

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของทารกเกิดก่อนกำหนด
- 1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด
- 1.3 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด

ทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด จำนวน 88 ราย พบว่าร้อยละ 44.3 และ 42.1 มีอายุครรภ์แรกเกิด 33-36 สัปดาห์ และ 29-32 สัปดาห์ ตามลำดับ ร้อยละ 46.6 มีอายุหลังเกิดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 วัน ร้อยละ 29.5 และร้อยละ 28.4 มีน้ำหนักปัจจุบัน 1,501-2,000 กรัม และ 1,001-1,500 กรัม ตามลำดับ ร้อยละ 44.3 มีระยะเวลาที่ได้รับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 วัน ร้อยละ 78.4 มีความผิดปกติอื่นๆร่วมด้วย โดยร้อยละ 39.8 มีความผิดปกติร่วมด้วยหนึ่งอย่าง ในเรื่องของการหายใจพบว่า ร้อยละ 39.8 หายใจเองไม่ได้ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และร้อยละ 23.9 หายใจได้เองโดยได้รับออกซิเจน ทารกทุกรายใช้อุปกรณ์การแพทย์

โดยร้อยละ 23.9 ทารกใช้เครื่องช่วยหายใจ ร่วมกับตู้ Infusion pump และสายยางให้อาหาร ร้อยละ 73.8 ได้รับนมโดยให้ทางสายยางด้วยการแวน syringe ให้นมไหลตามแรงโน้มถ่วงของโลกและการใช้ syringe pump นอกจากนี้ทารกส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95.4) ได้รับยา โดยร้อยละ 61.4 ได้รับยาด้วยวิธีการ IV push ร่วมกับการ IV drip ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด จำแนกตามอายุครรภ์แรกเกิด อายุหลังเกิด น้ำหนักปัจจุบัน ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด การวินิจฉัยโรคปัจจุบัน ลักษณะการหายใจ อุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ปัจจุบัน วิธีการได้รับสารอาหาร และวิธีการได้รับยา ($n = 88$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุครรภ์แรกเกิด		
25-28 สัปดาห์	12	13.6
29-32 สัปดาห์	37	42.1
33-36 สัปดาห์	39	44.3
(Range = 25–36 สัปดาห์, \bar{X} = 32 สัปดาห์, SD = 2.9)		
อายุหลังเกิด (วัน)		
≤ 10 วัน	41	46.6
11-20 วัน	26	29.5
21-30 วัน	8	9.1
31-40 วัน	6	6.8
41-50 วัน	3	3.4
> 50 วัน	4	4.5
(Range = 3-148 วัน, \bar{X} = 19 วัน, SD = 22)		
น้ำหนักปัจจุบัน		
≤ 1000 กรัม	8	9.1
1001-1500 กรัม	25	28.4
1501-2000 กรัม	26	29.5
2001-2500 กรัม	16	18.2
2501-3000 กรัม	7	8.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
3001-3500 กรัม	5	5.7
> 3500 กรัม	1	1.1
(Range = 520-3,670 กรัม, \bar{X} = 1796 กรัม, SD = 646)		
ระยะเวลาที่รักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด		
≤ 10 วัน	39	44.3
11-20 วัน	24	27.3
21-30 วัน	10	11.4
31-40 วัน	9	10.2
41-50 วัน	3	3.4
> 50 วัน	3	3.4
(Range = 2-143 วัน, \bar{X} = 29 วัน, SD = 2.9)		
การวินิจฉัยโรคปัจจุบัน		
การเกิดก่อนกำหนด	19	21.6
การเกิดก่อนกำหนดร่วมกับโรคอื่นๆ ร่วมด้วย	69	78.4
ความผิดปกติร่วมด้วย 1 อย่าง (RDS Birth asphyxia Sepsis)	35	39.8
ความผิดปกติร่วมด้วย 2 อย่าง (RDS และ Sepsis Sepsis และ Hyperbilirubinemia)	17	19.3
ความผิดปกติร่วมด้วย 3 อย่างขึ้นไป (RDS PDA และ PPHNRDS Sepsis DIC Pulmonary atresia VSD PDA และ Left IVH)	17	19.3
ลักษณะการหายใจ		
หายใจเองไม่ได้ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ	35	39.8
หายใจได้เองโดยได้รับออกซิเจน (O ₂ canular)	21	23.9
หายใจได้เองโดยไม่ได้รับออกซิเจน	32	36.3
อุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ในปัจจุบัน		
เครื่องช่วยหายใจ ตู้อบ Infusion pump เครื่องบันทึกสัญญาณชีพ	21	23.9
เครื่องวัดค่าความอืดตัวของออกซิเจนในเลือด และสายยางให้อาหาร		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เครื่องช่วยหายใจ ตู้อบ Infusion pump เครื่องบันทึกสัญญาณชีพ	10	11.4
เครื่องวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด สายยางให้อาหาร และเครื่องส่องไฟรักษาตัวเหลือง		
เครื่องช่วยหายใจ ตู้อบ Infusion pump เครื่องบันทึกสัญญาณชีพ	4	4.5
เครื่องวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดและGastrostomy tube		
O ₂ Canular ตู้อบ Infusion pump เครื่องบันทึกสัญญาณชีพ เครื่องวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด และสายยางให้อาหาร	2	2.3
O ₂ Canular ตู้อบ Infusion pump เครื่องบันทึกสัญญาณชีพ	19	21.6
เครื่องวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด สายยางให้อาหาร และเครื่องส่องไฟรักษาตัวเหลือง		
ตู้อบ Infusion pump เครื่องบันทึกสัญญาณชีพ เครื่องวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด และสายยางให้อาหาร	18	20.6
ตู้อบ Infusion pump สายยางให้อาหาร เครื่องบันทึกสัญญาณชีพ	4	4.5
เครื่องวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด และเครื่องส่องไฟรักษาตัวเหลือง		
Infusion pump เครื่องบันทึกสัญญาณชีพ เครื่องวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด และสายยางให้อาหาร	10	11.4
วิธีการได้รับนม		
ได้รับอาหารทางสายยาง	65	73.8
การเขวน syringe ให้นมไหลตามแรงโน้มถ่วงของโลก	31	35.2
การ drip โดยใช้ Syringe pump	34	38.6
ได้รับอาหารทางปากด้วยการใช้หลอดหยดหรือถ้วยป้อน	16	18.1
ไม่ได้รับอาหารทางปาก (NPO)	7	7.9
วิธีการได้รับยา		
ไม่ได้รับยา	4	4.5
ได้รับยา	84	95.4
ได้รับยา IV push IV drip ยารับประทาน และยาพ่น	1	1.1
ได้รับยา IV push IV drip และยารับประทาน	20	22.7
ได้รับยา IV push และ IV drip	54	61.4
ได้รับยารับประทานอย่างเดียว	9	10.2

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด

มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย พบว่าร้อยละ 87.5 มีอายุมากกว่า 18 ปี โดยร้อยละ 34.1 มีอายุระหว่าง 19-24 ปี มารดาร้อยละ 38.7 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมา คือ ร้อยละ 21.6 และ 19.3 มีการศึกษาระดับอาชีวศึกษาและปริญญาตรี ตามลำดับ ในเรื่องอาชีพ พบว่ามารดาร้อยละ 29.5 มีอาชีพรับจ้าง และร้อยละ 27.3 เป็นแม่บ้าน ร้อยละ 47.7 และ 21.6 มีรายได้ครอบครัวอยู่ในช่วง 5001-10,000 บาท/เดือน และน้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ตามลำดับ ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสแต่งงาน (ร้อยละ 83) ร้อยละ 51.1 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 67 มีทารกชายนี้เป็นบุตรคนแรก ร้อยละ 59.1 เข้าเยี่ยมบุตร 5-10 ครั้ง และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.6) ไม่เคยมีประสบการณ์การมีบุตรคนก่อนเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ลำดับที่ของการมีบุตร จำนวนครั้งในการเข้าเยี่ยมบุตร และประสบการณ์การมีบุตรคนก่อนเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกเมื่อแรกเกิด($n = 88$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อายุ		
13-18 ปี	11	12.5
19-24 ปี	30	34.1
25-30 ปี	21	23.9
31-36 ปี	18	20.5
37-42 ปี	8	9.1

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
(Range = 13 ปี – 42 ปี, \bar{X} = 26.28, SD = 6.89)		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	5	5.7
ประถมศึกษา	9	10.2
มัธยมศึกษา	34	38.7
อาชีวศึกษา	19	21.6
ปริญญาตรี	17	19.3
ปริญญาโท	4	4.5
อาชีพ		
แม่บ้าน	24	27.3
เกษตรกร	16	18.2
รับจ้าง	26	29.5
ราชการ/วิสาหกิจ	4	4.5
ค้าขาย	14	15.9
อื่นๆ (นักเรียน/นักศึกษา)	4	4.5
รายได้ของครอบครัว		
<5,000 บาท	19	21.6
5,001-10,000 บาท	42	47.7
10,001-15,000 บาท	18	20.5
15,001-20,000 บาท	9	10.2
สถานภาพสมรส		
โสด	15	17.0
แต่งงาน	73	83.0
ลักษณะครอบครัว		
เดี่ยว	45	51.1
ขยาย	43	48.9

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ลำดับที่การมีบุตร		
1	59	67.0
2	22	25.0
3	6	6.8
4	1	1.2
จำนวนครั้งที่เยี่ยมบุตร		
5-10 ครั้ง	52	59.1
11-20 ครั้ง	15	17.0
21-30 ครั้ง	10	11.4
> 30 ครั้ง	11	12.5
(Range = 5 – 156 ครั้ง, \bar{X} = 19.23 , SD = 26.63)		
ประสบการณ์การมีบุตรคนก่อนเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในหอ อภิบาลทารกแรกเกิด		
ไม่เคย	78	88.6
เคย	10	11.4

1.3 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลทารกในหออภิบาลทารกแรกเกิด จำนวน 65 ราย พบว่าทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 100) ร้อยละ 23.1 และร้อยละ 20.0 มีอายุระหว่าง 22-25 ปี และ 31-35 ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 89.2) ร้อยละ 60 สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 50.8 ปฏิบัติงานในหออภิบาลทารกแรกเกิดมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 58.5 ไม่ได้รับการอบรมเรื่องการดูแลทารกหรือเด็กป่วยโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ในขณะที่ร้อยละ 100 มีหน่วยงานที่มีนโยบายการให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด และไม่มีเตียงนอนสำหรับมารดาอยู่เฝ้าทารกในหออภิบาลทารกแรกเกิด และร้อยละ 58.5 มีหน่วยงานที่ไม่กำหนดเวลาเยี่ยมทารกในหออภิบาลทารกแรกเกิด (เข้าเยี่ยมได้ตลอด 24 ชั่วโมง) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3

จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลทารกในหออภิบาลทารกแรกเกิด จำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา สถานะภาพสมรส ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลทารกแรกเกิด การอบรมเรื่องการดูแลทารกหรือเด็กป่วย โดยยึดกรอบক্রัมเป็นศูนย์กลาง นโยบายการให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด เติงนอนสำหรับมารดาอยู่เฝ้าทารกในหออภิบาลทารกแรกเกิด และระเบียบการให้มารดาเยี่ยมทารกในหออภิบาลทารกแรกเกิด ($n = 65$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	100	100.0
ชาย	0	0
อายุ		
22-25 ปี	15	23.1
26-30 ปี	10	15.4
31-35 ปี	13	20.0
36-40 ปี	8	12.3
41-45 ปี	9	13.8
มากกว่า 45 ปี	10	15.4
(Range = 22-53 ปี, \bar{X} = 34.6 ปี, SD = 34.6)		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	58	89.2
ปริญญาโท	7	10.8
สถานภาพสมรส		
โสด	39	60.0
สมรส	26	40.0
ระยะเวลาที่ทำงานในหออภิบาลทารกแรกเกิด		
6 เดือน-1 ปี	12	18.5
1-5 ปี	7	10.8
6-10 ปี	4	6.2
11-15 ปี	5	7.7

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
16-20 ปี	4	6.2
> 20 ปี	33	50.8
(Range = 6 เดือน -28 ปี, \bar{X} = 10.7 ปี, SD = 28.3)		
การได้รับการอบรมเรื่องการดูแลทารกหรือเด็กป่วยโดยยึด		
กรอบครัวเป็นศูนย์กลาง		
ไม่ได้รับ	38	58.5
ได้รับ	27	41.5
หน่วยงานมีนโยบายการให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิด		
ก่อนกำหนดในหอภิบาลทารกแรกเกิด		
ไม่มี	0	0
มี	65	100
หน่วยงานมีเตียงนอนสำหรับมารดาอยู่เฝ้าทารกในหอภิบาลทารก		
แรกเกิด		
ไม่มี	65	100
มี	0	0
การกำหนดเวลาเยี่ยมทารกในหอภิบาลทารกแรกเกิด		
กำหนดเวลาเยี่ยม	27	41.5
ไม่กำหนดเวลาเยี่ยม (เข้าเยี่ยมได้ 24 ชั่วโมง)	38	58.5

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด

มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย พบว่าทุกรายได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด โดยร้อยละ 63.6 มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมรายด้าน ในด้านกิจกรรมที่ทำประจำ พบว่า ร้อยละ 48.9 มีส่วนร่วมในระดับน้อย และร้อยละ 31.8 มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ในด้านกิจกรรมพยาบาล พบว่ามีร้อยละ 54.5 มีส่วนร่วมในระดับน้อย และร้อยละ 36.4 มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลพบว่า มีร้อยละ 67.0 มีส่วนร่วมในระดับมาก ส่วนในด้านการตัดสินใจ พบว่ามีร้อยละ 65.9 มีส่วนร่วมในระดับน้อย ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4

จำนวนและร้อยละของการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด โดยรวมและรายด้านในแต่ละระดับ (n = 88)

ข้อมูลการมีส่วนร่วมของมารดา	จำนวน(คน)	ร้อยละ
การมีส่วนร่วมโดยรวม		
ไม่มีส่วนร่วม	0	0.0
ระดับน้อย	23	26.1
ระดับปานกลาง	56	63.6
ระดับมาก	9	10.3
การมีส่วนร่วมรายด้าน		
ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ		
ไม่มีส่วนร่วม	7	8.0
ระดับน้อย	43	48.9
ระดับปานกลาง	28	31.8
ระดับมาก	10	11.3
ด้านกิจกรรมการพยาบาล		
ไม่มีส่วนร่วม	1	1.1
ระดับน้อย	48	54.5

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลการมีส่วนร่วมของมารดา	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับปานกลาง	32	36.4
ระดับมาก	7	8.0
ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล		
ไม่มีส่วนร่วม	0	0.0
ระดับน้อย	6	6.9
ระดับปานกลาง	23	26.1
ระดับมาก	59	67.0
ด้านการตัดสินใจ		
ไม่มีส่วนร่วม	10	11.4
ระดับน้อย	58	65.9
ระดับปานกลาง	20	22.7
ระดับมาก	0	0.0

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหอ
อภิบาลทารกแรกเกิด และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหอ
อภิบาลทารกแรกเกิด และความรุนแรงของความเจ็บป่วยของทารกเกิดก่อนกำหนดตามการรับรู้ของ
มารดา

การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด
ทั้งโดยรวมและรายด้านกับความรุนแรงของความเจ็บป่วยของทารกเกิดก่อนกำหนดตามการรับรู้ของ
มารดาไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5

ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารก
แรกเกิดกับความรุนแรงของความเจ็บป่วยของทารกเกิดก่อนกำหนดตามการรับรู้ของมารดา

การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r)	p-value
โดยรวม	-.006	.959 ^{ns}
ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ	-.085	.430 ^{ns}
ด้านกิจกรรมการพยาบาล	-.184	.086 ^{ns}
ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล	.142	.187 ^{ns}
ด้านการตัดสินใจ	-.178	.098 ^{ns}

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหอ อภิบาลทารกแรกเกิด และการได้รับการเตรียมเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดา

การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด และการได้รับการเตรียมเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกใน ระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .517, p < .001$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมในด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านกิจกรรมพยาบาล ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล และด้าน การตัดสินใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการได้รับการเตรียมเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อน กำหนดของมารดาในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .375, p < .001, r = .439, p < .001, r = .309, p < .01$ และ $r = .474, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6

ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารก
แรกเกิดกับการได้รับการเตรียมเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดา

การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r)	p-value
การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดโดยรวม	.517	.000**
การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดรายด้าน		
ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ	.375	.000**
ด้านกิจกรรมการพยาบาล	.439	.000**
ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล	.309	.003*
ด้านการตัดสินใจ	.474	.000**

p** < .001 p* < .01

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหอ อภิบาลทารกแรกเกิด และความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารก เกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด

การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด
ทั้งโดยรวมและรายด้านกับความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารก
เกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงรายละเอียด
ในตารางที่ 7

ตารางที่ 7

ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารก
แรกเกิดกับความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด
ในหออภิบาลทารกแรกเกิด

การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดโดยรวม	.055	.666 ^{ns}
การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดรายด้าน		
ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ	.232	.063 ^{ns}
ด้านกิจกรรมการพยาบาล	.034	.789 ^{ns}
ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล	-.013	.916 ^{ns}
ด้านการตัดสินใจ	-.034	.786 ^{ns}

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และคำถามวิจัยดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด

คำถามการวิจัย การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดของมารดาโดยรวม และรายด้าน มีมากน้อยเพียงใด

การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดของมารดาโดยรวม

ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดโดยรวม พบว่าทุกรายได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด โดยร้อยละ 63.6 ได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในระดับปานกลาง และพบว่ามารดาที่ร้อยละ 48.9 และร้อยละ 31.8 ได้มีส่วนร่วมด้านกิจกรรมที่ทำประจำในระดับน้อย และปานกลาง ตามลำดับ (ตารางที่ 4) ทั้งนี้เนื่องจาก (1) ทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด เป็นทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อย และมีขนาดตัวเล็ก โดยร้อยละ 44.3 มีอายุครรภ์แรกเกิด 33-36 สัปดาห์ และร้อยละ 13.6 มีอายุครรภ์ 29-32 สัปดาห์ ร่วมกับทารกมีน้ำหนักน้อย โดยร้อยละ 29.5 และร้อยละ 28.4 มีน้ำหนักปัจจุบันอยู่ในช่วง 1,501-2,000 กรัม และ 1,001-1,500 กรัม ตามลำดับ (2) ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความเจ็บป่วยที่รุนแรง โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.4) มีความผิดปกติอื่น ๆ รวมด้วย ร้อยละ 39.8 และร้อยละ 23.9 ไม่สามารถหายใจได้เองต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และหายใจได้เองโดยได้รับออกซิเจนตามลำดับ และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.6) ใช้เครื่องช่วยหายใจหรือได้รับออกซิเจนร่วมกับใช้ตู้อบ Infusion pump เครื่องบันทึกสัญญาณชีพ เครื่องวัดค่าความอิมตัวของออกซิเจนในเลือด และสายยางให้อาหาร (ตารางที่ 1) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.9) ไม่สามารถดูแลตนเองได้ต้องได้รับนมทางสายยาง จากสภาพร่างกายของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ตัวเล็ก ประกอบกับความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนต้องได้รับการรักษาพยาบาล และใช้อุปกรณ์การแพทย์หลายอย่าง ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ อาจทำให้มารดาคิดว่าเมื่อจับต้องหรือสัมผัสทารกอาจจะทำให้เกิดการเลื่อนหลุดของอุปกรณ์ที่ทารกใช้อยู่ซึ่งจะทำให้ทารกได้รับอันตรายและมีอาการแฉ่งได้ ร่วมกับมารดาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.6) ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด (ตารางที่ 2) จึงอาจทำให้มารดาคิดว่า วิตกกังวล และไม่กล้าดูแลทารก โดยเฉพาะอุปกรณ์การแพทย์ที่ทารกใช้อยู่อาจเป็นสาเหตุให้มารดาไม่กล้าที่จะให้การ

ดูแลทารก เพราะมารดากลัวว่าเมื่อมารดาจับต้องหรือสัมผัสทารกอาจจะทำให้เกิดการเลื่อนหลุดของอุปกรณ์ที่ทารกใส่อยู่ทารกจะได้รับอันตรายได้ (Leifer, 2005; ญัฐิกา ปฐมอารีย์, 2551) จึงอาจเป็นสาเหตุทำให้มารดาไม่กล้าที่จะทำการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในเรื่องกิจกรรมประจำ เช่น การเช็ดตา เช็ดตัว และเปลี่ยนผ้าอ้อม เป็นต้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ไกรวรรร กาพันธ์ (2551) ที่พบว่ามารดาของเด็กป่วยในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมร้อยละ 68.2 ได้มีส่วนร่วมด้านกิจกรรมประจำในระดับน้อย และร้อยละ 28.1 ได้มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง แต่ผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างจากผลการศึกษาของจรัสศรี หินศิลป์ (2549) ที่ศึกษาในทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูงพบว่าร้อยละ 56.4 และ 39.3 มีส่วนร่วมในด้านกิจกรรมที่ทำประจำในระดับปานกลาง และน้อย ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด และเด็กที่มีความเจ็บป่วยวิกฤตมีสภาพความเจ็บป่วยที่รุนแรงคล้ายคลึงกันแต่จากทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูงมีความเจ็บป่วยที่รุนแรงน้อยกว่า

ผลการศึกษานี้ พบว่า ร้อยละ 100 ของพยาบาลรายงานว่าทุกหน่วยงานมีนโยบายการให้มารดาเข้ามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด และไม่มีเตียงนอนสำหรับให้มารดาอยู่เฝ้าทารกในหออภิบาลทารกแรกเกิด แต่มีร้อยละ 41.5 ระบุว่าหน่วยงานหออภิบาลทารกแรกเกิดมีการกำหนดเวลาเข้าเยี่ยมบุตร (ตารางที่ 3) ร่วมกับร้อยละ 59.7 ของมารดาเข้าเยี่ยมบุตร 5-10 ครั้ง (ตารางที่ 2) จึงส่งผลให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดค่อนข้างน้อย นอกจากนี้ร้อยละ 58.5 ของพยาบาลไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการดูแลทารกหรือเด็กป่วยโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (ตารางที่ 3) เมื่อพยาบาลส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลทารกหรือเด็กป่วยโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง จึงอาจไม่เห็นความสำคัญและให้การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารก และอาจคิดว่าการมีส่วนร่วมของมารดาเป็นอุปสรรคต่อการทำงานและการดูแลทารกหรือเด็กป่วย (Brown & Ritchie, 1989; Neill, 1996b) จึงส่งผลให้มารดาส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในระดับปานกลางและน้อย ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ไกรวรรร กาพันธ์ (2552) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม และพบว่ามารดาทุกรายได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย โดยร้อยละ 52.3 และร้อยละ 42.0 ได้มีส่วนร่วมโดยรวมในระดับน้อย และปานกลางตามลำดับ ซึ่งสภาพความเจ็บป่วยที่ค่อนข้างรุนแรงของทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด และเด็กที่มีความเจ็บป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องต้องการการรักษาพยาบาล ร่วมกับการใช้อุปกรณ์การแพทย์หลายอย่าง และการทำหัตถการที่ซับซ้อน ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ตลอดเวลา และต่อเนื่อง

นอกจากนี้มารดาร้อยละ 67 มีทารกเกิดก่อนกำหนดรายนี้เป็นบุตรคนแรก และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.6) ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหอภิบาลทารกแรกเกิด (ตาราง 2) ทำให้มารดาไม่คุ้นเคยกับสภาพความเจ็บป่วยของทารกเกิดก่อนกำหนด การรักษาพยาบาล และเครื่องมือหรืออุปกรณ์การรักษาต่างๆ ที่ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับ (Whaley & Wong, 1997) กล่าวคือ เมื่อทารกตื่นจะหายใจเหนื่อยมากขึ้น และกลัวว่าจะเป็นสาเหตุให้ทารกติดเชื้อ (Hall, 2005) มารดาจึงไม่กล้าจับต้อง หรือเคลื่อนย้ายทารก เพราะกลัวว่าจะทำให้ทารกได้รับอันตราย (Leifer, 2005; ฌัญญา ปฐมอารีย์, 2551) ส่งผลให้มารดาไม่กล้า ไม่มั่นใจที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำให้ทารก ถึงแม้ทุกหน่วยงานมีนโยบายให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหอภิบาลทารกแรกเกิดแต่ยังมีบางหน่วยงานกำหนดเวลาเข้าเยี่ยมบุตร (ร้อยละ 41.5) ซึ่งพยาบาลได้ทำกิจกรรมการดูแลทารกหลายอย่างแล้ว (ตารางที่ 3) และมารดาร้อยละ 59.7 เข้าเยี่ยมบุตร 5-10 ครั้ง (ตารางที่ 2) ส่งผลให้มารดามีโอกาสที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในด้านกิจกรรมที่ทำประจำค่อนข้างน้อย

ในด้านกิจกรรมพยาบาล พบว่ามารดาที่ร้อยละ 54.5 ได้มีส่วนร่วมในระดับน้อย และร้อยละ 36.4 ได้มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4) ผลการศึกษาดังกล่าวอาจมีสาเหตุเนื่องมาจากการที่มารดาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.6) ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหอภิบาลทารกแรกเกิด ทำให้มารดาไม่คุ้นเคยกับสภาพความเจ็บป่วยของทารกเกิดก่อนกำหนด การรักษาพยาบาล และเครื่องมือหรืออุปกรณ์การรักษาต่างๆ ที่ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับ (Whaley & Wong, 1997) และจากสภาพความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนรุนแรงของทารกเกิดก่อนกำหนด ทำให้ทารกต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ซับซ้อนและรุกรานเข้าไปร่างกาย เช่น การเปิดเส้นทางหลอดเลือดดำเพื่อให้ยาหรือสารน้ำ การเจาะเลือด หรือการดูดเสมหะ เป็นต้น ซึ่งเหตุการณ์ดังกล่าวอาจทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดเกิดความเจ็บปวด มารดาจึงเกิดความรู้สึกกลัว วิดกกังวล เมื่อเห็นทารกร้องไห้หรือดิ้นมาก และรู้สึกสงสาร เมื่อเห็นทารกแสดงอาการเจ็บปวด (Whaley & Wong, 1997; ฌัญญา ปฐมอารีย์, 2551) มารดาอาจคิดว่าตนเองไม่มีความสามารถในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ซับซ้อนดังกล่าว รวมทั้งมารดาอาจคิดว่าพยาบาลเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ มีความรู้ความสามารถในการดูแลทารกได้ดีกว่าตนเอง (Jimtrawet, 2005) ประกอบกับพยาบาลอาจไม่ให้มารดาเข้ามาช่วยขณะทารกได้รับกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การดูดเสมหะ การเจาะเลือด การให้ยา และการให้นม เป็นต้น เนื่องจากพยาบาลคิดว่าไม่สะดวกที่จะให้การพยาบาลหากมารดาอยู่ด้วย (ฌัญญา ปฐมอารีย์, 2551) ส่งผลให้มารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในด้านกิจกรรมการพยาบาลน้อย สอดคล้องกับผลการศึกษาของไกรวรรณ กาพันธ์ (2551) ที่พบว่ามารดาร้อยละ 88.7 ได้มีส่วนร่วมด้านกิจกรรมการพยาบาลในระดับน้อยและปานกลาง โดยที่ร้อยละ 61.4 ได้มีส่วนร่วมในระดับน้อยและร้อยละ 27.3 ได้มี

ส่วนร่วมในระดับปานกลาง และใกล้เคียงกับผลการศึกษาของจรัสศรี หินศิลป์ (2549) ที่พบว่ามารดา ร้อยละ 58.5 ได้มีส่วนร่วมด้านกิจกรรมการพยาบาลในระดับน้อย

ในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล พบว่ามารดาทุกรายได้มีส่วนร่วมในด้านการแลกเปลี่ยน ข้อมูล โดยที่มารดาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67) มีส่วนร่วมในระดับมากและร้อยละ 26.1 มีส่วนร่วมในระดับ ปานกลาง (ตารางที่ 4) อาจเนื่องมาจากสภาพความเจ็บป่วยที่รุนแรงของทารกเกิดก่อนกำหนด โดยร้อย ละ 78.4 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติอื่นๆ ร่วมด้วย ทารกจึงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด มีความ จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์หลายอย่าง (ร้อยละ 88.6) (ตารางที่ 1) และมารดาส่วนใหญ่มีทารกชายนี้ เป็นบุตรคนแรก (ร้อยละ 67) และไม่มีประสบการณ์ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาล ทารกแรกเกิด (ร้อยละ 88.6) (ตารางที่ 2) อาจทำให้มารดามีความรู้สึกวิตกกังวล รู้สึกไม่แน่นอนในความ เจ็บป่วยของทารก ดังผลการศึกษาของจุฑารัตน์ จองแก (2550) ที่พบว่ามารดาทารกเกิดก่อนกำหนดใน หออภิบาลทารกแรกเกิดมีความรู้สึกไม่แน่นอนสูง จึงสอบถามเกี่ยวกับอาการ การรักษาพยาบาลที่ทารก ได้รับจากพยาบาลบ่อยครั้ง ประกอบกับพยาบาลจะแจ้งข้อมูลทุกครั้งแก่มารดาเมื่อทารกมีอาการ เปลี่ยนแปลง รวมถึงแผนการรักษาที่ทารกจะได้รับในแต่ละครั้ง และทั้ง 3 โรงพยาบาลที่เป็นแหล่ง รวบรวมข้อมูลในครั้งนี้เป็นสถานที่ให้บริการสุขภาพในระดับตติยภูมิ เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานของ บุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร เป็นต้น ทำให้มีพยาบาลเพียงพอที่จะให้ข้อมูล แก่มารดาเกี่ยวกับความเจ็บป่วย อาการ การเปลี่ยนแปลงของทารก และแนวทางการรักษาพยาบาล จึง อาจส่งผลให้มารดามีส่วนร่วมในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลในระดับมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ไกรวรรณ กาพันธ์ ที่พบว่ามารดาเด็กที่มีความเจ็บป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมมีส่วนร่วม ในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลค่อนข้างมาก

ในด้านการตัดสินใจ พบว่ามารดาร้อยละ 65.9 มีส่วนร่วมในระดับน้อย และร้อยละ 22.7 มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง และมีมารดาร้อยละ 11.4 ไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (ตารางที่ 4) ผลการศึกษาดังกล่าวอาจมีสาเหตุเนื่องมาจาก (1) สภาพความเจ็บป่วยที่ค่อนข้างรุนแรง ทำให้ต้องการ การรักษาร่วมกับการทำหัตถการที่ซับซ้อน ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ตลอดเวลา และต่อเนื่อง ซึ่งพบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดร้อยละ 39.8 ต้องได้รับการช่วยเหลือด้วยเครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 23.9 ของทารกเกิดก่อนกำหนดต้องได้รับออกซิเจน ร้อยละ 88.6 ทารกต้องใช้เครื่องช่วยหายใจหรือได้รับ ออกซิเจนร่วมกับใช้ตู้อบ Infusion pump เครื่องบันทึกสัญญาณชีพ เครื่องวัดค่าความอึดตัวของ ออกซิเจนในเลือด และสายยางให้อาหาร (ตารางที่ 1) การดูแลรักษาพยาบาลดังกล่าวต้องการอาศัยความรู้ ความสามารถเฉพาะทาง แพทย์และพยาบาลอาจคิดว่าตนเองมีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลทารก หรือเด็กป่วยมากกว่ามารดา (Brown & Ritchie, 1989) จึงไม่ได้ถามความคิดเห็นหรือให้มารดาตัดสินใจ เกี่ยวกับเรื่องการรักษาและทำหัตถการต่างๆ ดังนั้นเมื่อทารกต้องการการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ทำให้

บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลต้องให้การรักษาพยาบาลทารกอย่างทันที่ทั่วทั้งที่เพื่อช่วยชีวิตของทารก จึงทำให้มารดามีโอกาสตัดสินใจน้อย ส่งผลให้มารดาได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในระดับน้อย และ (2) มารดาร้อยละ 38.7 จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 67.0 มีทารกเกิดก่อนกำหนดรายนี้เป็นบุตรคนแรก และร้อยละ 88.6 มารดาไม่มีประสบการณ์ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด (ตารางที่ 2) ส่งผลให้มารดาคิดว่าตนเองไม่มีความรู้ในด้านความเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาล จึงอาจคิดว่าบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลทำหน้าที่ตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจและการรักษาพยาบาลที่ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับ จึงทำให้มารดามีส่วนร่วมในการตัดสินใจน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของไกรวรร กานันท์ (2551) ที่พบว่าร้อยละ 42.0 มารดามีส่วนร่วมในการตัดสินใจน้อย

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของความเจ็บป่วยของทารกเกิดก่อนกำหนดตามการรับรู้ของมารดา การได้รับการเตรียมเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดา และความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด

คำถามการวิจัย ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของทารกเกิดก่อนกำหนดตามการรับรู้ของมารดา การได้รับการเตรียมเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดา และความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดอย่างไร มากน้อยเพียงใด

ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของทารกเกิดก่อนกำหนดตามการรับรู้ของมารดา

ผลการศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดทั้งโดยรวม และรายด้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของความเจ็บป่วยของทารกเกิดก่อนกำหนดตามการรับรู้ของมารดาอย่างมีนัยทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 5) อาจเนื่องมาจากทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดส่วนใหญ่มีความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตโดยมีความผิดปกติหลายอย่าง(ร้อยละ 78.4) และต้องใช้เครื่องช่วยหายใจหรือหายใจเองโดยต้องได้รับออกซิเจนร่วมกับการอยู่ในตู้อบ มี Infusion pump เครื่องบันทึกสัญญาณชีพ เครื่องวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด และสายยางให้อาหาร (ร้อยละ 88.6) (ตารางที่ 1) สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้มารดาเชื่อว่าทารกมีความเจ็บป่วยรุนแรง และมีโอกาสจะเสียชีวิตจึงกลัวว่าทารกจะเสียชีวิต (Partridge et al., 2005) และเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของทารก (จุฑารัตน์ จงแก, 2550; Brisch et al., 2003) ซึ่งส่งผลให้มารดาสอบถามพยาบาลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรบ่อยครั้ง มารดาส่วนใหญ่จึงรายงานว่าได้มีส่วนร่วมด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลในระดับมาก (ร้อยละ

67.0) (ตารางที่ 4) และการที่มารดารับรู้ว่าคุณสมบัติความเจ็บป่วยที่รุนแรงทำให้มารดาไม่กล้าที่จะให้การดูแลทารก ด้วยเกรงว่าจะเกิดอันตรายกับทารก (Kearns, 2002; Vergara & Bigsby, 2004) จึงส่งผลให้การมีส่วนร่วมในการดูแลทารกน้อยโดยเฉพาะด้านกิจกรรมที่ทำประจำ และด้านกิจกรรมการพยาบาล นอกจากนี้อาจเนื่องมาจากเครื่องมือประเมินความรุนแรงของความเจ็บป่วยของทารกตามการรับรู้ของมารดา มีเพียง 1 ข้อ ซึ่งอาจวัดการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของทารกของมารดาได้ไม่ละเอียด ด้วยเหตุผลดังกล่าวการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดจึงไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของความเจ็บป่วยของทารกเกิดก่อนกำหนดตามการรับรู้ของมารดา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของไกรวรร ภาพันธ์ (2552) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของความเจ็บป่วยของเด็กป่วยตามการรับรู้ของมารดา

การได้รับการเตรียมเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดา

ผลการศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดทั้งโดยรวม และรายด้านทั้งสี่ด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการได้รับการเตรียมเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดาในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .517, p < .001$; $r = .375, p < .001$; $r = .439, p < .001$; $r = .309, p < .01$; และ $r = .474, p < .001$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 5) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า การที่มารดาได้รับการเตรียมเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ทำให้มารดามีความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของทารก และวิธีการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด ในเรื่อง การให้นม การทำความสะอาดร่างกาย ทำความสะอาดหลังขั้วถ่าย การเปลี่ยนผ้าอ้อม การอุ้มและการสัมผัสทารก และสามารถให้การดูแลทารกในเรื่องดังกล่าวได้ ทำให้มารดามีความมั่นใจที่จะให้การดูแลทารก และให้การดูแลทารกได้ถูกต้อง ส่งผลให้มารดาได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลทารกมากขึ้น ดังผลการศึกษาของบรุนส์ และแมคโคลัมน์ (Burns & McCollum, 2002) ที่พบว่าภายหลังจากมารดาได้รับการอธิบายและสาธิตเกี่ยวกับการดูแลทารกจากพยาบาล มารดาสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลทารกในหออภิบาลทารกแรกเกิดได้ และดังผลการศึกษาของคริสเตนสัน-ฮอลล์ สตรอม อีแลนเดอร์ และแมล์มฟอร์ด (Kristensson-Hallstrom, Elander, & Malmfors, 1997) ที่พบว่าการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมของบิดามารดา ทำให้บิดามารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยหลังผ่าตัดมากขึ้น

ความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด

ผลการศึกษานี้พบว่า การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด ทั้งโดยรวมและรายด้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดอย่างมีนัยทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 5) อาจอธิบายได้ว่า ในขณะที่พยาบาลเห็นด้วยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด ดังข้อมูล (ร้อยละ 93.8) เห็นด้วยระดับมาก (ภาคผนวก ง ตารางที่ 10) แต่ในทางปฏิบัติพยาบาลอาจจะไม่ได้ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกของมารดา เนื่องจากการปฏิบัติงานของพยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิดมีลักษณะเฉพาะ (Vergara & Bigsby, 2004) กล่าวคือ ทารกเกิดก่อนกำหนดมีอาการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา พยาบาลจึงต้องเฝ้าสังเกตติดตามอาการของทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา มุ่งเน้นที่การป้องกันไม่ให้ทารกเกิดอันตรายถึงชีวิต (Brown & Richie, 1989) พยาบาลส่วนใหญ่จึงมุ่งดูแลอาการเจ็บป่วยทางกายเป็นหลักและป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายกับทารกโดยการเข้มงวดกับการสัมผัสทารกของมารดา (Burns & Klein, 2005; Fenwick, Barclay & Schmied, 1999) จึงอาจทำให้พยาบาลคำนึงถึงการให้มารดาเข้ามีส่วนร่วมในการดูแลทารกน้อย (Burns & Klein, 2005; Fenwick, Barclay & Schmied, 1999; Brown & Richie, 1989) และเมื่อทารกมีอาการรุนแรงขึ้น ทำให้พยาบาลต้องให้การดูแลทารกอย่างรวดเร็วเพื่อช่วยชีวิตทารก ทำให้บางครั้งพยาบาลอาจไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการอธิบายให้มารดาเข้าใจถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น หรือบอกให้มารดาทราบก่อนที่จะให้การดูแลทารก (Griffin, 1990) ดังนั้นสิ่งเหล่านี้จึงอาจส่งผลให้ความคิดเห็นของพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด