในการดูแลทารกของมารดาจึงไม่มีความแตกต่างกันตามสถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดา สอดคล้องกับการศึกษาของ ณิชฎิกา ปฐมอารีย์ (2551) ที่พบว่า การเจ็บป่วยของทารกส่งผลให้มารดาเกิดความรู้สึกรับผิดชอบไม่สามารถควบคุมตนเองได้ แต่มารดาพยายามที่จะยื่นหยัดเพื่อทารกและทำทุกอย่างในสิ่งที่พอทำได้เพื่อทารก เช่น การก่อกำเสาะหาน้ำกับนมที่ต่าง ๆ เพื่อให้ได้เข้าไปเยี่ยมและดูแลทารก จึงทำให้มารดาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ ยูนิ พงศ์จตุรวิทย์ (2548) ที่พบว่า เมื่อบุตรเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสถานการณ์ที่ส่งผลให้บิดามารดาเกิดความตึงเครียด และวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร แต่อย่างไรก็ตามบิดามารดาต้องการที่จะดูแลบุตรที่ป่วย จนทำให้เกิดกระบวนการ การทำทุกอย่างเพื่อลูกที่ป่วย ซึ่งเป็นเงื่อนไขที่ทำให้บิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่ป่วย

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติพยาบาล

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนความสำคัญของบทบาทพยาบาลในการพัฒนาการพยาบาลที่มีรูปแบบความช่วยเหลือมารดาอย่างหลากหลายวิธี สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมทางคลินิกและความต้องการของมารดาในการดูแลทารกที่เจ็บป่วยและรับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้การมีส่วนร่วมของมารดาได้เกิดขึ้นจริงในบริบทของการดูแล

ด้านการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเชิงทดลองโดยศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

นอกจากนี้จะสังเกตได้ว่าการศึกษานี้ ตัวแปรอายุของมารดา และการศึกษาของมารดา มีลักษณะของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างมีความเป็นเอกพันธ์ (homogeneous) จึงมีข้อเสนอแนะว่าในการศึกษาครั้งต่อไป ควรคำนึงถึงความหลากหลาย (variability) ของตัวแปรที่ศึกษา รวมทั้งเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น และเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยหลักความน่าจะเป็น (probability sampling) เพื่อให้เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร

FACTORS ASSOCIATED WITH MOTHERS' PARTICIPATION IN CARE FOR HOSPITALIZED NEWBORNS

SUTAPINUN PRONLERTTAVEEKUN 5236557 NSPN/M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: TASSANEE PRASOPKITTIKUN, Ph.D. (NURSING), PARNNARAT SANGPERM, Ph.D. (NURSING)

Extended Summary**Background and Significance of the Problem**

The birth of an infant is usually an exciting and happy event for family members. However, situations where infants are born with congenital diseases are not anticipated by family members, so such births cause anxiety and suffering instead, especially in mothers who may feel confused between their original maternal roles and new roles when newborns are hospitalized. This unprepared change in maternal roles can cause stress for new mothers. Reports in Thailand have directly addressed this issue long ago, e.g. the study of Pornsiri Jaisom (1993) who researched stress in parents with hospitalized children aged 1 month to 15 years in the Pediatric Patient Ward found that the fact that children were sick and hospitalized caused changes in parental roles from persons capable of caring for their children to persons unable to care for their children, thereby creating a great deal of stress for parents.

The hospitalization of newborns and unprepared maternal role changes may be a crisis with numerous impacts on newborns and families. One effect of hospitalization with great significance for newborns is separation from mothers. If newborns have chronic illnesses, they are separated from mothers for long periods of time which will have impacts on their development of sense of trust toward persons or environments and newborns will later have behavioral problems (Erikson, 1963).

Furthermore, separation is also an obstacle for newborns in receiving mothers' milk (Souza, et al., 2008), so newborns require formula milk supplements or replacements for mothers' milk in order to have sufficient amounts of milk for physical needs, which may cause complications with illnesses. Previous studies have found newborns who receive formula milk to be at greater risk for infections than newborns who receive only mothers' milk (Hylander, Strobino, & Dhanireddy, 1998). The effects of the hospitalization of newborns on mothers include lack of opportunity for close contact with newborns from birth and the hospitalization of newborns poses a significant obstacle to bonding with newborns. Previous studies have found poor bonding or bonding with obstacles between mothers and newborns to be related to depression at 2 weeks, 6 weeks and 4 months postpartum in mothers (Moehler, Brunner, Wiebel, Reck, & Resch, 2006; Reck, et al., 2006). Furthermore, lack of opportunities for close contact with newborns also leads to feelings of losing maternal roles. According to qualitative studies, separation from newborns due to the illnesses of newborns caused mothers to have feelings which were difficult to describe, guilt from being unable to care for newborns and inability to fully play roles of motherhood (Wigert, Johansson, Berg, & Hellstrom, 2006). Furthermore, mothers also have expectations that they should be able to participate in care for hospitalized newborns because mothers are the most important primary persons in the lives of infants.

Schepp and Pai (1995) explained that the participation of parents in the care of hospitalized newborns signifies a parental need to participate in the care of newborns' daily routines, the care of newborns in nursing activities, the thinking and making of decisions in the care of newborns and the exchange information regarding newborns Schepp and Pia, which is a concept concurrent with significant characteristics of the family-centered care philosophy. This philosophy is currently a policy hospitals everywhere want to take place the healthcare system. However, promotion of mothers' participation in care for hospitalized newborns is not easy. The study of Jaratsri Hinsin (2006) reported mothers to have desired to participate in the care of newborns, but only a small portion of mothers actually participated in practice due to the severity of the newborns' illness, so mothers do not dare to help nurses care for newborns. Furthermore, parents are afraid of being left to carry out activities alone. Parents are afraid that newborns will be hurt or harmed as a result of their care and

parents feel that the duty of providing care belongs to nurses (Coyne, 1995). The aforementioned report is unable to generate a definite pool of knowledge regarding factors associated with mothers' participation in care for hospitalized newborns.

The pool of knowledge on the topic of factors associated with or related to mothers' participation in caring for hospitalized newborns continues to lack clarity. According to the review of related literature, most qualitative studies have been found to be studies conducted in children of other age groups. In quantitative studies, some factors have been found to be related to mothers' participation in the care of newborns. such as mothers' age (Rungtip Wirakun, 1996; Ubon Asampinasap, 1997), mothers' education (Lee, Holditch-Davis, & Miles, 2007; Rungtip Wirakun 1996; Ubon Asampinasap, 1997), mothers' stressful situations (Boonta Sukawadee, 2002; Holditch-Davis, Schwartz, & Black, 2007), disease severity (Lee, et al., 2007; Rungtip Wirakun, 1996; Sirinattaya Wongwan, 2008), social support (Rungtip Wirakun, 1996), family income (Rungtip Wirakun, 1996; Ubon Asampinasap, 1997), parental experience in the care of sick children, nurses' education on the topic of parents' participation in the care of children and hospital policies on the topic of parents' participation in the care of children (Sirinattaya Wongwan, 2008).

According to the aforementioned studies, definite conclusions that the aforementioned factors were related to mothers' participation in care for hospitalized newborns have not been achieved due to differences in the age groups of sick children and the concept of mothers' participation in the care of sick children, regardless of the fact that the studies were similar to the researcher's interest for study. Therefore, the researcher is interested in studying the factors related to mothers' participation in care for hospitalized newborns. The factors studied in this study were selected by the researcher for only modifiable factors in terms of modifying nursing practices and using as data for initial monitoring, such as mothers' age, mothers' education, support from nurses and mothers' stressful situations. The findings of this study will become guidelines for the development of nursing activities or programs to promote mothers' participation in the care of sick newborns for greater practice according to the wishes of mothers and in concurrence with the philosophy of family-centered care.

Research Objectives

To study the correlations among mothers' age, mothers' education, mothers' stressful situations and support from nurses with mothers' participation in care for hospitalized newborns.

Research Hypothesis

Mothers' age, educational attainment, stressful situations and support from nurses are related to mothers' participation in care for hospitalized newborns.

Research Methodology

Population and Sample Group

The population of this study were hospitalized newborns in the Neonatal Care Unit, Pediatric Patient Ward 3, Chaiyaphum Hospital, Chaiyaphun Province. Eighty five mothers were recruited through convenience sampling. The inclusion criteria for mothers: being 18 years or older with normal delivery, having visited newborns for 5-7 consecutive days, being able to read and write Thai with comprehension. The inclusion criteria for the newborns: being sick and hospitalized and not on intubation or mechanical ventilation. Exclusion criteria for mothers: having postpartum complications (such as fevers, mastitis, stitches for a breast abscess).

Research Instrumentation

1. Personal data record form, developed by the research, was composed of 10 items.
2. The questionnaire on mothers' participation in care for hospitalized newborns was developed by the researcher based on her clinical experience in addition to the review of related research instruments. This 4-point rating scale of 18 items ranged from 0 ("never") to 3 ("occurred the most").
3. The questionnaire on mothers' stressful situations was modified from the questionnaire on factors causing stress in mothers with sick newborns, developed by Suntaree Pinyomit (1996). This 5-point rating scale of 26 items ranged from 0 ("not

stressfull”) to 4 (“most stressful”), and no score given for item marked with no situation encountered.

4. The questionnaire on support from nurses was developed by the researcher based on the concept of social support by House (1981). This 5-point rating scale of 20 items ranged from 0 (strongly disagree) to 4 (strongly agree).

Instrument Quality Test

All three sets of questionnaires were checked for their content validity by a panel of three qualified experts. Afterward the questionnaires were tested for the reliability on 10 mothers who had the same eligibility as the study subjects. The Cronbach’s alpha coefficients were .87, .91 and .93, respectively.

Data Collection

The study was approved by Mahidol University Institutional Review Board (Nursing) for the ethical consideration in research with human subjects.

Data Analysis

Data was analyzed by using frequency, percentage, mean and standard deviation for describing the study variables, and Pearson’s product moment correlation coefficient to determine the relationships among the variables.

Research Findings

The sample group for this study comprised 85 mothers, most of whom (77.6%) were aged 20-34 years and graduated at levels equivalent to the high school level (72.9%). Furthermore, nearly all of the mothers (92.9%) lived in the same home as husbands with the newborns being their firstborn (67.1%). The mothers had gestational ages of between 28-42 weeks at birth while most (60%) had full-term births or gestational ages of 38-42 weeks.

Concerning the personal data of the newborns, most of the infants were found to be males (56.5%) aged 5 days (61.2%). Most (65.9%) of the newborns had birth weights of more than or equal to 2,500 grams, or an average of 2,677 grams (S.D. = 651.14). In addition, 18 mothers had older children who were sick and hospitalized (64.3%).

In this study, independent variables comprised mothers' age, mothers' education, mothers' stressful situations and support from nurses. The dependent variables comprised mothers' participation in care for hospitalized newborns. The results of the analysis by descriptive statistics, which comprised ranges, mean values and standard deviation, are shown in Table 1.

Table 1: Mean Values, Standard Deviation and Range of Studied Variables (n = 85)

Variable	Mean Value	Standard Deviation	True Score Range	Possible Score Range
Mothers' Age (Years)	25.79	6.00	-	-
Mothers' Educational Attainment	10.14	2.81	-	-
Mothers' Stressful Situations	1.79	0.84	0.27-3.57	0-4
Support from Nurses	3.01	0.52	1-4	0-4
Mothers' Participation in Care for Newborns	1.32	0.59	0.33-2.94	0-3

Before analyzing the correlations between the variables, the researcher tested data distribution by using the Kolmogorov-Smirnov Test and found mothers' stressful situations, support from nurses and mothers' participation in care for hospitalized newborns to have normal distribution, which was in accordance with basic agreements in the use of statistics to analyze Pearson's Product Moment

Coefficient Correlation. According to the findings, only one factor was positively related to mothers' participation in care for hospitalized newborns with statistical significance, namely, support from nurses ($r = .336$, $p = .002$) as shown in Table 2.

Table 2: Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient of Studied Variables (n = 85)

Variables	1	2	3	4	5
1. Mothers' Age	-				
2. Mothers' Educational Attainment	-.256*				
3. Mothers' Stressful Situations	-.177	.179			
4. Support from Nurses	-.017	.100	.183		
5. Mothers' Participation in Care for Newborns	-.122	-.076	.016	.336**	-

* $p < .05$, ** $p < .01$

Discussion of the Findings

According to the findings of this study, only one variable was found to be related with statistical significance, i.e. support from nurses. The researcher presents the discussion of the findings as follows:

Support from Nurses was positively related to mothers' participation in care for newborns with statistical significance ($r = .336$, $p = .002$), possibly because mothers received support from nurses on the issue of participation in the care of newborns. Therefore, the mothers benefited from support from nurses, so they had encouragement and confidence in participating in care for newborns. This finding concurred with the concept of Orem (1991) who stated that social support was a source of benefit for persons, which was a basic factor with influence on capabilities in caring for dependent persons. The findings were also consistent with several

qualitative studies, such as the study of Coyne (1995) who found factors preventing parents from being ready to participate in the care of sick children to include insufficient support from nurses in terms of convenience and childcare education, etc. The result was that some parents chose to not participate in the care of sick children in hospitals, which was concurrent with the study of Neill (1996) who found a significant factor promoting parents' participation to be support from nurses on the issue of providing various aspects of convenience, such as organizing environments for parents to rest sufficiently and preparations of cooking facilities in patient wards, etc. Furthermore, the findings of Gasquoine (2005) helped create greater understanding of the correlations between support from nurses and mothers' participation in the care of sick newborns. The findings of the study conducted by Gasquoine found small actions of nurses, such as smiling, greeting, providing information, helping to care for children, understanding and encouragement to make mothers to feel warm and part of a team that must provide care for children, which in term instill bravery and confidence in providing care while also causing mothers to have greater participation in the care of newborns.

Mothers' Age was not related to mothers' participation in care for newborns with statistical significance ($r = -.122$, $p = .264$), possibly because all of the mothers remained in the taking-hold-phase, which referred to the phase of 3-10 days postpartum. This phase is a phase where mothers will have enthusiasm in taking responsibility for the care of newborns (Rubin, 1977). For this reason, the mothers were eager to take responsibility in care for newborns regardless of age, especially at times when newborns were sick and hospitalized. The findings were consistent with the studies of Jantara Wongwattanakun (2009) and Kingfa Donrasi (2001) who found mothers' age to not be related to the expression of maternal roles.

Mothers' Educational Attainment was not found to be related to mothers' participation in care for hospitalized newborns with statistical significance ($r = -.076$, $p = .488$), which was consistent with the study of Jantara Wongwattanakun (2009) who found educational attainment to not be related to expression of maternal roles and the study of Nilubon Rujiraprasert (1996) who found educational attainment to not be related to expression of maternal roles in mothers who gave birth to underweight newborns. The fact that no relationships between mothers' educational

attainment and participation in care for hospitalized newborns were found may be due to the feelings of mothers who loved, had concern for newborns and wished to be near newborns in order to provide care, regardless of educational attainment. Moreover, the findings may have been caused by the homogeneous characteristics of the sample group. Most of the mothers (72.9%) were found to have received educational attainments equivalent to the high school level, which was considered sufficient for learning and understanding participation in care for newborns without much difficulty.

Mothers' Stressful Situations were not related to mothers' participation in care for hospitalized newborns with statistical significance ($r = .016$, $p = .888$), which did not concur with the study of Boonta Sukawadee (2002) who found stress to be negatively related to expression of maternal roles in first-time mothers, possibly because adolescent mothers have unstable emotions and are easily irritated or anxious. Therefore, confrontation with stressful situations may easily cause mothers to experience stress and, as the mothers were at an age with incomplete maturity, they may not have performed behaviors for the care of dependent persons as well as adult mothers with stable emotions and full maturity. For these reasons, the findings obtained conflicted with this study which had a sample group comprised primarily of adult mothers (77.6%). Lack of correlations between stressful situations and mothers' participation in care for hospitalized newborns may have been caused by the feelings of mothers who wanted to do anything for sick children, regardless of stress. Maternal instincts caused mothers to exert efforts to remain steadfast and do anything they could for the sick newborns. Therefore, mothers' participation in care for newborns was not different according to mothers' stressful situations, which was concurrent with the study of Nattika Patomaree (2008) who discovered the illnesses of newborns to cause maternal stress to the point that mothers were unable to control themselves. However, mothers made efforts to remain steadfast for the sake of their newborns and did what they could for their newborns, e.g. confronting fears to visit and provide care for newborns and getting mothers to participate in care for newborns. This finding also concurred with the study of Yune Pongchaturawit (2005) who found that situations where children were sick and hospitalized were situations which caused stress and anxiety regarding the illnesses of children to parents. Nevertheless, continued in their desire to care for their sick children, which led to the process of doing anything they

could for their sick children, which was a condition leading parents to participate in care for sick children.

Recommendations

Nursing Practice

In routine nursing practice, nurses already provide help for mothers in various aspects. However, the study findings support the significance of nursing roles in developing nursing interventions that are congruent with clinical environment and meet needs of the mothers in care for their hospitalized newborns. The interventions should support mothers in a variety of ways so that the desired participation becomes the actual one.

Nursing Research

An experimental research is suggested to be further study the effects of a nursing support program on the mothers' participation in the care of hospitalized newborns.

In addition, it should be noted that the mothers' age and years of education were homogeneous in this group. For a future study, more heterogeneity of the sample, larger sample size, and probability sampling technique are recommended.

In addition, it should be noted that the variables of mothers' age and mothers' educational attainment had homogeneous characteristics, thereby prompting the recommendation that future studies should consider the variability of the variables studied, including increased sample group sizes, while sample groups should be selected by probability sampling in order to be good representations of the population.

บรรณานุกรม

- กมลเนตร ไร่ชานาญ. (2546). ผลของการให้มารดามีส่วนร่วมซึ่งกันและกันกับพยาบาลในการดูแลบุตรที่เกิดก่อนกำหนดต่อความเครียดของมารดา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2552). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2552. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กิ่งฟ้า ดลราชสี. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและการแสดงบทบาทมารดาในมารดาที่บุตรแยกจากหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรัสศรี หินศิลป์. (2549). การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทร์ธา ว่องวัฒนกุล. (2552). อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม ต่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดาที่ทารกแรกเกิดมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการส่องไฟ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชุตีวรรณ ล่วงพันธ์. (2545). ผลของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงกับโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ต่อการลดความเครียดของมารดาที่คลอดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ณัฐิกา ปฐมอารีย์. (2551). การมีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดในหออภิบาลทารกแรกเกิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดาราวรรณ กำเสียงใส. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ ประสบกิตติคุณ. (2552). แนวคิดที่สำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก. ใน บุญเพียร จันทวัฒนา, พองคำ ดิลกสกุลชัย, บัญจรงค์ สุขเจริญ, วิไล เลิศธรรมเทวี, และศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์ (บรรณาธิการ), ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 1 (หน้า 217-233). กรุงเทพฯ: พีริ-วัน.

- นิลกุล รุจิรประเสริฐ. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับการแสดงบทบาทการเป็นมารดาที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญตา สุขชาติ. (2545). ความเครียดและการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปัทมกร สิงห์กล้า. (2550). ผลของการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมซึ่งกันและกันของมารดาต่อความเครียดและบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะวิกฤติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรศิริ ใจสม. (2536). ความเครียดและกลวิธีเผชิญความเครียดของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุณี พงศ์ตุรวิทย์. (2548). การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กเล็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุขุภัณฑ์บัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุ่งทิพย์ วีระกุล. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหาลัสซีเมีย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โรงพยาบาลชัยภูมิ. (2551). ทะเบียนสถิติหอผู้ป่วยเด็ก 3 ตุลาคม 2550 – กันยายน 2551.
- โรงพยาบาลชัยภูมิ. (2552). ทะเบียนสถิติหอผู้ป่วยเด็ก 3 ตุลาคม 2551 – กันยายน 2552.
- วิลาวัณย์ กล้าแรง. (2553). แนวคิดและหลักการพยาบาลมารดา ทารก และครอบครัว. ใน วรรณรัตน์ จงเจริญยานนท์ (บรรณาธิการ), การพยาบาลสูติศาสตร์ (หน้า 31-33). กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- สิรินาถยา วงศ์वाल. (2551). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลันและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนทรี ภิญญอมิตร. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการปรับตัวด้านจิตใจของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุบล อสัมภินทรัพย์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- Ahmann, E., & Johnson, B. H. (2000). Family-centered care: Facing the new millennium. *Pediatric Nursing, 26*, 87-90.
- Arnstein, S. A. (1969). Ladder of citizen participation in the USA. *Journal of the American Institute of Planners, 35*(4), 216-224.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment (Vol. 1)*. New York: Basic.
- Boyar, D. C. (1983). Compliance and participation concept in nursing practice. *Washington State Journal of Nursing, 54*(2), 31-34.
- Brownlea, A. (1987). Participation myths, realities and prognosis. *Social Science and Medicine, 25*(6), 605-614.
- Cohen, J. (1992). *A power primer. Psychological Bulletins, 112*, 155-159.
- Coyne, I. T. (1995). Partnership in care parents' views of participation in their hospitalized child's care. *Journal of Clinical Nursing, 4*, 71-79.
- Coyne, I. T. (1996). Parent participation: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 23*, 733-740.
- Curley, M. A. (1988). Effects of the nursing mutual participation model of care on parental stress in the pediatric intensive care unit. *Heart-Lung, 17*(6), 682-688.
- Eberly, T. W., Miles, M. S., Carter, M. C., Hennessey, J., & Riddle, I. (1985). Parental stress after the unexpected admission of a child to the intensive care unit. *Critical Care Quarterly, 8*(1), 57-65.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Frank, L. S., & Spencer, C. (2003). Parent visiting and participation in infant caregiving activities in a neonatal unit. *Birth, 30*(1), 31-35.
- Gasquoine, S. E. (2005). Mothering a hospitalized child: It's the 'little things' that matter. *Journal of Child Health Care, 9*(3), 189-195.
- Holditch-Davis, D. H., Schwartz, T., Black, B., & Scher, M. (2007). Correlates of mother-premature interactions. *Research in Nursing & Health, 30*, 333-346.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Hylander, M. A., Strobino, D. M., & Dhanireddy, R. (1998). Human milk feedings and infection among very low birth weight infants. *Pediatrics, 102*(3), 1-6.

- Karan, S., & Rao, S. S. (1983). Benefits of early maternal participation in care of low birth weight infants leading to early discharge. *Journal of Tropical Pediatrics*, 29, 115-118.
- Kawik, L. (1996). Nurses' and parents' perceptions of participation and partnership in caring for hospitalized child. *British Journal of Nursing*, 5(7), 430-437.
- Kirkpatrick, B. (1989). *Roget's thesaurus of english words and phrases*. Longman: Kent.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H., & Klaus, P. H. (1995). *Bonding*. London: Cedar.
- Kristensson-Hallstrom, I. (1999). Strategies for feeling secure influence parents' participation in care. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 586-592.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lee, T. Y., Davis, D. H., & Miles, M. S. (2007). The influence of maternal and child characteristics and paternal support on interactions of mothers and their medically fragile infants. *Research in Nursing & Health*, 30, 17-30.
- Martinez, J. G., Fonseca, L. M. M., & Scochi, C. G. S. (2007). The participation of parents in the care of premature children in a neonatal unit: Meanings attributed by the health team. *Revista Latino-Americana de Enfermagem Latin American Journal of Nursing*, 15(2), 239-246.
- Miles, M. S., Burchinal, P., Holditch-Davis, D., Brunssen, S., & Wilson, S. M. (2002). Perceptions of stress, worry, and support in black and white mothers of hospitalized, medically fragile infants. *Journal of Pediatric Nursing*, 17(2), 82-88.
- Miles, M. S., Carlson, J., & Brunssen, S. (1999). The nurse parent support tool. *Journal of Pediatric Nursing*, 14(1), 44-50.
- Miles, M. S., & Carter, M. C. (1985). Coping strategies used by parents during their child's hospitalization in an intensive care unit. *Children's Health Care*, 14(1), 14-21.
- Ministry of Health. (1959). *The welfare of children in hospital (the platt report)* HMSO, London.
- Moehler, E., Brunner, R., Wiebel, A., Reck, C., & Resch, F. (2006). Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. *Archive Womens Mental Health*, 9, 273-278.
- Montigny, F. D., & Lacharete C. (2008). Modeling parents and nurses' relationships. *Western Journal of Nursing Research*, 30(6), 743-758.
- Neill, S. (1996). Parent participation. *British Journal of Nursing*, 5(1), 34-40.

- Nethercott, S. (1993). A concept for all the family, family-centred care a concept analysis. *Professional Nurse*, 8(12), 794-797.
- Orem, D. E. (1985). *Nursing concepts of practice*. New York: McGraw-Hill Book.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing concepts of practice (4th ed.)*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Partridge, J. C., Martinez, A. M., Nishida, H., Boo, N. Y., Tan, K. W., & Yeung, C. Y. et al. (2005). International comparison of care for very low birth weight infants parents' perceptions of counseling and decision-making. *Pediatrics*, 116(2), 263-271.
- Pike, S. (1989). Family participation in the care of central venous lines. *Nursing*, 3(38), 22-25.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing reserarch principles and methods (7th ed.)*. Philadephia: Lippincott williams & Wilkins.
- Pongjaturawit, Y., & Harrigan, R. C. (2003). Parent participation in the care of hospitalized child in thai and western cultures. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 26, 183-199.
- Prasopkittikun, T. (2003). A Concept analysis of parent participation. *Thai Journal of Nursing Research*, 7(1), 73-81.
- Rautava, P., Lehtonen, L., Helenius, H., & Sillanpaa, M. (2003). Effect of newborn hospitalization on family and child behavior: A 12-year follow-up study. *Pediatrics*, 111(2), 277-283.
- Reck, C., Kiier, C. M., Pabst, K., Stehie, E., Steffenelli, U., Struben, K., et al. (2006). The German version of the postpartum bonding instrument: Psychometric properties and association with postpartum depression. *Archive Womens Mental Health*, 9, 265-271.
- Rodgers, B. L. (1989). Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: The evolutionary cycle. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 330-335.
- Rubin, R. (1977). Binding-in in the pospartum period. *Maternal-Child Nursing Journal*. 6(2), 67-75.
- Sainsbury, C. P. Q., Gray, O. P., Cleary, J., Davies, M., & Rolandson, P. H. (1986). Care by parents of their children in hospital. *Archives of Disease in Childhood*, 61, 612-615.
- Schepp, K. G. (1991). Factors influencing the coping effort of mothers of hospitalized children. *Nursing Research*, 40(1), 42-46.
- Schepp, K. G. (1992). Correlates of mother who prefer control over their hospitalized children's care. *Journal of Pediatric Nursing*, 7(2), 83-89.

- Schepp, K. G., & Pai, J. (1995). *Psychometric assessment of the preferred participation scale for parent of hospitalized children*. Unpublished manuscript, University of Washington, School of Nursing, Seattle, WA.
- Schepp, K. G., & Clark, D. (1993). Parental differences between preferred and actual control over child's care. *Communicating Nursing Research*, 26(1), 204-216.
- Souza, E. L., Silva, L.R., Sa, A. C. S., Bastos, C. M., Diniz, A. B., & Mendes, C. M. C. (2008). Impact of hospitalization on breastfeeding practices in a pediatric hospital in Salvador, Bahia State, Brazil. *Cadernos de Saude Publica, Rio de Janeiro*, 24(5), 1,062-1,070.
- Tran, C., Medhurst, A., & Connell, B. O. (2009). Support needs of parents of sick and/or preterm infants admitted to a neonatal unit. *Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing*, 12(2), 12-17.
- Varricchio, C. G. (1982). The process of influencing decisions. *Nursing Administration Quarterly*, 6(44), 8-15.
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (1995). *Strategies for theory construction in nursing*. Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Webb, N., Hull, D., & Madeley, R. (1985). Care by parents in hospital. *British Medical Journal*, 291, 176-177.
- Wigert, H., Johansson, R., Berg, M., & Hellstrom, A. L. (2006). Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20, 35-41.
- Wigert, H., Berg, M., & Hellstrom, A. L. (2007). Health care professionals' experiences of parental presence and participation in neonatal intensive care unit. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2, 45-54.
- Wigert, H., Hellstrom, A. L., & Berg, M. (2008). Conditions for parents' participation in the care of their child in neonatal intensive care – a field study. *BioMed Central Pediatrics*. Retrieved May, 31, 2010, From <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/8/3>.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ประกอบไปด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล
3. แบบสอบถามสถานการณ์ก่อนความเครียดของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วย
4. แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

วันที่สัมภาษณ์.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลของมารดา

1. อายุ.....ปี (คำนวณโดยใช้ พ.ศ. ของวันที่สัมภาษณ์ลบด้วย พ.ศ. ที่มารดาเกิด)
2. การศึกษาสูงสุด.....
3. สถานภาพสมรส
 - อยู่กินกับสามี (อยู่บ้านเดียวกัน)
 - แยกกันอยู่ เนื่องจาก.....
4. จำนวนบุตร.....คน
5. อายุครรภ์ของการตั้งครรภ์ครั้งนี้.....สัปดาห์
6. ลำดับที่การเกิดของบุตรคนนี้.....
7. (กรณีมีบุตรมากกว่า 1 คน) บุตรคนก่อนๆ เคยเจ็บป่วยและต้องนอนรับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่
 - เคย อยู่โรงพยาบาลนาน.....วัน
 - ไม่เคย

ข้อมูลของทารก

8. เพศ ชาย หญิง
9. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... (วันที่สัมภาษณ์ทารกมีอายุ.....วัน)
10. น้ำหนักแรกเกิด.....กรัม

แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาใน โรงพยาบาล

คำชี้แจง

ตอนที่ 1

ข้อความต่อไปนี้เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลลูกของท่านขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล กิจกรรมที่ระบุท่านอาจไม่ได้ทำ หรือได้ทำสม่ำเสมออย่างน้อยแตกต่างกันในแต่ละครั้งที่เข้าเยี่ยมลูกหรือแต่ละครั้งที่มีเหตุการณ์ตามที่ระบุเกิดขึ้น ขอให้ท่าน กาเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง

กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร เมื่อมาเยี่ยมบุตร	ไม่ได้ทำ	ได้ทำ บางครั้ง	ได้ทำ บ่อยครั้ง	ได้ทำ ทุกครั้ง
1. ฉันพูดคุย สัมผัส / จับตัว มือ เท้า หรือกอดลูก				
2.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
8. ฉันอยู่ใกล้ๆ และคอยปลอบลูกไม่ให้ ตื่นเวลาที่ลูกได้รับการตรวจ รักษาพยาบาลจากแพทย์ หรือพยาบาล เช่น ตอนเจาะเลือด ขณะแทงเข็มให้ น้ำเกลือ เป็นต้น				

ตอนที่ 2

ข้อความต่อไปนี้เป็นเหตุการณ์เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลลูกของท่านขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล เหตุการณ์เหล่านี้อาจไม่เกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นสม่ำเสมอแตกต่างกัน ขอให้ท่านกาเครื่องหมาย ในช่องคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง

กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร เมื่อมาเยี่ยมบุตร	ไม่เกิดขึ้น	เกิดขึ้น บางครั้ง	เกิดขึ้น บ่อยครั้ง	เกิดขึ้น ทุกครั้งหรือ เป็นประจำ
9. ฉันได้ร่วมตัดสินใจกับแพทย์ในเรื่อง เกี่ยวกับการตรวจรักษาลูก				
10.				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
18. ฉันได้รับการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยของลูก				

แบบสอบถามสถานการณ์ก่อความเครียดของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วย

คำชี้แจง

ข้อความต่อไปนี้ เป็นสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในห้องทารกแรกเกิดเจ็บป่วย สถานการณ์เหล่านี้ อาจทำให้ท่านรู้สึกเครียด หรือรู้สึกไม่สบายใจมากน้อยต่างกัน กรุณาเลือกคำตอบ ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียง 1 คำตอบ โดยกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงกับ ความเป็นจริงและถ้าหากท่านไม่พบสถานการณ์ที่ระบุ กรุณากาเครื่องหมาย ✓ ในช่อง “ไม่ สถานการณ์”

สถานการณ์ที่ท่านพบเมื่อเข้ามาดูแล บุตรในห้องทารกแรกเกิดเจ็บป่วย	ความรู้สึกต่อสถานการณ์					ไม่พบ สถานการณ์
	ไม่ เครียด	เครียด เล็กน้อย	เครียด ปาน กลาง	เครียด มาก	เครียด มาก ที่สุด	
1. ฉันเห็นทารกคนอื่นๆที่เจ็บป่วย นอนอยู่ภายในห้อง						
2.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
26. พยาบาลเข้ามาพูดคุยกับฉันหลาย คนไม่ซ้ำหน้ากัน						

แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล

คำชี้แจง

ข้อความแต่ละข้อต่อไปนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลขณะที่
 ลูกของท่านเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความช่วยเหลือดังกล่าวท่านอาจไม่ได้รับ หรือได้รับมาก
 น้อยต่างกัน ขอให้ท่านกาเครื่องหมาย ในช่องคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง

การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. พยาบาลช่วยให้ฉันเข้าใจในแผนการรักษา และการพยาบาลที่ลูกกำลังจะได้รับ					
2.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
20. พยาบาลให้การดูแลลูกของฉันได้อย่าง คล่องแคล่วและชำนาญ					

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ได้แก่

1. อาจารย์ ดร.สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง
ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล ชีระรังสิกุล
กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. นางสาวพัชรินทร์ ยศเทียม
พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด
โรงพยาบาลศิริราช

ภาคผนวก ก

การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน



COA.No.MU-IRB (NS) 2011/102.1708

Documentary Proof of Mahidol University Institutional Review Board (Nursing)

Title of Project: FACTORS ASSOCIATED WITH MOTHERS' PARTICIPATION IN CARE FOR HOSPITALIZED NEWBORNS.

Project Number: MU-IRB (NS) 2011/16.0107 *วันที่ 29/8/2011*

Principle Investigator: Miss Sutapinun Pronloettaveekun

Name of Institution: Faculty of Nursing Mahidol University

Approval includes

- 1) MU-IRB (NS) Submission form version received date 17 August 2011
- 2) Participant Information sheet version date 17 August 2011
- 3) Consent form for version date ~~17 June 2011~~ 17 August 2011 *วันที่ 29/8/2011*
- 4) Questionnaire version received date 17 August 2011

Mahidol University Institutional Review Board (Nursing) is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Approval: 17 August 2011

Date of Expiration: 16 August 2012

Signature of Chair:

Pornsri Sriussadaporn.

(Associate Professor Pornsri Sriussadaporn)

Chair

Signature of Dean, Faculty of Nursing

Fongcum Tilokskul

(Associate Professor Dr. Fongcum Tilokskulchai)

Dean, Faculty of Nursing

Office of Mahidol University Institutional Review Board (Nursing) Room 502 Faculty of Nursing,
2 Phrannok Road, Bangkok 10700, THAILAND Tel: (662)-419-7466-80 Ext. 1500, 1503

ภาคผนวก ง

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการทดสอบการกระจายของข้อมูล โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า ตัวแปรสถานการณ์ก่อความเครียดของมารดา ตัวแปรการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล และ ตัวแปรการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดฯ มีการกระจายแบบปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ดังแสดงในตาราง

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		mom's age	mom's education	mean stress	mean support	mean participation
N		85	85	85	85	85
Normal Parameters ^a	Mean	25.79	10.14	1.7868	3.0129	1.3183
	Std. Deviation	6.004	2.812	.84008	.52231	.59517
Most Extreme Differences	Absolute	.158	.216	.088	.060	.105
	Positive	.158	.187	.088	.060	.105
	Negative	-.097	-.216	-.064	-.058	-.062
Kolmogorov-Smirnov Z		1.459	1.994	.813	.553	.971
Asymp. Sig. (2-tailed)		.028	.001	.523	.920	.303

a. Test distribution is Normal.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล	สุธาภินันท์ พรเลิศทวีกุล
วัน เดือน ปีเกิด	1 กันยายน พ.ศ. 2516
สถานที่เกิด	จังหวัดชัยภูมิ ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2534-2536 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (ระดับต้น) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพ พ.ศ. 2545-2547 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีชลบุรี พ.ศ. 2552-2555 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก) มหาวิทยาลัยมหิดล
ทุนการศึกษา/ทุนวิจัย/รางวัลที่ได้	-
การเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ	-
ที่อยู่ปัจจุบัน	299/168 หมู่ 7 ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ โทรศัพท์ 0877795091 E-mail: sutapinun_01@hotmail.com
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ หอผู้ป่วยเด็ก 3 โรงพยาบาลชัยภูมิ โทรศัพท์ (044) 811005-8 ต่อ 1415