

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะตนเอง
ของมารดาครรภ์แรกในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด



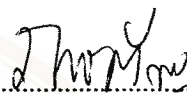
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2555

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะตนเอง
ของมารดาครรภ์แรกในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด



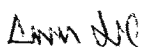
นางสาวภาวิดา ตันตระกูล
ผู้วิจัย



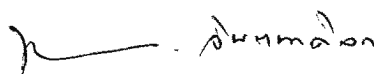
รองศาสตราจารย์ทัศนีย์ ประสพกิตติคุณ,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....(ไปราชการต่างประเทศ).....

อาจารย์พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม,
ปร.ค. (การพยาบาล)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์นงลักษณ์ จินตนาดิกล,
พย.ค.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะตนเอง
ของมารดาครรภ์แรกในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

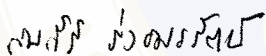
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)

วันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2555



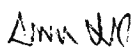
นางสาวอาริดา ตันตระกุล
ผู้วิจัย



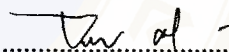
ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมศิริ รุ่งอมรรัตน์,
ปร.ด. (การพยาบาล)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....(ไปราชการต่างประเทศ).....

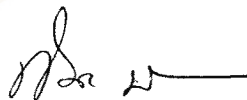
อาจารย์พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม,
ปร.ด. (การพยาบาล)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



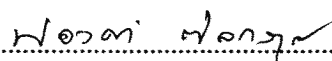
ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรวรรณ ศรียุคศุทธ,
D.S.N.
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ทัศนีย์ ประสบกิตติคุณ,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร. ทศนี ประสพกิตติคุณ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และอาจารย์ ดร. พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ให้ข้อชี้แนะ คำปรึกษา ความช่วยเหลือทุกๆ ด้านอย่างใกล้ชิด พร้อมกำลังใจที่มีให้ไม่เคยขาด ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรุณน ศรียุคศุทธ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ สมสิริ รุ่งอมรรัตน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ สำหรับข้อชี้แนะสำคัญที่ทำให้วิทยานิพนธ์สมบูรณ์ยิ่งขึ้น คณาจารย์ภาควิชาภูมิารเวชศาสตร์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ด้านวิชาการ และการดำเนินชีวิต ด้วยความมีเมตตาและกำลังใจที่เปี่ยมล้นเสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ให้คำปรึกษาและข้อชี้แนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่หออภิบาลกุมารเวชกรรม เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดถึงวิกฤติ และเจ้าหน้าที่ในมหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานครที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานวิจัยอย่างเต็มที่

ขอบคุณคุณนันทวงศ์ ช่วยชูวงศ์ ที่ให้ความช่วยเหลือในการจัดทำวิดีโอ และหนังสือ คู่มือการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่สวขงาม เพื่อนักศึกษารหัส 50 ทุกท่าน รวมถึงเพื่อนรัก น้องรัก ที่ร่วมเดินทางด้วยกัน พร้อมกับกำลังใจ และความช่วยเหลือที่มีให้กันตลอดมา และบุคคลอีกมากมายที่เกี่ยวข้องที่มีอาจกล่าวในที่นี้ได้หมด

ขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่งสำหรับบุพการี ครอบครัวต้นตระกูล คู่ชีวิตและลูกที่กำลังจะลืมตาไถ่โลกในไม่ช้า ที่เป็นกำลังใจสูงสุดสำหรับผู้วิจัย

ท้ายสุดนี้ความดีและประโยชน์อันเกิดจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยขอให้งดเกิดกับทุกท่านที่กล่าวข้างต้น รวมถึงมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดทุกท่านด้วย

ภาริดา ต้นตระกูล

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดาครรภ์แรก
ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

EFFECT OF SELF-EFFICACY ENHANCEMENT PROGRAM ON FIRST-TIME MOTHERS'
SELF-EFFICACY IN CARE FOR PREMATURE INFANTS

ภาวริดา ตันตระกูล 5036750 NSPN/M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

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

บทคัดย่อ

การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในมารดาครรภ์แรก อาจมีความยากลำบากมากกว่าการดูแลทารกทั่วไป ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดูแลบุตร คือการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดาในการดูแลทารก การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดาครรภ์แรกในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่บุตรได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดถึงวิกฤติ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร จำนวน 40 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองเป็นเวลา 7 วัน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลของมารดาและทารกแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

ผลการศึกษาพบว่า มารดาครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด มีการรับรู้สมรรถนะตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 10.367, p = .003$) จึงควรส่งเสริมการนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการปฏิบัติพยาบาลพร้อมทั้งศึกษาความคงทนของการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้วย

คำสำคัญ: มารดาครรภ์แรก/ ทารกเกิดก่อนกำหนด/ การรับรู้สมรรถนะตนเอง

EFFECT OF SELF-EFFICACY ENHANCEMENT PROGRAM ON FIRST-TIME MOTHERS' SELF-EFFICACY IN CARE FOR PREMATURE INFANTS**BHARIDA TANTRAGOOL 5036750 NSPN/M****M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)****THESIS ADVISORY COMMITTEE: TASSANEE PRASOPKITTIKUN, Ph.D. (NURSING), PARNNARAT SANGPERM, Ph.D. (NURSING)****ABSTRACT**

Provision of care by first-time mothers for premature infants is generally more difficult than that for full-term infants. One of the significant factors influencing the mothers' provision of care for their premature infants is the self-efficacy of the mothers. The objective of this quasi-experimental study was to examine the effects of self-efficacy enhancement program for first-time mothers for premature infants in care. By convenience sampling, the study subjects included 40 mothers of premature infants who had medical treatment in the neonatal semi-critical unit, Faculty of Medicine, Vajira Hospital, University of Bangkok Metropolis. The study subjects were divided into control and experimental groups with 20 subjects each. The control group received the usual nursing care from the healthcare personnel, while the experimental group had additionally participated in the 7-day self-efficacy enhancement program. Data were collected by using a demographic data assessment form and a 38-item questionnaire on the first-time mothers' self-efficacy in care for premature infants. Analysis of covariance (ANCOVA) was used for data analysis.

The results indicated that the first-time mothers who had participated in the program had significantly higher self-efficacy than those who did not participate in the program ($F = 10.367, p = .003$). Thus, the program should be promoted as a supplement to the usual nursing care. In addition, the study of long-term self-efficacy retention should also be further investigated.

KEY WORDS: FIRST-TIME MOTHERS/ PREMATURE INFANTS/ SELF-EFFICACY**105 pages**

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
สมมุติฐานการวิจัย	6
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	9
นิยามตัวแปร	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย	9
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
ทารกเกิดก่อนกำหนด	11
ปัญหาสุขภาพจิตของมารดาเนื่องจากการมีทารกเกิดก่อนกำหนด	21
การรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดากับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด	24
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
รูปแบบการวิจัย	28
ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	28
สถานที่เก็บข้อมูล	30
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	31
การเก็บรวบรวมข้อมูล	34
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	40

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล	40
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง	41
สถิติพรรณนาของตัวแปรที่ศึกษา	48
การทดสอบสมมติฐาน	49
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	50
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	
สรุปผลการวิจัย	56
ข้อจำกัดของการวิจัย	57
ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล	58
ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยต่อไป	58
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	59
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	70
รายการอ้างอิง	81
ภาคผนวก	90
ภาคผนวก ก	คู่มือการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด
ภาคผนวก ข	ต้นฉบับบทสนทนาสำหรับวิดีโอ
ภาคผนวก ค	แบบบันทึกกิจกรรมที่ให้กับมารดา
ภาคผนวก ง	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ภาคผนวก จ	รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา
ภาคผนวก ฉ	การรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ภาคผนวก ช	ในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C สายพยาบาลศาสตร์
ภาคผนวก ซ	การรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาและ
ภาคผนวก ฅ	ควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร
ภาคผนวก ฌ	การเปรียบเทียบข้อมูลลักษณะทางประชากรระหว่าง
ภาคผนวก ฉ	กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก ฅ	
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ	103
การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม	
ประวัติผู้วิจัย	105



สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	ลักษณะทั่วไปของมารดา	42
4.2	ลักษณะทั่วไปของทารก	46
4.3	คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้สมรรถนะตนเอง ในการดูแลทารกของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง	48
4.4	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้คะแนนการรับรู้สมรรถนะ ของตนเองก่อนการทดลอง (pretest) เป็นตัวแปรร่วม (covariate)	49
ซ.1	เปรียบเทียบลักษณะทางประชากรของมารดากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	101
ซ.2	เปรียบเทียบลักษณะทางประชากรของทารกกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	102
ฅ.1	การทดสอบการกระจายแบบโค้งปกติของตัวแปรที่ศึกษา	103
ฅ.2	การทดสอบความแปรปรวนของตัวแปรภายในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	103
ฅ.3	การทดสอบปฏิสัมพันธ์ (interaction) ระหว่างคะแนน การรับรู้สมรรถนะของตนเองก่อนการทดลองกับกลุ่มที่ศึกษา	104

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อในสมรรถนะและความคาดหวัง ในผลลัพธ์กับพฤติกรรม	7
1.2 กรอบแนวคิดการวิจัย	8

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทารกเกิดก่อนกำหนด หมายถึงทารกที่เกิดมามีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์เต็ม จัดอยู่ในกลุ่มทารกที่มีการเสี่ยงอันตรายสูง และมีอัตราตายสูงในระยะขวบปีแรก จากรายงานการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในช่วงปี ค.ศ. 2000-2003 พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตสูงสุดอันดับแรก (30%) คือการเกิดก่อนกำหนด (World Health Organization, 2009) สำหรับในประเทศไทย อุบัติการณ์ของทารกเกิดก่อนกำหนดจะรวมอยู่ในอุบัติการณ์ของทารกที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่า 2,500 กรัม และ 2 ใน 3 ของทารกที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่า 2,500 กรัม จะเป็นทารกเกิดก่อนกำหนด (วิไล เลิศธรรมเทวี, 2550) จากสถิติของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีหน่วยงานที่ดูแลรักษาทารกเกิดก่อนกำหนด 2 แห่ง คือ หออภิบาลกุมารเวชกรรม และหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดถึงวิกฤติ ซึ่งพบว่าสถิติในปี พ.ศ. 2549-2551 มีทารกเกิดก่อนกำหนดที่ต้องเข้ารับการรักษในหออภิบาลทารกแรกเกิดจำนวน 81, 71 และ 95 ราย ตามลำดับ ส่วนในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดถึงวิกฤติมีจำนวน 269, 237 และ 297 ราย ตามลำดับ จากข้อมูลที่แสดงให้เห็นได้ว่าจำนวนทารกเกิดก่อนกำหนดเข้ารับการรักษายังคงไม่ได้ลดจำนวนลง และดูเหมือนว่าแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นด้วย

ถึงแม้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น แต่ในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์ และการรักษาต่างๆ ก็มีการพัฒนามากขึ้นเช่นกัน ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมีอัตราการรอดที่สูงขึ้น ในต่างประเทศมีรายงานการรอดชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดและได้กลับบ้านว่ามีอัตราเพิ่มมากขึ้นจาก 36% ในปี 1994 เป็น 47% ในปี 2000-2005 (Field, Dorling, Manktelow, & Draper, 2005) ส่วนในประเทศไทยยังไม่พบรายงานในเรื่องนี้ มีเพียงรายงานสถิติอัตราตายทารกต่อการเกิดมีชีพ 1,000 รายในประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2507-2549 ที่มีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ จาก 84.3 เหลือเพียง 11.3 (ปานบดี เอกะจัมปะกะ และ นิธิศ วัฒนมะโน, 2550) และแม้ว่าทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีอัตราการรอดมากขึ้น แต่อัตราการกลับมารับการรักษาภายในขวบปีแรกก็ยังคงมีมากเช่นกัน (Elder, Hagan, Evans, Benninger, & French, 1999) ดังนั้นสิ่งสำคัญ

ที่บุคลากรทางการแพทยัควรตระหนักต่อไปก็คือ เรื่องการเลี้ยงดู ซึ่งเด็กกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่ดี เพื่อให้มีการเจริญเติบโตและการพัฒนาการที่เหมาะสมต่อไป

โดยทั่วไปทารกเกิดก่อนกำหนดจะเติบโตทันทารกเกิดครบกำหนดเมื่ออายุประมาณ 2 ปี (Sameroff & Chandler, 1975) ดังนั้นการเลี้ยงดูในช่วงปีแรกๆ จึงมีความสำคัญมาก จำเป็นต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและเหมาะสม ซึ่งการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอาจมีความยากลำบากกว่าทารกครบกำหนดทั่วไป ทั้งนี้เนื่องมาจากปัจจัยด้านตัวทารกเอง และปัจจัยด้านมารดาหรือผู้เลี้ยงดู

ปัจจัยด้านตัวทารกได้แก่ ลักษณะร่างกายของทารก และความไม่สมบูรณ์ในการทำงานของระบบต่างๆ ของอวัยวะในร่างกาย ซึ่งขึ้นอยู่กับอายุครรภ์ด้วย ถ้าอายุครรภ์ยังน้อย ลักษณะเฉพาะของความเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดก็จะยิ่งชัดเจนขึ้น ลักษณะดังกล่าว ได้แก่ รูปร่างที่เล็ก ผิวหนังบาง มองเห็นเส้นเลือดฝอยชัดเจน การหายใจที่มีการดึงรั้งของกล้ามเนื้อบริเวณทรวงอก มีสภาวะบกพร่องเนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของระบบต่างๆ และมีอาการแสดงให้เห็น เช่น ภาวะหายใจเร็ว หายใจไม่สม่ำเสมอ หยุดหายใจได้ง่าย การควบคุมอุณหภูมิมีบกพร่องทำให้มีการสูญเสียความร้อนง่าย การดูดกลืน การย่อย และการดูดซึมไม่สมบูรณ์ การทำหน้าที่ของไตในการรักษาสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรลิตต์ไม่สมบูรณ์ ทำให้ปัสสาวะออกน้อย เกิดภาวะบวมน้ำหรือขาดน้ำได้ง่าย และระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้มีโอกาสติดเชื้อมากกว่าทารกเกิดครบกำหนด 3-10 เท่า (วิลเลียมส์, 2550) นอกจากลักษณะด้านร่างกาย และความไม่สมบูรณ์ของระบบต่างๆ ในร่างกายแล้ว ในด้านของพฤติกรรมและการตอบสนองทางระบบประสาท มีความสมบูรณ์และมีการทำหน้าที่ได้น้อยกว่าทารกเกิดครบกำหนด (Brown, Doyle, Bear, & Inder, 2006) รวมถึงในด้านของลักษณะทางอารมณ์ยังแตกต่างจากทารกเกิดครบกำหนดอีกด้วย โดย Hughes และคณะ (Hughes, Shults, McGrath, & Medoff-cooper, 2002) ได้ทำการศึกษาลักษณะอารมณ์ของทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงปีแรกเปรียบเทียบกับทารกเกิดครบกำหนด โดยแบ่งเป็น 3 ช่วงอายุ คือ ขณะอายุ 6 สัปดาห์ 6 เดือน และ 12 เดือน พบว่าในช่วง อายุ 6 สัปดาห์ มีความสม่ำเสมอในพฤติกรรม (rhythmicity) น้อยถึงแม้จะปลอบโยนได้ง่ายกว่าทารกเกิดครบกำหนดก็ตาม และเมื่อทารกเติบโตขึ้น พบว่า ช่วงอายุ 6 เดือนมีการปรับตัว (adaptability) ได้น้อยกว่าทารกเกิดครบกำหนด ช่วงอายุ 12 เดือน มีความจดจ่อและความตั้งใจต่อกิจกรรมหรือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (persistence and attention span) น้อยกว่าทารกเกิดครบกำหนด นอกจากนั้นการตอบสนองของทารกเกิดก่อนกำหนดต่อสิ่งเร้าจากมารดามีค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับทารกคลอดครบกำหนด (Salerni, Suttora, & D'Odorico, 2007) ซึ่งอาจส่งผลต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก จากลักษณะทางด้านร่างกาย พฤติกรรมและอารมณ์ ที่แตกต่างจากทารกปกติทั่วไปดังกล่าว ส่งผลให้การเลี้ยงดูทารกเกิดก่อนกำหนดมีความยากลำบากกว่าทารกเกิดครบกำหนดทั่วไป

ส่วนปัจจัยด้านมารดาที่ทำให้การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมีความยาก หรือลำบากกว่าการดูแลทารกทั่วไป ได้แก่ ภาวะด้านจิตใจ และทักษะในการดูแลบุตร กล่าวคือ การตั้งครรภ์หรือการที่จะได้เป็นมารดาเป็นสิ่งที่น่ายินดี เป็นระยะหนึ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทในชีวิตของผู้หญิง ความรู้สึกในการที่จะได้เป็นมารดาน่าจะเป็นสิ่งที่น่าตื่นเต้น เป็นประสบการณ์ที่น่าจดจำ แต่เมื่อเกิดการคลอดบุตรก่อนกำหนด ทำให้ไม่ได้บุตรสมบูรณ์ แข็งแรง อย่างที่คาดหวัง นอกจากทำให้เกิดความเศร้าโศก ผิดหวังแล้ว ยังเกิดความวิตกกังวลและความเครียดตามมา โดยเฉพาะในมารดาครรภ์แรกจะยิ่งเพิ่มความเครียดมากขึ้น เนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลบุตรมาก่อน (อุษาสุขพันธุ์, 2544) ซึ่งความเครียดในมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดนั้นเกิดได้ทั้งจากลักษณะของตัวมารดาเอง จากบุคลากร สิ่งแวดล้อมในหออภิบาล (NICU) จากการรักษาต่างๆ ที่บุตรได้รับ ความกังวลในผลการรักษา การสูญเสียบทบาทหน้าที่พ่อแม่ (Parental role) และจากความเจ็บป่วยของบุตร (Holditch-Davis & Miles, 2000) ยิ่งถ้าบุตรมีอายุครรภ์น้อย (Olshtain-Mann & Auslander, 2008) หรือมีภาวะแทรกซ้อนมากเท่าใด (อำไพพร ก่อตระกูล, 2548) จะทำให้มารดาเกิดความรู้สึกเครียดมากขึ้นเท่านั้น ในมารดาที่มีความเครียดจากการสูญเสียบทบาทหน้าที่พ่อแม่ และมีความวิตกกังวลสูงเกี่ยวกับสุขภาพทารก เป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้อีกด้วย (Miles, Holditch-Davis, & Schwartz, 2007)

นอกจากภาวะด้านจิตใจดังกล่าวแล้ว สิ่งที่มีผลต่อความยากลำบากในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดก็คือ ทักษะในการดูแลบุตรเนื่องจากรวมการเกิดก่อนกำหนดถูกพรากจากทารกตั้งแต่แรกคลอด รวมทั้งระยะเวลาการรักษาที่ยาวนาน ทำให้โอกาสในการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลทารกด้วยตนเองน้อยลง จึงส่งผลให้มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดมีการรับรู้ศักยภาพความเป็นพ่อแม่ (parental competence) ต่ำกว่าในมารดาทารกเกิดครบกำหนด ดังการศึกษาของ Olshtain-Mann และ Auslander (2008) ซึ่งทำการศึกษาเปรียบเทียบความเครียดและศักยภาพความเป็นพ่อแม่ของบิดามารดาทารกเกิดก่อนกำหนด และทารกเกิดครบกำหนด หลังจากที่ย้ายทารกกลับบ้านแล้ว 2 เดือน พบว่า มารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดมีความเครียดสูงกว่า และศักยภาพความเป็นพ่อแม่ต่ำกว่ามารดาทารกครบกำหนด การที่เกิดความไม่แน่ใจว่าตนเองจะสามารถดูแลบุตรได้ดีเพียงใด ร่วมกับความเครียดและความวิตกกังวลเดิม ผสมกับลักษณะร่างกาย และพฤติกรรมตอบสนองของทารกเกิดก่อนกำหนด ยิ่งทำให้มารดาประสบปัญหาในการดูแลมากขึ้นได้ ดังการศึกษาของ Pridham และคณะ (Pridham, Schroedex, & Brown, 1999) ที่พบว่าในระยะ 4 เดือนแรกมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดจะกระสับ และตอบสนองทารกอย่างกระตือรือร้นมากที่สุด และจะค่อยๆ ลดจนต่ำสุดเมื่ออายุ 8 เดือน ซึ่งผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า เมื่อทารก “อ่านยาก” และ “ตอบสนองยาก” ทำให้มารดาท้อใจ สงสัย และเริ่มไม่แน่ใจในความสามารถของการเป็นแม่

ส่งผลให้เริ่ม “ห่าง” หรือ “ลด” การตอบสนองต่อทารก และในที่สุดอาจนำมาซึ่งการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม มารดากลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลให้มีความพร้อมระดับหนึ่งก่อนการจำหน่ายทารก

ในการเตรียมความพร้อมของมารดาก่อนนำทารกเกิดก่อนกำหนดกลับบ้านไปดูแลที่บ้าน ควรให้ข้อมูลและทักษะแก่มารดาในเรื่องที่มีความสำคัญต่อสุขภาพของทารก และในเรื่องที่มารดามีความวิตกกังวล ดังการศึกษาของ Jackson และคณะ (Jackson, Ternstedt, & Schollin, 2003) พบว่า ความรู้สึกของความเป็นพ่อแม่ (parenthood) มักเกิดขึ้นเมื่อบุตรมีอาการดีขึ้นและจะได้กลับบ้าน ส่วนใหญ่ทั้งบิดามารดาจะมีความกังวลในเรื่องความปลอดภัยและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุตร แต่มีข้อแตกต่างในบิดาและมารดา คือ ในมารดาจะมีการรับรู้ในด้านความรับผิดชอบ (responsibility) การจัดการสถานการณ์ในการดูแลทารก (control of the care) และการยืนยันในความเป็นมารดามากกว่า (confirmed as a mother) ในขณะที่บิดาจะมีความมั่นใจถ้าบุตรอยู่ในความดูแลของเจ้าหน้าที่ และให้ความสำคัญในเรื่องงานและการใช้ชีวิตประจำวันมากกว่า จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีงานวิจัยที่ทำการศึกษถึงความต้องการของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดก่อนนำทารกไปดูแลที่บ้าน (เกษมศรี อย่างสุโข, 2549) โดยการสัมภาษณ์มารดาจำนวน 80 คน พบว่า 85% ของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด มีความต้องการโดยรวมในระดับมาก เมื่อพิจารณาความต้องการรายด้าน พบว่า มารดา มีความต้องการด้านจิตใจสูงสุด (90.0%) รองลงมาคือด้านบทบาทการเป็นมารดา (87.4%) ด้านร่างกาย (56.3%) ด้านสังคมและวัฒนธรรม (52.4%) และด้านจิตวิญญาณ (58.8%) ตามลำดับ จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของการช่วยมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดให้มีความพร้อมทั้งทางด้านจิตใจ และทักษะในการเลี้ยงดูบุตร ก่อนการจำหน่ายทารกกลับบ้าน

ในปัจจุบันมีการศึกษามากมายที่ศึกษาวิธีการหรือกิจกรรมการช่วยเหลือมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดในการดูแลบุตร เช่น การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (พัชร วรรกิจพูลผล, 2547) และการใช้โปรแกรมสุขศึกษา (ลักษณะ ขอดกลกิจ, 2543) ที่ส่งผลต่อความรู้ และการปฏิบัติดูแลที่ดีขึ้น หรือการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (เนาวนิจ พึ่งจันทร์เดช, 2546) ที่ช่วยให้มารดาได้รับการตอบสนองทั้งด้านข้อมูลและอารมณ์ ส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลทารกดีขึ้น เป็นต้น อย่างไรก็ตามกิจกรรมในโปรแกรมในการศึกษาต่างๆ ดังกล่าว ส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นในเรื่องของการให้ความรู้ ซึ่งอันที่จริงแล้วคำพังเพยความรู้ไม่อาจนำไปสู่การปฏิบัติได้ ในทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะของตนเอง (Bandura, 1997) เชื่อว่า ถ้าหากบุคคลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่าจะกระทำการบาทหรือกิจกรรมที่กำหนดให้ได้ นั้น ย่อมจูงใจให้เกิดพฤติกรรมหรือการปฏิบัติ ในการดูแลรักษาทารกเกิดก่อนกำหนดนั้นต้องใช้ระยะเวลายาวนานกว่าทารกครบกำหนดทั่วไป ซึ่งถ้ามารดามีความเข้าใจ ความอดทน และมีความเชื่อมั่นในความสามารถ

ของตนเองตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลว่าตนเองมีความสามารถมากพอที่จะให้การดูแลบุตรได้ดีและถูกต้องแล้ว ต่อไปเมื่อรับทารกกลับไปดูแลที่บ้าน มารดาย่อมจะมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามิงงานวิจัยที่สนับสนุนความสำคัญของการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดา โดยพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรมีความสัมพันธ์ (Froman & Owen, 1990) และสามารถทำนาย (Teti & Gelfand, 1991; ทศน์ ประสบกิตติคุณ, 2544) พฤติกรรมการดูแลทารกเกิดครบกำหนด และทารกเกิดก่อนกำหนด ส่วนการศึกษาเชิงทดลองมีการศึกษาถึงผลของการสร้างการรับรู้สมรรถนะตนเองในมารดาทารกเกิดครบกำหนด (สุหรี หนองอาหลี, 2547) และมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด (สมทรง แก้วฝ่าย, 2541) ที่แสดงให้เห็นว่าถ้ามีการเตรียมมารดาก่อนจำหน่ายทารกจากโรงพยาบาลจะทำให้มารดามีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารก และนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลทารกที่ถูกต้อง เหมาะสม ทั้งด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป การส่งเสริมพัฒนาการ โภชนาการและอื่นๆ แต่อย่างไรก็ตาม สมทรง แก้วฝ่าย (2541) ทำการศึกษากับมารดากลุ่มทดลองเพียง 10 ราย และมุ่งเน้นการรับรู้สมรรถนะ และพฤติกรรมการดูแลทารกด้านร่างกายเท่านั้น ถึงแม้การศึกษาที่ผ่านมาจะมีข้อจำกัดอยู่บ้าง แต่ผลการศึกษาก็ยังสนับสนุนการสร้างการรับรู้สมรรถนะของตนเองทั้งสิ้น

ดังนั้นโปรแกรมการช่วยเหลือมารดาที่ผู้วิจัยสนใจคือ การส่งเสริมให้มารดามีการรับรู้สมรรถนะตนเองสูงในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งการรับรู้สมรรถนะตนเอง เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura (1997) ที่กล่าวไว้ว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ การที่มนุษย์มีความรู้และความสามารถไม่ช่วยให้ประสบความสำเร็จได้ หากบุคคลนั้นไม่มีความเชื่อว่าตนเองจะใช้ความรู้ หรือมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมในสถานการณ์ต่างๆ ได้ ผู้วิจัยจึงเชื่อว่าถ้าพยาบาลสามารถสร้างการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดให้กับมารดา จะส่งผลให้ทารกได้รับการดูแลที่ถูกต้อง และเหมาะสม อันนำไปสู่สุขภาพที่ดีได้ในที่สุด

ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดถึงวิกฤติ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร มีการให้ความรู้ แก่มารดาก่อนจำหน่ายทารก เกี่ยวกับการดูแลทารกทั่วไป ได้แก่ การให้นม การสังเกตอาการผิดปกติ การมารับวัคซีนและการมาตรวจตามนัด และสอนทักษะการดูแลทารกเรื่อง การอาบน้ำ สระผม เช็ดตา เช็ดสะดือ โดยเทคนิคและรูปแบบการสอนแตกต่างกัน ขึ้นกับผู้สอนแต่ละคน และยังไม่เคยมีการนำเทคนิคการสร้างการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกมาบูรณาการในการสอน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ต้องการ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งการสร้างการรับรู้สมรรถนะตนเองดังกล่าว จะทำให้มารดาสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปสู่การปฏิบัติได้ดี

ยั้งขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยเชื่อว่า การศึกษาครั้งนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนากฎการปฏิบัติพยาบาลในหอผู้ป่วย
ทารกแรกเกิดถึงวักฤดี คณะแพทยศาสตรวักพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร ตลอดจน
คุณภาพการดูแลที่ทารกเกิดก่อนกำหนดจะได้รับต่อไป

คำถามการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถ
เพิ่มการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดาครรภ์แรกได้หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

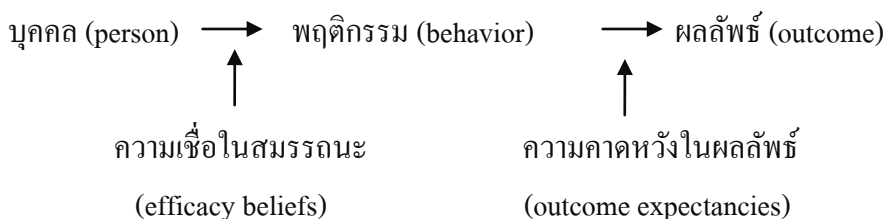
เปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะตนเอง ระหว่างมารดาครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม
ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล
ตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

มารดาครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแล
ทารกเกิดก่อนกำหนด มีการรับรู้สมรรถนะตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของ Bandura
(1997) ซึ่งกล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์อย่างยิ่ง และการที่
มนุษย์จะรับเอาพฤติกรรมใดไว้ขึ้นกับปัจจัย 2 ประการ คือ ความคาดหวังในผลลัพธ์ และความเชื่อ
ในสมรรถนะ (ดังแสดงในภาพที่ 1.1) และเมื่อเปรียบเทียบความคาดหวังในผลลัพธ์กับความเชื่อใน
สมรรถนะ แบบดูราเชื่อว่าความเชื่อในสมรรถนะ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของ
บุคคลมากกว่าความคาดหวังในผลลัพธ์ ความเชื่อในสมรรถนะจะเป็นตัวกำหนดความคิด ความรู้สึก
จงใจให้บุคคลลงมือปฏิบัติจริง และเมื่อรับเอาพฤติกรรมนั้นมาปฏิบัติแล้วผลลัพธ์จึงจะเกิดตามมา



ภาพที่ 1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อในสมรรถนะและความคาดหวังในผลลัพธ์กับพฤติกรรม (แหล่งที่มา: ทศนี ประสพกิตติคุณ (2544). การรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ. วารสารสภาการพยาบาล, 16(3), 1-10.)

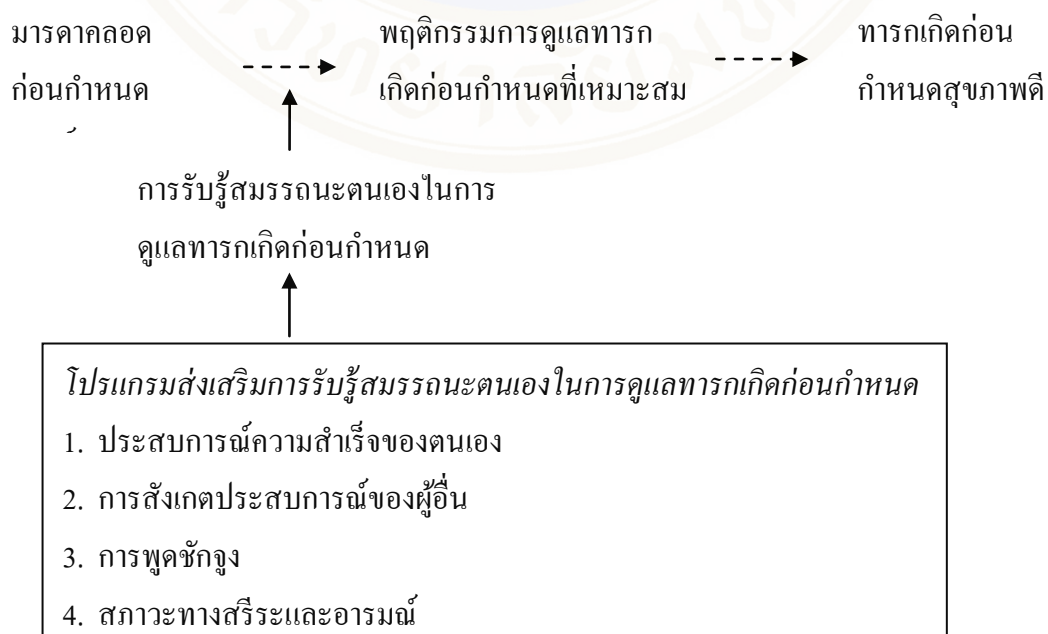
การรับรู้สมรรถนะของตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาตามสถานการณ์ และปัจจัยต่างๆ มากมาย การที่เราจะสร้างการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้นเกิดจากการเรียนรู้ข้อมูลที่ได้มาจากแหล่งต่างๆ (ทศนี ประสพกิตติคุณ, 2544; Bandura, 1997) ดังนี้

1. ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (enactive mastery experience) เป็นแหล่งที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการที่จะสร้างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ถ้าบุคคลประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง บุคคลนั้นย่อมเกิดความเชื่อมั่นที่จะทำกิจกรรมเดิมหรือกิจกรรมที่คล้ายๆ กัน ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลนั้นมีความล้มเหลวในการทำกิจกรรมใดๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นความล้มเหลวที่เกิดก่อนที่ความเชื่อมั่นจะถูกสร้างขึ้น บุคคลนั้นก็จะสงสัยในความสามารถของตน แต่หากความเชื่อมั่นนั้นได้ถูกสร้างขึ้นแล้ว บุคคลนั้นจะมีความพยายามที่จะทำกิจกรรมให้สำเร็จ ไม่ย่อท้อง่ายๆ แม้จะต้องเผชิญกับอุปสรรคก็ตาม
2. การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) เป็นการที่บุคคลสังเกตตัวแบบ (model) จากบุคคลอื่นที่ประสบความสำเร็จ หรือล้มเหลวจากการทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง ย่อมมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนในกิจกรรมนั้นด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าตัวแบบนั้นอยู่ในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับผู้สังเกตมากเท่าไร ก็จะยิ่งมีอิทธิพลมากขึ้นเท่านั้น
3. การพูดชักจูง (verbal persuasion) การที่บุคคลที่มีความสำคัญ หรือเป็นที่เคารพของบุคคลนั้นๆ ได้มีการแสดงออกโดยคำพูดว่า เขามีความเชื่อมั่นว่าบุคคลนั้นมีความสามารถในการทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง จะทำให้บุคคลเลิกสงสัยในตัวเอง (Self-doubts) และเกิดกำลังใจและความพยายามมากขึ้นในการทำกิจกรรมนั้นๆ ได้สำเร็จ แต่การพูดชักจูงเป็นแหล่งที่มีอิทธิพลน้อย จึงควรใช้ร่วมกับวิธีอื่นๆ
4. สภาวะทางสรีระและอารมณ์ (physiological and affective states) บุคคลมักมีความ

ท้อถอย และคิดถึงความล้มเหลวเมื่ออยู่ในภาวะที่เครียดหรืออ่อนล้า เพราะมักจะตีความหมายของปฏิกิริยาที่ร่างกายแสดงออกมา เป็นผลมาจากที่ตนเองไม่มีความสามารถเพียงพอ หรือไม่มีสมรรถนะทางกาย (physical inefficacy) ก็จะทำให้ความเชื่อในสมรรถนะตนเองลดลงได้ ดังนั้นการสร้างการรับรู้สมรรถนะจะได้ผลดีก็ต่อเมื่อสภาพร่างกาย และอารมณ์อยู่ในภาวะที่ผ่อนคลาย ไม่ตึงเครียด หรือวิตกกังวล

เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เหล่านี้ บุคคลก็จะทำการประเมินถึงความสามารถของตนเองในการทำกิจกรรม โดยผ่านกระบวนการทางปัญญา เพื่อทำการเลือกข้อมูลจากแหล่งที่ตนเองสนใจ และชั่งน้ำหนักว่าข้อมูลจากแหล่งใดที่น่าเชื่อถือหรือสำคัญที่สุด รวมทั้งการผสมผสานข้อมูลเหล่านั้นเพื่อใช้ในการตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถมากน้อยเพียงใด ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ดังนั้นในกรณีของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด ถ้าหากมารดาได้รับการสร้างการรับรู้สมรรถนะตนเอง และเกิดความเชื่อมั่นว่า ตนเองมีความสามารถในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดได้ดี ย่อมนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่ถูกต้อง และเหมาะสม

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองมาประยุกต์เป็นโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด (ดังแสดงในภาพที่ 1.2) แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยจะศึกษาผลของโปรแกรมต่อการรับรู้สมรรถนะของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเท่านั้น ส่วนพฤติกรรมการดูแลทารก นั้นไม่ได้ศึกษา เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องเวลา และความเป็นไปได้ในการติดตามเพื่อประเมินหรือสังเกตพฤติกรรมที่ต้องศึกษา



ภาพที่ 1.2 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดาครั้งแรกในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดถึงวิกฤติ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนมิถุนายน 2553 ถึงเดือนกรกฎาคม 2554

นิยามศัพท์

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดกระทำให้แก่มารดาคลอดก่อนกำหนดครั้งแรก เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งประยุกต์จากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของ Bandura (1997) โดยกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเอง ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้โดยใช้วิธีการสอน ซึ่งใช้คู่มือการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กประกอบการสอน 2) การเรียนรู้จากตัวแบบ โดยการให้ชมวิดีโอ 3) การพูดชักจูงให้มารดาเห็นถึงความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร และให้กำลังใจ 4) การฝึกการผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวล และความเหนื่อยล้า

การรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด หมายถึง ความเชื่อหรือความมั่นใจของมารดาครั้งแรกต่อความสามารถของตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากทศนี ประสพกิตติคุณ และคณะ (Prasopkittikun, Tilokskulchai, Sinsuksai, & Sitthimongkol, 2006) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดจาก 0 (ไม่มั่นใจว่าสามารถทำได้) ถึง 100 (มั่นใจว่าสามารถทำได้แน่นอน)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด สามารถนำมาใช้เป็นต้นแบบในการปฏิบัติการพยาบาลที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดถึงวิกฤติ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร เพื่อให้การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของมารดาในการดูแลทารกที่มีปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆ



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษา ค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. ทารกเกิดก่อนกำหนด

1.1 ความหมาย

1.2 ลักษณะทั่วไปของทารกเกิดก่อนกำหนด

1.3 พฤติกรรมของทารกเกิดก่อนกำหนด

1.4 ลักษณะการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนด

1.5 พัฒนาการของทารกเกิดก่อนกำหนด

1.6 หลักการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเมื่อได้กลับบ้าน

2. ปัญหาสุขภาพจิตของมารดาเนื่องจากการมีทารกเกิดก่อนกำหนด

3. การรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดาเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

ทารกเกิดก่อนกำหนด

ความหมาย

ทารกเกิดก่อนกำหนด หมายถึง ทารกเกิดมีชีพที่เกิดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์เต็ม หรือ 259 วัน โดยนับจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย (Kelly, 2006; Stoll & Adams-Chapman, 2007)

ลักษณะทั่วไปของทารกเกิดก่อนกำหนด

ลักษณะของทารกเกิดก่อนกำหนดขึ้นอยู่กับอายุในครรภ์ ถ้าอายุครรภ์ยังน้อยจะมีลักษณะของการเกิดก่อนกำหนดชัดเจนกว่าอายุครรภ์ที่มากขึ้น ทารกเกิดก่อนกำหนดมีลักษณะทั่วไปที่พบได้ คือ มีรูปร่างเล็ก กล้ามเนื้อมีกำลังน้อย อ่อนปวกเปียก ลักษณะแขนขาเหยียดออกและร้องเสียงเบา สิริจะมีขนาดใหญ่เมื่อเทียบกับลำตัว ไขมันใต้ผิวหนังน้อย ทำให้มองเห็นเส้นเลือดฝอย

ชัดเจน ผิวหนังจึงมีสีแดง หากอายุครรภ์ยิ่งน้อยผิวจะยิ่งบางคล้ายวุ้น (gelatinous) โปร่งใส (transparent) หัวนมแบนราบ อาจพบไขมันและขนอ่อนมากโดยเฉพาะบริเวณแผ่นหลัง หน้าผาก ข้างใบหน้า ไหล่ และต้นแขน ใบหูแบน ขอบของใบหูไม่มีรอยม้วน อ่อนนุ่ม จอพับได้ เนื่องจากไม่มีหรือมีกระดูกอ่อนน้อย เส้นลายฝ่าเท้ามีน้อย จะพบเพียงไม่กี่เส้นทางด้านหน้า และจะไม่พบเลยถ้าอายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์ ในทารกเพศชายจะพบว่าถุงอัณฑะมีขนาดเล็ก ผิวหนังเรียบ รอยขนน้อย และในทารกที่อายุครรภ์น้อยมากๆ ถุงอัณฑะจะไม่มีรอยขนและมีสีเหมือนผิวหนังส่วนอื่นๆ ของร่างกาย คือสีแดงหรือชมพู ส่วนทารกเพศหญิงถ้าอายุครรภ์ยิ่งน้อยจะเห็นแคมเล็กและคลิตอริสชัดเจนมากขึ้น ส่วนแคมใหญ่มีสีเหมือนผิวหนังส่วนอื่นๆ ของร่างกาย คือสีแดงหรือชมพู ทรวงอกอ่อนนุ่ม เนื้อเยื่อปอดเจริญไม่สมบูรณ์ การระบายอากาศ (ventilation) ในปอดมีน้อย ศูนย์ควบคุมการหายใจยังทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ มีผลทำให้มีการหายใจเป็นระยะๆ (periodic breathing) ได้บ่อย มีความไม่สมบูรณ์ในการทำงานของระบบต่างๆ เช่น การควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในระดับปกติ ความสามารถในการทำหน้าที่ของไตมีจำกัด ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายยังทำหน้าที่ไม่ดี ทำให้มีการติดเชื้อได้ง่าย รีเฟล็กซ์เกี่ยวกับการดูด การกลืน การจาม การไอ และการแสดงทางระบบประสาทอื่นๆ ไม่มีหรือมีน้อย ซึ่งระบบประสาทที่ยังพัฒนาไม่สมบูรณ์นี้ มีผลกระทบไปถึงพฤติกรรม การตอบสนองของทารกเกิดก่อนกำหนดอีกด้วย (สุกัญญา ทักษพันธ์, 2545; เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และ วิณา จีระแพทย์, 2548; Murray, McKinney, & Gorrie, 2002; Ricci, 2007)

พฤติกรรมของทารกเกิดก่อนกำหนด

พฤติกรรมของทารกเกิดก่อนกำหนดจะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุครรภ์ และแตกต่างจากทารกเกิดครบกำหนด เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนดต้องปรับตัวกับความเครียด ที่เกิดจากการเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปก่อนที่ร่างกายจะพร้อม ส่งผลให้พฤติกรรมที่แสดงออกไม่แน่นอน และคาดเดาได้ยาก ซึ่งอาจทำให้บิดามารดาหรือผู้ดูแลทารกเกิดความสับสน ไม่มั่นใจในการเลี้ยงดูได้ ซึ่งพฤติกรรมต่างๆ ดังกล่าว ได้แก่

1. การนอน ในช่วงเดือนแรกทารกเกิดก่อนกำหนดจะหลับมากกว่าทารกเกิดครบ

กำหนด ดังการศึกษาของ Ardura และคณะ (Ardura, Andress, Aldana, & Revilla, 1995) ในรูปแบบแผนการนอนหลับและการตื่นของทารกเกิดครบกำหนดและเกิดก่อนกำหนด ผลการศึกษาพบว่าในช่วงอายุ 1 เดือนแรก ทารกเกิดก่อนกำหนดหลับมากกว่าทารกเกิดครบกำหนด โดยมีระยะเวลาการนอนหลับเฉลี่ย 17.15 ชั่วโมงต่อวัน หลับในเวลากลางวัน 8.96 ชั่วโมง และหลับในเวลากลางคืน 8.19 ชั่วโมง ส่วนทารกเกิดครบกำหนด มีระยะเวลาการหลับ 11.94 -14.78 ชั่วโมงต่อวัน ทารกเกิดก่อนกำหนดหลับในเวลากลางวันมากกว่าทารกเกิดครบกำหนดถึงร้อยละ 15

นอกจากนั้นยังมีการศึกษาถึงแบบแผนการหลับนอนของทารกเกิดก่อนกำหนด โดย จันทิมา จรัสทอง (Charastong, 2001) ทำการศึกษาในทารกสองกลุ่ม คือ กลุ่มแรกอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ และกลุ่มที่สองอายุครรภ์ 37-39 สัปดาห์ พบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดมีลักษณะการนอนหลับใน 8 ชั่วโมงดังนี้ แบบแผนการนอนเป็นวงจรที่สั้น ซึ่งพบได้ตลอด 8 ชั่วโมง วงจรการนอนหลับครั้งละประมาณ 40-60 นาที ระยะเวลาการนอนหลับและการตื่นใกล้เคียงกัน แต่ในกลุ่มอายุครรภ์ 37-39 สัปดาห์ระยะเวลานอนหลับนานมากกว่าและมีจำนวนครั้งการนอนหลับที่น้อยกว่า ทั้งสองกลุ่มจะมีระยะเวลานอนหลับทั้งหมดประมาณ 57% (หลับลึก 21% หลับตื้น 36%) ซึ่งมีลักษณะการหลับแบบปกติคือ เริ่มต้นการนอนเข้าสู่ระยะหลับตื้นก่อน ลักษณะการนอนที่พบมากที่สุดคือ เปลี่ยนจากหลับตื้นไปหลับลึกและกลับมาหลับตื้นอีกครั้ง

ส่วน Scher และคณะ (Scher, Johnson & Holditch-Davis, 2005) ได้ทำการศึกษาวงจรการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดเช่นกัน แต่เป็นทารกที่เกิดขณะอายุครรภ์น้อยมาก คือช่วง 25-30 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดจำนวน 33 คน ผลการศึกษาพบว่าทารกจำนวน 24 คนมีระยะการนอนหลับครั้งละ 37-100 นาที มีค่าเฉลี่ย 68 นาที (± 19 นาที) ส่วนทารกอีก 9 คนมีการนอนหลับที่ไม่เป็นวงจร

นอกจากอายุครรภ์ที่แตกต่างกันของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีผลต่อแบบแผนการนอนหลับแล้ว ยังพบว่า การกินนมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการนอนของทารกด้วย โดย Thomas (2000) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนการหลับตื้นของทารกเกิดก่อนกำหนดที่กินนมมารดา และกินนมผสม ในกลุ่มทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ 26-33 สัปดาห์ ที่อายุภายหลังเกิด 4-6 สัปดาห์ ซึ่งทำการศึกษาที่บ้านทารก โดยทำการบันทึกพฤติกรรมการนอนหลับ การตื่น และการร้องไห้ตลอด 24 ชั่วโมง โดยแบ่งเป็นเวลากลางวัน คือช่วง 6.00-18.00 นาฬิกา และเวลากลางคืนคือ 18.00-6.00 นาฬิกา มีจำนวนทารกทั้งหมด 37 คน แบ่งเป็นกินนมมารดา 12 คน และกินนมผสม 25 คน ซึ่งพบว่าทารกที่กินนมมารดาจะร้องในตอนกลางวันมากกว่า และใน 24 ชั่วโมงจะร้องมากกว่าเด็กที่กินนมผสมประมาณ 1 ชั่วโมง ทำให้ระยะเวลานอนหลับและการตื่นเปลี่ยนแปลงไป

จากการศึกษาต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่าในทารกเกิดก่อนกำหนดใช้เวลาอนมากกว่าทารกเกิดครบกำหนด และทารกที่อายุครรภ์น้อยจะใช้เวลาในการนอนหลับมากกว่าทารกที่อายุครรภ์มากขึ้น โดยทารกที่อายุครรภ์น้อยมากการนอนหลับอาจไม่เป็นวงจรหรือไม่มีความชัดเจน

2. การกิน ส่วนใหญ่ทารกเกิดก่อนกำหนดมักได้รับนมทางสายให้อาหารก่อน จนกว่าสภาพร่างกายอยู่ในภาวะปกติ หรือพร้อมที่จะดูดนมเองได้ โดยสังเกตจากการที่ทารกดูดนิ้วมือ ดูดลิ้น หรือการดูดจุกปลอม และส่วนใหญ่การให้อาหารทางปากเหมาะสำหรับทารกที่อายุในครรภ์

มากกว่า 32-34 สัปดาห์ หรือน้ำหนักมากกว่า 1,500 กรัม (Simson, Schanler, & Lau, 2002; Pilliteri, 2003) ในระยะแรกทารกเกิดก่อนกำหนดมักดูดนมได้ช้า และต้องการการดูแลบ่อยครั้งกว่าทารกเกิดครบกำหนด เพราะส่วนใหญ่มักใช้เวลาในการนอนหลับ มีระยะเวลาในการตื่นเป็นเพียงช่วงสั้นๆ และการดูดนมแต่ละครั้งได้ปริมาณที่น้อย

3. การร้องไห้ เป็นพฤติกรรมการสื่อสารที่ทารกทั่วไปใช้เมื่อมีความต้องการ เช่น หิว ง่วงนอน ไม่สุขสบาย เหนง เป็นต้น ซึ่งในทารกเกิดก่อนกำหนดมีปฏิริยาการตอบสนองไม่แน่นอน การร้องไห้จึงอาจไม่มีสาเหตุที่ชัดเจน ผู้ดูแลจึงควรหมั่นสังเกตและหาวิธีแก้ไขตามสาเหตุ

4. การตอบสนองทางระบบประสาท พฤติกรรมการตอบสนองทางระบบประสาทของทารกเกิดก่อนกำหนด มีความสมบูรณ์และทำหน้าที่ได้น้อยกว่าทารกเกิดครบกำหนด โดย Brown และคณะ (Brown, Doyle, Bear, & Inder, 2006) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการตอบสนองทางระบบประสาท ระหว่างทารกเกิดก่อนกำหนดและทารกเกิดครบกำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ต่ำกว่า 30 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 1,250 กรัม จากโรงพยาบาลในประเทศออสเตรเลีย ที่เกิดช่วงปี 2001-2004 จำนวน 168 คน และทารกเกิดครบกำหนดจำนวน 39 คน โดยทำการทดสอบขณะที่ทารกมีอายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ตามอายุที่ปรับแล้ว ทำการประเมินความสมบูรณ์ของระบบประสาทโดยใช้ Neonatal Intensive Care Unit Network Neurobehavior Scale (NNS) และประเมินระดับการตอบสนองทางระบบประสาทโดยใช้ Hammersmith Neonatal Neurologic Examination (HNNE) ผลการศึกษาพบว่า NNS ของทารกเกิดก่อนกำหนดแตกต่างจากทารกเกิดครบกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 8 ด้าน จากทั้งหมด 11 ด้าน ได้แก่ 1) ความตั้งใจ (attention) 2) การควบคุม (handling) 3) คุณภาพของการเคลื่อนไหว (quality of movement) 4) การบังคับ (regulation) 5) ความสมบูรณ์ของปฏิริยาการตอบสนอง (nonoptimal reflexes) 6) ความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ (hypotonic) 7) ความสมมาตรของปฏิริยาการตอบสนอง (asymmetrical reflexes) และ 8) การถูกกระตุ้นได้ง่าย (excitability) ส่วนอีก 3 ด้านที่ยังไม่มีความชัดเจน ได้แก่ การเกร็งของกล้ามเนื้อ (hypertonicity) ความตื่นตัว (arousal) และความง่วงซึม (lethargy) ส่วน HNNE ของทารกเกิดก่อนกำหนดมีระดับต่ำกว่าทารกเกิดครบกำหนดทุกด้าน คือ กำลังของกล้ามเนื้อ (tone) รูปแบบของกำลัง (tone pattern) ปฏิริยาการตอบสนอง (reflex) การเคลื่อนไหวด้วยตนเอง (spontaneous movements) อาการแสดงที่ผิดปกติ (abnormal signs) และพฤติกรรม (behavior)

นอกจากการทำหน้าที่ทางระบบประสาทที่ไม่สมบูรณ์แล้ว ลักษณะพื้นฐานอารมณ์ (temperament) ของทารกเกิดก่อนกำหนดยังแตกต่างไปจากทารกเกิดครบกำหนดอีกด้วย ดังการศึกษาของ Hughes และคณะ (Hughes, Shults, Mcgrath, & Medoff-cooper, 2002) ที่ได้

เปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานอารมณ์ระหว่างทารกเกิดก่อนกำหนดกับทารกเกิดครบกำหนดในขวบปีแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดที่เกิดเมื่ออายุครรภ์ 24-32 สัปดาห์ จำนวน 74 คน โดยให้มารดาทารกตอบแบบสอบถามใน 3 ช่วงอายุ คือ ขณะอายุ 6 สัปดาห์ 6 เดือน และ 12 เดือน พบว่าในช่วง อายุ 6 สัปดาห์ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความสม่ำเสมอในพฤติกรรม (rhythmicity) น้อย ถึงแม้จะปลอดภัยได้ง่ายกว่าทารกเกิดครบกำหนดก็ตาม และเมื่อทารกเติบโตขึ้น พบว่า ช่วงอายุ 6 เดือน มีการปรับตัว (adaptability) ได้น้อยกว่าทารกเกิดครบกำหนด ช่วงอายุ 12 เดือน มีความจดจ่อและความตั้งใจต่อกิจกรรมหรือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (persistence and attention span) น้อยกว่าทารกเกิดครบกำหนด จากการศึกษาดังกล่าวสรุปได้ว่าช่วงแรกเกิดทารกเกิดก่อนกำหนดมีพฤติกรรมตอบสนองทางระบบประสาท และทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์ การแสดงพฤติกรรมไม่มีความสม่ำเสมอ และในขวบปีแรกยังมีการปรับตัวที่ไม่ดี และมีสมาธิสั้นอีกด้วย ดังนั้นถ้าบิดามารดา หรือผู้เลี้ยงดู มีความเข้าใจในพฤติกรรม และลักษณะพื้นฐานอารมณ์ต่างๆ ของทารก จะส่งผลไปถึงการเลี้ยงดูที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีการเจริญเติบโต และพัฒนาการที่เหมาะสมต่อไป

ลักษณะการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนด

โดยปกติในระยะ 10 วันแรกของชีวิต ทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีน้ำหนักตัวลดลงประมาณร้อยละ 12-15 และอาจใช้เวลานานถึง 15-20 วันน้ำหนักจึงเพิ่มเท่ากับตอนแรกเกิด ส่วนในทารกที่เกิดก่อนกำหนดมากๆ น้ำหนักจะลดลงในช่วงเดือนแรก หลังจากนั้นน้ำหนักจะขึ้นมากในช่วงอายุ 36-40 สัปดาห์ และน้ำหนักจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วอีกครั้งในช่วง 6 เดือน-2 ปีตามอายุจริงที่ปรับแล้ว (corrected age) ส่วนความสูงจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกันในช่วง 2-12 เดือน (Niklasson, Engstrom, Hard, Wikland, & Hellstrom, 2003) สำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดที่น้ำหนักน้อยมากต้องใช้ระยะเวลาในการเจริญเติบโตที่นานมากขึ้น โดยมีการศึกษาดูตามลักษณะการเจริญเติบโตของทารกน้ำหนัก 501-1,000 กรัม เมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล ขณะอายุ 18 และ 22 เดือน (อายุที่ปรับแล้ว) พบว่า อัตราของน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นจากน้ำหนักแรกเกิดและน้ำหนักวันที่จำหน่าย เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยจาก 12 เป็น 21.2 กรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน แต่ยังต่ำกว่า 10 เปอร์เซ็นต์ไทล์ และมีอัตราความสูงต่อรอบศีรษะเพิ่มจาก 0.8 เป็น 1.1 ต่อสัปดาห์ (Ehrenkranz et al., 2006) นอกจากนี้ Niklasson และคณะ (Niklasson, Engstrom, Hard, Wikland, & Hellstrom, 2003) ได้ทำการติดตามการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดตั้งแต่แรกเกิดไปจนถึงอายุ 7 ปี ในเด็กที่อายุครรภ์น้อยกว่า 29 สัปดาห์ ซึ่งรอดชีวิตในช่วงปี 1988-1991 ในประเทศสวีเดน จำนวน 52 คน พบว่าส่วนใหญ่มีการเจริญเติบโตทันเด็กปกติในช่วงอายุ 4-5 ปี แต่ก็ยังมีเด็กที่มีความสูงทันเด็กปกติ

ในช่วงอายุ 7 ปี อย่างไรก็ตามเด็กกลุ่มนี้สามารถที่จะมีทั้งน้ำหนักและความสูงที่ปกติได้ก่อนเข้าสู่วัยหนุ่มสาว (puberty)

นอกจากทารกเกิดก่อนกำหนดจะเติบโตช้ากว่าทารกเกิดครบกำหนดแล้ว ในทารกที่เกิดก่อนกำหนดเหมือนกันก็ยังมีอัตราการเจริญเติบโตที่แตกต่างกันได้ โดยในช่วง 2 เดือนแรกทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีการเจริญเติบโตช้าจะมีรอบศีรษะต่ำกว่าเกิดก่อนกำหนดทั่วไป ส่วนน้ำหนักและความยาวจะต่ำกว่าในระยะ 3 เดือนแรก แต่ในที่สุดจะสามารถเติบโตทันกันได้ที่อายุประมาณ 4-5 เดือน (Roggero et al., 2008) การเจริญเติบโตของทารกในแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยด้านสถานะแวดล้อมเป็นสิ่งสำคัญมาก โดยเฉพาะเรื่องโภชนาการในระยะขวบปีแรก ซึ่งทารกเกิดก่อนกำหนดควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจากมีรายงานที่แสดงว่าทารกเหล่านี้มีความชุกในการเกิดความล้มเหลวในการเจริญเติบโต (failure to thrive) และในการเกิดโรค (disease) ในขวบปีแรก รวมถึงการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลช่วงอายุ 2 ปีแรก (Rugolo, 2005) นอกจากเรื่องโภชนาการแล้ว ภาวะจิตอารมณ์ของมารดาก็มีผลต่อการเจริญเติบโตของทารกเช่นกัน ดังการศึกษาของ Drewett และคณะ (Drewett et al., 2004) ที่พบว่ามารดาทารกเกิดก่อนกำหนดมีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงกว่ามารดาทารกเกิดครบกำหนด และพบความล้มเหลวในการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดสูงถึง 8.3% ส่วนทารกเกิดครบกำหนดพบ 4.5% ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$)

การที่ทารกจะเจริญเติบโตได้อย่างเหมาะสมนั้นขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆ มากมาย หากบิดามารดา หรือผู้ดูแลเด็กใส่ใจในการดูแล นอกจากทำให้ทารกมีการเจริญเติบโตที่ดีแล้ว ยังส่งผลไปยังพัฒนาการอีกด้วย

พัฒนาการของทารกเกิดก่อนกำหนด

พัฒนาการของทารกเริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ดังนั้นทารกที่เกิดก่อนกำหนดมากเท่าใดพัฒนาการก็ย่อมพร่องมากเท่านั้น ดังการศึกษาของ Van Haastert และคณะ (Van Haastert, De Vries, Helders, & Jongmans, 2006) ที่ได้ทดสอบการพัฒนากล้ามเนื้อมัดใหญ่ใน 18 เดือนแรกของทารกเกิดก่อนกำหนดจำนวน 800 คน ที่เกิดเมื่ออายุครรภ์ ≤ 32 สัปดาห์ โดยวัดในช่วงอายุระหว่าง 1 เดือนถึง 18 เดือน (อายุที่ปรับแล้ว) และนำไปเปรียบเทียบกับพัฒนาากล้ามเนื้อมัดใหญ่ตามมาตรฐานของทารกเกิดครบกำหนดทั่วไปโดยใช้ Alberta Infant Motor Scale (AIMS) ในการประเมิน โดยคะแนน AIMS ที่สูงขึ้นแสดงถึงความสำเร็จของกล้ามเนื้อมัดใหญ่มากขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดมีระดับคะแนน AIMS ต่ำกว่าทารกเกิดครบกำหนดในทุก

ระดับอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเป็นค่าร้อยละ พบว่าคะแนนที่อายุ 12 เดือนเท่ากับ 1.5% และอายุ 18 เดือนเท่ากับ 78% ซึ่งมีความสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว

จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อ และการเคลื่อนไหวช้ากว่าทารกครบกำหนด และในทารกที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม ยังเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในด้านความผิดปกติทางระบบประสาท และพัฒนาการในระยะขวบปีแรกอีกด้วย (Rugolo, 2005)

แต่อย่างไรก็ตามทารกเกิดก่อนกำหนด สามารถมีพัฒนาการที่ดีขึ้นได้ เมื่อได้รับการดูแลเอาใจใส่ จัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม มีการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสม ก็จะช่วยให้ทารกมีพัฒนาการที่สมวัย แต่หากทารกไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม จะทำให้พัฒนาการล่าช้าได้ โดยมีงานวิจัยที่ศึกษาระดับพัฒนาการและปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนด ขณะอายุ 3 ปี พบว่า ในเด็กที่ระดับของความฉลาดทางสติปัญญา (Intelligence quotient, IQ) ปกติ จะมีระดับคะแนน HOME (Home Observation for Measurement of the Environment) ซึ่งเป็นการประเมินลักษณะสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการส่งเสริมพัฒนาการ และคะแนน NCATS (Nursing Child Assessment Teaching Scale) ที่ใช้ประเมินทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก สูงกว่าในเด็กกลุ่มที่มี IQ ต่ำ (Holditch-Davis, Bartlett, & Belyea, 2000)

ดังนั้นทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งมีอัตราการเจริญเติบโตและพัฒนาการช้ากว่าในเด็กปกติทั่วไปไม่ว่าจะเป็นทารกที่เกิดก่อนกำหนดมากหรือน้อยเพียงใดก็ตาม จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้ทารกมีสุขภาพที่ดี แข็งแรง มีการเจริญเติบโต และพัฒนาการที่สมวัยต่อไป

หลักการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเมื่อได้กลับบ้าน

เมื่อทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถควบคุมอุณหภูมิร่างกายได้ดีโดยไม่ต้องใช้ผ้าอ้อมแข็งแรงพอที่จะคลุมตัวเอง น้ำหนักประมาณ 1,800 กรัม น้ำหนักขึ้น 10-30 กรัม/วัน การหายใจปกติ บางครั้งอาจไม่สม่ำเสมอ แต่ไม่มีการหยุดหายใจก่อนจะกลับบ้านเป็นเวลานานอย่างน้อย 1 สัปดาห์ ทารกจะได้รับการพิจารณาให้กลับบ้านได้ และก่อนกลับบ้านทารกจะได้รับการตรวจร่างกายอย่างละเอียด ประเมินภาวะช็อค วัดความดันโลหิต ตรวจตา ตรวจหู ตามความเสี่ยงที่ทารกได้รับ ชั่งน้ำหนัก วัดความยาวตัว วัดเส้นรอบศีรษะและรอบทรวงอก เพื่อเป็นเกณฑ์ในการประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการสำหรับการมาตรวจครั้งต่อไป (ปัญญา พันธุ์บุรณะ และ จันทนา พันธุ์บุรณะ, 2549; Leifer, 2005) และเมื่อทารกได้กลับบ้านควรได้รับการดูแลต่อในเรื่องต่างๆ ดังนี้

1. การให้อาหาร อาหารที่เหมาะสมสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดมากที่สุด คือ นมมารดา การได้รับนมมารดาให้ประโยชน์มากมายแก่ทารกเกิดก่อนกำหนด เช่น ลดภาวะเสี่ยงของการติดเชื้อลดการเกิดภาวะลำไส้เน่าอักเสบ (necrotizing enterocolitis, NEC) เป็นต้น สำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดก่อนที่จะได้ดื่มนมมารดาต้องได้รับการประเมินความพร้อม รวมถึงต้องมมีอาการคงที่ ซึ่งมารดาควรได้รับข้อมูลการให้นมมารดาตั้งแต่วันแรกของการคลอด และในช่วงนี้ถือเป็นเรื่องปกติหากบีบน้ำนมได้ปริมาณน้อย อาจได้เพียง 1 ซ่อนชาต่อการบีบหนึ่งครั้ง น้ำนมที่ได้อาจมีสีขาวหรือสีเหลืองก็ได้

แม้ว่าทารกที่ได้รับนมผสมจะมีน้ำหนักเพิ่มมากกว่าทารกที่ได้รับนมมารดาในช่วงแรก แต่ในที่สุดแล้วเมื่อทารกโตขึ้นจะมีการเจริญเติบโต และพัฒนาการไม่แตกต่างกัน ดังการศึกษาของ Svenningsen (1982) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเจริญเติบโตและการได้รับโปรตีน ในทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อย จำนวน 48 ราย โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ได้รับโปรตีนจากนมมารดา (0.6 กรัม/100 กิโลแคลอรี) กลุ่มที่ 2 ได้รับโปรตีนจากนมผสมแบบที่ 1 (2.3 กรัม/ 100 กิโลแคลอรี) และกลุ่มที่ 3 ได้รับโปรตีนจากนมผสมแบบที่ 2 (3 กรัม/100 กิโลแคลอรี) ประเมินผลเมื่อทารกอายุ 3 และ 7 สัปดาห์ พบว่าทารกที่ได้รับนมผสม มีน้ำหนักโดยเฉลี่ยและความยาวของลำตัวเพิ่มมากกว่า และยังคงมีน้ำหนักเฉลี่ยเพิ่มมากกว่าเมื่ออายุ 20 สัปดาห์ แต่มีความยาวลำตัวและเส้นรอบวงของศีรษะโดยเฉลี่ยพอๆ กันทั้ง 3 กลุ่ม และเมื่อทารกอายุ 8 เดือนพบว่าทั้ง 3 กลุ่มมีการเจริญเติบโตไม่แตกต่างกัน ติดตามเด็กจนกระทั่งอายุ 2 ปี ได้ตรวจสอบพัฒนาการทางระบบประสาทพบว่าทั้ง 3 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

2. การตรวจสุขภาพและการรับวัคซีน ทารกเกิดก่อนกำหนดควรได้รับการตรวจสุขภาพ และรับวัคซีนเช่นเดียวกับทารกเกิดครบกำหนด ยกเว้นวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ที่พบว่า ภูมิต้านทานจะขึ้นไม่ดึ้นักหากทารกได้รับขณะที่น้ำหนักน้อยกว่า 2,000 กรัม ดังนั้นทารกอาจได้รับวัคซีนเข็มแรกเมื่อน้ำหนักตัวประมาณ 2,000 กรัม แต่หากมารดาเป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี ทารกจะได้รับวัคซีนป้องกันโรคทันทีเมื่อแรกเกิดพร้อมด้วยภูมิคุ้มกันต่อไวรัสตับอักเสบบีอีกตัวหนึ่ง (hepatitis B immunoglobulin, HBIG) จากนั้นให้เริ่มรับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีเข็มที่ 1 ใหม่เมื่อทารกมีน้ำหนักตัวประมาณ 2,000 กรัม (Kelly, 2006; อัจฉรา ตั้งสถาพรพงษ์, 2552)

3. การดูแลความปลอดภัย ทารกควรได้รับการดูแลในสภาพแวดล้อมที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวกโดยเฉพาะห้องนอนของทารก ไม่ควรร้อนหรือเย็นจนเกินไป ควรอยู่เหนือทิศทางลมเพื่อหลีกเลี่ยงละอองเกสร ฝุ่น เหม่าหรือควันไฟ หมั่นปิดกวดฝุ่นละอองในห้องให้สะอาดอยู่เสมอ ไม่ควรสูบบุหรี่ในห้องนอนของทารก และไม่ควรเลี้ยงสัตว์เลี้ยงไว้ในบ้าน จัดสิ่งแวดล้อมที่

สงบ หลีกเลียงเสียงอึกทึกกรึกโครม และลายผ้าห่ม ผ้าปูที่นอน เบาะนอน หรือตกแต่งผนังห้องด้วยสีฉูดฉาด เพราะจะกระตุ้นทารกมากเกินไป

นอกจากการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมแล้ว ควรมีการป้องกันอุบัติเหตุที่มักเกิดกับทารก ได้แก่ 1) การที่หายใจไม่ออก เนื่องจากหมอนหรือที่นอนอุดปาก และจมูก ดังนั้นควรหาที่นอนที่มีเนื้อแน่น และแข็งพอประมาณ นอนแล้วตัวไม่จมลงในที่นอน และไม่ปล่อยให้นอนอยู่ท่าเดียวนานๆ ท่านอนที่เหมาะสมสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด คือ ท่านอนหงาย (Kelly, 2006) และถ้าจัดให้ทารกนอนคว่ำ ควรเพิ่มความระมัดระวังเป็นพิเศษ เพราะมีโอกาสที่หมอนหรือที่นอนอุดปากและจมูกได้ จึงควรจัดให้น้ำทารกตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่งด้วย 2) การสำลักน้ำหรือนม ป้องกันได้โดยการอุ้มทารกเวลาให้นมทุกครั้ง และภายหลังการให้นมควรอุ้มทารกไล่ลม ไม่วางทารกนอนราบทันที หลังไล่ลมให้ทารกนอนตะแคงขวาหรือนอนศีรษะสูง (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒน์ และ ศิริวรรณ ดันเลิศ, 2544) กรณีที่ทารกสำลักน้ำหรือนม ให้จับทารกตะแคงหน้าไปข้างใดข้างหนึ่ง แล้วจึงใช้ลูกสูบยางแดงดูดเศษนม และเสมหะในปาก คอ และรูจมูกออกให้หมด

4. การสร้างปฏิสัมพันธ์ การที่ทารกได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นการส่งเสริมให้ทารกมีพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม เช่น การให้ทารกจ้องหน้า สบตาผู้อุ้ม การยิ้มพูดคุยโต้ตอบ การปลอบโยนด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล ทั้งนี้ต้องมีการสังเกตสัญญาณทารกและตอบสนองที่เหมาะสมกับทารกแต่ละคนด้วย

5. การส่งเสริมพัฒนาการ มีการศึกษาวิจัยพบว่า การส่งเสริมพัฒนาการตั้งแต่ช่วงแรกจะมีอิทธิพลที่ดีต่อการรับรู้ (cognitive) และด้านการเคลื่อนไหว (motor) ของทารกทั้งในระยะสั้น และระยะกลาง (Spittle, Orton, Doyle, & Boyd, 2008) การส่งเสริมพัฒนาการควรเริ่มส่งเสริมโดยการประเมินจากความสามารถของทารกในปัจจุบัน เพราะในทารกเกิดก่อนกำหนดบางคนอาจมีอายุที่มาก แต่พัฒนาการช้า และควรทำในขณะที่ทารกมีความพร้อมทางทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ เช่น ทารกไม่หิว ไม่ง่วงนอน เป็นต้น การเริ่มต้นส่งเสริมพัฒนาการในช่วงแรกเกิด ถึง 1 เดือนแรก คือ การเปลี่ยนท่านอนให้ทารกบ่อยๆ การให้ทารกมองหน้า โดยเอียงศีรษะซ้ายขวาช้าๆ ให้ทารกมองตาม หรือให้มองของเล่นสีสันสดใส มีระยะห่าง 8 นิ้ว (ฉันทิกา จันทร์เป็ย, 2550) การส่งเสริมพัฒนาการในช่วงแรกเป็นสิ่งสำคัญมาก หากทารกได้รับการส่งเสริมที่เหมาะสมจะช่วยให้ทารกมีพัฒนาการสมวัยและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

6. อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ ทารกแรกเกิดหรือทารกเกิดก่อนกำหนด อาจมีอาการผิดปกติที่พบได้บ่อย ได้แก่ ตัวร้อน ร้องกวน โยเย ชัก ชีบ หนาวสั่น ผวาบ่อยๆ อาเจียน ท้องเดิน ท้องผูก เป็นหวัด คัดจมูก หูอักเสบ มีผื่นตามตัว ซีด ไข้เลื้อนที่ขาหนีบ และที่สะดือ หากมีอาการเหล่านี้ควรพาไปพบแพทย์ และควรมีการดูแลเบื้องต้นก่อนไปพบแพทย์ ดังนี้

6.1 เป็นหวัด คัดจมูก หากทารกเป็นหวัด คัดจมูก ไอหรือจามบ่อย มีน้ำมูก หายใจไม่สะดวก ควรให้ทารกนอนท่าศีรษะสูง กึ่งนั่งกึ่งนอน หรืออุ้มพาดบ่า จะช่วยให้หายใจสะดวกขึ้น ให้ใส่เสื้อผ้าหนาๆ หรือห่อตัวให้ร่างกายอบอุ่น หากมีน้ำมูกมากให้ใช้ลูกสูบยางแดงดูดออก

6.2 การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ทารกเกิดก่อนกำหนดที่เคยได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ มักมีปัญหาติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจได้ง่าย และมีเสมหะมาก เนื่องจากระบบป้องกันการติดเชื้อถูกทำลาย คุณแม่ควรสังเกตการหายใจของลูกขณะพัก เพื่อใช้เปรียบเทียบเมื่อมีการหายใจที่ผิดปกติ โดยปกติทารกควร หายใจประมาณ 40-60 ครั้งต่อนาที ไม่มีเสียงวี๊ด จมูกไม่บาน ไม่มีการคั่งรังของกระดูกซี่โครง และริมฝีปากไม่เขียว หากพบอาการผิดปกติ ควรรีบพาไปพบแพทย์

6.3 ผื่นผ้าอ้อม ผื่นแดงบริเวณก้น เกิดจากการใช้ผ้าอ้อมที่ซักไม่สะอาด หรือการปล่อยให้อับชื้นอยู่กับผ้าอ้อมที่เปียกอุจจาระหรือปัสสาวะนานๆ เนื่องจากแอมโมเนียในปัสสาวะจะทำให้เกิดผื่นผ้าอ้อมได้ คุณแม่ควรซักผ้าอ้อมให้สะอาด ผึ่งแดดให้แห้งสนิท หากเป็นวันที่อากาศชื้น ไม่มีแดด ควรรีดให้แห้งก่อนนำมาใช้ หากเป็นผื่นมากไม่ต้องห่อผ้าอ้อมให้ทารก เพื่อให้บริเวณที่เป็นผื่นมีการถ่ายเทอากาศที่ดี โดยให้ทารกนอนคว่ำบนผ้าอ้อมแทนการใส่ผ้าอ้อม จะช่วยให้บริเวณผื่นแห้งเร็ว แต่หากอาการไม่ดีขึ้นให้รีบพาไปพบแพทย์ และในกรณีที่ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป คุณแม่อาจต้องหมั่นสังเกตการขับถ่าย และถ้าพบว่าผ้าอ้อมซึมซับน้ำปัสสาวะเต็มที่ หรือถูกถ่ายอุจจาระ คุณแม่ต้องเปลี่ยนผ้าอ้อมทันที และควรเลือกขนาดผ้าอ้อมให้เหมาะสมกับขนาดและวัยของลูกด้วย

6.4 ตัวร้อนหรือมีไข้ ควรเช็ดตัวทารกบ่อยๆ ด้วยผ้านุ่มๆ ชุบน้ำอุ่น หรือน้ำก๊อกธรรมดาปิดหมาดๆ เช็ดตามซอกคอ ข้อพับต่างๆ เพื่อระบายความร้อนออกจากร่างกายให้มากที่สุด ไม่ควรใช้น้ำเย็นเช็ดตัว เพราะร่างกายจะปรับอุณหภูมิไม่ทันทำให้ทารกหนาวสั่นได้ ระยะที่มีไข้ควรให้ทารกดื่มนมแม่ให้มากขึ้น ในกรณีที่กินนมผสม ควรให้น้ำทารกเพิ่มขึ้น สวมเสื้อผ้าบางๆ จะช่วยระบายความร้อนได้ดีขึ้น หากปฏิบัติดังนี้แล้ว ไข้ไม่ลด หรือลดแล้วกลับมีไข้ขึ้นอีก ควรรีบพาไปพบแพทย์ ไม่ควรซื้อยาให้ทารกรับประทานเอง เพราะอาจเกิดอันตรายแก่ทารกได้ แต่หากมียาลดไข้ที่ปลอดภัย ได้แก่ ยาพาราเซตามอลชนิดน้ำอยู่ที่บ้านก็สามารถรับประทานได้ตามคำแนะนำของแพทย์หรือคำแนะนำข้างขวดก่อนพามาพบแพทย์

6.5 ท้องเสีย ปกติทารกที่กินนมแม่ อุจจาระจะมีลักษณะอ่อนนุ่ม สีเหลือง เนื้อละเอียด ถ่ายวันละ 2-3 ครั้ง และ ส่วนในทารกที่กินนมผสม อุจจาระจะแข็งกว่า ถ่ายวันละ 1-2 ครั้ง แต่ถ้าทารกถ่ายเป็นน้ำมากผิดปกติจากที่เคยเป็น จะทำให้สูญเสียน้ำและเกลือแร่จากร่างกาย และอาจเป็นอันตรายได้ ควรพามาพบแพทย์

6.6 ท้องผูก หมายถึงการที่ถ่ายอุจจาระเป็นก้อนแข็ง โดยไม่ได้คำนึงถึงความถี่ของการถ่าย โดยปกติทารกที่กินนมแม่เพียงอย่างเดียวจะไม่มีปัญหาเรื่องท้องผูก ส่วนทารกที่กินนมผสมมักมีปัญหาเรื่องท้องผูก คุณแม่ควรเพิ่มน้ำให้ทารกมากขึ้น หรืออาจให้น้ำลูกพรุนช่วย ซึ่งอาจเริ่มให้ประมาณ 2 ช้อนชา แล้วค่อยเพิ่มปริมาณทีละน้อยถ้ายังมีอาการท้องผูก

ปัญหาสุขภาพจิตของมารดาเนื่องจากการมีทารกเกิดก่อนกำหนด

ในการตั้งครรภ์ครั้งแรกมารดามักมีความเครียดมากกว่าปกติ เนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลบุตรมาก่อน ดังการศึกษาของอุษา สุขาพันธ์ (2544) ที่ได้ศึกษาความเครียดในบทบาทของมารดาที่มีบุตรคนแรก และศึกษาอำนาจการทำนายของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส พฤติกรรมทารก อายุ รายได้ครอบครัว และประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็กก่อน ที่มีต่อความเครียดในบทบาทของมารดาที่มีบุตรคนแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรคนแรกอยู่ในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด ที่มารับบริการตรวจหลังคลอดที่หน่วยวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 150 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในบทบาทของมารดาโดยรวม และด้านการมีบทบาทมากเกินไปอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ส่วนด้านความคลุมเครือในบทบาท และด้านความขัดแย้งในบทบาทอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย และพบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส พฤติกรรมทารก ประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็กก่อน และอายุ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล และสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของความเครียดในบทบาทของมารดาที่มีบุตรคนแรก ได้ร้อยละ 27 ($p < .05$)

นอกจากความเครียดที่เกิดจากการตั้งครรภ์ครั้งแรกแล้ว ถ้ามารดาคลอดบุตรก่อนกำหนด ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ไม่ได้คาดหวัง ย่อมเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดมากขึ้น โดยความเครียดในมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดนั้นเกิดได้ทั้งจากลักษณะของตัวมารดาเอง จากบุคลากรสิ่งแวดล้อมในหออภิบาล (NICU) จากการรักษาต่างๆที่บุตรได้รับ ความกังวลในผลการรักษา การสูญเสียบทบาทหน้าที่พ่อแม่ (Parental role) และจากความเจ็บป่วยของบุตร (Holditch-Davis & Miles, 2000) ยิ่งถ้าบุตรมีอายุครรภ์น้อย หรือมีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นเท่าใด จะทำให้มารดาจะเกิดความรู้สึกเครียดมากขึ้นเท่านั้น

ดงงานวิจัยของอำไพพร ก่อตระกูล (2548) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับอายุ ระดับการศึกษาของมารดา รายได้ของครอบครัว และการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของทารก และศึกษาพฤติกรรมการเผชิญความเครียด และการรับรู้ประสิทธิภาพของพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา จำนวน 60 คน ผลการวิจัยพบว่า มารดามีความเครียดในระดับปานกลาง และความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .306, p < 0.01$)

นอกจากความเครียดดังกล่าว ในมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดยังมีปัญหาเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าด้วย ดงการศึกษาของ Miles และคณะ (Miles, Holditch-Davis, & Schwartz, 2007) ที่ได้ศึกษาอาการซึมเศร้า (depressive symptoms) ในมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่ทารกมีน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม โดยวัดตั้งแต่ทารกเกิดไปจนถึงอายุ 27 เดือน (อายุที่ปรับแล้ว) พบว่ามารดาทั้งหมด 102 คน มี 63% ที่มีคะแนนอาการซึมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับ 16 ซึ่งหมายความว่าอยู่ในภาวะเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า และเป็นนานถึง 6 เดือนจึงเริ่มกลับเข้าสู่ภาวะปกติ

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพของมารดาครรภ์แรกที่มีบุตรเกิดก่อนกำหนด ที่มีทั้งความเครียด และอาการซึมเศร้า ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความเป็นมารดาในด้านต่างๆ ด้วย เช่น ศักยภาพความเป็นพ่อแม่ (parental competence) ความรู้สึกลดรับการเป็นมารดา (maternal responsiveness) และการรับรู้สมรรถนะตนเอง (self-efficacy) ในการดูแลทารก เป็นต้น

ดงการศึกษาของ Olshtain-Mann และ Auslander (2008) ที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบความเครียดและ ศักยภาพความเป็นพ่อแม่ (parental competence) ของทารกเกิดก่อนกำหนด และทารกเกิดครบกำหนด ที่เกิดในช่วงปี 2000-2001 ในเมืองเยรูซาเล็ม (Jerusalem) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นทารกเกิดก่อนกำหนด มีน้ำหนัก 1,750 กรัมหรือน้อยกว่า อายุครรภ์ 36 สัปดาห์หรือต่ำกว่า เคยรับการรักษาใน NICU อย่างน้อย 1 สัปดาห์ และไม่มีผลผิดปกติแต่กำเนิดใดๆ ทั้งสิ้น และจากการสัมภาษณ์บิดามารดาจำนวน 320 คน (160 คู่) แบ่งเป็นบิดามารดาทารกเกิดก่อนกำหนด 80 คู่ และบิดามารดาทารกเกิดครบกำหนด 80 คู่ หลังจากที่ย้ายทารกกลับบ้านแล้ว 2 เดือน พบว่า มารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดมีความเครียดสูงกว่า และศักยภาพความเป็นพ่อแม่ต่ำกว่ามารดาทารกเกิดครบกำหนด ($p < .01$)

Amankwaa และคณะ (Amankwaa, Pickler, & Boonme, 2007) ได้ศึกษาความรู้สึกลดรับการเป็นมารดา (maternal responsiveness) ในมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดจำนวน 23 คน ใน

3 ระยะ คือ สองสัปดาห์หลังคลอด สองสัปดาห์หลังทารกออกจาก NICU และสามเดือนหลังคลอด โดยดูความสัมพันธ์ของปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อความรู้สึกตอบรับการเป็นมารดา ซึ่งการศึกษาพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกตอบรับการเป็นมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกตอบรับการเป็นมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระยะเวลาที่นานขึ้นไม่มีผลต่อความรู้สึกตอบรับการเป็นมารดา

ถึงแม้จะไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด หรืออาการซึมเศร้าในมารดาที่มีบุตรเกิดก่อนกำหนดกับการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลบุตรก็ตาม แต่เป็นที่ยอมรับกันว่า ความเป็นเด็กเกิดก่อนกำหนด (prematurity) ซึ่งแน่นอนย่อมนำความเครียด ความกังวลมาด้วย ก็เป็นสาเหตุมากเพียงพอ ที่จะทำให้มารดาสูญเสียความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะดูแลทารกได้ (Seashore et al., 1973) ซึ่งแม้แต่มารดาทารกเกิดครบกำหนด ยังพบว่า ความเครียดเป็นปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารก ดังการศึกษาของนฤมล วิบุโร และคณะ (2550) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดาในการดูแลทารก กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรคลอดครบกำหนดที่มีอายุระหว่าง 4-11 เดือน จำนวน 135 คน ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดาในการดูแลทารกมากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) รองลงมา คือ ความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร ($p < .05$) การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมและความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรต่อการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดาในการดูแลทารก

จากผลการศึกษาข้างต้นอาจกล่าวสรุปได้ว่าปัญหาสุขภาพจิตของมารดา เนื่องจากการมีทารกเกิดก่อนกำหนด ส่งผลกระทบต่อความเป็นมารดาในด้านต่างๆ ที่กระทบไปถึงการดูแลทารก โดยเฉพาะในทารกที่สามารถจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้แล้ว การดูแลที่บ้านย่อมเป็นความรับผิดชอบของมารดาโดยตรง ซึ่งการได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพหรือบุคคลใกล้ชิด และการมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี จะส่งผลให้มารดาเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะดูแลบุตรได้ ดังนั้นการจัดกิจกรรมเพื่อเตรียมพร้อมมารดาจึงควรครอบคลุมทั้งในด้านความรู้ ทักษะ การดูแลที่จำเป็น และที่สำคัญคือการสร้างความมั่นใจในตนเองว่าจะสามารถดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลไปยังสุขภาพทารกที่ดีในที่สุด

การรับรู้สมรรถนะของตนเองของมารดากับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

การรับรู้สมรรถนะตนเอง เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำหรือการจัดการให้บรรลุเป้าหมายที่คิดไว้ เป็นความเชื่อที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์อย่างยิ่ง Bandura (1997) เชื่อว่าการที่มนุษย์จะรับเอาพฤติกรรมใดไว้ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการรับรู้สมรรถนะตนเอง แต่การรับรู้สมรรถนะตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลมากกว่าความคาดหวังในผลลัพธ์ การรับรู้สมรรถนะตนเองจะเป็นตัวกำหนดความคิด ความรู้สึกงูใจให้บุคคลลงมือปฏิบัติจริง และเมื่อรับเอาพฤติกรรมนั้นมาปฏิบัติแล้วผลลัพธ์จึงจะเกิดตามมา

ดังนั้นในกรณีของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด ถ้าหากมารดาได้รับการสร้างการรับรู้สมรรถนะตนเอง และเกิดความเชื่อมั่นว่า ตนเองมีความสามารถในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดได้ดี ย่อมนำไปสู่พฤติกรรมดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่ถูกต้อง และเหมาะสม ดังการศึกษาของอุทัยวรรณ สกลวสันต์ (2550) ซึ่งพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดของผู้ดูแลหลักในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .384, p < .001$) และสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดของผู้ดูแลหลักในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .519, p < .001$) ซึ่งผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะแห่งตนมากกว่าสัมพันธ์กับความรู้ นอกจากนี้การศึกษาของทัศนีย์ ประสพกิตติคุณ (2544) พบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารก เป็นปัจจัยทำนายความสามารถของมารดาในการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของทารกเกิดก่อนกำหนดวัยขวบปีแรกด้วย

แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาแล้วข้างต้น พบว่า ลักษณะพฤติกรรมของทารกเกิดก่อนกำหนด ตลอดจนการดูแลที่ต้องให้ความเอาใจใส่เป็นพิเศษ แตกต่างจากมารดาทารกเกิดครบกำหนด ร่วมกับการเป็นมารดาครั้งแรก ทำให้มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น เครียด มีอาการซึมเศร้า เป็นต้น และได้ส่งผลต่อความเป็นมารดาได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลบุตร ดังนั้นการช่วยเหลือมารดาให้มีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารก จึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจ และได้มีผู้ศึกษาหาวิธีการสร้างการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารก ไว้ดังนี้

สมทรง แก้วฝ่าย (2541) ศึกษาผลการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และพฤติกรรมดูแลทารก กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ทารกได้รับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดนานเกินหนึ่งสัปดาห์ ไม่มีความพิการใดๆ และเตรียมจะจำหน่ายจากโรงพยาบาล มารดาไม่เคยมีบุตรเกิดก่อนกำหนด และมีคะแนน

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดต่ำกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนรวม จำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 10 ราย มารดาในกลุ่มทดลองได้รับการเตรียมทั้งหมด 3 วันก่อนจำหน่ายทารก โดยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1986) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แผนการเตรียมมารดา คู่มือการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารก แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งดัดแปลงจากแบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลทารกของ Froman และ Owen (1989) และแบบสังเกตพฤติกรรมการดูแลทารกที่ผู้วิจัยสร้างเองจำนวน 6 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่ได้รับการเตรียมมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดสูงกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการเตรียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีพฤติกรรมดูแลทารกถูกต้องหรือเหมาะสมกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาน้อยมาก นอกจากนั้นแบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลทารกของ Froman และ Owen ครอบคลุมการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลสุขภาพทางกายเท่านั้น ไม่ครอบคลุมในการสร้างปฏิสัมพันธ์ และการส่งเสริมพัฒนาการ (Prasopkittikul, Tilokskulchai, Sinsuksai, & Sitthimangkol, 2006)

สุภาวดี นาคสุขุม (2544) เปรียบเทียบความรู้และความมั่นใจในการดูแลบุตรคลอดก่อนกำหนด ระหว่างมารดากลุ่มที่ได้รับการเตรียมความพร้อมและไม่ได้รับการเตรียมความพร้อม กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนด จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลบุตรคลอดก่อนกำหนดเป็นเวลา 3 วัน โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของ Bandura (1986) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับการเตรียมความพร้อมมี คะแนนเฉลี่ยความรู้และความมั่นใจในการดูแลบุตรคลอดก่อนกำหนดดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในช่วงหลังการเตรียมความพร้อมทันทีและ 1 เดือน แบบสอบถามปรับปรุงจากแบบสอบถามความมั่นใจในการดูแลบุตร (Maternal confidence questionnaire) ของ Parker และ Zahr (1985) อย่างไรก็ตามแม้การศึกษาของสุภาวดี นาคสุขุมจะใช้กรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะตนเองของ Bandura แต่ได้ใช้วิธีการสร้างการรับรู้สมรรถนะตนเองจากแหล่งข้อมูลเพียง 2 แหล่ง คือ จากประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง และการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น และแบบสอบถามที่ใช้เป็นของ Parker และ Zahr ซึ่งเป็นแบบสอบถามเรื่องความมั่นใจ ทั้งนี้เบนดูราได้ให้ข้อคิดไว้ว่า ความมั่นใจ (confidence) เป็นคำพูดที่ใช้เพื่อความเข้าใจมากกว่า แต่ไม่มีโครงสร้างในเชิงทฤษฎี ในขณะที่การรับรู้สมรรถนะตนเองเป็นมโนคติที่มีโครงสร้างชัดเจน

กุลลดา เปรมจิตร (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลทารกกับการดูแลแบบแองการู (kangaroo care) ต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาและการเพิ่มของน้ำหนักตัวของทารกเกิดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์ 30-37 สัปดาห์ น้ำหนัก 1,300-2,500 กรัม มีอายุหลังเกิด 1 สัปดาห์ขึ้นไป ไม่มีความพิการแต่กำเนิด และไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 20 คู่ จาก 2 โรงพยาบาล มารดาในกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลทารก โดยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ร่วมกับการดูแลแบบแองการู โดยให้มารดาฝึกทักษะในการดูแลทารกเป็นเวลา 10 วัน ติดต่อกัน วันละ 1-2 ชั่วโมง และปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลแบบแองการู ก่อนเวลาให้นมทารก 1 ชั่วโมง วันละครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 10 วันติดต่อกัน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่น้ำหนักของทารกไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม แม้ว่าการศึกษานี้ใช้แบบวัดพฤติกรรมการดูแลบุตรวัยทารกของ Moore (1983) ซึ่งครอบคลุมการดูแล 3 ด้าน แก่ ด้านร่างกาย ด้านการส่งเสริมพัฒนาการ และด้านการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับบุตร แต่ในการวัดพฤติกรรมอาจมีข้อจำกัดอยู่บ้าง เช่น มารดาเป็นผู้ตอบแบบวัดพฤติกรรมด้วยตนเอง

Rustina (2007) ได้ทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการศึกษาต่อสมรรถนะของผู้ปกครอง (parental competence) และผลลัพธ์ต่อทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งผู้วิจัยให้ความหมายของสมรรถนะของผู้ปกครอง (parental competence) ว่าเป็นความรู้และความสามารถ (ability) ในการดูแลทารก โดยศึกษากับบิดามารดาชาวอินโดนีเซียจำนวน 54 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 27 คู่ และกลุ่มทดลอง 27 คู่ ที่มีบุตรน้ำหนักตัวแรกเกิดระหว่าง 1,500-2,499 กรัม อายุครรภ์ระหว่าง 32 - 36 สัปดาห์ ไม่มีความผิดปกติทางร่างกายแต่กำเนิด ไม่เป็นเด็กแฝด และเป็นบุตรคนแรกของครอบครัวที่เกิดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงโดยใช้เทคนิคการจับคู่อายุครรภ์และน้ำหนักตัวทารก กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมความรู้ด้วยโปรแกรมการศึกษาซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัยโดยอาศัยทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดورا และการทบทวนวรรณกรรม โดยการสอนและฝึกทักษะให้มารดา ใช้เวลา 120 นาที 1 ครั้งก่อนที่จะจำหน่ายทารก ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องมือวัดสมรรถนะของผู้ปกครอง (Parental competency scale, PCQ) ประกอบด้วย เครื่องมือวัดสมรรถนะของบิดา และเครื่องมือวัดสมรรถนะของมารดา ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจาก Maternal competence ของ Pridham และ Schultz (1985) แบบวัดความมั่นใจของมารดา (Maternal confidence scale) ของ Zaher (1985) และเครื่องมือวัดผลลัพธ์ทารกเกิดก่อนกำหนด ผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะของผู้ปกครองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมใน

สัปดาห์ที่ 2 และ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแม้ว่าการศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของ Bandura (1997) ในการจัดทำโปรแกรม แต่เลือกใช้วิธีการสร้างจากแหล่งข้อมูลเพียง 2 แหล่ง คือ จากการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น และการพูดชักจูง ส่วนการออกแบบงานวิจัยมีข้อจำกัด คือเป็นแบบกึ่งทดลองที่วัดผลภายหลังและวัดเป็นช่วงเวลา (posttest-only, time series design) ซึ่งถือว่ามีจุดอ่อนมากกว่า (weaker) แบบวัดผลก่อนและหลัง (pre-posttest design)

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ล้วนแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการรับรู้สมรรถนะตนเองที่มีต่อพฤติกรรมมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้วิจัยจึงเห็นว่ามารดาทารกเกิดก่อนกำหนดควรได้รับการเตรียมพร้อม เพื่อการดูแลทารกที่ดีต่อไป ดังนั้นจึงควรมีการสร้างการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกให้กับมารดากลุ่มนี้ ก่อนที่จะจำหน่ายจากโรงพยาบาล และถึงแม้ว่าจะมีผู้ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกแล้วก็ตาม แต่ก็ยังมีข้อจำกัด และจุดอ่อนของงานวิจัย ซึ่งอาจมีผลต่อความตรงของการศึกษา (study validity) ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องนี้อีกครั้ง โดยออกแบบโปรแกรมการสร้างการรับรู้สมรรถนะตนเองตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเองของ Bandura และคำนึงถึงการวัดการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารก โดยเลือกใช้เครื่องมือที่สร้างตามกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะตนเองของ Bandura และครอบคลุมองค์ประกอบทุกด้านของการดูแลทารก รวมทั้งผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest - posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดาครรภ์แรกในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and sampling)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ มารดาที่มีบุตรเกิดก่อนกำหนด ที่บุตรเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดถึงวิกฤติ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบสะดวก (Convenience sampling) จำนวน 40 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

มารดา

1. มารดาอายุครบ 18 ปีบริบูรณ์ขณะทำการศึกษา
2. ครรภ์แรกและตั้งครรภ์เดี่ยว
3. คลอดบุตรก่อนกำหนด
4. ได้รับการจำหน่ายจากแผนกสูติกรรมแล้ว
5. วางแผนว่าจะเลี้ยงบุตรเอง (หลังจากจำหน่ายทารก) เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน
6. สามารถมาเยี่ยมบุตรได้ทุกวันในช่วงการดำเนินงานวิจัย
7. สามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้

ทารก

1. อายุครรภ์ต่ำกว่า 37 สัปดาห์
2. มีแผนจำหน่ายในช่วง 1-2 สัปดาห์ข้างหน้า

3. มีภาวะคงที่ทางสรีรวิทยา ได้แก่ สัญญาณชีพและค่าออกซิเจนในหลอดเลือดแดง
4. ไม่เป็นโรคหัวใจแต่กำเนิด หรือมีความพิการแต่กำเนิด
5. ไม่มีความผิดปกติที่ติดตัวผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย เช่น ได้รับการผ่าตัดทำช่องทวารเทียม (Colostomy) ได้รับการเจาะคอ (Tracheostomy) ได้ออกซิเจนกลับบ้าน ใส่ฝือก เป็นต้น

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Termination criteria)

มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดได้ครบทุกขั้นตอน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สมทรง คำฝ่าย (2541) ได้ศึกษาผลการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและพฤติกรรมในการดูแลทารก พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มควบคุม ($n = 10$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเท่ากับ 162.5 ($SD = 16.32$) ส่วนกลุ่มทดลอง ($n = 10$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเท่ากับ 222.9 ($SD = 13.56$) ผู้วิจัยได้นำมาคำนวณค่าอิทธิพลโดยใช้สูตรของกลาส (Glass, 1976) ดังนี้

$$d = \frac{\bar{X}_E - \bar{X}_C}{SD_c} = \frac{222.9 - 162.5}{16.32} = 3.70$$

d = ขนาดอิทธิพล

$\bar{X}_E$ = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

$\bar{X}_C$ = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

SD_c = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

การศึกษาครั้งนี้ใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ดังนั้น ค่าอิทธิพล (effect size) หรือ f คำนวณจาก

$$f = d/2 = 3.70/2 = 1.85$$

เมื่อ $f \geq .40$ เป็นค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ จากการเปิดตารางขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Cohen, 1988) เมื่อค่า $\alpha = 0.05$ และอำนาจการทดสอบ (power) ที่ระดับ .80, $u = 1$ ($u = \text{จำนวนกลุ่ม (k)} - 1$) และค่า $f = .40$ ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน แต่เนื่องจากผู้วิจัยมีข้อจำกัดในด้านระยะเวลาของการศึกษา ทำให้ศึกษากลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มละ 20 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 40 คน ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่านี้ยังทำให้มีอำนาจการทดสอบ (power) ที่ระดับ .88 และ $f = .50$

ในการดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง ได้ทำการศึกษามารดาทารกเกิดก่อนกำหนดจำนวน 22 คน แต่มีมารดาจำนวน 2 คน ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมได้ครบทุกขั้นตอน เนื่องจากมีมารดา 1 คนที่ทารกได้รับการจำหน่ายก่อน 7 วัน และมารดาอีก 1 คนที่ทารกมีภาวะแทรกซ้อน (ภาวะน้ำคั่งในสมอง หรือ hydrocephalus) ต้องรับการรักษาต่อเป็นระยะเวลานาน จึงได้ยุติการเข้าร่วมการวิจัยในมารดาทั้งสองคน

สถานที่เก็บข้อมูล

ผู้วิจัยทำการศึกษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดถึงวิกฤติ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร ซึ่งให้การดูแลทารกจำนวน 25 เตียง โดยรับไหม่ทารกแรกเกิดที่คลอดในโรงพยาบาล ซึ่งมีน้ำหนักต่ำกว่า 2,200 กรัม และมากกว่า 4,000 กรัมทุกราย หรือในทารกแรกเกิดที่มารดามีภาวะแทรกซ้อน มีปัญหาสุขภาพ (เช่น เบาหวาน เริม อีสุกอีใส และภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นต้น) และรับย้ายกรณีทารกแรกเกิดมีภาวะผิดปกติ ต้องได้รับการรักษาหรือสังเกตอาการใกล้ชิด (เช่น หายใจเร็ว ตัวเหลืองต้องได้รับการเปลี่ยนถ่ายเลือด เป็นต้น) หรือรับย้ายทารกจากหออภิบาลทารกแรกเกิดที่อาการทุเลา มารดาได้รับอนุญาตให้เข้าเยี่ยมได้ตลอดเวลา แต่จำกัดเวลาเยี่ยมสำหรับญาติ (10.00 น- 20.00 น) ภายในหอผู้ป่วยมีห้องสำหรับมารดาที่ต้องการอยู่ดูแลทารก ซึ่งพักค้างได้ครั้งละ 5 คน โดยปกติทารกได้รับจำหน่ายเมื่อน้ำหนักมากกว่า 2,200 กรัม หรืออยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ กิจกรรมการพยาบาลที่ให้ก่อนจำหน่ายทารกกลับบ้านเป็นการให้ความรู้เรื่องทั่วๆ ไปเป็นรายบุคคล ซึ่งไม่มีแบบแผนชัดเจนแต่ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ เนื้อหาความรู้ที่ให้ส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับการดูแลความสะอาดร่างกาย การให้นม การมารับวัคซีน และการมาตรวจตามนัด เป็นต้น ส่วนกิจกรรมการพยาบาลอื่นๆ ที่มีวัตถุประสงค์นอกเหนือจากการให้ความรู้ดังกล่าวยังไม่มีการปฏิบัติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. คู่มือการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด (คูภาคผนวก ก) สำหรับมารดา สร้างโดย สมทรง คำฝ่าย (2541) แต่ผู้วิจัยมีการปรับ และเพิ่มเนื้อหา เพื่อให้มีความทันสมัย ครบถ้วนมากขึ้น ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ

- 1) รูปร่างลักษณะของทารกเกิดก่อนกำหนดก่อนกลับบ้าน
- 2) พฤติกรรมของทารกเกิดก่อนกำหนด
- 3) การเจริญเติบโตและการพัฒนาการของทารกเกิดก่อนกำหนด
- 4) การสร้างปฏิสัมพันธ์กับทารก
- 5) การให้ยาทารก
- 6) การให้อาหารทารก
- 7) การดูแลทารกประจำวัน (ได้แก่เรื่อง การอุ้มทารก การอาบน้ำ และการสระผมทารก)
- 8) การจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม และปลอดภัย
- 9) การพาทารกไปตรวจสุขภาพ และรับวัคซีน
- 10) อาการผิดปกติของทารกที่พบบ่อยและวิธีการช่วยเหลือ
- 11) อุบัติเหตุที่อาจเกิดกับทารก

2. วิดีทัศน์ เรื่อง “คุณแม่มือใหม่ หัวใจเกินร้อย” (คูภาคผนวก ข) สร้างโดยผู้วิจัย ความยาวประมาณ 10 นาที เป็นการสัมภาษณ์มารดาที่มีประสบการณ์การดูแลบุตรเกิดก่อนกำหนด ได้สำเร็จ มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้มารดาเรียนรู้จากตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง และเกิดการเรียนรู้ในความสามารถของตนต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

3. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก จัดพิมพ์โดย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2551 เนื้อหาที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ คือเนื้อหาในส่วนของการดูแลเด็กเท่านั้น ซึ่งได้แก่

- 1) อาการที่ควรนำทารกแรกเกิดมาพบแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที (หน้า 23)
- 2) ข้อเสนอแนะการบันทึกพัฒนาการเด็กสำหรับพ่อแม่และผู้ปกครองของเด็ก (หน้า 24-28)
- 3) อาหารทารกแรกเกิด-12 เดือน (หน้า 45)

- 4) การดูแลเด็ก (หน้า 47-48)
- 5) คำแนะนำเกี่ยวกับการได้รับวัคซีน (หน้า 51 และ 53)
- 6) บันทึกการเจริญเติบโตของเด็ก (หน้า 52)

4. แบบบันทึกกิจกรรมที่ใช้กับมารดา (ดูภาคผนวก ค)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (ดูภาคผนวก ง)

1. แบบบันทึกข้อมูลของมารดาและทารก ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา ได้จากการสัมภาษณ์ ประกอบด้วยข้อมูล ชื่อสกุลอายุ สัญชาติ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว สถานภาพสมรส ประสบการณ์ในการดูแลทารก

1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของทารก ได้จากเวชระเบียน ประกอบด้วยข้อมูล วัน เดือน ปีเกิด อายุปัจจุบัน วิธีการคลอด อายุครรภ์ (นับโดยวิธี Ballard score) น้ำหนักแรกเกิด โรคที่วินิจฉัย วันที่ที่เข้ารับการรักษา วันที่วางแผนจำหน่าย

2. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด มีจำนวน 38 ข้อ ผู้วิจัยปรับแก้จากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารก (Self-efficacy in Infant Care Scale, SICS) สร้างโดย ทศนี ประสพกิตติคุณ และคณะ (Prasopkittikun, Tilokskulchai, Sinsuksai, & Sitthimongkol, 2006) ใช้สำหรับทารกคลอดครบกำหนด ซึ่งมี 40 ข้อ ดังนี้

- ก. ด้านการดูแลเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการ คือ ข้อ 1-12 (ต้นฉบับมี 14 ข้อ ผู้วิจัยตัดข้อหมายเลข 4, 5 และ 7 ของต้นฉบับออก และข้อที่เพิ่มใหม่คือข้อ 4)
- ข. ด้านการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป คือ ข้อ 13-25 (ต้นฉบับมี 13 ข้อ ผู้วิจัยตัดข้อหมายเลข 26 ของต้นฉบับออก และข้อที่เพิ่มใหม่คือข้อ 24)
- ค. ด้านการดูแลความปลอดภัย คือ ข้อ 26-30 (ต้นฉบับมี 5 ข้อ ผู้วิจัยตัดข้อหมายเลข 30 ของต้นฉบับออก และข้อที่เพิ่มใหม่ คือ ข้อ 26)
- ง. ด้านการให้อาหาร คือ ข้อ 31-38 (ไม่มีการตัดออกหรือปรับแก้จากต้นฉบับ)

แบบสอบถามต้นฉบับมีคำถามนอกเหนืออีก 2 ข้อ เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะตนเองในการเป็นแม่ที่ดี และในการหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตร (ข้อ 39, 40) ซึ่งทศนี ประสพกิตติคุณ และคณะแนะนำให้ถาม 2 ข้อนี้เพื่อประกอบการอภิปราย แต่ไม่ต้องนำมาใช้ในการวิเคราะห์ทางสถิติ

ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัด 100 จุด มีพิสัยระหว่าง 0 - 100 เริ่มจาก 0 คือ ไม่นั่นใจเลย ว่าทำได้ ไปจนถึง 100 คือ มีความมั่นใจเต็มที่ว่าทำได้แน่นอน แบบสอบถามต้นฉบับของทัศนี ประสพกิตติคุณ และคณะมีค่าความเที่ยงของการดูแลแต่ละด้านอยู่ระหว่าง 0.83-0.93 และค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.95 ผ่านการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis)

การแปลผลคะแนน ใช้คะแนนเฉลี่ยทั้งฉบับ มารดาที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง แสดงว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดสูงกว่ามารดาที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ คู่มือการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และต้นฉบับบทสนทนาสำหรับวิดิทัศน์ ได้ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลทารกแรกเกิด จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน (ดูภาคผนวก จ)

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลของมารดาและทารก
2. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อน

กำหนด ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิท่านเดียวกันกับที่ตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับแก้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยตามข้อเสนอแนะ และดำเนินการดังต่อไปนี้

1. จัดทำวิดิทัศน์
2. ทดลองการดำเนินกิจกรรมการทดลองตามคู่มือส่งเสริมการรับรู้

สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด กับมารดาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน เพื่อความเป็นไปได้ในการนำกิจกรรมการทดลองมาใช้จริงในการวิจัย

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ที่ได้รับการแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปหาความเที่ยง โดยทดลองใช้กับมารดาที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดถึงวิกฤติ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 25 ราย นำคะแนนมาคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C สายพยาบาลศาสตร์ (ภาคผนวก ก) และจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร (ภาคผนวก ข)
2. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย ถึงคณบดี คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย และเก็บข้อมูล
3. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดถึงวิกฤติ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย และเก็บข้อมูล
4. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และเริ่มดำเนินการศึกษาในกลุ่มควบคุมให้เสร็จเรียบร้อยก่อน จึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม

วันที่ 1 (ใช้เวลาประมาณ 30 นาที)

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด บอกวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการทำวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของมารดา
2. เมื่อได้รับความร่วมมือ และยินยอมจากมารดาแล้ว จึงสัมภาษณ์มารดาโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา ให้มารดาตอบแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และนำไปใส่กล่องที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลของทารก ผู้วิจัยรวบรวมจากเวชระเบียน

3. นัดหมายมารดาครั้งต่อไป (วันที่ 9, หรืออีก 8 วันข้างหน้า)

วันที่ 9 (ใช้เวลาประมาณ 20 นาที)

1. ผู้วิจัยให้มารดาตอบแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และนำไปส่งกล่องที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้
2. แจ้งให้มารดาทราบถึงการสิ้นสุดการศึกษาในครั้งนี้ พร้อมทั้งแสดงความขอบคุณ และมอบคู่มือการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดไว้ให้มารดา

กลุ่มทดลอง

กิจกรรมการทดลองประกอบด้วยกิจกรรมหลัก ดังนี้

- 1) การให้ความรู้โดยใช้วิธีการสอน ซึ่งมีคู่มือการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ประกอบการสอน
- 2) การฝึกทักษะโดยใช้วิธีสาธิต (demonstrating) สาธิตย้อนกลับ (return-demonstrating) และการเป็นพี่เลี้ยง (coaching)
- 3) การเรียนรู้จากตัวแบบ โดยการให้ชมวิดีโอ
- 4) การพูดคุยกับมารดาเห็นถึงความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร และให้กำลังใจการผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวล และความเหนื่อยล้า

เมื่อผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมการทดลองได้มีการลงบันทึกกิจกรรมที่ให้กับมารดา (ภาคผนวก ค) เพื่อเป็นการตรวจสอบความครบถ้วนของกิจกรรมที่ให้ ซึ่งรายละเอียดของกิจกรรมมีดังต่อไปนี้

วันที่ 1 (ใช้เวลาประมาณ 30 นาที)

ผู้วิจัยดำเนินการเช่นเดียวกับข้อ 1 และ 2 ในกลุ่มควบคุม และนัดหมายมารดาวันรุ่งขึ้น

วันที่ 2 (ใช้เวลาประมาณ 20 นาที)

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมการทดลอง ในเวลาราชการ ช่วงระหว่าง 08.00-16.00 น. ดังนี้

1. ให้มารดากลุ่มละ 1-4 คน ชมวิดีโอเกี่ยวกับมารดาที่มีประสบการณ์ในการดูแลบุตรเกิดก่อนกำหนด ที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ และเปิดโอกาสให้มารดาได้แสดงความคิดเห็น และความรู้สึกหลังจากได้ชมวิดีโอ ผู้วิจัยสรุปถึงความสำคัญของมารดาเป็นผู้เลี้ยงดูที่สำคัญที่สุด และเชื่อมั่นว่ามารดาในกลุ่มตัวอย่างจะสามารถทำได้ดีเหมือนกับมารดาในวิดีโอ (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)

2. ผู้วิจัยนำอภิปราย เพื่อชักนำให้มารดามีความมั่นใจว่าตนเองสามารถให้การดูแลบุตรเกิดก่อนกำหนดได้เหมือนกับมารดาต้นแบบ (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)
3. นัดหมายมารดาวันต่อไป

วันที่ 3 (ใช้เวลาประมาณ 40 นาที)

ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมการทดลอง ในเวลาราชการ ช่วงระหว่าง 08.00-16.00 น. ดังนี้

1. ผู้วิจัยพูดคุย และเปิดโอกาสให้มารดาได้แสดงความรู้สึกเกี่ยวกับการดูแลบุตร เพื่อผ่อนคลายความเครียด พร้อมทั้งสอนมารดาในเรื่องความสำคัญของการผ่อนคลายความเครียด ความเหนื่อยล้า โดยแนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย 2-3 วิธี พร้อมสาธิตตัวอย่างการผ่อนคลาย 1 วิธี คือการฝึกการหายใจ (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)
2. ผู้วิจัยมอบคู่มือการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กไว้ให้มารดาศึกษา
3. ผู้วิจัยให้ความรู้โดยใช้คู่มือการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ประกอบการสอน (ใช้เวลาประมาณ 20 นาที) ซึ่งครอบคลุมเรื่อง
 - 1) ลักษณะรูปร่างทารกเกิดก่อนกำหนดก่อนกลับบ้าน
 - 2) พฤติกรรมของทารกเกิดก่อนกำหนด
 - 3) การเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกเกิดก่อนกำหนด
 - 4) การจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสมและปลอดภัย
 - 5) การพาทารกไปตรวจสุขภาพ และรับวัคซีน
 - 6) อาการผิดปกติของทารกที่พบบ่อยและวิธีการช่วยเหลือ
 - 7) อุบัติเหตุที่อาจเกิดกับทารก
4. ผู้วิจัยตอบข้อซักถามเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และสรุปประเด็นความรู้ที่มารดาได้รับ พร้อมให้กำลังใจ (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)
5. นัดหมายมารดาวันต่อไป

วันที่ 4 (ใช้เวลาประมาณ 50 นาที)

ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมการทดลองรายกลุ่ม ในเวลาราชการ ช่วงระหว่าง 08.00-16.00 น. ดังนี้

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความรู้สึก ความวิตกกังวลต่างๆเกี่ยวกับการ

ดูแลบุตรเกิดก่อนกำหนด และใช้เทคนิคการผ่อนคลาย โดยการฝึกการหายใจ (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)

2. ผู้วิจัยสอนเรื่องความสำคัญของการให้นมแม่ และอาหารเหมาะสมตามวัย โดยใช้คู่มือการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ประกอบการสอน (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)

3. ผู้วิจัยสาธิตการอุ้มทารก การไล่ลม การอาบน้ำ การสระผมทารก การให้ยาทารก การทำความสะอาดภายในช่องปาก การใช้ถุงสุบยางแดง การใช้ปรอท และการเช็ดตัวลดไข้ การสังเกตลักษณะการหายใจ การสังเกตลักษณะอุจจาระ อาการท้องอืด ลักษณะการอาเจียนและการแหวนนม โดยปฏิบัติกิจกรรมกับหุ่นจำลอง และให้มารดาลองปฏิบัติกิจกรรมที่ได้สาธิต โดยมีผู้วิจัยแนะนำอย่างใกล้ชิด เมื่อมารดาสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้อง เหมาะสม ผู้วิจัยกล่าวสนับสนุนและให้กำลังใจ (ใช้เวลาประมาณ 30 นาที)

4. นัดหมายมารดาวันต่อไป

5. ให้โอกาสมารดาได้อยู่ดูแลทารกและฝึกทักษะการดูแลทารกด้วยตนเอง โดยมีผู้วิจัยเป็นพี่เลี้ยงอยู่ห่างๆ

วันที่ 5 (ใช้เวลาประมาณ 40 นาที)

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมการทดลองรายบุคคล ในเวลาราชการช่วงระหว่าง 08.00-16.00 น. ดังนี้

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความรู้สึก ความวิตกกังวลต่างๆเกี่ยวกับการดูแลบุตรเกิดก่อนกำหนด และใช้เทคนิคการผ่อนคลาย โดยการฝึกการหายใจ (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)

2. ผู้วิจัยสอนมารดาเรื่องการสร้างปฏิสัมพันธ์กับทารก พร้อมทั้งสาธิตวิธีการมีปฏิสัมพันธ์กับทารก ได้แก่ การสบตากับทารก การพูดคุย การร้องเพลง การโอบกอด การสังเกตสัญญาณทารก และให้มารดาฝึกปฏิบัติ เมื่อมารดาสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้อง เหมาะสม ผู้วิจัยกล่าวสนับสนุน และให้กำลังใจ (ใช้เวลาประมาณ 30 นาที)

3. นัดหมายมารดาครั้งต่อไป (วันที่ 9)

4. ให้โอกาสมารดาได้อยู่ดูแลทารกและฝึกทักษะการดูแลทารกด้วยตนเอง โดยมีผู้วิจัยเป็นพี่เลี้ยงอยู่ห่างๆ

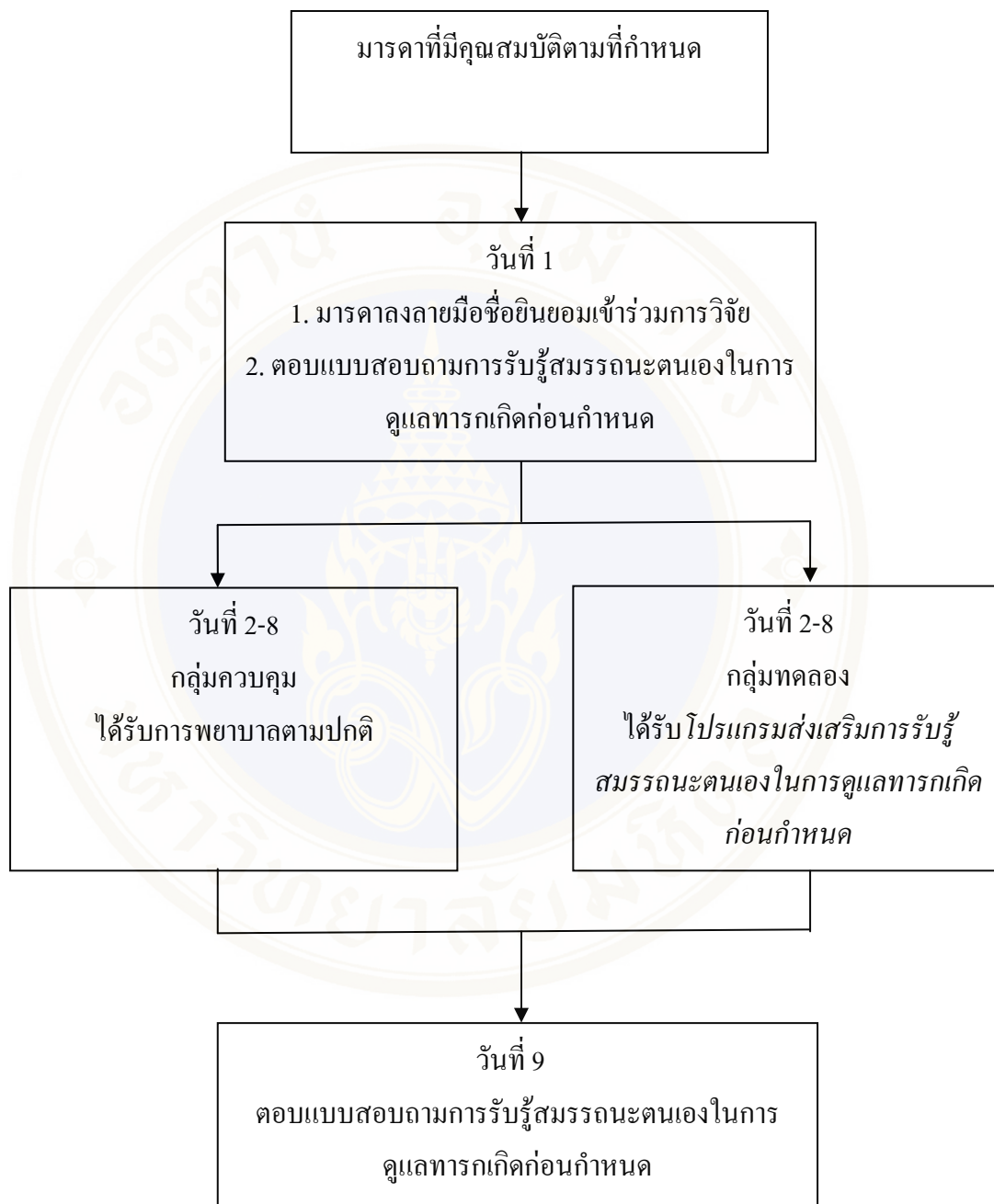
วันที่ 6-7-8 (ช่วงเวลา 08.00-16.00 น.)

ให้อาสมารดาได้อู่ดูแลทารก และฝึกทักษะการดูแลทารกด้วยตนเอง โดยมี
ผู้วิจัยเป็นพี่เลี้ยงอยู่ห่างๆ และให้กำลังใจมารดาตามสมควร

วันที่ 9 (ใช้เวลาประมาณ 20 นาที)

1. ผู้วิจัยให้มารดาตอบแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิด
ก่อนกำหนด และนำใส่กล่องที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้
2. แจ้งให้มารดาทราบถึงการสิ้นสุดการศึกษาในครั้งนี้ พร้อมทั้งแสดงความขอบคุณ

สรุปขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัย



การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการศึกษาวิจัย สิ่งทีกลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติในการวิจัย ระยะเวลาในการทำการศึกษา และสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้ทุกช่วงของการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผล และการถอนตัวจากการศึกษาไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยได้จากผู้วิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อ และนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง และถ้ากลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะต้องลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการรายงานข้อมูลลักษณะทั่วไปของมารดา และทารกเกิดก่อนกำหนด ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง
2. การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ในการทดสอบความแตกต่างทางสถิติของคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้คะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (Covariate variable)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดาครั้งแรกในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัດก่อนและหลังการทดลอง (Two – Group Pretest- Posttest Design) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ มารดาที่บุตรได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดถึงวิกฤติ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร จำนวน 40 ราย นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง
2. สถิติพรรณนาของตัวแปรที่ศึกษา
3. การทดสอบสมมติฐาน

ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

1. ลักษณะทั่วไปของมารดา

มารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดทั้งหมดจำนวน 40 คน แบ่งเป็นมารดากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทางประชากรของทั้งสองกลุ่มไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ดูภาคผนวก ข) โดยมารดามีลักษณะดังนี้

มารดากลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 18-40 ปี อายุเฉลี่ย 25.93 ปี (SD = 7.08) จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาเฉลี่ย 12.13 ปี (SD = 3.39) โดยมารดามากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52.5) ได้รับการศึกษาสูงสุดระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ถึงระดับปริญญาตรี มารดาร้อยละ 37.5 ประกอบอาชีพถูกจ้างหรือพนักงานบริษัท มารดามีรายได้ครอบครัวอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.5 และร้อยละ 55 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลทารกมาก่อน มารดาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.5) มีความมั่นใจเกินร้อยละ 80 ว่าตนเองสามารถเป็นแม่ที่ดี และมารดามากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 55) มั่นใจว่าสามารถเสาะหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลบุตรได้ ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ลักษณะทั่วไปของมารดา (n=40)

ลักษณะมารดา	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
Range = 22 (18-40), Mean = 25.93, Median = 24.5, Mode = 18, SD = 7.08		
< 21	14	35
21-30	13	32.5
> 30	13	32.5
รวม	40	100
การศึกษา (ปี)		
Range =12 (4-16), Mean =12.13, Median = 13.50, Mode =14, SD = 3.39		
ประถมศึกษา (1-6)	4	10
มัธยมศึกษาตอนต้น (7-9)	9	22.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. (10-12)	6	15
อนุปริญญา (ปวส.) / ปริญญาตรี (13-16)	21	52.5
รวม	40	100
อาชีพ		
นักศึกษา / แม่บ้าน / ว่างงาน	11	27.5
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	14	35
ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท	15	37.5
รวม	40	100

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ลักษณะมารดา	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)		
Range =100,000 (0-100,000), Mean =16,397.50, Median =10,000, Mode =10,000, SD = 17,100.68		
ต่ำกว่า 5,000	6	15
5,001-10,000	15	37.5
10,001-15,000	6	15
15,001-20,000	7	17.5
20,001-25,000	1	2.5
25,001-30,000	1	2.5
30,000 ขึ้นไป	4	10
รวม	40	100
สถานภาพสมรส		
หย่า, แยก	4	10
คู่	36	90
รวม	40	100
ประสบการณ์ในการดูแลทารก		
เคย	18	45
ไม่เคย	22	55
รวม	40	100

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ลักษณะมารดา	จำนวน	ร้อยละ
ความมั่นใจว่าตนเองสามารถเป็นแม่ที่ดี (ร้อยละของความมั่นใจ)		
Range = 60 (40-100), Mean =89, Median =90, Mode =100, SD =15.16		
91-100	19	47.5
81-90	10	25
71-80	6	15
61-70	2	5
51-60	0	0
≤50	3	7.5
รวม	40	100
ความมั่นใจว่าตนเองสามารถหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลบุตร (ร้อยละของความมั่นใจ)		
Range = 60 (40-100), Mean =84.75, Median =90, Mode =100, SD =16.94		
91-100	15	37.5
81-90	7	17.5
71-80	10	25
61-70	4	10
51-60	0	0
≤50	4	10
รวม	40	100

2. ลักษณะทั่วไปของทารก

ทารกเกิดก่อนกำหนดทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นทารกกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทางประชากรของทั้งสองกลุ่มไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ดูภาคผนวก ข) โดยทารกกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะดังนี้

ทารกมีอายุระหว่าง 2-65 วัน หรือเฉลี่ย 16.08 วัน ($SD = 15.15$) ร้อยละ 42.5 มีอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน ร้อยละ 62.5 ได้รับการคลอดปกติ ทารกมีอายุครรภ์เฉลี่ย 32.82 สัปดาห์ ($SD = 2.37$) แต่พบว่า มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 55) มีอายุครรภ์ระหว่าง 33-36 สัปดาห์ ทารกเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.5) เป็นทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (ต่ำกว่า 2,500 กรัม) ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 1,722.90 กรัม ($SD = 453.64$) โดยมีน้ำหนักระหว่าง 1,501-2,000 กรัมมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40 ทารกส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.5) เป็นทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะแทรกซ้อน ส่วนที่เหลือ (ร้อยละ 32.5) เป็นทารกเกิดก่อนกำหนดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ลักษณะท้ว้ไปของทารก (n=40)

ลักษณะทารก	จำนวน	ร้อยละ
อายุปัจจุบัน (วัน)		
Range = 63 (2-65), Mean = (16.08) , Median =(11.50), Mode = (4), SD = (15.15)		
≤ 7	17	42.5
8-14	8	20
15-21	5	12.5
22-28	2	5
ตั้งแต้ 28วันขึ้นไป	8	20
รวม	40	100
ว้การเกิด		
ปกติ	25	62.5
ผ่าค้คออกหน้าท้อง	15	37.5
รวม	40	100
อายุครรภ์ (สัปดาห์)		
Range = 9 (27-36), Mean = 32.82, Median = 33, Mode =32, SD =2.37		
≤28	3	7.5
29-32	15	37.5
33-36	22	55
รวม	40	100

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ลักษณะทารก	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)		
Range = 2206 (844-3050), Mean = 1722.90, Median = 1627, Mode = 1450, SD = 453.64		
ต่ำกว่า 1,000	2	5
1,000-1,500	11	27.5
1,501-2,000	16	40
2,001-2,500	10	25
2,500 ขึ้นไป	1	2.5
รวม	40	100
การวินิจฉัยโรค		
preterm	13	32.5
Preterm with RDS	5	12.5
Preterm with Sepsis	13	32.5
Preterm with other complication	9	22.5
รวม	40	100

สถิติพรรณนาของตัวแปรที่ศึกษา

การรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด มีทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการ ด้านการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป ด้านการดูแลความปลอดภัย และด้านการให้อาหาร โดยมีคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้าน ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้สมรรถนะ ตนเอง ในการดูแลทารก *	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	ก่อนการ ทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการ ทดลอง	หลังการทดลอง
	— X ±SD	— X ±SD	— X ±SD	— X ±SD
	(พิสัยจริง)	(พิสัยจริง)	(พิสัยจริง)	(พิสัยจริง)
คะแนนเฉลี่ยทั้ง ฉบับ	66.50±13.45 (44.47-92.11)	72.30±14.59 (45.00-94.47)	59.60±16.52 (35.53-89.21)	76.34±13.51 (49.47-98.42)
ด้านการดูแล เกี่ยวกับการ ส่งเสริมพัฒนาการ	66.17±12.14 (46.67-93.33)	72.17±12.94 (45.83-90.83)	57.87±18.85 (26.67-89.17)	73.37±14.33 (44.17-96.67)
ด้านการดูแล เกี่ยวกับสุขภาพ ทั่วไป	58.11±15.19 (35.38-87.69)	63.61±16.53 (37.69-94.62)	49.11±19.28 (22.31-81.54)	72.54±15.20 (46.15-98.46)
ด้านการดูแลความ ปลอดภัย	80.70±16.46 (46.00-100)	84.30±16.74 (46.00-100)	69.20±20.27 (38.00-100)	83.80±13.99 (56.00-100)
ด้านการให้อาหาร	71.75±19.45 (35.00-93.75)	79.12±17.97 (45.00-100)	73.25±17.84 (45.00-100)	82.31±13.12 (58.75-100)

*พิสัยของคะแนนเฉลี่ยที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-100

การทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัย: มารดาครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด มีการรับรู้สมรรถนะตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการทดสอบข้อมูลการวิจัยเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) (ดูภาคผนวก ฅ) และผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานพบว่า เมื่อใช้คะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (covariate variable) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดหลังการทดลอง (posttest) ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .05$ ดังแสดงในตารางที่ 4.4

สรุป สมมติฐานการวิจัยได้รับการสนับสนุน

ตารางที่ 4.4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้คะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ก่อนการทดลอง (pretest) เป็นตัวแปรร่วม (covariate)

Sources	SS	df	MS	F	p-value
คะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองก่อนการทดลอง (Covariate)	4696.886	1	4696.886	61.660	.000
กลุ่มที่ศึกษา (Independent variable)	789.721	1	789.721	10.367	.003
Error	2818.457	37	76.175		
Corrected Total	7678.516	39			

a. R Square = .633 (Adjusted R Squared = .578)

บทที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดาครรภ์แรก ซึ่งผลการศึกษาได้สนับสนุนสมมติฐานที่ว่า มารดาคนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด มีการรับรู้สมรรถนะตนเองสูงกว่าคนที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งอาจอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

การเลี้ยงดูทารกเกิดก่อนกำหนดสำหรับมารดาครรภ์แรก อาจมีความยากลำบากกว่าทารกเกิดครบกำหนดทั่วไป ซึ่งมีสาเหตุจากปัจจัยด้านตัวทารกเองหรือปัจจัยด้านมารดา ปัจจัยที่เกิดจากตัวทารก ได้แก่ มีลักษณะร่างกายที่เล็ก มีผิวหนังบางมองเห็นเส้นเลือดฝอย มีความไม่สมบูรณ์ของระบบในร่างกายที่แสดงอาการให้เห็น เช่น การหายใจเร็ว มีการดิ้นของกล้ามเนื้อบริเวณทรวงอก เป็นต้น รวมถึงยังมีลักษณะทางอารมณ์ที่แตกต่างไปจากทารกเกิดครบกำหนดอีกด้วย (Hughes, Shults, McGrath, & Medoff-cooper, 2002) นอกจากนั้นการตอบสนองของทารกเกิดก่อนกำหนดต่อสิ่งเร้าจากมารดามีค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับทารกคลอดครบกำหนด (Salemi, Suttora, & D'Odorico, 2007) ซึ่งอาจส่งผลต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก ส่วนปัจจัยด้านมารดาที่ทำให้การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมีความยากลำบากกว่าทารกเกิดครบกำหนดทั่วไป ได้แก่ ภาวะด้านจิตใจและทักษะในการดูแลบุตร กล่าวคือ การที่เป็นมารดาครรภ์แรก นอกจากไม่มีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์มาก่อนแล้ว ยังคลอดบุตรก่อนกำหนดไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ย่อมมีผลต่อด้านจิตใจ เช่น ความเครียด ความทุกข์ เป็นต้น ดังมีการศึกษาที่พบว่า มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดมีความทุกข์ใจ ลำบากใจ (emotional distress) มากกว่ามารดาทารกครบกำหนดอย่างน้อย 1 เดือนหลังคลอด (Brandone, et al, 2011) นอกจากนั้นการที่มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดถูกพรากจากทารกตั้งแต่แรกคลอด รวมถึงการรักษาที่อาจยาวนาน จะทำให้โอกาสในการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรน้อยลง ซึ่งส่งผลต่อทักษะการเลี้ยงดูได้ (Worchel & Allen, 1997) ดังนั้นหากมารดาได้รับการเตรียมพร้อมทั้งด้านจิตใจและทักษะในการดูแลบุตร ก่อนทารกจะได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล จะนำไปสู่การดูแลที่มีคุณภาพ (สมทรง เค้าฝาย, 2541; นัยนา วงษ์นิยม, 2544; กุลดา เปรมจิตร, 2547; สัจจวรรณ พวงศรีเคน, 2550)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตร มีความสัมพันธ์ (Froman & Owen, 1990) และสามารถทำนาย (Teti & Gelfand, 1991; ทศน์ประสพกิตติคุณ, 2544) พฤติกรรมการดูแลทารกเกิดครบกำหนด และทารกเกิดก่อนกำหนด ส่วนการศึกษาเชิงทดลองมีการศึกษาถึงผลของการสร้างการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดครบกำหนด (สุหรี หนึ่งอาหลี, 2547) และมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด (สมทรง คำฝาย, 2541) ที่แสดงให้เห็นว่าถ้ามีการเตรียมมารดาก่อนจำหน่ายทารกจากโรงพยาบาลจะทำให้มารดามีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารก และนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลทารกที่ถูกต้อง เหมาะสม ทั้งด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป การส่งเสริมพัฒนาการ โภชนาการและอื่นๆ ดังนั้นการที่จะช่วยส่งเสริมมารดาให้มีพฤติกรรมและทักษะในการดูแลบุตรที่เหมาะสมจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมให้มารดามีความเชื่อในความสามารถของตนเองก่อนว่า ตนเองสามารถเป็นแม่ที่ดี มีความสามารถแน่นอนในการที่จะให้การดูแลบุตรที่คลอดก่อนกำหนดได้ ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเองของ Bandura (1997) มาเป็นกรอบแนวคิด ซึ่งเบนดูรากล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์อย่างยิ่ง ในการที่เราจะสร้างให้บุคคลเกิดการรับรู้สมรรถนะเรื่องใดๆ นั้น เกิดจากการเรียนรู้ข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่างๆ 4 แหล่ง ได้แก่ ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (enactive mastery experience) การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) การพูดชักจูง (verbal persuasion) และสภาวะทางสรีระและอารมณ์ (physiological and affective states)

ในการสร้างการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้เกิดการเรียนรู้จากแหล่งต่าง ๆ ครบทั้ง 4 แหล่ง โดยเริ่มจากการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น ซึ่งเป็นกิจกรรมแรกในการศึกษาครั้งนี้ คือ ให้มารดาชมวิดีโอเรื่อง “คุณแม่มือใหม่ หัวใจเกินร้อย” โดยตัวแบบในวิดีโอเป็นมารดาครรภ์แรกที่มีบุตรเกิดก่อนกำหนด เคยเข้ารับการรักษานอนผู้ป่วยทารกแรกเกิดถึงวิกฤติ ตัวแบบได้ถ่ายทอดความรู้สึกที่มีบุตรเกิดก่อนกำหนด การที่ต้องมานอนพักค้างในห้องที่ทางโรงพยาบาลจัดเตรียมไว้ เพื่อดูแลบุตรอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา การฝึกปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลจนสามารถทำได้คล่อง วิธีการในการต่อสู้กับความท้อแท้และความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเลี้ยงดูบุตร เนื่องจากบุตรอยู่ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน 4 เดือน รวมถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุตรจะได้กลับบ้าน และท้ายสุดคือหลักการดูแลบุตรเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งในขณะนั้นบุตรมีอายุ 3 ปี สุขภาพดี แข็งแรง จากการสังเกต ผู้วิจัยพบว่า มารดาส่วนใหญ่สนใจและตั้งใจชมวิดีโอ เมื่อซักถามความรู้สึกภายหลังชมวิดีโอจบ มารดาบางรายบอกผู้วิจัยว่า “รู้สึกดี มีกำลังใจ” “เค้า (มารดาตัวแบบ) เก่งจัง” ส่วนใหญ่มีความรู้สึกเหมือนมารดาตัวแบบ คือเมื่อเห็นบุตรจะตกใจ กังวล หรือเครียด โดยเฉพาะมารดาที่บุตรมีอายุครรภ์น้อยมากจะรู้สึกเครียดมากกว่ามารดาที่บุตรมีอายุครรภ์มากกว่า มารดาบางท่านร้องไห้ บางท่านน้ำตาคลอ และบอกว่า คิด

ว่าจะมีแต่ตนเองที่เป็นแบบนี้ จะเห็นได้ว่า การเลือกตัวแบบ และการใช้สื่อวีดิทัศน์มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดาค่อนข้างมาก ในวีดิทัศน์ได้ใช้ตัวแบบ (model) ที่เกิดสถานการณ์ใกล้เคียงกับมารดา ซึ่งถ้าตัวแบบมีความใกล้เคียงกับผู้สังเกตเท่าใดก็จะยิ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะมากขึ้นเท่านั้น (Bandura, 1997) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่สนับสนุนการใช้เทคนิคการสังเกตตัวแบบเพื่อสร้างการรับรู้สมรรถนะตนเอง ได้แก่ การศึกษาของแพรวดาว พันธุรัตน์ (2554) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้และการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล ซึ่งได้ใช้ตัวแบบเป็นผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว และพบว่าได้ผลดีเช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่าการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์หรือตัวแบบจริงมีผลต่อพฤติกรรม เช่น การศึกษาของนิสากร และคณะ (นิสากร โพธิมาศ, หารษา เศรษฐบุปผา, และชาลินี สุวรรณยศ, 2551) ที่ศึกษาผลการเรียนรู้โดยการสังเกตผ่านตัวแบบต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น โดยเลือกใช้ตัวแบบที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และแบ่งการเรียนรู้เป็น 3 วิธี คือ สังเกตตัวแบบสัญลักษณ์ การอภิปรายกับตัวแบบจริง และสังเกตตัวแบบสัญลักษณ์ร่วมกับอภิปรายกับตัวแบบจริง ซึ่งการศึกษาพบว่าในการเรียนรู้แต่ละวิธีสามารถลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้ ดังนั้นจึงกล่าวว่าการเลือกใช้ตัวแบบที่มีความใกล้เคียงกับผู้สังเกต ไม่ว่าจะเป็นตัวแบบจริงหรือการสังเกตตัวแบบสัญลักษณ์ ล้วนมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะตนเองที่สูงขึ้น และพฤติกรรมของบุคคลที่ดีขึ้นทั้งสิ้น

เมื่อมารดาได้มีการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่นแล้ว ขั้นตอนสำคัญต่อไป คือการเรียนรู้ข้อมูลที่ได้จากประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง ซึ่ง Bandura (1997) ระบุว่ามามีอิทธิพลมากที่สุดในการที่จะสร้างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ถ้าบุคคลประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งจะทำให้บุคคลนั้นเกิดความเชื่อมั่นในการที่จะทำกิจกรรมเดิม หรือกิจกรรมที่คล้ายกับกิจกรรมนั้นอีกต่อไป ดังนั้นในโปรแกรมการศึกษาครั้งนี้จึงได้จัดกิจกรรมที่จะทำให้การเรียนรู้จากประสบการณ์ความสำเร็จของตนเองได้ ก็คือการทำมารดาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร เช่น การเช็ดตัว เช็ดตาและสะดือ การจัดท่านอน และการอุ้มเรือ เป็นต้น โดยมีผู้วิจัยคอยให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ เมื่อมารดาสามารถให้การดูแลบุตรได้ด้วยตนเอง มารดาก็ย่อมเกิดความรู้สึกภูมิใจ มั่นใจ หรือมีคุณค่า นอกจากนี้ระยะเวลาในการดูแลบุตรที่มากขึ้นย่อมทำให้มารดามีทักษะที่ดี ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความกล้ามากขึ้นในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆ ในการดูแลบุตรต่อไป

ถึงแม้ผลการศึกษาจะแสดงให้เห็นว่า ในมารดา กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกหลังการทดลองเพิ่มขึ้นได้เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง อาจมีสาเหตุมา

จาก การที่มารดาในกลุ่มควบคุมได้มีการฝึกการดูแลทารกด้วยตนเอง ซึ่งก่อให้เกิดทักษะ และส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะตนเองเกิดขึ้นได้ แต่อย่างไรก็ตามในการเตรียมความพร้อมเรื่องการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดให้กับมารดานั้น พยาบาลไม่ควรปล่อยให้มารดาเรียนรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ การจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมที่มีแบบแผนจะช่วยเพิ่มการเรียนรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกได้เต็มที่ในแต่ละบุคคล

นอกจากการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น และการเรียนรู้ข้อมูลที่ได้จากประสบการณ์ความสำเร็จของตนเองแล้ว ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการพูดชักจูงเมื่อมารดาชมวิดิทัศน์จบ โดยผู้วิจัยได้พูดชักจูงให้มารดามีความเชื่อมั่นว่ามารดาสามารถดูแลบุตรได้ดีเช่นเดียวกับมารดาตัวแบบ พร้อมทั้งให้กำลังใจ สนับสนุนให้มารดามีความพยายามที่จะเรียนรู้ และการฝึกดูแลบุตรอย่างสม่ำเสมอ และเมื่อมารดาได้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะกล่าวชม ให้กำลังใจ และชี้ให้เห็นความก้าวหน้า หรือความสามารถของตนเอง ถึงแม้ว่าการพูดชักจูงเป็นแหล่งที่มีอิทธิพลค่อนข้างน้อย (Bandura, 1997) ต้องใช้ร่วมกับการเรียนรู้แหล่งอื่นๆ แต่การพูดชักจูงให้มารดาเกิดความเชื่อในความสามารถของตนเองก็มีความสำคัญมาก เพราะการพูดเช่นนี้ อาจเป็นเสมือนการให้แรงสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง นั่นคือการสนับสนุนด้านการประเมิน (appraisal support) ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลเชิงบวกเกี่ยวกับการเรียนรู้ตนเอง หรือให้ข้อมูลที่ใช้ในการประเมินตนเอง ได้แก่ การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) การเห็นพ้อง การให้การรับรองหรือยอมรับ (affirmation) ในสิ่งที่มารดาแสดงออก (House, 1981)

ส่วนในเรื่องสภาวะทางสรีระและอารมณ์ หากร่างกายอ่อนล้า หรือมีความเครียดจะทำให้การเรียนรู้สมรรถนะตนเองลดลง (Bandura, 1997) ซึ่งในมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดมีปัจจัยหลายประการที่ก่อให้เกิดความเครียด ความอ่อนล้า ดังการศึกษาของจริยาพร อินทร์วงศ์วารและคณะ (จริยาพร อินทร์วงศ์วาร, สุธิศา ล่ามช้าง และ วิมล ธนสุวรรณ, 2551) ที่ได้ศึกษาสิ่งก่อความเครียดของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่บ้านพบว่า มีสถานการณ์ที่ทำให้มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดเกิดความเครียดได้หลายสถานการณ์ ทางด้านร่างกาย คือการนอนหลับไม่เพียงพอ และด้านจิตใจ คือ ความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ ของบุตรว่าจะมีอาการรุนแรงกว่าเด็กอื่น ในมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา เป็นมารดาที่บุตรได้รับการวางแผนจะจำหน่ายจากโรงพยาบาลในช่วง 1-2 สัปดาห์ ข้างหน้า ในช่วงระยะเวลานี้มารดาต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลบุตร มารดาหลายท่านต้องเดินทางมาโรงพยาบาลทุกวัน ถึงแม้จะมีห้องที่จัดไว้ให้สำหรับมารดาพักค้าง แต่มารดาบางท่านไม่สะดวกพัก บางครั้งห้องไม่เพียงพอ สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลถึงเวลาในการพักผ่อน อีกทั้งสภาพร่างกายของบุตรอาจยังมีความเจ็บป่วยอยู่บ้าง เช่น มีการติดเชื้อ ยังคงได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การ

ทำงานของระบบต่างๆของร่างกายยังไม่สมบูรณ์ ต้องกระตุ้นการดูดกลืน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้อาจทำให้มารดาเกิดความเครียด และอ่อนล้าได้ ซึ่งกิจกรรมการผ่อนคลาย เพื่อลดความเครียดในโปรแกรมของการศึกษาค้นคว้านี้ ผู้วิจัยได้สอนเทคนิคการฝึกหายใจ ที่เป็นวิธีหนึ่งของการฝึกสมาธิของชาวพุทธ สามารถปฏิบัติได้ในทันทีและทุกสถานที่ โดยการกำหนดลมหายใจเข้าออก ในระหว่างการทำสมาธิ ร่างกายจะใช้ออกซิเจนน้อยลง เพราะมีการหายใจที่ช้าและลึกลง ซึ่งกระตุ้นช้าลง และการไหลเวียนโลหิตดีขึ้น เมื่อบุคคลปฏิบัติได้จะสามารถควบคุมความคิดให้ร่างกายเกิดความสงบ ผ่อนคลาย ซึ่งสามารถช่วยเสริมศักยภาพทางกายและใจให้พร้อมรับมือปัญหาในอนาคตได้ด้วย (อรยา เอี่ยมชื่น, 2544) นอกจากนั้นผู้วิจัยแนะนำมารดาว่า ทุกครั้งที่มารดาให้การดูแลบุตรแล้วรู้สึกว่าการดูแลตนเองเครียด วิตกกังวล เบื่อหน่ายหรือร่างกายอ่อนล้า ให้ทำกิจกรรมที่ทำให้ตนเองผ่อนคลาย ซึ่งในแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกัน เนื่องจากสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดแตกต่างกัน การบรรเทาความเครียดของแต่ละบุคคลก็ย่อมแตกต่างกันไปด้วย (กุลภา ศรีสวัสดิ์, 2554)

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าในการศึกษาค้นคว้านี้ การที่ได้จัดกิจกรรมให้มารดาเกิดการเรียนรู้ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ทั้ง 4 แหล่ง ทำให้มารดามีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลบุตรเกิดก่อนกำหนดที่สูงขึ้น ซึ่งการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ดังนั้นหากบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะตนเองที่ดีย่อมนำไปสู่พฤติกรรมดูแลที่ดี ดังการศึกษาของอุทัยวรรณ สกลวสันต์ (2550) ที่ศึกษาความรู้ สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดของผู้ดูแลหลัก พบว่าพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลหลักในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .519, p < .001$) นอกจากนั้นยังมีการศึกษาที่สนับสนุนการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด คือ สมทรง เค้าฝ่าย (2541) ที่ศึกษาผลการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และพฤติกรรมดูแลทารก ใช้กรอบแนวคิดของ Bandura (1986) โดยมีแผนการเตรียมมารดา คู่มือการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารก แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และแบบสังเกตพฤติกรรมดูแลทารกที่ผู้วิจัยสร้างเอง ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่ได้รับการเตรียมมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดสูงกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการเตรียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีพฤติกรรมดูแลทารกถูกต้องหรือเหมาะสมกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีการศึกษาในทารกเกิดครบกำหนดโดย สุทธิ หนองอาหลี (2547) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก โดยใช้กรอบแนวคิดของ Bandura (1997) ร่วมกับแนวคิดพัฒนาการครอบครัวของ Duvall (1971) ซึ่งมีการสร้างการเรียนรู้จากแหล่ง 4 แหล่ง คือ 1) การสังเกตตัวแบบโดยมีผู้วิจัยเป็น

ตัวแบบ ร่วมกับการใช้คู่มือการเลี้ยงดูลูกรัก 2) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง ให้มารดาได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมดูแลบุตร 3) ใช้คำพูดชักจูง สนับสนุน ให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรม และ 4) สถานะทางสรีระและอารมณ์ ซึ่งผู้วิจัยมีการสร้างสัมพันธภาพ และให้มารดาระบายความรู้สึก ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ล้วนสนับสนุนการรับรู้สมรรถนะตนเองว่าส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลบุตรที่เหมาะสม

นอกจากการจัดกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดาครรภ์แรก โดยยึดแหล่งการเรียนรู้ที่ทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะตนเองทั้ง 4 แหล่งแล้ว การให้ความรู้ก็มีความสำคัญ แม้ว่าความรู้ไม่ใช่แหล่งข้อมูลในการสร้างการรับรู้สมรรถนะก็ตาม แต่การที่บุคคลจะทำกิจกรรมใดๆ ต้องมีความเข้าใจในเนื้องานก่อน เมื่อรู้เนื้องาน จึงจะใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจความสามารถของตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้ความรู้แก่มารดา โดยสอนวิธีการดูแลบุตร ผ่านคู่มือการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น มอบให้มารดาพกกลับไปอ่านที่บ้าน โดยใช้ร่วมกับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กของกระทรวงสาธารณสุข สำหรับคู่มือการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดนั้นครอบคลุมเนื้อหาการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ลักษณะรูปเล่มของคู่มือมีสีสันสดใสสวยงาม ได้รับการออกแบบให้มีขนาดเท่ากับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้สะดวกต่อการเก็บรักษา ภายในมีภาพถ่ายทารกเกิดก่อนกำหนดประกอบเพื่อให้น่าสนใจมากขึ้น ซึ่งมีการศึกษาประโยชน์ของการใช้คู่มือ พบว่านอกจากมีผลต่อความรู้ที่สูงขึ้นแล้ว ยังส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะตนเอง การรับรู้ประโยชน์ และพฤติกรรมของบุคคลที่ดีขึ้นอีกด้วย (ธนพร โกเมะหะวงศ์, 2544) นอกจากการสอนโดยใช้คู่มือ ยังมีการสอนโดยการสาธิตการดูแลทารกประจำวันโดยใช้หุ่นประกอบ ซึ่งการสอนสาธิตเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้เรียนเข้าใจง่าย จดจำเรื่องได้นาน และได้รับประสบการณ์ตรงที่ใกล้เคียงกับประสบการณ์จริงมากที่สุด (ทิสนา แคมมณี, 2552) ซึ่งผู้วิจัยสังเกตพบว่าขณะทำการสอนสาธิต และให้มารดาได้ปฏิบัติ มารดาจะให้ความสนใจ ตั้งใจเป็นอย่างดี ทั้งนี้ผู้วิจัยยังสามารถให้คำแนะนำได้ทันที เมื่อมารดาปฏิบัติไม่ถูกต้อง และเมื่อต้องปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ อีกในครั้งต่อไป มารดาส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และมีความมั่นใจมากขึ้นด้วย ดังนั้นนอกจากการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างการเรียนรู้ให้แก่มารดาครบทั้ง 4 แหล่ง สามารถทำให้มารดามีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลบุตรเกิดก่อนกำหนดที่สูงขึ้นแล้ว อาจกล่าวได้ว่าการให้ความรู้โดยการใช้คู่มือและการสอนสาธิตเป็นสิ่งที่ช่วยให้มารดาใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจความสามารถของตนเองอีกทางหนึ่งด้วย

บทที่ 6

สรุปลการวิจัย

สรุปลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest - posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดาครั้งแรกในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดถึงวิกฤติ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร จำนวน 40 คน ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2553 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2554 การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบสะดวก ได้มารดากลุ่มละ 20 คน มารดากลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนมารดากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยจัดกิจกรรมให้เกิดการเรียนรู้ข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่างๆ 4 แหล่ง ได้แก่ 1) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (enactive mastery experience) 2) การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) 3) การพูดชักจูง (verbal persuasion) และ 4) สภาวะทางสรีระและอารมณ์ (physiological and affective states) กิจกรรมประกอบด้วย การให้ชมวิดิทัศน์มารดาต้นแบบเรื่อง “คุณแม่่มือใหม่ หัวใจเกินร้อย” ให้มารดาได้แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกหลังชมวิดิทัศน์ การสอนมารดาในเรื่องความสำคัญของการผ่อนคลายความเครียดและการใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยการฝึกหายใจ การสอนวิธีการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด โดยมอบคู่มือการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดให้มารดากลับไปอ่านที่บ้าน และใช้สอนร่วมกับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กของกระทรวงสาธารณสุข พร้อมทั้งสาธิตการดูแลทารกประจำวันโดยใช้หุ่นประกอบ พูดสนับสนุนและให้กำลังใจเมื่อปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้องเหมาะสม และเมื่อมารดาดูแลบุตรด้วยตนเองผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมพร้อมทั้งให้กำลังใจตามสมควร เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลของมารดาและทารก แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองในการ

ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1) มารดาในกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 18-40 ปี อายุเฉลี่ย 25.93 ปี (SD = 7.08) โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 65 จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาเฉลี่ย 12.13 ปี (SD = 3.39) โดยมารดามากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52.5) ได้รับการศึกษาสูงสุดระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ถึงระดับปริญญาตรี มารดาร้อยละ 37.5 ประกอบอาชีพลูกจ้างหรือพนักงานบริษัท มารดามีรายได้รอบครัวอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.5 และร้อยละ 55 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลทารกมาก่อน มารดาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.5) มีความมั่นใจเกินร้อยละ 80 ว่าตนเองสามารถเป็นแม่ที่ดี และมารดามากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 55) มั่นใจว่าสามารถเสาะหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลบุตรได้

ทารกมีอายุระหว่าง 2-65 วัน หรือเฉลี่ย 16.08 วัน (SD = 15.15) ร้อยละ 42.5 มีอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน ร้อยละ 62.5 ได้รับการคลอดปกติ ทารกมีอายุครรภ์เฉลี่ย 32.82 สัปดาห์ (SD = 2.37) โดยพบว่า มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 55) มีอายุครรภ์ระหว่าง 33-36 สัปดาห์ ทารกเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.5) เป็นทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (ต่ำกว่า 2,500 กรัม) มีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 1,722.90 กรัม (SD = 453.64) โดยมีน้ำหนักระหว่าง 1,501-2,000 กรัมมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40 ทารกส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.5) เป็นทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะแทรกซ้อน ส่วนที่เหลือ (ร้อยละ 32.5) เป็นทารกเกิดก่อนกำหนดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

2) การรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 66.50 (SD = 13.45) หลังการทดลองเท่ากับ 72.30 (SD = 14.59) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 59.60 (SD = 16.52) หลังการทดลองเท่ากับ 76.34 (SD = 13.51)

3) มารดาครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด มีการรับรู้สมรรถนะตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .05$

ข้อจำกัดของการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นแบบสุ่ม (random sampling) ทำให้มารดาประชากรแต่ละคนไม่ได้รับโอกาสที่เท่าเทียมกันในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง และในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มที่ศึกษาไม่ได้ใช้วิธีการสุ่ม (random assignment) เนื่องจากต้องการป้องกันการปนเปื้อนของกิจกรรม

การทดลอง (imitation to treatment) ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จึงทำให้มารดากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีโอกาสเท่าเทียมกันในการเข้ากลุ่มที่ศึกษาด้วยเช่นกัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้ไม่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรมีการสนับสนุนพยาบาลในการนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดาครั้งแรกในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เพราะข้อดีของโปรแกรมนี้อีกคือ มีกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยาก พยาบาลปฏิบัติอยู่แล้วเป็นส่วนมาก จึงสามารถบูรณาการให้เข้ากับการปฏิบัติงานประจำได้ ซึ่งจะทำให้มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอน และเป็นไปตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยต่อไป

1. ควรติดตามการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นช่วงระยะเวลา เช่น สองสัปดาห์ หนึ่งเดือน หรือสามเดือน เป็นต้น เพื่อศึกษาความคงทนของการรับรู้สมรรถนะตนเอง ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการปรับปรุงโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพต่อไป
2. ควรมีการติดตามผลที่ตามมาของการมีการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดาครั้งแรกในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ การวัดพฤติกรรมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในมารดากลุ่มนี้ และการติดตามสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนดว่าเมื่อมารดามีการรับรู้สมรรถนะตนเองที่สูงขึ้นแล้ว ส่งผลต่อทารกอย่างไรบ้าง เช่น การอัตรากลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (readmission rate) เนื่องจากการดูแลที่ไม่ถูกต้อง เป็นต้น
3. ในเกณฑ์การคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ควรคำนึงระยะเวลาที่ทารกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วย เนื่องจกมารดาที่บุตรอยู่โรงพยาบาลนาน อาจทำให้เกิดทักษะการดูแลที่มากขึ้นได้

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดาครรภ์แรกในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

EFFECT OF SELF-EFFICACY ENHANCEMENT PROGRAM ON FIRST-TIME MOTHERS' SELF-EFFICACY IN CARE FOR PREMATURE INFANTS

ภาวิดา ตันตระกูล 5036750 NSPN/M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ทศนี ประสพกิตติคุณ, Ph.D. (NURSING),
พรณรัตน์ แสงเพิ่ม, ปร.ด. (การพยาบาล)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทารกเกิดก่อนกำหนด จัดอยู่ในกลุ่มทารกที่มีความเสี่ยงและอัตราการตายสูงในขวบปีแรก แต่ในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์ และการรักษาต่างๆ มีการพัฒนามากขึ้น ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมีอัตราการรอดที่สูงขึ้น ในต่างประเทศมีรายงานการรอดชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดและได้กลับบ้าน พบว่ามีอัตราเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 36 ในปี ค.ศ. 1994 เป็นร้อยละ 47 ในปี ค.ศ. 2000-2005 (Field, Dorling, Manktelow, & Draper, 2005) ส่วนในประเทศไทยยังไม่พบรายงานในเรื่องนี้ มีเพียงรายงานสถิติอัตราการตายทารกต่อการเกิดมีชีพ 1,000 รายในประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2507-2549 ที่มีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ จาก 84.3 เหลือเพียง 11.3 (ปานบดี เอกะจัมปะกะ และ นิธิศ วัฒนมะโน, 2550) และแม้ว่าทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีอัตราการรอดมากขึ้น แต่อัตราการกลับมารับการรักษาภายในขวบปีแรกก็ยังคงมีมากเช่นกัน (Elder, Hagan, Evans, Benninger, & French, 1999) ดังนั้นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักต่อไปก็คือ เรื่องการเลี้ยงดู เพื่อให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่เหมาะสมต่อไป

โดยทั่วไปทารกเกิดก่อนกำหนดจะเติบโตทันทารกเกิดครบกำหนดเมื่ออายุประมาณ 2 ปี (Sameroff & Chandler, 1975) ดังนั้นการเลี้ยงดูในช่วงปีแรกๆ จึงมีความสำคัญมาก ซึ่งการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอาจมีความยากลำบากกว่าทารกครบกำหนดทั่วไป ซึ่งมีสาเหตุจากปัจจัยด้าน

ตัวทารกเองหรือปัจจัยด้านมารดา ปัจจัยที่เกิดจากตัวทารก ได้แก่ มีลักษณะร่างกายที่เล็ก มีผิวหนังบางมองเห็นเส้นเลือดฝอย มีความไม่สมบูรณ์ของระบบในร่างกายที่แสดงอาการให้เห็น เช่น การหายใจเร็ว มีการดิ้งร้งของกล้ามเนื้อบริเวณทรวงอก เป็นต้น (วิลเลียม เลิศธรรมเทวี, 2550) นอกจากนั้นยังมีลักษณะทางอารมณ์ที่แตกต่างไปจากทารกเกิดครบกำหนดอีกด้วย ส่วนปัจจัยด้านมารดาที่ทำให้การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมีความยากลำบากกว่าทารกเกิดครบกำหนดทั่วไป ได้แก่ ภาวะด้านจิตใจและทักษะในการดูแลบุตร กล่าวคือ การที่เป็นมารดาครรภ์แรกจะมีความเครียดมากขึ้นเนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลบุตรมาก่อน (อุษา สุขาพันธ์, 2544) ยิ่งถ้าบุตรมีอายุครรภ์น้อย (Olshtain-Mann & Auslander, 2008) หรือมีภาวะแทรกซ้อนมากเท่าใด (อำไพพร ก่อตระกูล, 2548) จะทำให้มารดาเกิดความรู้สึกเครียดมากขึ้นเท่านั้น นอกจากภาวะด้านจิตใจดังกล่าว สิ่งที่มีผลต่อความยากลำบากในการเลี้ยงดูทารกเกิดก่อนกำหนด คือทักษะในการดูแลบุตร ซึ่งมีการศึกษาพบว่า หลังจากที่จำหน่ายทารกกลับบ้านแล้ว 2 เดือน มารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดมีความเครียดสูงกว่า และมีศักยภาพความเป็นพ่อแม่ต่ำกว่ามารดาทารกครบกำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของ Pridham และคณะ (Pridham, Schroedex, & Brown, 1999) ที่พบว่าในระยะ 4 เดือนแรกมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดจะกระตุน และตอบสนองทารกอย่างกระตือรือร้นมากที่สุด และจะค่อยๆ ลดจนต่ำสุดเมื่ออายุ 8 เดือน ซึ่งผลการศึกษาี้แสดงให้เห็นว่า เมื่อทารก “อ่านยาก” และ “ตอบสนองยาก” ทำให้มารดาท้อใจ สงสัย และเริ่มไม่แน่ใจในความสามารถของการเป็นแม่ ส่งผลให้เริ่ม “ห่าง” หรือ “ลด” การตอบสนองต่อทารก และในที่สุดอาจนำมาซึ่งการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม มารดาในกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลให้มีความพร้อมระดับหนึ่งก่อนการจำหน่ายทารก

การที่จะช่วยส่งเสริมมารดาให้มีพฤติกรรมและทักษะในการดูแลบุตรที่เหมาะสมนั้น จำเป็นที่จะต้องส่งเสริมให้มารดาที่มีความเชื่อในความสามารถของตนเองก่อนว่า ตนเองสามารถเป็นแม่ที่ดี มีความสามารถแน่นอนในการที่จะให้การดูแลบุตรได้ ดังนั้น โปรแกรมการช่วยเหลือมารดาที่ผู้วิจัยสนใจคือ การส่งเสริมให้มารดาที่มีการรับรู้สมรรถนะตนเอง (self-efficacy) สูงในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งการรับรู้สมรรถนะตนเอง เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีปัญญาสังคม (social cognitive theory) ของ Bandura (1997) ที่กล่าวไว้ว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ การที่มนุษย์มีความรู้และความสามารถไม่ช่วยให้ประสบความสำเร็จได้ หากบุคคลนั้นไม่มีความเชื่อว่าตนเองจะใช้ความรู้ หรือมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมในสถานการณ์ต่างๆ ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะตนเอง ระหว่างมารดาครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

มารดาครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด มีการรับรู้สมรรถนะตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (self-efficacy theory) ของ Bandura (1997) ซึ่งกล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์อย่างยิ่ง และการที่มนุษย์จะรับเอาพฤติกรรมใดไว้ขึ้นกับปัจจัย 2 ประการ คือ ความคาดหวังในผลลัพธ์ และความเชื่อในสมรรถนะ และเมื่อเปรียบเทียบปัจจัยทั้ง 2 ประการแล้ว แบบดูราเชื่อว่าความเชื่อในสมรรถนะ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลมากกว่า ความเชื่อในสมรรถนะจะเป็นตัวกำหนดความคิด ความรู้สึกลงมือปฏิบัติจริง และเมื่อรับเอาพฤติกรรมนั้นมาปฏิบัติแล้วผลลัพธ์ก็จะเกิดตามมา การที่เราจะสร้างการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้น เกิดจากการเรียนรู้ข้อมูลที่ได้มาจากแหล่งต่างๆ 4 แหล่ง ได้แก่ 1) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (enactive mastery experience) 2) การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) 3) การพูดชักจูง (verbal persuasion) และ 4) สภาวะทางสรีระและอารมณ์ (physiological and affective states)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองมาประยุกต์เป็นโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด แต่ผู้วิจัยจะศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเท่านั้น ส่วนพฤติกรรมดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดนั้นไม่ได้ศึกษา เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องเวลา และความเป็นไปได้ในการติดตามเพื่อประเมินหรือสังเกตพฤติกรรมที่ต้องศึกษา

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest - posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดาครั้งแรกในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ มารดาที่มีบุตรเกิดก่อนกำหนด ที่บุตรเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดถึงวิกฤติ คณะแพทยศาสตรวิชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2553 ถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2554 การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบสะดวก (convenience sampling) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธี power analysis (Cohen, 1988) ซึ่งใช้ค่าอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยของสมทรง เก้าฝาย (2541) ได้ค่า $f = 1.85$ ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ นั่นคือ $f > .40$ แต่เนื่องด้วยข้อจำกัดเรื่องระยะเวลาของการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยจึงศึกษาตัวอย่างได้กลุ่มละ 20 คน รวมเป็น 40 คน จากการเปิดตารางพบว่า ด้วยจำนวนกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว เป็นขนาดที่คำนวณได้จากอำนาจการทดสอบ (power) ที่ระดับ .88 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และ ค่าอิทธิพล (f) = .50

คุณสมบัติของมารดาในกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ มารดาอายุครบ 18 ปีบริบูรณ์ขณะทำการศึกษา คลอดบุตรก่อนกำหนดโดยเป็นการตั้งครรภ์แรกและครรภ์เดียว ได้รับการจำหน่ายจากแผนกสูติกรรมแล้ว วางแผนว่าจะเลี้ยงบุตรเอง (หลังจากจำหน่ายทารก) เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือนสามารถมาเยี่ยมบุตรได้ทุกวันในช่วงการดำเนินงานวิจัย และสามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้ ส่วนคุณสมบัติของทารก คือ อายุครรภ์ต่ำกว่า 37 สัปดาห์ มีแผนจำหน่ายจากโรงพยาบาลในช่วง 1-2 สัปดาห์ข้างหน้า มีภาวะคงที่ทางสรีรวิทยา ได้แก่ สัญญาณชีพและค่าออกซิเจนในหลอดเลือดแดงไม่เป็นโรคหัวใจแต่กำเนิด หรือมีความพิการแต่กำเนิด และไม่มีคามผิดปกติที่ติดตัวผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย เช่นได้รับการผ่าตัดทำช่องทวารเทียม (colostomy) ได้รับการเจาะคอ (tracheostomy) ได้ออกซิเจนกลับบ้าน ใส่ฝือก เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 คู่มือการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด สำหรับมารดา สร้างโดยสมทรง

เค้าฝ่าย (2541) แต่ผู้วิจัยมีการปรับ และเพิ่มเนื้อหา เพื่อให้มีความทันสมัย ครอบคลุมมากขึ้น

1.2 วิดีทัศน์ เรื่อง “คุณแม่มือใหม่ หัวใจเกินร้อย” สร้างโดยผู้วิจัย ความยาวประมาณ 10 นาที เป็นการสัมภาษณ์มารดาที่มีประสบการณ์การดูแลบุตรเกิดก่อนกำหนดได้สำเร็จ

1.3 สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก จัดพิมพ์โดย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2551 ใช้สอนร่วมกับคู่มือการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

1.4 แบบบันทึกกิจกรรมที่ใช้กับมารดา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลของมารดาและทารก

2.2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด มีจำนวน 38 ข้อ ผู้วิจัยปรับแก้จากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารก (Self-efficacy in Infant Care Scale, SICS) สร้างโดย ทศนี ประสพกิตติคุณ และคณะ (Prasopkittikun, Tilokskulchai, Sinsuksai, & Sitthimongkol, 2006) ลักษณะคำตอบเป็นร้อยละของความมั่นใจในความสามารถในการดูแลบุตร

คู่มือการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และต้นฉบับบทสนทนาสำหรับวิดีโอทัศน์ได้ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา ส่วนแบบบันทึกข้อมูลของมารดาและทารก และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลทารกแรกเกิดจำนวน 3 คน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดทดลองใช้กับมารดาที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .96

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C สายพยาบาลศาสตร์ และคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร จากนั้นผู้วิจัยเริ่มดำเนินการศึกษาในกลุ่มควบคุมให้เสร็จเรียบร้อยก่อน จึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม

วันแรกผู้วิจัยสัมภาษณ์มารดาโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา จากนั้นให้มารดาตอบแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และนำไป

กล่อ่งที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลของทารกผู้วิจัยรวบรวมจากเวชระเบียน และนัดหมายมารดาอีก 8 วันข้างหน้าเพื่อให้มารดาตอบแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอีกครั้ง

กลุ่มทดลอง

วันแรกดำเนินการเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม และนัดหมายมารดาวันต่อไปเพื่อเริ่มกิจกรรม ดังนี้

วันที่ 2 ให้มารดาชมวิดีโอทัศน์ และเปิดโอกาสให้มารดาได้แสดงความคิดเห็น และความรู้สึก จากนั้นพุดชักจูงให้มารดามีความมั่นใจว่าตนเองสามารถให้การดูแลบุตรได้เหมือนกับมารดาต้นแบบ

วันที่ 3 สอนมารดาในเรื่องความสำคัญของการผ่อนคลายความเครียด ความเหนื่อยล้า โดยแนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย 2-3 วิธี พร้อมสาธิตการฝึกการหายใจ มอบคู่มือการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และให้ความรู้โดยใช้คู่มือดังกล่าวร่วมกับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก พร้อมให้กำลังใจ

วันที่ 4-5 เปิดโอกาสให้มารดาระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการดูแลบุตร ฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย โดยการฝึกหายใจ สอนโดยใช้คู่มือการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดร่วมกับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และสาธิตการดูแลบุตรโดยใช้หุ่นประกอบ เมื่อมารดาปฏิบัติได้ผู้วิจัยกล่าวสนับสนุน และให้กำลังใจ

วันที่ 6-8 ให้โอกาสมารดาได้อยู่ดูแลทารก และฝึกทักษะการดูแลทารกด้วยตนเอง โดยมีผู้วิจัยเป็นพี่เลี้ยงอยู่ห่างๆ และให้กำลังใจมารดาตามสมควร

วันที่ 9 ให้มารดาตอบแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

ผลการวิจัย

มารดากลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 18-40 ปี อายุเฉลี่ย 25.93 ปี (SD = 7.08) โดยส่วนใหญ่มียุระระหว่าง 20-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 65 จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาเฉลี่ย 12.13 ปี (SD = 3.39) โดยมารดามากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52.5) ได้รับการศึกษาสูงสุดระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ถึง

ระดับปริญญาตรี มารดาร้อยละ 37.5 ประกอบอาชีพลูกจ้างหรือพนักงานบริษัท มารดามีรายได้ครอบครัวอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.5 และร้อยละ 55 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลทารกมาก่อน มารดาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.5) มีความมั่นใจเกินร้อยละ 80 ว่าตนเองสามารถเป็นแม่ที่ดี และมารดามากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 55) มั่นใจว่าสามารถเสาะหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลบุตรได้

ทารกมีอายุระหว่าง 2-65 วัน หรือเฉลี่ย 16.08 วัน (SD = 15.15) ร้อยละ 42.5 มีอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน ร้อยละ 62.5 ได้รับการคลอดปกติ ทารกมีอายุครรภ์เฉลี่ย 32.82 สัปดาห์ (SD = 2.37) โดยพบว่ามากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 55) มีอายุครรภ์ระหว่าง 33-36 สัปดาห์ ทารกเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.5) เป็นทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (ต่ำกว่า 2,500 กรัม) ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 1,722.90 กรัม (SD = 453.64) โดยมีน้ำหนักระหว่าง 1,501-2,000 กรัมมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40 ทารกส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.5) เป็นทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะแทรกซ้อน ส่วนที่เหลือ (ร้อยละ 32.5) เป็นทารกเกิดก่อนกำหนดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

การรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 66.50 (SD = 13.45) หลังการทดลองเท่ากับ 72.30 (SD = 14.59) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 59.60 (SD = 16.52) หลังการทดลองเท่ากับ 76.34 (SD = 13.51)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดหลังการทดลอง (posttest) ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .05$ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

Sources	SS	df	MS	F	p-value
คะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองก่อนการทดลอง (Covariate)	4696.886	1	4696.886	61.660	.000
กลุ่มที่ศึกษา (Independent variable)	789.721	1	789.721	10.367	.003
Error	2818.457	37	76.175		
Corrected Total	7678.516	39			

a. R Square = .633 (Adjusted R Squared = .578)

อภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผลการศึกษได้สนับสนุนสมมติฐานที่ว่า มารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด มีการรับรู้สมรรถนะตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า การจัดกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองดังกล่าวนี้ ได้จัดกิจกรรมให้เกิดการเรียนรู้จากแหล่งต่าง ๆ ครบทั้ง 4 แหล่ง ตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเองของ Bandura (1997) ดังนี้

แหล่งแรกเป็นการเรียนรู้ข้อมูลการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) โดยผู้วิจัยจัดให้มารดาชมวิดีโอทศน์เรื่อง “คุณแม่มือใหม่ หัวใจเกินร้อย” ซึ่งได้เลือกใช้ตัวแบบที่มีสถานการณ์ใกล้เคียงกับมารดากลุ่มตัวอย่างให้มากที่สุด ถือเป็นมารดาครั้งแรกที่มีบุตรเกิดก่อนกำหนด และเคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดถึงวิกฤติเป็นระยะเวลาานถึง 4 เดือน ปัจจุบันบุตรของมารดาตัวแบบมีสุขภาพแข็งแรง ในการเลือกตัวแบบนั้น ถ้าตัวแบบมีความใกล้เคียงกับผู้สังเกตเท่าใด ก็จะมีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะตนเองมากขึ้นเท่านั้น (Bandura, 1997)

เมื่อมารดาได้มีการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่นแล้ว แหล่งที่ 2 ก็คือการเรียนรู้ข้อมูลที่ได้จากประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (enactive mastery experience) ซึ่ง Bandura (1997) ระบุว่ามื่ออิทธิพลมากที่สุดในการที่จะสร้างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ดังนั้นกิจกรรมที่จะทำให้เกิด

การเรียนรู้จากประสบการณ์ความสำเร็จของตนเองได้ ก็คือการที่มารดาได้เข้ามามีส่วนร่วมปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร เมื่อมารดาสามารถให้การดูแลบุตรได้ด้วยตนเอง มารดาก็ย่อมเกิดความรู้สึกภูมิใจ มั่นใจ หรือมีคุณค่า นอกจากนี้ระยะเวลาในการดูแลบุตรที่มากขึ้นย่อมทำให้มารดามีทักษะที่ดี ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความกล้ามากขึ้นในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆ ในการดูแลบุตรต่อไป

แหล่งที่ 3 คือการพูดชักจูง (verbal persuasion) ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการพูดชักจูง เมื่อมารดาชมวิดิทัศน์จบ โดยพูดให้มารดามีความเชื่อมั่นว่ามารดาสามารถดูแลบุตรได้ดีเช่นเดียวกับมารดาตัวแบบ พร้อมทั้งให้กำลังใจ สนับสนุนให้มารดามีความพยายามที่จะเรียนรู้ และการฝึกดูแลบุตรอย่างสม่ำเสมอ และเมื่อมารดาได้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะกล่าวชม ให้กำลังใจ และชี้ให้เห็นความก้าวหน้า หรือความสามารถของตนเอง

ส่วนในเรื่องสภาวะทางสรีระและอารมณ์นั้น (physiological and affective states) หากร่างกายอ่อนล้า หรือมีความเครียดจะทำให้การรับรู้สมรรถนะตนเองลดลง (Bandura, 1997) โดยเฉพาะมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่บุตรจะได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีปัจจัยหลายประการที่ก่อให้เกิดความเครียด ความอ่อนล้า (จริยาพร อินทร์วงศ์วาร, สุธิศา ล่ำซำ และ วิมล ธนสุวรรณ, 2551) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สอนเทคนิคการฝึกหายใจเพื่อผ่อนคลาย และแนะนำมารดาว่า ทุกครั้งที่มารดาให้การดูแลบุตรแล้วรู้สึกว่าคุณเองเครียด เบื่อหน่ายหรือร่างกายอ่อนล้า ให้ทำกิจกรรมที่ทำให้ตนเองผ่อนคลาย ซึ่งในแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกัน

ถึงแม้ผลการศึกษาจะแสดงให้เห็นว่า ในมารดาในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกหลังการทดลองเพิ่มขึ้นได้เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง อาจมีสาเหตุมาจากการที่มารดาในกลุ่มควบคุมได้มีการฝึกการดูแลทารกด้วยตนเอง ซึ่งก่อให้เกิดทักษะ และส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะตนเองเกิดขึ้นได้ แต่อย่างไรก็ตามในการเตรียมความพร้อมเรื่องการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดให้กับมารดานั้น พยาบาลไม่ควรปล่อยให้การรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ การจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมที่มีแบบแผนจะช่วยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกได้เต็มที่ในแต่ละบุคคล

นอกจากการจัดกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดาครั้งแรก โดยยึดแหล่งการเรียนรู้ที่ทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะตนเองทั้ง 4 แหล่งแล้ว การให้ความรู้ก็มีความสำคัญ เนื่องจากการที่บุคคลจะทำกิจกรรมใดๆ ต้องมีความเข้าใจในเนื้องานก่อน เมื่อรู้เนื้องาน จึงจะใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจความสามารถของตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้ความรู้แก่มารดา โดยสอนวิธีการดูแลบุตรผ่านคู่มือการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยใช้ร่วมกับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมี

การศึกษาระโชนัของการใช้คู่มือ พบว่ามีผลต่อความรูัที่สูงัขึ้น การรับรู้สมรรถนะตนเอง การรับรู้ระโชนั และพฤติกรรมของบุคคลัขึ้น (ธนพร โคมะหะวงศั, 2544) นอกจากการสอนโดยใช้คู่มือ ยังมีการสอนโดยการสาธิตการดูแลทารกประจำวัน โดยใช้หุ่นประกะอบ ซึ่งการสอนสาธิตเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้เรียนเข้าใจง่าย จดจำเรื่งได้นาน และได้รับประสะบการณัตรงที่ใกล้เคียงกับประสะบการณัจริงมากที่สุด (ทิสนา แะมมณั, 2552)

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าสิ่งที่ได้จัดกิจกรรมให้มารดาเกิดการเรียนรูัข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ทั้ง 4 แหล่ง ทำให้มารดามีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลบุตรเกิดก่อนกำหนดที่สูงัขึ้น ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่ามารดาที่รับรู้สมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม (อุทัยวรรณ สกลวสันต์, 2550) ดังนั้นหากมารดาที่รับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารกที่สูงัยอมนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลที่ดี (สมทรง เค้าฝาย, 2541; สุหรี หนุงอาหลี, 2547) และท้ายสุดจะส่งผลให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีสุขภาพที่ดีต่อไป

ข้อจำกัดการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นแบบสุ่ม (random sampling) ทำให้มารดาประชากรแต่ละคนไม่ได้รับโอกาสที่เท่าเทียมกันในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง และในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มที่ศึกษาไม่ได้ใช้วิธีการสุ่ม (random assignment) เนื่องจากต้องการป้องกันการปนเปื้อนของกิจกรรมการทดลอง (imitation to treatment) ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จึงทำให้มารดากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีโอกาสเท่าเทียมกันในการเข้ากลุ่มที่ศึกษาด้วยเช่นกัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้ไม่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรมีการสนับสนุนพยาบาลในการนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดาครั้งแรกในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เพราะข้อดีของโปรแกรมนัคือ มีกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยาก พยาบาลปฏิบัติอยู่แล้วเป็นส่วนมาก จึงสามารถบูรณาการให้เข้ากับการปฏิบัติงานประจำได้ ซึ่งจะทำให้มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอน และเป็นไปตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ด้านการวิจัย

1. ควรติดตามการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นช่วงระยะเวลา เช่น สองสัปดาห์ หนึ่งเดือน หรือสามเดือน เป็นต้น เพื่อศึกษาความคงทนของการรับรู้สมรรถนะตนเอง ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการปรับปรุงโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพต่อไป

2. ควรมีการติดตามผลที่ตามมาของการมีการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดาครั้งแรกในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ การวัดพฤติกรรมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในมารดากลุ่มนี้ และการติดตามสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนดว่าเมื่อมารดามีการรับรู้สมรรถนะตนเองที่สูงขึ้นแล้ว ส่งผลต่อทารกอย่างไรบ้าง เช่น การอัตรากลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (readmission rate) เนื่องจากการดูแลที่ไม่ถูกต้อง เป็นต้น

3. ในเกณฑ์การคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ควรคำนึงระยะเวลาที่ทารกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วย เนื่องจากมารดาที่บุตรอยู่โรงพยาบาลนาน อาจทำให้เกิดทักษะการดูแลที่มากขึ้นได้

EFFECT OF SELF-EFFICACY ENHANCEMENT PROGRAM ON FIRST-TIME MOTHERS' SELF-EFFICACY IN CARE FOR PREMATURE INFANTS**BHARIDA TANTRAGOOOL 5036750 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 Study**

Premature infants are recognized as infants who have high risk to complications and high mortality rate in their first year of lives. However, recent medical technology and medical treatments have significantly advanced which contributed to the increasing survival rate of premature infants as well as underweight newborns. According to a study by Field and colleague (Field, Dorling, Manktelow & Draper, 2005), the survival rate of premature infants in the Trent region, United Kingdom had increased from 36 percent in 1994 to 47 percent in 2000-2005. Although, in Thailand, there has been no evidential report on this issue, a statistic report indicates that the premature infant mortality rate per 1,000 live births had been decreasing from 84.3 percent to 11.3 percent during 1964 to 2006 (Panabodi Ekajumpaka, Nithit Wattanamano, B.E. 2550). Though the survival rate of premature infants has been growing but the hospital admission rate in their first year of life has remained high (Elder, Hagan, Evans, Benninger, & French, 1999). Therefore, it is crucial for healthcare personnel to realize that the special care is needed for the premature infants in order to healthily reach their developmental milestones.

Ordinarily, premature infants would be able to reach comparative milestones to full-term infants at the age of 2-year-old (Sameroff & Chandler, 1975). Thus, the care, given in their first few years of lives is highly important. Provision of care to the premature infants is generally more difficult than that to the full-term

infants due to infant; maternal, and external factors. Infant factors may include their physical characteristics such as small-body size/weight, transparent skin (able to see veins under the skin), incomplete development of internal system which can be shown through abnormal breathing patterns or neonatal respiratory distress syndrome (Wilai Lertthammatevee, B.E. 2550). In addition to their physical characteristics, their emotional characteristics are also likely to differ from full-term infants'. Maternal factors may include their psychological well-being and maternal characteristics. Generally the first-time mothers would have higher stress due to their lack of experiences in giving care to the infants (Usa Sukapan, B.E. 2544). Premature infants and infant illness from complications would create incremental effects on the stress level of the mothers (Ampaiporn Kortagoon, B.E. 2548). Additionally the maternal competency of the first-time mother could lead to difficulty in giving care to the premature infants. The study found that 2 months after discharge, the mothers of premature had higher stress and lower maternal competency than the mothers of full-term. Similarly, the study of Pridham and colleagues (Pridham, Schroedex, & Brown, 1999) illustrated that in the first 4 months, the mothers of premature showed high enthusiasm in stimulating the interaction with the infants then the enthusiasm was slowly decreased till the infants reached the age of 8 months. The results of this study indicate that the lack of responsiveness from the infants cause discouragement, and self-doubt in the competency on the mothers which result in less mother-infant interaction, inappropriate care, and less growth promotion. Hence, this group of mothers requires special support and education from healthcare personnel before the infants are being discharged.

In order for the first-time mothers to be able to provide appropriate care to their premature infants, they must possess adequate self-efficacy in care for their premature. Therefore the researcher aimed to enhance the self-efficacy of first-time mothers through the self-efficacy enhancement program in care for premature infants. The concept of self-efficacy is drawn from the concept of Bandura's social cognitive theory, in which believes that the self-efficacy has influence on the person behavior. Not only skill and knowledge that contribute to the success of the person, without the belief in one's capability, the person is more likely to be unsuccessful.

Objective of the Study

The purpose of this study was to examine the effect of self-efficacy enhancement program on first-time mothers' self-efficacy in care for premature infants.

Hypothesis

First-time mothers participating in the self-efficacy enhancement program would have higher self-efficacy in care for premature infants than those not participating in the program.

Conceptual Framework of the Study

This research study was conceptualized within a framework derived from Bandura's self-efficacy theory (Bandura, 1997) which stated that self-efficacy has great influences on the persons' behavior. According to the study, there are two main factors that affect one's actions which comprise of the expectation in attaining a certain set of goals and the belief that one is capable of performing in a certain manner to attain those goals (self-efficacy). From these 2 factors, Bandura believes that the latter one plays larger role since self-efficacy influences the effort one puts forwards, enhances the motivation and performance attainment. This self-efficacy can be varied to time, place, and other surrounding factors. Self-efficacy toward certain ability, can be attain from the following 4 sources; 1) *enactive mastery experience*, learning from his/her own success story can raise his/her self-efficacy; 2) *vicarious experience*, the process of indirect learning through the success and failure stories of someone else; 3) *verbal persuasion*, the person's efficacy may be influenced by encouragements or discouragements received from others; 4) *physiological and affective states*, physical state and the mental wellness also has effect on the person's self-efficacy.

In this research study, the researcher had created the self-efficacy enhancement program for first-time mothers in care for premature infants based on the concept of Bandura's Self-Efficacy theory. In this study the mothers' self-efficacy was only the focus of the program while the mother's behavior in care for infants was not, due to the constraints in time and the feasibility in obtaining behavioral data.

Methodology

This study was a quasi-experimental research with two group pretest – posttest design, aimed to study the effects of self-efficacy enhancement program on first-time mother's self-efficacy in care for premature infants.

Samples

The sample of this research was the mothers of premature infants who had been having medical treatment in Neonatal semi-critical unit, Faculty of medicine, Vajira Hospital, University of Bangkok Metropolis between June 2010 and July 2011. The sample was selected by convenient sampling technique. The size of sample was determined by power analysis (Cohen, 1988). The effect size derived from the study of Somsong (Somsong, B.E. 2541) was 1.85 ($f = 1.85$), which was considered to be a large effect size ($f > .40$). However, as a result of the limited time frame, the researcher decided to use a sample size of 40 with 20 each in a control group and an experimental group. With this sample size, according to Cohen's table, the obtained power is equivalent to .88, statistically significant level is .05, and effect size (f) is .50.

The eligible first-time mothers included those being 18 years old and above, giving singleton preterm birth, already being discharged from the hospital, planning to take care of the infants by themselves (after being discharged), being able to visit the infants every day during the study, and being able to read and write Thai.

The eligible infants included those being premature (gestational age < 37 weeks), being hospitalized for 1-2 weeks, having stable physiological conditions, not having congenital heart diseases and any other defects or abnormal conditions such as colostomy, or tracheotomy, or required oxygen, or being splinted.

Instrumentations

The instruments used in this research study were classified into 2 groups.

1. Experimental instruments

1.1 Premature infant handbook for mothers, written by Somsong Kowfai, (B.E. 2541). The researcher had also updated and adjusted some parts of the content to make it up-to-date and appropriate for the study.

1.2 Ten-minute video media on “A Heart-to-Heart Talk with

New Mothers,” produced by the researcher. The VDO content was about the interview between the research and a mother who had successful experience in providing care to her premature infant.

1.3 Maternal and Child Health Handbook (MCH Handbook), published by Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health (B.E. 2551). It was used in conjunction with the premature infant handbook for mothers to instruct the mothers on how to provide appropriate care to their infants.

2. Data collection and analytical instruments

2.1 Demographic data assessment form

2.2 The self-efficacy in care for premature infants

questionnaire, adapted from the self-efficacy in infant care scale or the SICS (Prasopkittikun, Tilokskulchai, Sinsuksai & Sitthimongkol, 2006), consists of 38 items. The respondents are asked to rate their self-efficacy in providing care for infants ranging from 0 (not confident at all) to 100 (certainly confident).

The contents and correctness of the language of the premature infant handbook for mothers and the manuscript of video media were reviewed by a panel of the experts. The demographic data assessment form and the questionnaire were also validated by 3 experts in pediatrics.

In addition, the reliability of the questionnaire was tested with other 25 mothers whose eligibilities were similar to the study. The Cronbach’s alpha coefficient was .96.

Data Collection

This research had been approved by the Mahidol University’s ethical review committee for research in human subjects (Group C, Nursing) and by the ethical review committee for research in human subjects, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan. The researcher had collected data from the control group before starting the data collection in the experimental group as follow:

Control Group

The mothers of premature infants were interviewed by using demographic data assessment form (DDAF). The mothers were asked to complete the self-efficacy in care for premature infants questionnaire (pretest) and, then, return the questionnaire

to the box provided. The researcher had collected the data provided by the control group and made appointment with the mothers 8 days after to complete the same questionnaire one more time (posttest).

Experimental Group

On the first day, the activities for the mothers of premature infants in the experimental group were the same as for the control group. The second day onwards, the activities were conducted as follow:

Day 2 – Activities

The mothers were allowed to view a video entitled “A Heart-to-Heart Talk with New Mothers.” After that the researcher held discussion session for the mothers to express their opinions and feelings. The researcher offered the positive persuasion to the mothers that they were also capable to succeed as the model mother in the video.

Day 3 – Activities

The mothers learned and practiced several relaxation techniques guided by the researcher. The researcher also demonstrated the breathing techniques. The Premature Infants Handbooks for Mothers were distributed along with knowledge session on how to provide care to premature infants. The researcher had used the Premature Infant Handbook for Mothers and the Maternal and Child Health Handbook (MCH Handbook) as teaching materials. The researcher also encouraged the mothers to believe in their ability.

Day 4 to 5 – Activities

The researcher provided opportunities for mothers to express and exchange their feeling about their experience in giving care to their premature infants. In addition, the researcher urged the mothers to practice relaxation techniques. The knowledge session were conducted through the usage of the Maternal and Child Health Handbook (MCH Handbook), similar to Day 3. The researcher demonstrated care giving activities to the mothers by using the infant model.

The researcher reassured the mothers about their ability while doing hand-on practices.

Day 6 to 8 – Activities

The mothers had a chance to take care of their infants by themselves while being supervised by the researcher. The researcher provided some guidelines and encouragement to the mothers for their actions.

Day 9 – Activities

The mothers were asked to complete the self-efficacy questionnaire (posttest).

Data Analysis

The data was analyzed by using descriptive statistics and the analysis of covariance (ANCOVA).

Results

The sample group of the mothers were between 18 to 40 years old, average age was 25.93 year ($SD = 7.08$). 65 percent of the mothers were between 20 to 40 years old. Average years of education was 12.13 year ($SD = 3.39$). 52.5 percent of the mothers had completed at least higher vocational certificate or undergraduate degree. 37.5 percent were either employees or workers. The mothers who had no previous experience in taking care infant accounted for 55 percent. Most of the mothers, 72.5 percent, had about 80 percent self-efficacy, and believed that they could be a good mother. And more than half of the group, 55 percent, believed that they can find information or knowledge on how to take care of infants.

The sample group of the premature infants were between 2-65 days of age, average was 16.08 ($SD = 15.15$). 42.5 percent of the infants were under or at age of 7 days. 62.5 percent was natural childbirth. The infants who had born between 33-36 weeks of pregnancy were 55 percent of the group, average pregnancy week was 32.82 weeks ($SD = 2.37$). Most of them had low birth weight, less than 2,500 grams. The average birth weight was 1,722.90 grams ($SD = 453.64$). 40 percent of the infants weighted between 1,501 – 2,000 grams. The infants who had medical complications were 67.5 percent of the sample group. The other 32.5 percent had no medical complications.

The result of 38-question questionnaire on first-time mothers' self-efficacy in care for premature infants found in control group before the experiment had average score of 66.50 (SD = 13.45). While after the experiment, the average score increased to 72.30 (SD = 14.59). For the experimental group, average pretest score equaled to 59.60 (SD = 16.52), while average posttest score was 76.34 (SD = 13.51).

The analysis of the results found that the average score of self-efficacy after the experiment (posttest) was significantly higher than the average score of the pretest ($p < .05$) as illustrated in Table 1.

Table 1: Analysis of covariance comparing first-time mothers' self-efficacy score in care for premature infants between control group and experimental group

Sources	SS	df	MS	F	P-value
Self-efficacy score-Pretest (Covariate)	4696.886	1	4696.886	61.660	.000
Self-efficacy score-Posttest	789.721	1	789.721	10.367	.003
Error	2818.457	37	76.175		
Corrected Total	7678.516	39			

a. R Square = .633 (Adjusted R Squared = .578)

Discussion

The results of this research study supported the hypothesis that the first-time mothers who had participated in the self-efficacy enhancement program had higher self-efficacy than those who had not participated in the program (posttest scores). The results suggested that the self-efficacy enhancement program, which integrated experiences from all 4 sources that affecting self-efficacy, had positive effects on the mothers' self-efficacy in care for premature infants. The self-efficacy enhancement program had integrated 4 sources that affecting self-efficacy, described by Bandura (1997) in the following manner.

First source of learning is from the experiences of other persons (vicarious experience). This is a process of comparison between oneself and someone else. The researcher had displayed the video "A Heart-to-Heart Talk with New Mothers." to the

mothers. The content of the video showed the success story of a model who exhibited similar characteristics to the mothers, and was in similar situation; the model was also a first-time mother who had premature infant. The premature infant had received medical treatment in Neonatal semi-critical unit for 4 months. However, currently the model infant had become healthy. The more similarities between the selected model and the mothers, the more influence it would have on the mothers' self-efficacy (Bandura, 1997).

After the mothers had learned from other's experience, the second source which had effect on self-efficacy was their own experiences (enactive mastery experience). Bandura stated that this source of experience was the most important factor deciding a person's self-efficacy (Bandura, 1997). Therefore, the activities must allow the mothers to learn from their own success experiences. The researcher had set up the activities where the mothers had participated in providing care to their infants. When the mothers were able to perform and complete the activities well, their self-confident would increase, as well as the belief that they could perform the same activities successfully in the future was formed. Moreover, the duration and the frequency of the activities also had the effects on both the skills and self-efficacy of the mothers. Since repeated success, could enhance the skills as well as increase the self-efficacy.

The third source is verbal persuasion. The researcher used positive persuasion technique after the mothers viewed the video. The researcher reassured that the mothers had ability to take care of their premature infants as well as the model mother. The researcher also encouraged and motivated the mothers to learn and practice the care-giving skills continuously. When the mothers had completed the task successfully, the researcher also congratulated and complimented on their success. In addition, the researcher had acknowledged them on their progress and their ability.

Moreover, the self-efficacy is also affected by physiological and affective states. When a person is in wearied physical state or having stress, the self-efficacy tends to decline (Bandura, 1997). The mothers who had given preterm birth, tended to possess stress caused by many factors (Jariyaporn Inwongwan, Suthisa Lamchang, & Wimol Thanasuwan, B.E. 2551). Thus, the researcher had instructed breathing techniques, as a mean for the mothers to release stress and reduce anxiety. The

researcher also encouraged the mothers to take on any activities which help them relax when they feel stress, tired, or physically wearied.

Besides the attainment of self-efficacy from above 4 sources, the knowledge about the process of providing care to premature infants is also essential. The person must have knowledge in the job and activities that he/she performs in order to evaluate his/her self-efficacy in doing the activities. Therefore, the researcher had provided the knowledge about the process of providing care to the mothers by using “Premature Infants Handbook for Mothers,” developed by the researcher together with the “Maternal and Child Health Handbook (MCH Handbook)”, published by Bureau of Health Promotion. The study by Thanaporn Komahawong (B.E. 2544) showed that the usage of these handbooks increased mothers’ knowledge, as well as heightened mothers’ self-efficacy, and their ability to perform the activities. In addition to the theoretical knowledge session, the researcher also conducted the practice session which demonstrated the activities through the usage of infant model. The demonstration assisted the mothers to learn more quickly and remember longer since it was a direct experience which similar to their real-life experiences (Tissana Kammanee, B.E. 2552).

In summary, the arranged activities which allowed the mothers to learn about care giving experiences to premature infants from 4 sources enhanced the self-efficacy of the mothers in care for premature infants. Previous research study found that there is a relationship between self-efficacy and the behavior in performing activity (Uthaiwan Sagolwason, B.E. 2550). Consequently, if the mothers have high self-efficacy in care for premature infants, they are likely to perform well (Somsong Kowfai, B.E. 2541, Suree Nungaree, B.E. 2547) which would lead to better health of the infants.

Limitations

The selection method of sample group was not random sampling; therefore the probability of the sample, being selected from the mother population was not equally distributed. Also the method in selecting the sample in experimental group was not random assignment. Hence, the mothers who were selected to the experimental group may not be the best representatives for the whole population.

Recommendations for nursing practice

The healthcare personnel or nursing team could employ and adapt this knowledge and self-efficacy enhancement program to train the first-time mothers of premature infants in suitable context.

Recommendations for further researches

1. The self-efficacy of mothers of premature infants should be continuously monitored for the evaluation of long-term self-efficacy retention, i.e. 2 weeks, 1 month, or 3 months after being discharged from the hospital. Based on these results, the appropriate additional activities or any improvement for the enhancement program could be designed in order to be more effective.
2. The study could be extended to investigate the effects of high self-efficacy of mothers on premature infants such as the effect on the care giving performance, the infants' health conditions, and other possible effects.

รายการอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กุลภา ศรีสวัสดิ์. (บรรณาธิการ). (2554). *Live Long & Strong เล่ม 2 วิจัยทำงาน*. (หน้า 42-44). กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- กุลลดา เปรมจิตร. (2547). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลทารกเกี่ยวกับการดูแลแบบแผนการต่อพฤติกรรมดูแลบุตรของมารดาและการเพิ่มของน้ำหนักตัวของทารกตลอดก่อนกำหนด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์ และ วิภา จิระแพทย์. (2548). *การประเมินภาวะสุขภาพทารกแรกเกิด*. กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์ จำกัด.
- เกษมศรี อย่างสุโข. (2549). *ความต้องการของมารดาเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทิกา จันทรเป็ย. (2550). *พัฒนาการเด็ก*. ใน บัญจรงค์ สุขเจริญ, วิไล เลิศธรรมเทวี และ ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์ (บรรณาธิการ), *ตำราการพยาบาลเด็ก* (หน้า 10-34). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟรี-วัน.
- จริยาพร อินทร์วงศ์วาร, สุธิสา ล่ามช้าง, และ วิมล ธนสุวรรณ. (2551). *สิ่งก่อความเครียดของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน*. *พยาบาลสาร*, 35(4), 98-107.
- ทิสนา เขมมณี. (2552). *14 วิธีการสอนสำหรับครูมืออาชีพ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทศนี ประสพกิตติคุณ. (2544). *การรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 16(3), 1-10.
- ทศนี ประสพกิตติคุณ. (2544). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของมารดาในการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านแก่ทารกตลอดก่อนกำหนด*. *วารสารการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์*, 1(3), 42-55.

- ทัศนีย์ ประสบกิตติคุณ. (2545). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับสมรรถนะของตนเองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด. *วารสารการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์*, 2(1), 25-37.
- ธนพร โกเมะหะวงส์. (2544). ผลการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้คู่มือพัฒนาการแม่ลูกผูกพันที่มีต่อความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการบุตร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นฤมล ชีระรังสิกุล. (2545). การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: พีเพรส.
- นฤมล วิบุโร, ทัศนีย์ ประสบกิตติคุณ, ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, และ กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์. (2550). ปัจจัยการทำนายการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดาในการดูแลทารก. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 25(2), 47-59.
- นิศากร โพธิมาศ, หรรษา เศรษฐบุปผา, และ ชาลินี สุวรรณยศ. (2551). ผลของตัวแบบสัญลักษณ์และตัวแบบจริงต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กวัยรุ่นในจังหวัดเพชรบูรณ์. *พยาบาลสาร*, 35(2), 71-80.
- เนาวนิจ พึ่งจันทร์เดช. (2546). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความสามารถของมารดาในการดูแลทารก การเจริญเติบโต พัฒนาการ และพื้นฐานทางอารมณ์ของทารกเกิดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นัยนา วงษ์นิยม. (2544). ผลของโปรแกรมการฝึกฝนมารดาต่อความพร้อมของมารดาในการเลี้ยงดูทารกภาวะสุขภาพและพฤติกรรมของทารกคลอดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปานบดี เอกะจัมปะกะ และ นิธิศ วัฒนมะโน. (2550). สถานะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของคนไทย. ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ), *การสาธารณสุขไทย 2548-2550*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. ใน http://www.moph.go.th/ops/health_50
- พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา และ ศิริวรรณ ดันเลิศ. (2544). การพยาบาลทารกแรกเกิด. ใน พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา (บรรณาธิการ), *การพยาบาลเด็กเล่ม 1* (หน้า 163-235). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยุทธรินทร์ การพิมพ์ จำกัด.

- พรพรรณ คีลาวังศ์. (2544). โปรแกรมการเลี้ยงดูทารกสำหรับมารดาหลังคลอดก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลมารชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- แพรวดาว พันธุ์รัตน์. (2554). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้และการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัชรี วรจิพูนผล, เนตรทอง ทะยา, นวพรรณ ปะปานา, และ นวลอนงค์ ครุฑพันธ์. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนต่อความรู้และการปฏิบัติของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด. *พยาบาลสาร*, 31(3), 58-69.
- ปัญญา พันธุ์บุรณะ และ จันทนา พันธุ์บุรณะ. (2549). การคลอดก่อนกำหนดและการดูแลทารกแรกเกิดในเวชปฏิบัติ. (หน้า 81-83). กรุงเทพฯ: บริษัท ไซน์เอท จำกัด.
- ยุวดี พงษ์สาระนันท์กุล. (2550). การเจริญเติบโต. ใน บัญจรงค์ สุขเจริญ, วิไล เลิศธรรมเทวี และ ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์ (บรรณาธิการ), *ตำราการพยาบาลเด็ก* (หน้า 1-9). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟรี-วัน.
- ลักขณา ยอดกลกิจ, กาญจนา ศิริเจริญวงศ์, และ พรเพ็ญ แสงทองศรี. (2543). ผลของการสอนโดยใช้โปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมของมารดาในการเลี้ยงดูทารกน้ำหนักน้อย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 15(2), 81-94.
- วิไล เลิศธรรมเทวี. (2550). การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนด. ใน บัญจรงค์ สุขเจริญ, วิไล เลิศธรรมเทวี และ ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์ (บรรณาธิการ), *ตำราการพยาบาลเด็ก* (หน้า 266-290). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟรี-วัน.
- สมทรง คำฝ่าย. (2541). ผลการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดและพฤติกรรมการดูแลทารก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุกัญญา ทักขพันธ์. (2545). การตรวจร่างกายทารกแรกเกิด. ใน สุกัญญา ทักขพันธ์ (บรรณาธิการ), *คู่มือทารกแรกเกิด* (หน้า 1-7). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ คลังนานาวิทยา.
- สุกัญญา ทักขพันธ์. (2545). ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย. ใน สุกัญญา ทักขพันธ์ (บรรณาธิการ), *คู่มือทารกแรกเกิด* (หน้า 35-50). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ คลังนานาวิทยา.
- สุปรียา ดันสกุล. (2546). ทฤษฎีปัญญาสังคม. ใน *ทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์ใช้ในงานสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์* (หน้า 45-77). กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์การพิมพ์.

- สุภาวดี นาคสุขุม. (2544). *ความรู้และความมั่นใจในการดูแลบุตรของมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนดที่ได้รับการเตรียมความพร้อมและไม่ได้รับการเตรียมความพร้อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุหรี หน่งอาหลี. (2547). *ผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งแรก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สังจวรรณ พวงศรีเคน. (2550). *ผลของการเตรียมความพร้อมของมารดาต่อความวิตกกังวลจากการพรางจาก การแสดงบทบาทการเป็นมารดาและการปรับตัวทางสรีรวิทยาของทารกคลอดก่อนกำหนด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรยา เอี่ยมชื่น. (2544). สมานธิ. ใน *บำบัดโรคด้วยแพทย์ทางเลือก* (หน้า 350-351). กรุงเทพฯ: บริษัทรีดเดอร์สไดเจสท์ (ประเทศไทย) จำกัด.
- อัญญา ตั้งสถาพรพงษ์. (2552). *Update immunization 2009*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ครั้งที่ 19 เรื่อง วิทยาการก้าวหน้าทางการพยาบาลเด็ก (Update in Pediatric Nursing), กรุงเทพมหานคร.
- อุทัยวรรณ สกลสันต์. (2550). *ความรู้ สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดของผู้ดูแลหลัก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุษา สุขาพันธ์. (2544). *สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส พฤติกรรมทารก และความเครียดในบทบาทของมารดาที่มีบุตรคนแรก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อำไพพร ก่อตระกูล. (2548). *ความเครียด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและกลวิธีเผชิญความเครียดของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Amankwaa, L. C., Pickler, R. H., & Boonmee, J. (2007). Maternal responsiveness in mothers of preterm infants. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 7(1), 25-30.
- American Academy of Pediatrics. (2005b). Policy statement: Breastfeeding and use of human milk: Section on breastfeeding. *Pediatrics*, 115, 496-506.
- Ardura, J., Andress, J., Aldana, J., & Revilla, M. A. (1995). Developmental of sleep-wakefulness rhythm in premature babies. *Acta Paediatrica*, 84, 484-489.

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and company.
- Blackburn, S. T. (2007). Overview of fetal development. In C. Jackson (Eds.), *Maternal, fetal, & neonatal physiology: A clinical perspective* (3rd ed., pp. 86-87). St. Louis, MO: Saunders/Elsevier.
- Blackman, J. A., & Boyle, R. J. (2005). Prematurity: Primary care follow-up. In S. Parker, B. Zuckerman, & M. Augustyn (Eds.), *Developmental and behavioral pediatrics: A handbooks for primary care* (2nd ed., pp. 271-274). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Brandon, D. H., Tully, K. P., Silva, S. G., Malcom, W. F., Murtha, A. P., Turner, B. S., et al. (2011). Emotional responses of mothers of late-preterm and term infants. *Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing*, 40, 719-731.
- Brown, N. C., Doyle, L. W., Bear, M. J., & Inder, T. E. (2006). Alterations in neurobehavior at term reflect differing perinatal exposures in very preterm infants. *Journal of the American Academy of Pediatric*, 118(6), 2461-2471.
- Brozanski, B. S. & Bogen, D. L. (2007). Neonatology. In B. J. Zitelli, & H. W. Davis (Eds.), *Atlas of pediatric physical diagnosis* (5th ed., pp. 33-63). Philadelphia: Mosby Elsevier.
- Cameron, E. C., & Maehle, V. (2006). Comparison of active motor items in infants born preterm and infants born full term. *Pediatric Physical Therapy*, 18, 197-203.
- Charastong, C. (2001). *A study of sleep pattern in preterm infants*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Thailand.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Diaz-Gomez, N. M., Domenech, E., & Barroso, F. (1997). Breast-feeding and growth factors in preterm newborn infants. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 24(3), 322-327.
- Drewett, R., Blair, P., Emmett, P., Emond, A., & The ALSPAC Study Team. (2004). Failure to thrive in the term and preterm infants of mothers depressed in the postnatal period: A population-based birth cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 359-366.

- Ehrenkranz, R. A., Dusick, A. M., Vohr, B. R., Wright, L. L., Wragg, L. A., Poole, W. K., et al. (2006). Growth in the neonatal intensive care unit influences neurodevelopmental and growth outcomes of extremely low birth weight infants. *Pediatrics*, 117(4), 1253-1261.
- Elder, D., Hagan, R., Evans, S., Benninger, H., & French, N. (1999). Hospital admissions in the first year of life in very preterm infants. *Journal of Paediatric and Child Health*, 35, 145-150.
- Fanaro, S., Borsari, G., & Vigi, V. (2007). Complementary feeding practices in preterm infants: An observational study in a cohort of Italian infant. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 45(3), s210-s214.
- Field, D. J., Dorling, J. S., Manktelow B. N. & Draper, E. S. (2005). Survival of extremely premature babies in a geographically defined population: Prospective cohort study of 1994-9 compared with 2000-5. *British Medical Journal*, 336, 1-5.
- Fifer, W. P., Monk, C. E. & Grose-Fifer, J. (2004). Prenatal development and risk. In G. Bremner, & A. Fogel (Eds.), *Blackwell handbook of infant development* (pp. 505-542). MA: Blackwell Publishing.
- Froman, R. D., & Owen, S. V. (1990). Mothers' and nurses' perceptions of infant care skills. *Research in Nursing and Health*, 13, 247-253.
- Gardner, M. R., & Deatrick, J. A. (2006). Understanding interventions and outcomes in mothers of infants. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29, 25-44.
- Glass, G. V. (1976). Primary, secondary and meta-analysis of research. *Educational Researcher*, 5, 3-8.
- Goldson, E., Gardner, S. L. (2008). Developmental-behavioral aspects of chronic conditions. In M. L. Wolraich, D. D. Drotar, P. H. Dworkin, & E. C. Perrin (Eds.), *Developmental-behavioral pediatrics: Evidence and practice* (pp.301-311). Philadelphia: Mosby Elsevier.
- Holditch-Davis, D., Bartlett, T. R., & Belyea, M. (2000). Developmental problems and interactions between mothers and prematurely born children. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(3), 157-167.

- Holditch-Davis, D., & Miles, M. S. (2000). Mothers' stories about their experiences in the neonatal intensive care unit. *Neonatal Network*, 19(3), 13-21.
- Holditch-Davis D., Scher, M., Schwartz, T., & Hudson-Barr, D. (2004). Sleeping and waking state development in preterm infants. *Early Human Development*, 80(1), 43-64.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Hubbard, E. T., Stellwagen, L. S., & Wolf, A. (2007). The late preterm infant: A little babies with big needs. *Contemporary Pediatrics*, 24(11), 51-58.
- Hughes, M. B., Shults, J., Mcgrath, J., & Medoff-Cooper, B. (2002). Temperament characteristics of premature infants in the first year of life. *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics*, 23(6), 430-435.
- Jackson, K., Ternestedt, B -M., & Schollin, J. (2003). From alienation to family: Experiences of mothers and fathers of preterm infant. *Journal of Advanced nursing*, 43(2), 120-129.
- Kelly, M. M. (2006). The basics of prematurity. *Journal of Pediatric Health Care*, 20(4), 238-244.
- Leifer, G. (2005). The newborn at risk: Conditions associated with gestational age and development. In *Maternity nursing: An introductory text* (9th ed., pp 254-268.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Miles, M. S., Holditch-Davis, D., Schwartz, T. A., & Scher, M. (2007). Depressive symptoms in mothers of prematurely born infants. *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics*, 28(1), 36-44.
- Murray, S. S., McKinney, E. S., & Gorrie, T. M. (2002). High-risk newborn: Complications associated with gestational age and development. In *Foundations of Maternal-newborn nursing* (3rd ed., pp. 802-839). Philadelphia: Saunders.
- Niklasson, A., Engstrom, E., Hard, A.-L., Wikland, K. A., & Hellstrom, A. (2003). Growth in very preterm children: *A longitudinal study*. *Pediatric Research*, 54(6), 899-905.
- Olshtain-Mann, O., & Auslander, G. K. (2008). Parents of preterm infants two months after discharge from the hospital: Are they still at (parental) risk. *Health and Social Work*, 33(4), 299-308.
- Pilliteri, A. (2003). Nursing care of the high-risk newborn and family. In *Maternal and child health nursing: Care of childbearing & childbearing family* (4th ed., pp 717-766). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Prasopkittikun, T., Tilokskulchai, F., Sinsuksai, N., & Sitthimangkol, Y. (2006). Self-efficacy in infant care: *Development and psychometric testing. Nursing and Health Sciences*, 8, 44-50.
- Pridham, K. F., Schroeder, M., & Brown, R. (1999). The adaptiveness of mothers' working models of caregiving through the first year: Infant and mother contributions. *Research in Nursing & Health*, 22, 471-485.
- Ricci, S. S. (2007). The newborn at risk. In *Essentials of maternity: Newborn and women's health nursing* (pp. 637-716). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Roggero, P., Gianni, M. L., Amato, O., Agosti, M., Fumagalli, M., & Mosca, F. (2007). Measuring the body composition of preterm and term neonates: From research to clinical applications. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 45(3), s159-s162.
- Roggero, P., Gianni, M. L., Amato, O., Orsi, A., Piemontese, P., Cosma, B., Morlacchi, L., et al. (2008). Postnatal growth failure in preterm infants: Recovery of growth and body composition after term. *Early Human Development*, 84, 555-559.
- Rugolo, L. M. (2005). Growth and developmental outcomes of the extremely preterm infant. *Journal of Pediatric (Rio J)*, 81(1), s101-s110.
- Rustina, Y. (2007). *Educational program for enhancing parental competency and outcomes of preterm infants*. Unpublished doctoral dissertation, Chiang Mai University, Thailand.
- Salerni, N., Suttora, C., & D'Odorico, L. (2007). A comparison of characteristics of early communication exchanges in mother-preterm and mother-full-term infant dyads. *First Language*, 27(4), 329-346.
- Sameroff, A. J., & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F. Horowitz (Ed.), *Review of child development research* (vol. 4, pp. 187-244). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Scher, M. S., Johnson, M. W., & Holditch-Davis, D. (2005). Cyclicity of neonatal sleep behaviors at 25 to 30 weeks' postconceptional age. *Pediatric Research*, 57(6), 879-882.
- Seashore, M. J., Leifer, A. D., Barnett, C. R., & Leiderman, P. H. (1973). The effects of denial of early mother-infant interaction on maternal self-confidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 26(3), 369-378.

- Simson, C., Schanler, R. J., & Lau, C. (2002). Early introduction of oral feeding in preterm infants. *Pediatrics*, 110(3), 517-522.
- Spittle, A. J., Orton, J., Doyle, L. W., & Boyd, R. (2008). Early developmental intervention programs post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairments in preterm infants (Review). *Evidence-based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 1(3), 145-206.
- Stoll, B. J., & Adams-Chapman, I. (2007). The high risk infant. In R. M. Kliegman, R. E. Behrman, H. B. Jenson, & B. F. Stanton (Eds.), *Nelson Textbook of Pediatrics* (18th ed., pp. 709). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Svenningsen, N. W. (1982). Growth in relationship to protein intake of low birth weight infants. *Early Human Development*, 6, 47-58.
- Teti, D. M., & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The meditational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62, 918-929.
- Thomas, K. A. (2000). Differential of breast-and formula-feeding on preterm infants' sleep-wake patterns. *Journal of Obstetric Gynecology & Neonatal Nursing*, 29(2), 145-152.
- Thomas, R., Harvey, D. (2005). Low birth weight infants. In *Paediatrics and neonatology in focus* (pp. 38-39). Churchill Livingstone: Elsevier.
- Van Haastert, I.C., De Vries, L.S., Helders, P. J. M. & Jongmans, M. J. (2006). Early gross motor development of preterm infants according to the alberta infant motor scale. *Journal of Pediatric*, 149, 617-622.
- Worchel, F. F., & Allen, M. (1997). Mothers' ability to discriminate cry types in low-birth weight premature and full-term infants. *Children's health care*, 26(3), 183-195.
- World Health Organization. (2009). Child health and development: Annual number of deaths by cause for neonates in South East Asia Region-estimates for 2000-2003. *World Health Report 2005*. Retrieve September 18, 2008, from <http://www.searo.who.int/en/Section13/Section37/Section2028.htm>



ภาคผนวก ก
คู่มือการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด



ภาวคผนวก ข

ดันฉบับบทสนทนาสำหรับวีดิทัศน์

เรื่อง “คุณแม่มือใหม่ หัวใจเกินร้อย”

วัตถุประสงค์ เพื่อให้มารดาเรียนรู้จากดันแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาความเชื่อว่า ตนเองมีความสามารถในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดได้ประสบความสำเร็จไม่ต่างจากมารดาดันแบบ

เวลาที่ใช้ ประมาณ 10 นาที

ลำดับ ภาพ	ภาพ	บทสัมภาษณ์/เสียง	ข้อความ
1-3	บุตรของมารดา ดันแบบตอนแรก เกิด (ภาพนิ่ง)	ดนตรีบรรเลง	น้องช้าง ลืมตา ดูโลก 22 มี.ค. 2549
4	มารดาดันแบบ และบุตร ตอน แรกเกิด (ภาพนิ่ง)	ดนตรีบรรเลง	คุณพิม แม่ของ น้องช้าง อาชีพ พนักงานบริษัท
...	...	...	...
...	...	...	...
32	มารดาดันแบบ และสามีกำลัง เล่นกับน้องช้าง (ภาพเคลื่อนไหว)	เสียงหัวเราะ และดนตรีบรรเลง	ครอบครัวสุข สันต์ด้วย “คุณ แม่มือใหม่ หัวใจเกินร้อย”

ภาคผนวก ก
แบบบันทึกกิจกรรมที่ให้กับมารดา

ID.....

วันที่ของการ ทดลอง	กิจกรรมการทดลอง	หมายเหตุ
0	Pre-test	
1 (20 นาที)	ชมวิดีโอทัศน์ นำอภิปราย เพื่อชักนำให้มารดามีความมั่นใจ	
2 (40 นาที)	พูดคุย/ฝึกเทคนิคการหายใจ มอบคู่มือและสมุดบันทึกสุขภาพ สอนเรื่อง 1) ลักษณะทารก 2) พฤติกรรม 3) การเจริญเติบโต/ พัฒนาการ 4) การจัดสภาพแวดล้อม 5) ตรวจ สุขภาพ/รับวัคซีน 6) อาการผิดปกติ 7) อุบัติเหตุ ให้กำลังใจ	
3 (50 นาที)	พูดคุย/ฝึกเทคนิคการหายใจ สอนเรื่อง นมแม่และอาหารเหมาะสมตามวัย สาธิต การอุ้ม การไล่ลม การอาบน้ำ การสระผม การทำความสะอาดภายในช่องปาก การให้ยา การใช้ลูกสุบยางแดง การใช้ปรอท การเช็ดตัวลดไข้ การสังเกตลักษณะการหายใจ การสังเกตลักษณะอุจจาระ อาการท้องอืด ลักษณะการอาเจียนและการแหวนนม ให้กำลังใจ	

วันทึ่ของการ ทดลอง	กิจกรรมการทดลอง	หมาย เหตุ
4 (40 นาที)	พูคคย/ฝึกเทคนิคการหายใจ สอน เรื่องการสร้างปฏิสัมพันธ์กับทารก สาธิต การสบตา การพูคคย การร้องเพลง การโอบกอด การสังเกตสัญญาณทารก ให้กำล้งใจ	
5-6-7	ให้มารดาดูแลทารก และฝึกทักษะต่างๆด้วยตนเอง ให้กำล้งใจ	
8	Post-test	

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารก

วันที่.....

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา

1. อายุ.....
2. สัญชาติ.....
3. การศึกษา.....
4. อาชีพ.....
5. รายได้ครอบครัว.....
6. สถานภาพสมรส.....
7. ประสบการณ์ในการดูแลทารก

☐ ไม่มี

☐ มี ได้แก่.....

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของทารก

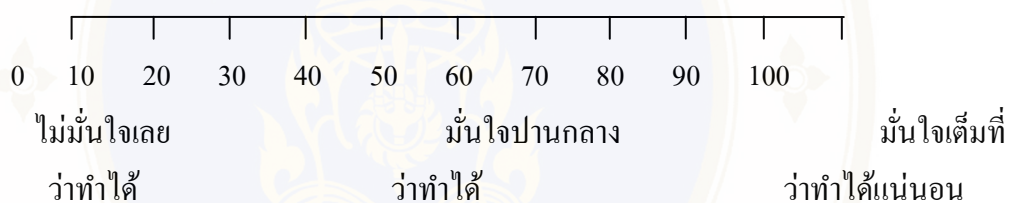
1. อายุปัจจุบัน (นับถึงวันที่เก็บข้อมูล)
2. น้ำหนักปัจจุบัน.....
3. วิธีการคลอด.....
4. อายุครรภ์ (Ballard score).....
5. น้ำหนักแรกเกิด.....
6. วันที่ที่เข้ารับการรักษา.....
7. วินิจฉัยโรค.....
8. วันที่วางแผนจำหน่าย.....

2. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับการรับรู้ความมั่นใจของท่านในการเลี้ยงดูบุตรเกิดก่อนกำหนด ขอให้ท่านอ่านข้อความดังกล่าวแล้วพิจารณาว่าท่านมีความมั่นใจกี่เปอร์เซ็นต์ว่าท่านสามารถให้การเลี้ยงดูบุตรของท่านตามข้อความนั้น

ถึงแม้ว่าท่านยังไม่มีประสบการณ์ตามข้อความนั้นๆเลย ก็ขอให้ท่านพิจารณาว่าถ้ามีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้น ท่านมั่นใจกี่เปอร์เซ็นต์ว่าท่านจะสามารถให้การดูแลทารกได้ตามข้อความนั้น

วิธีการตอบ จากมาตรวัดข้างล่าง ให้ท่านพิจารณาระดับความมั่นใจของท่าน โดยให้ท่านเขียนตัวเลขที่แสดงถึงระดับความมั่นใจของท่านลงในช่องสี่เหลี่ยมทางขวามือ



ตัวอย่าง

ก. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถปลอบโยนให้ลูกหยุดร้องไห้ได้ภายในเวลาอันสั้น

จากคำตอบในตัวอย่างแสดงว่า คุณแม่ท่านนี้มีความมั่นใจ 30 เปอร์เซ็นต์ที่จะปลอบโยนให้ลูกหยุดร้องไห้ได้ภายในเวลาอันสั้น

เมื่อท่านเข้าใจวิธีการและพร้อมที่จะตอบคำถามแล้ว โปรดตอบข้อความต่อไปนี้

ข้อความ	เปอร์เซ็นต์ความ มั่นใจ
1. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถบอกได้ว่าลูกควรมีความสามารถที่จะทำอะไรได้บ้างในวัยนี้	
....	
40. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถเสาะหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการเลี้ยงดูจากแหล่งต่างๆ ได้	

ภาคผนวก จ

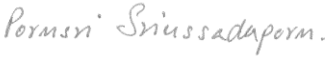
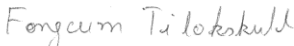
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจความตรงตามเนื้อหา

1. นายแพทย์พนต์ บุญญฤทธิพงษ์
นายแพทย์ระดับ 9 วช.
หัวหน้าภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ยุวดี พงษ์สำระนันท์กุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ระดับ 8
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ดร. วัชรภรณ์ เชื้อวัฒนา
อาจารย์ระดับ 7
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

ภาคผนวก จ

การรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของ
มหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C สายพยาบาลศาสตร์

ครั้งที่ 1

	
COA.No.MU-IRB/C 2009/ 20.0912	
Documentary Proof of Mahidol University Institutional Review Board Panel C (Nursing)	
Title of Project:	EFFECT OF SELF-EFFICACY ENHANCEMENT PROGRAM ON FIRST-TIME MOTHERS' SELF-EFFICACY IN CARE FOR PREMATURE INFANTS
Project Number:	MU-IRB/C 2009/ 32.0610
Principle Investigator:	Miss Bharida Tantragool
Name of Institution:	Faculty of Nursing Mahidol University
Approval includes	1) MU-IRB/C Submission form version 18 November 2009 2) Participant Information sheet version 30 November 2009 3) Consent form version 30 November 2009 4) Questionnaire version 30 November 2009
Mahidol University Institutional Review Board Panel C (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:	09 December 2009
Date of Expiration:	09 December 2010
Signature of Chair:	 (Associate Professor Pornsri Sriussadaporn) Chair
Signature of Dean, Faculty of Nursing	 (Associate Professor Dr. Fongcum Tilokskulchai) Dean, Faculty of Nursing
Office of Institutional Review Board panel C (Nursing) Room 502 Faculty of Nursing, 2 Phrannok Road, Bangkok 10700, THAILAND Tel: (662)-419-7466-80 Ext. 1500, 1503	

ครั้งที่ 2



COA.No.MU-IRB/C 2009/ 20.0912 (Renewal)

Documentary Proof of Mahidol University Institutional Review Board Panel C (Nursing)

Title of Project: EFFECT OF SELF-EFFICACY ENHANCEMENT PROGRAM ON FIRST-TIME MOTHERS' SELF-EFFICACY IN CARE FOR PREMATURE INFANTS

Project Number: MU-IRB/C 2009/ 32.0610

Principle Investigator: Miss Bharida Tantragool

Name of Institution: Faculty of Nursing Mahidol University

Approval includes

- 1) MU-IRB/C Submission form version received date 18 November 2009
- 2) Participant Information sheet version 30 November 2009
- 3) Consent form version 30 November 2009
- 4) Questionnaire version received date 30 November 2009

Mahidol University Institutional Review Board Panel C (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)

Renewal date(1st): 11 November 2010

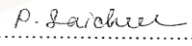
Date of Expiration: 11 November 2011

Signature of Chair: *Pornsri Sriussadaporn.*
(Associate Professor Pornsri Sriussadaporn)
Chair

Signature of Dean, Faculty of Nursing *Fongcum Tilokakul*
(Associate Professor Dr. Fongcum Tilokskulchai)
Dean, Faculty of Nursing

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

ภาคผนวก ข
การรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคน
ของกรุงเทพมหานคร

	
Ethics Committee For Researches Involving Human Subjects, the Bangkok Metropolitan Administration	
No. <u>พ. 15</u>	
Title of Project	: Result of Self-Efficacy Enhancement Program on First-Time Mothers' Self-Efficacy in Care for Premature Infants
Registered Number	: 048.53
Principal Investigator	: Miss Bharida Tantragool
Name of Institution	: Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital
The aforementioned project has been reviewed and approved by Ethics Committee for Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.	
 Chairman (Mr. Pirapong Saicheua) Deputy Permanent Secretary for BMA	
DATE OF APPROVAL <u>30 APR 2010</u>	

ภาคผนวก ข

การเปรียบเทียบข้อมูลลักษณะทางประชากรระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ตารางที่ ข.1 เปรียบเทียบลักษณะทางประชากรของมารดาในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ลักษณะมารดา	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		χ^2	t
	n (%)	$\bar{X} \pm SD$	n (%)	$\bar{X} \pm SD$		
อายุ (ปี)		25.75 $\pm$ 7.247		26.10 $\pm$ 7.093		-.154 ^{ns}
การศึกษา (ปี)		12.45 $\pm$ 3.804		11.80 $\pm$ 2.984		.601 ^{ns}
อาชีพ					.479 ^{ns}	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4 (20%)		7 (35%)			
ประกอบอาชีพ	16 (80%)		13 (65%)			
รายได้ครอบครัว		15075		17720		-.484 ^{ns}
		± 11587.510		± 21501.275		
ประสบการณ์ในการดูแลทารก					.112 ^{ns}	
ไม่มี	14 (70%)		8 (40%)			
มี	6 (30%)		12 (60%)			
ความมั่นใจว่าตนเองสามารถเป็นแม่ที่ดี (ร้อยละของความมั่นใจ)		90.50		87.50		.621 ^{ns}
		± 12.763		± 17.434		
ความมั่นใจว่าตนเองสามารถหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลบุตร (ร้อยละของความมั่นใจ)		87		82.50		.837 ^{ns}
		± 16.890		± 17.130		

^{ns} not statistically significant (p > .05)

ตารางที่ ข.2 เปรียบเทียบลักษณะทางประชากรของทารกกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ลักษณะทารก	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		χ^2	t
	n (%)	$\bar{X} \pm SD$	n (%)	$\bar{X} \pm SD$		
อายุปัจจุบัน (วัน)		16.30 ± 16.377		15.85 ± 14.232		.093 ^{ns}
วิธีการเกิด					1.000 ^{ns}	
ปกติ	12 (60%)		13 (65%)			
ผ่าตัดออกหน้าท้อง	8 (40%)		7 (35%)			
อายุครรภ์		33.05 ± 2.259		32.60 ± 2.521		.594 ^{ns}
น้ำหนักแรกเกิด		1755 ± 487.780		1690 ± 426.976		.443 ^{ns}
การวินิจฉัยโรค					.500 ^{ns}	
preterm	5 (25%)		8 (40%)			
Preterm with other Complication	15 (75%)		12 (60%)			

^{ns} not statistically significant (p > .05)

ภาคผนวก ณ
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม
(ANCOVA)

1. กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มได้มาจากการสุ่มประชากรที่มีการแจกแจงปกติ คือ คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรตามที่ศึกษาต้องมีการกระจายแบบโค้งปกติ ซึ่งทำการตรวจสอบโดยใช้สถิติ Kolmogorov-smirnov test ผลพบว่า การกระจายข้อมูลเป็น โค้งปกติทั้งก่อนการทดลอง ($p > .05$) และหลังการทดลอง ($p > .05$) ดูตารางที่ ณ.1

ตารางที่ ณ.1 การทดสอบการกระจายแบบโค้งปกติของตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษา	Kolmogorov-Smirnov		
	Statistic	df	Sig.
คะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองก่อนการทดลอง	.124	40	.121
คะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองหลังการทดลอง	.123	40	.129

2. ความแปรปรวนของประชากรในแต่ละกลุ่มต้องไม่แตกต่างกัน (equal variance) หรือ ความแปรปรวนเป็นเอกพันธ์ (homogeneity of variance) ทดสอบโดยใช้ Levene's Test พบว่าความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองหลังการทดลองของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดูตารางที่ ณ.2

ตารางที่ ณ.2 การทดสอบความแปรปรวนของตัวแปรภายในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ตัวแปรตาม	F	df1	df2	Sig.
การรับรู้สมรรถนะของตนเองหลังการทดลอง	.000	1	38	.988

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรร่วมและตัวแปรตามต้องมีความสัมพันธ์เหมือนกันทุกกลุ่มที่ศึกษา (homogeneity of regression) จากการทดสอบพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง มีความสัมพันธ์ไม่แตกต่างกันทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดูตารางที่ ฅ.3

สรุปได้ว่า ข้อมูลผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ANCOVA จึงใช้สถิตินี้ในการทดสอบสมมติฐาน

ตารางที่ ฅ.3 การทดสอบปฏิสัมพันธ์ (interaction) ระหว่างคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองก่อนการทดลองกับกลุ่มที่ศึกษา

Sources	SS	df	MS	F	p-value
คะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองก่อนการทดลอง (Covariate)	4833.273	1	4833.273	64.996	.000
กลุ่มที่ศึกษา (Independent variable)	321.410	1	321.410	4.322	.045
กลุ่มที่ศึกษา*คะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองก่อนการทดลอง	141.411	1	141.411	1.902	.176
Error	2677.046	36	74.362		
Corrected Total	7678.516	39			

a. alpha = .05

b. R Squared = .651 (Adjusted R Square = .622)

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล	นางสาวภาวิดา ตันตระกูล
วัน เดือน ปีเกิด	28 กรกฎาคม 2516
สถานที่เกิด	จังหวัดนครปฐม ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ กรุงเทพฯ, 2535- 2538: พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550-2555: พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลเด็ก)
ที่อยู่ปัจจุบัน	81/87 หมู่บ้านชวนชื่นโมดัสจรัญ-ปิ่นเกล้า หมู่ 3 ถนนบางกรวย-ไทรน้อย ตำบลวัดชลอ อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130 โทรศัพท์ 08-1939-3274 E-mail: amynalak_555@hotmail.com
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หออภิบาลกุมารเวชกรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2538- ปัจจุบัน โทรศัพท์ 0-2244-3176-7