

อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต
ตามการรับรู้ของมารดาและของพยาบาล

กำไลย ศรีวิชา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2557

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต
ตามการรับรู้ของมารดาและของพยาบาล

ศศิลา ๘๕๖๖

นางสาวกมล ตรีวิชา
ผู้วิจัย

๐๙/๐๕/๖๖

อาจารย์พรพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม,
ปร.ด. (การพยาบาล)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

๐๙/๐๕/๖๖

รองศาสตราจารย์ทัศนีย์ ประสพกิตติคุณ,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

๐๙/๐๕/๖๖

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

๐๙/๐๕/๖๖

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันดา เสนะสุทธิพันธุ์,
Ph.D. (Nursing)
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต
ตามการรับรู้ของมารดาและของพยาบาล

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)

วันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2557

กัญญา ทรัพย์

นางสาวกัญญา ศรีวิชา

ผู้วิจัย

.....

รองศาสตราจารย์ฉัตรนัย ภาณุรูป,

ปช.ด. (ประชากรศาสตร์)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์ทักษิณี ประสพกิตติคุณ,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันิดา เสนะสุทธิพันธุ์

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

อาจารย์พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม,

ปร.ด. (การพยาบาล)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความเอาใจใส่อย่างดียิ่งจาก อาจารย์ ดร. พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่ได้กรุณาให้ความรู้ให้คำปรึกษาและตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ในรายละเอียดทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง อีกทั้งขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ทศนี ประสมกิตติคุณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ที่ให้ความกรุณาเอื้อเฟื้อ ให้คำแนะนำและให้ข้อคิดเห็นต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ และให้กำลังใจที่ดีกับผู้วิจัยเสมอมา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. มณีนันท์ ภาครูป กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์นี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นอันทรงคุณค่าในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ทุกด้านให้แก่ผู้วิจัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายที่สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เป็นอย่างดีจนสำเร็จการศึกษา ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา หัวหน้าหอและเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาทุกท่าน ที่อนุญาตและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี ตลอดจนมารดาและพยาบาลทุกท่านที่ยินดีเข้าร่วมในการศึกษารั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดาและมารดา ที่คอยสนับสนุนส่งเสริมและเป็นกำลังใจที่ดีให้กับผู้วิจัยเสมอมา รวมถึงสมาชิกในครอบครัวทุก ๆ ท่าน ที่คอยให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์นี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี และเพื่อน ๆ ร่วมรุ่นรหัส 53 ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา

กำไลย ศรีวิหา

อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตตามการรับรู้ของมารดาและของพยาบาล

BARRIERS TO MATERNAL PARTICIPATION IN CARE OF CRITICALLY ILL NEONATES
PERCEIVED BY MOTHERS AND NURSES

กำไล ศรีวิชา 5337259 NSPN/M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

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

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงเปรียบเทียบ (descriptive comparative study design) เพื่อศึกษาความแตกต่างในการรับรู้ระหว่างมารดาและพยาบาลต่ออุปสรรคในการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของทารกที่มีภาวะวิกฤต จำนวน 64 ราย และพยาบาลที่มีหน้าที่ดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤต จำนวน 55 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดา แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาล และแบบสอบถามอุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และทดสอบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตระหว่างมารดาและพยาบาลด้วยสถิติทดสอบแมนวิทนี ยู (Mann-Whitney U test)

ผลการวิจัยพบว่า มารดาและพยาบาลมีการรับรู้อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -4.285, p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของพยาบาลสูงกว่าการรับรู้ของมารดามาก แสดงว่า พยาบาลมองว่าการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกมีความเป็นไปได้น้อย

ผลการวิจัยนี้เสนอแนะว่า ความสอดคล้องของมุมมองระหว่างมารดาและพยาบาลในเรื่องการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยมีความสำคัญ ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพพยาบาลและการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรเจ็บป่วยวิกฤตจึงเป็นสิ่งจำเป็น

คำสำคัญ: อุปสรรค/ ภาวะวิกฤต/ มารดา/ ทารกแรกเกิด/ การมีส่วนร่วม

BARRIERS TO MATERNAL PARTICIPATION IN CARE OF CRITICALLY ILL NEONATES PERCEIVED BY MOTHERS AND NURSES

GAMLAI SRIVICHA 5337259 NSPN/M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

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

This study was a descriptive comparative study design aimed at determining the differences between the perceived barriers to maternal participation in the care of critically ill neonates by mothers and nurses. The sample group consisted of 64 mothers of critically ill neonates and 55 nurses on duty in the care of critically ill neonates. The research instruments used was a questionnaire which included mothers' demographic information, critically ill neonates' information, and nurses' demographic information, as well as a questions regarding the barriers to maternal participation in the care of critically ill neonates. Data were analyzed using Mann-Whitney U test.

The finding revealed that mothers and nurses had different perceived barriers to maternal participation in care of critically ill neonates at a significance level, 05 ($Z = -4.285$, $p < .001$). The average scores of the perceived barriers by nurse were much greater than the perceived barriers by mother, indicating that nurses viewed the maternal participation in the care of critically ill neonates was less possible.

The study finding suggests the congruence between nurses' and mothers' perspectives on participation in the care for sick children is essential. Hospital administrators should establish a program for nurse development and provide enhancement of needed maternal participation.

KEY WORDS: BARRIER/ CRITICALLY ILL/ MOTHERS/ NEONATES/
PARTICIPATION

125 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	8
1.3 สมมุติฐานการวิจัย	8
1.4 วัตถุประสงค์การวิจัย	8
1.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
1.6 ขอบเขตการวิจัย	12
1.7 นิยามตัวแปร	12
1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย	12
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	14
2.1 การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่เจ็บป่วย	14
2.2 ผลของการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่เจ็บป่วย	25
2.3 อุปสรรคในการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่เจ็บป่วย	30
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	39
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	39
3.2 สถานที่เก็บข้อมูล	41
3.3 เครื่องมือวิจัย	43
3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	45
3.5 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	47
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	47

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	49
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	59
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	68
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	71
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	85
รายการอ้างอิง	99
ภาคผนวก	108
ภาคผนวก ก เครื่องมือวิจัย	109
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	117
ภาคผนวก ค เอกสารแสดงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย	118
ภาคผนวก ง การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติที (<i>t</i> -test)	121
ภาคผนวก จ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	123
ประวัติผู้วิจัย	125

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
3.1	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามอุปสรรคของมารดา ในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต	45
4.1	จำนวนและร้อยละของมารดา จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=64)	50
4.2	จำนวนและร้อยละของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=64)	53
4.3	จำนวนและร้อยละของพยาบาล จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=55)	55
4.4	พิสัยคะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนเฉลี่ย มัธยฐาน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มี ภาวะวิกฤตของมารดาและของพยาบาล	57
4.5	เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนการรับรู้อุปสรรคของมารดาในการมี ส่วนร่วมดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตของมารดาและของพยาบาล	58

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การที่ทารกเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ทำให้มารดาต้องเผชิญกับสถานการณ์การดูแลและสภาพแวดล้อมที่ตึงเครียด โดยเฉพาะการให้กำเนิดทารกก่อนกำหนด มารดามักไม่ได้เตรียมตัวมาก่อนจึงเกิดความรู้สึกช็อก ผิดหวัง เศร้า และพลาดโอกาสในการที่จะรู้สึกมีความสุขเมื่อให้กำเนิดทารกที่แข็งแรง ซึ่งการปรับตัวที่จะแสดงความเป็นมารดาของทารกต้องใช้เวลาหลายวัน แม้มารดาส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วยของทารกเกิดก่อนกำหนดในขณะเดียวกันมารดาก็ต้องการที่จะได้อยู่ใกล้ชิดทารกและใช้เวลากับทารกมากที่สุด (Lindberg & Öhrling, 2008) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าสิ่งที่ทำให้บิดามารดาเกิดความเครียดมากที่สุดคือ ลักษณะและพฤติกรรมของทารก และการเปลี่ยนแปลงในบทบาทของบิดามารดา (Miles, Burchinal, Holditch-Davis, Brunssen, & Wilson, 2002; Seideman, et al., 1997) โดยความเครียดจากลักษณะและพฤติกรรมของทารก มักเกิดจากภาพของทารกที่รายรอบไปด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์มากมาย และได้รับการรักษาและการทำหัตถการที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด รวมถึงลักษณะอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ได้แก่ การหยุดหายใจเป็นพัก ๆ การสูญเสียความรู้สึกตัวหรือสภาวะการเจ็บป่วย (Franck, Cox, Allen, & Winter, 2004) ซึ่งจากสภาพเหล่านี้ทำให้มารดารู้สึกว่าไม่สามารถให้การดูแลทารกหรือให้การช่วยเหลือทารกได้เต็มที่ มารดามักรู้สึกว่าตนเองเป็นเพียงผู้ดูแลชั่วคราวในขณะที่ผู้ที่มีหน้าที่ดูแลประจำได้แก่บุคลากรในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (Gavey, 2007; Johnson, 2008b)

นอกจากนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Obeidat, Bond และ Callister (2009) พบว่ามารดาของทารกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด มักประสบกับความเครียด ความกดดัน ความวิตกกังวล และความรู้สึกไม่มีอำนาจ รู้สึกสิ้นหวัง และความรู้สึกที่ไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะยังคงอยู่เป็นเวลานานนับปี ดังการศึกษาของ Lindberg และ Öhrling (2008) ที่พบว่าแม้เวลาจะผ่านมาแล้ว 3 ปี มารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่เคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ยังสามารถจดจำเหตุการณ์และความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงที่ทารกยังอยู่ในโรงพยาบาลได้ ซึ่งความวิตกกังวลหรือความเครียดที่มี อาจส่งผลต่อการดูแลทารก เช่น ผลการศึกษาของ Zelkowitz, Papageorgiou, Bardin และ Wang

(2009) ที่ศึกษาผลของความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยขณะทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกเมื่อทารกอายุหลังเกิด (corrected age) 24 เดือน พบว่ามารดาที่มีความวิตกกังวลสูง แสดงบทบาทมารดาในการกระตุ้นหรือส่งเสริมพัฒนาการของทารกน้อยกว่ามารดาที่มีความวิตกกังวลในระดับต่ำกว่า

การเปิดโอกาสและสนับสนุนให้มารดาได้สัมผัสและเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยและมีภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด จะช่วยให้ระดับความเครียดและความวิตกกังวลของมารดาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของทารกลดลง (Heermann, Wilson, & Wilhelm, 2005) นอกจากนี้ ยังช่วยส่งเสริมการสร้างความรักความผูกพันระหว่างมารดาและทารก (Dudek-Shriber, 2004) สอดคล้องกับผลการศึกษาของทัศนีย์ ตรีสายลักษณ์ (2542) ซึ่งพบว่า การให้มารดาเข้าเยี่ยมทารกอย่างใกล้ชิด สนับสนุนให้มารดามองสบตา สัมผัสลูบไล้ร่างกาย หรือพูดคุยกับทารก ตลอดจนให้การดูแลทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ทำความสะอาดร่างกายหลังขับถ่าย เปลี่ยนผ้าอ้อม การให้นมจากขวดแก่ทารกขณะอยู่ในคู่อบ เป็นต้น ทำให้สายสัมพันธ์ระหว่างมารดาทารกมีมากขึ้น ในทำนองเดียวกัน การให้การพยาบาลแบบสนับสนุนการแสดงบทบาทมารดาขณะทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดของ Heermann และคณะ (2005) ช่วยให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกโดยปรับบทบาทจากผู้ดูแลภายนอกเข้ามาเป็นผู้ที่มีส่วนดูแลร่วมกับพยาบาล ทำให้มารดาผ่อนคลายความสนใจจากสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดมาสนใจที่ตัวทารก มีความรู้สึกเป็นเจ้าของทารกมากขึ้น และมีส่วนร่วมในการดูแลทารก เช่น การสัมผัส การกอด การอุ้ม ตลอดจนทำกิจกรรมการดูแลประจำวัน ได้แก่ การให้อาหาร การอาบน้ำ การจัดท่านอน หรือการเปลี่ยนผ้าอ้อม และการเปลี่ยนจากผู้อยู่เฉยเป็นผู้พิทักษ์สิทธิ์ ผลลัพธ์ที่ได้คือ มารดาและพยาบาลสามารถวางแผนร่วมกันในการดูแลทารกเป็นไปตามเป้าหมายที่ตรงกับความต้องการของครอบครัว นอกจากบทบาทในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดในกิจวัตรประจำวันแล้ว มารดายังมีบทบาทในการลดความเจ็บปวดในทารกแรกเกิด มีการศึกษาพบว่า การให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมดูแล ได้แก่ การให้นม การสัมผัสทารก ร่วมกับการให้ทารกได้รับน้ำหวานก่อนทำหัตถการ สามารถช่วยลดความเจ็บปวดจากการทำหัตถการได้ดีกว่าการให้น้ำหวานอย่างเดียว (Gormally, et al., 2001; Holsti, Oberlander, & Brant, 2011)

แม้การมีส่วนร่วมในการดูแลทารกที่เจ็บป่วยจะมีความสำคัญและมีการสนับสนุนให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยมากขึ้น แต่ในสถานการณ์จริงกลับพบว่าการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยยังมีน้อย ดังผลการศึกษาของจรัสศรี หินศิลป์ (2549) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูงในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และโรงพยาบาลนครพิงค์ พบว่าการมี

ส่วนร่วมในการดูแลทารกของมารดาน้อยกว่าความต้องการมีส่วนร่วมของมารดา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนิตา เป๊ะสกุล (2553) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา โดยกิจกรรมที่พยาบาลสนับสนุนให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤต คือ การปฐมนิเทศเมื่อแรกรับ การให้มารดาช่วยดูแลทำความสะอาดร่างกายทารก เปลี่ยนผ้าอ้อม การพูดคุยและสัมผัสทารก การอุ้ม และให้นมในทารกบางราย อธิบายให้มารดาจับทารกอาการและการเปลี่ยนแปลงของทารก ตลอดจนได้รับประสานงานให้คุยกับแพทย์ที่ทำการรักษา ผลการศึกษา พบว่ามารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกน้อยกว่าที่มารดาต้องการจะมีส่วนร่วมเช่นกัน นอกจากนั้น ยังพบว่ามารดาต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกมากกว่าที่พยาบาลต้องการให้มารดามีส่วนร่วมดูแลทารก ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า แม้จะมีการสนับสนุนให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิด และมารดาเองก็มีความปรารถนาที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล แต่ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของมารดาได้เท่าที่ควร

โรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมาเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ให้บริการผู้ป่วยทารกแรกเกิดเจ็บป่วยตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงทารกที่มีภาวะวิกฤต จากสถิติของโรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมาในปี พ.ศ. 2552 ถึง พ.ศ. 2554 พบว่ามีทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดเฉลี่ยปีละกว่า 1,900 ราย และมีทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดประมาณ 300 รายต่อปี โดยมีวันนอนในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดเฉลี่ย 10.9 วัน ส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และมีการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ หรือต้องอยู่ในตู้อบ (incubator) และทารกเหล่านี้มักต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์และพยาบาลอย่างใกล้ชิด เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 7-10 วัน ซึ่งมักเป็นช่วงเวลาเดียวกันกับช่วงเวลาสำคัญในการสร้างความรักความผูกพันต่อกัน (bonding) ระหว่างมารดาและทารกซึ่งเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่เริ่มมาตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์มารดาจนกระทั่งทารกคลอด และจะเกิดขึ้นทันทีที่ทารกแรกเกิดและมารดาได้แตะต้องสัมผัสกัน (Klaus & Kennell, 1982) มารดาของทารกที่เจ็บป่วยมักประสบปัญหาการแสดงความเป็นมารดาและอาจต้องใช้เวลามากขึ้น ในการทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในการดูแลทารก อันเนื่องมาจากมีความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วยของทารก การมีข้อจำกัดในการดูแลทารก การที่มารดาและทารกต้องแยกกันเป็นเวลานานและต้องแบ่งบทบาทของมารดาในการดูแลทารกให้กับพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลทารกขณะที่เจ็บป่วย (Miles & Frauman, 1993) โดยเฉพาะในทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีลักษณะอ่อนแอและอยู่รักษาในโรงพยาบาลนาน อาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก และทำให้ทารกมีโอกาสที่จะถูกทอดทิ้งหรือถูกทำร้ายเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้สูง (Spencer, Wallace, Sundrum, Bacchus, & Logan,

2006) เพื่อไม่ให้เป็นการขัดขวาง และส่งเสริมให้กระบวนการนี้ดำเนินได้ต่อเนื่อง โรงพยาบาลจึงมีนโยบายส่งเสริมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตเหล่านี้ ซึ่งในบริบทของประเทศไทยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตพบว่า มารดาจะตระหนักถึงความเจ็บป่วยที่รุนแรงและความจำเป็นที่จะต้องพึ่งพาบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลทารก และในขณะเดียวกันมารดาก็ปรารถนาให้ทารกได้รับความอบอุ่นและกำลังใจ รวมทั้งความปลอดภัย กิจกรรมการมีส่วนร่วมของมารดาจึงเป็นลักษณะของการเข้าไปช่วยเหลือพยาบาลในการดูแลทารก (ณัฐิกา ปฐมอารีย์, 2551)

การที่มารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยและมีภาวะวิกฤตน้อยกว่าที่ต้องการหรือปรารถนาจะทำนั้น อาจกล่าวได้ว่า การมีส่วนร่วมของมารดาในดูแลทารกมีอุปสรรคเกิดขึ้น ซึ่ง Griffin (1990) กล่าวถึงอุปสรรคที่ขัดขวางการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดามารดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกในหออภิบาลพิเศษทารกแรกเกิด (special care nursery) ได้แก่ 1) อุปสรรคทางกายภาพ (physical barrier) หมายความว่า ระยะห่างระหว่างมารดาและทารก ที่เกิดจากทารกได้รับการส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยหรือโรงพยาบาลอื่น การไม่มีพื้นที่กว้างพอในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด หรือไม่มีที่พักที่สะดวกสบายสำหรับบิดามารดา เป็นต้น 2) อุปสรรคที่เกิดจากอุปสรรคทางการแพทย์ (mechanical barrier) หมายความว่า อุปสรรคที่จำเป็นในการดูแลรักษาทารก ได้แก่ อุปสรรคในการให้ออกซิเจนชนิดต่าง ๆ ตู้อบเด็ก อุปกรณ์ให้สารน้ำ ที่ปิดตาเมื่อทารกได้รับการรักษาด้วยเครื่องส่องไฟ เป็นต้น 3) อุปสรรคที่เกิดจากสภาพจิตใจและอารมณ์ของบิดามารดา (psychologic or emotional barrier) หมายความว่า ความรู้สึกไม่เป็นส่วนตัว ความรู้สึกไร้อำนาจ และรู้สึกผิด ความกลัวในการที่จะสร้างสัมพันธภาพกับทารกที่อาจเสียชีวิต และ 4) อุปสรรคที่เกิดจากพยาบาล (nurse barrier) ซึ่งหมายความว่ารวมถึงกฎระเบียบหรือขั้นตอนต่างๆ ในการเข้ามาดูแลทารก รูปแบบการดูแล เจ้าหน้าที่ที่ไม่เพียงพอ การทำหัตถการต่าง ๆ สภาพแวดล้อมที่ไม่อำนวยความสะดวกต่อการทำงานของพยาบาล สภาพอารมณ์หรือการให้คุณค่าของบิดามารดาในการเข้ามาดูแลทารก ตลอดจนลักษณะสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลกับทารก

นอกจากอุปสรรคดังที่กล่าวมาแล้ว ยังมีอุปสรรคที่เกิดจากสภาพเศรษฐกิจและสังคม เช่น ความเครียดที่เกิดจากสภาพทางการเงิน เนื่องจากการมีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง หรือการต้องพึ่งค่าใช้จ่ายจากคนอื่น ๆ ในครอบครัว (Bialoskurski, Cox, & Hayes, 1999; Gale & Franck, 1998) ในขณะที่มารดาบางรายต้องกลับไปทำงาน ทำให้ไม่สามารถมาเยี่ยมทารกได้บ่อย (Miles, 2003) และบางแห่งยังมีอุปสรรคที่เกิดจากวัฒนธรรมประเพณีหรือความเชื่อ เช่น ความเชื่อทางด้านสุขภาพของชาวจีนที่เรียกว่า “Zue Yue Zi” ที่กำหนดให้หญิงหลังคลอดในช่วงเดือนแรกต้องนอนพักอยู่บนเตียงเพื่อให้หลังตรง ทำให้ไม่สามารถไปเยี่ยมทารกที่ป่วยได้ตามที่ต้องการ (Lee, et al., 2009) การ

เข้ามามีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตจะมีมากหรือน้อย อาจขึ้นอยู่กับความรู้ อุปสรรคของมารดา หากมารดารับรู้ว่ามีอุปสรรคมาก อาจทำให้การเข้ามามีส่วนร่วมน้อยลงหรือ อาจไม่เข้ามามีส่วนร่วมเลย เพราะการรับรู้อุปสรรคเป็นการรับรู้เกี่ยวกับความไม่มีประโยชน์ ความ ไม่สะดวก ความสิ้นเปลือง ความยาก หรือการเสียเวลา (Pender, Murdaugh, & Parson, 2011) ใน ขณะเดียวกันพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทในการส่งเสริมและสนับสนุนให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วม ในการดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤต ต้องรับรู้ว่าจะอะไรเป็นอุปสรรคในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ทารกของมารดา แต่ถ้าหากการรับรู้อุปสรรคในการเข้ามามีส่วนร่วมของมารดาและพยาบาลตรงกัน อาจจะไม่สามารถกำจัดหรือแก้ไขปัญหาที่เป็นอุปสรรคแท้จริงในการส่งเสริมให้มารดาเข้ามามีส่วน ร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดได้

อุปสรรคของการเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกของบิดามารดาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรก เกิดในมุมมองของบิดามารดาพบได้จากการศึกษาของ Dobbins, Bohlig และ Suphen (1994) ที่ศึกษา ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าอุปสรรคที่ทำให้บิดามารดามาเยี่ยมทารกได้น้อยลง มีความสัมพันธ์ กับระยะทางที่ห่างไกลและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของทารกที่นานหลายวัน และสิ่งที่บิดา มารดามองว่าเป็นอุปสรรคต่อการมาเยี่ยมและดูแลทารก ได้แก่ สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย เช่น พื้นที่ ระหว่างเตียงกับแคบ มีอุปกรณ์ทางการแพทย์รอบเตียงทารกมาก ทำให้ไม่มีที่ว่างระหว่างเตียงมาก พอสำหรับมารดาโดยเฉพาะในช่วงที่พยาบาลเข้ามาให้การดูแลทารก เสียงสัญญาณเตือนต่าง ๆ ที่ เกิดขึ้น เสียงรบกวนข้างหรือแสงไฟในหอผู้ป่วย ความรู้สึกอึดอัดใจที่เกิดจากการเห็นภาพทารกที่ รอบตัวเต็มไปด้วยท่อต่าง ๆ และหลอดสายไฟ ขนาดและลักษณะของทารกที่ปรากฏ ตลอดจน ความรู้สึกที่ทารกไม่สุขสบาย และจากการศึกษาของ Lee และคณะ (2009) ที่ศึกษาถึงประสบการณ์ ในการเป็นมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อยมาก ที่เข้ารับการรักษาในหอ ผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดในประเทศไต้หวัน ซึ่งผลการศึกษาในมุมมองของมารดา รายงานว่า อุปสรรคหรือปัจจัยที่ไม่เอื้อต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วย ดังกล่าว ได้แก่ สภาพและสถานการณ์แวดล้อมในหอผู้ป่วย (เช่น เครื่องมือและอุปกรณ์รอบตัวทารก การจำกัดเวลาในการเยี่ยม) สภาพาสภาพของมารดา การขาดความรู้และประสบการณ์ของมารดา ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะเรียนรู้การดูแลทารกในหอผู้ป่วย และ ลักษณะและพฤติกรรมของทารกซึ่งไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ทำให้มารดาเกิดความลังเลที่จะ สัมผัสทารก รวมถึงความเชื่อด้านสุขภาพในปรัชญาจีนและการแพทย์แผนจีน ที่ยังคงแพร่หลายและ ปฏิบัติสืบต่อกันมา ซึ่งมารดาหลังคลอดต้องนอนพักอยู่บนเตียงเพื่อให้หลังตรงในช่วงเดือนแรก ทำ ให้มารดามีโอกาสไปเยี่ยมทารกเพียงสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งเท่านั้น ส่วนอุปสรรคของการเข้ามามีส่วน ร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดของบิดามารดาในมุมมองของพยาบาลพบได้จากการศึกษาของ Walker

(1998) ซึ่งศึกษาในประเทศออสเตรเลีย พบว่า พยาบาลมองว่าสิ่งที่เป็นอุปสรรคในการเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดจากการที่มารดาต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ในรูปแบบของอุปกรณ์ต่าง ๆ และสภาวะทางด้านอารมณ์ของบิดามารดา เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความรู้สึกผิด และความรู้สึกโกรธ เป็นต้น ในขณะที่คิดว่าการปฏิบัติการพยาบาลหรือกฎระเบียบต่าง ๆ ไม่เป็นอุปสรรคขัดขวางการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดามารดา

การช่วยเหลือมารดาให้ผ่านพ้นอุปสรรคในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้สนับสนุนช่วยเหลือให้มารดาสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของทารก เช่น การพูดคุยกับทารก การร้องเพลงกล่อม การอุ้ม การลูบสัมผัส การทำความสะอาด การเปลี่ยนผ้าอ้อม การจัดท่านอน และการให้นมทารกในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (Heermann, et al., 2005) การมีส่วนร่วมในการดูแลทารกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น มารดาอาจมีความปรารถนาในการดูแลในระดับที่แตกต่างกัน ซึ่ง Schepp และ Pai (1995) ได้ศึกษาและพัฒนาเครื่องมือวัดความปรารถนาของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กขณะอยู่โรงพยาบาลซึ่งประกอบด้วยการมีส่วนร่วม 4 ด้าน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ทำประจำ (participation in routine care) หมายถึง การที่ได้ทำบทบาทในการเป็นผู้ปฏิบัติหรือเป็นผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยเด็กหรือเป็นผู้ช่วยในกิจกรรมที่ทำประจำวัน 2) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการปฏิบัติหรือกิจกรรมต่าง ๆ (participation in decision making) หมายถึง การที่มีโอกาสในการปฏิบัติ หรือร่วมตัดสินใจ 3) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล (participation in technical care) หมายถึง การที่ได้ทำบทบาทในการเป็นผู้ปฏิบัติหรือเป็นผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยเด็กหรือกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล 4) การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูล (participation in information sharing) หมายถึง การมีโอกาที่จะให้หรือรับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเด็ก หากพยาบาลสามารถจัดให้มารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตดังกล่าวข้างต้น ร่วมกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับทารกและการดูแลทารกอย่างเพียงพอ จะช่วยให้มารดามีความมั่นใจในการดูแลทารกในขณะอยู่โรงพยาบาล และยังช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลทารกเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (Johnson, 2008b)

จากการศึกษาของชนิตา เป๊ะสกุล (2553) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เปรียบเทียบระหว่างมารดาและพยาบาล จำนวน 40 คู่ พบว่ามารดามีความต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตมากกว่าที่พยาบาลต้องการให้มารดาปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในขณะที่มารดารับรู้ว่าได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตในระดับน้อยกว่าที่พยาบาลรับรู้ว่ามีมารดาได้ปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จะ

เห็นได้ว่าทั้งมารดาและพยาบาลมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตไม่สอดคล้องกัน จึงอาจทำให้พยาบาลไม่สามารถจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลของมารดาได้เหมาะสมตามที่ควรจะเป็น ซึ่งกิจกรรมที่มารดาต้องการปฏิบัติและได้ปฏิบัติน้อยกว่าที่พยาบาลเห็นว่ามารดาต้องการปฏิบัติ ได้แก่ กิจกรรมประจำวัน เช่น การเช็ดทำความสะอาดร่างกายทารก การเปลี่ยนผ้าอ้อม การเปลี่ยนผ้าปูเบาะ เป็นต้น และกิจกรรมการพยาบาล เช่น การช่วยจับหรือสัมผัสทารกขณะวัดสัญญาณชีพ ช่วยจับหรือปล่อยโยนทารกขณะแพทย์ตรวจรักษา แจ้งพยาบาลเมื่อทารกสำรอกนม เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ชนิตา แป๊ะสกุล ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่ขัดขวางการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตทั้งจากความคิดเห็นของมารดาและของพยาบาล

อาจสรุปได้จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นว่า การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตจะเกิดขึ้นได้นั้น มารดาต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาล ในการจัดอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของมารดา หากทั้งมารดาและพยาบาลมีความเห็นเกี่ยวกับอุปสรรคของมารดาไปในทางเดียวกัน โอกาสที่มารดาจะเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกจะเป็นไปได้ยาก อย่างไรก็ตามความเห็นเกี่ยวกับอุปสรรคที่ไม่สอดคล้องกันจะเป็นแนวทางให้พยาบาลหาแนวทางและแก้ไขอุปสรรคเหล่านั้น และช่วยให้มารดาสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตเพื่อเติมเต็มบทบาทในการเป็นมารดาได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกดังกล่าวข้างต้นเป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งมีบริบทแตกต่างกันทั้งด้านกายภาพ (เช่น สิ่งแวดล้อมทางคลินิก) สังคมวัฒนธรรม (เช่น ความเชื่อ และวิถีการเลี้ยงดูบุตร การยกย่อง/ยอมรับในบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น) ทำให้การนำผลการวิจัยดังกล่าว มาเป็นข้อมูลสำหรับบริบทในประเทศไทย เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตในประเทศไทยอาจไม่สามารถลดหรือกำจัดอุปสรรคในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตของมารดาได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้อุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการดูแลทั้งในส่วน of พยาบาลและมารดาว่าทั้งมารดาและพยาบาลมีมุมมองเกี่ยวกับอุปสรรคในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดของที่มีภาวะวิกฤตแตกต่างกันหรือไม่ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพยาบาลและจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตให้สอดคล้องตามความต้องการมีส่วนร่วมของมารดา

1.2 คำถามการวิจัย

พยาบาลและมารดาที่มีการรับรู้ต่ออุปสรรคในการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตแตกต่างกันหรือไม่ ?

1.3 สมมุติฐานการวิจัย

พยาบาลและมารดาที่มีการรับรู้ต่ออุปสรรคในการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตแตกต่างกัน

1.4 วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ของมารดาและพยาบาลต่ออุปสรรคในการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต

1.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวความคิดเกี่ยวกับอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกในหออภิบาลพิเศษทารกแรกเกิด (barrier to parenting in the special care nursery) ของ Griffin (1990) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

อุปสรรค (barrier) หมายถึง ความขัดข้อง เครื่องขัดขวาง (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546) หรือสิ่งใดก็ตามที่ยับยั้ง แยกจาก หรือปิดกั้นไม่ให้ทำการใดต่อไป (Agnes, 2005) และการรับรู้อุปสรรค (perceived barrier) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความไม่พร้อม (unavailability) ความไม่สะดวก (inconvenience) ความสิ้นเปลือง (expense) ความยาก (difficult) หรือใช้เวลานาน (time-consuming) ที่มีอิทธิพลต่อจิตใจ ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำตามที่ได้รับการแนะนำหรือเชิญชวน การกำจัดอุปสรรคสามารถนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมได้ แต่หากความพร้อมมีน้อยในขณะที่อุปสรรคมีมาก ย่อมมีโอกาที่บุคคลจะไม่กระทำพฤติกรรมนั้น ๆ (Pender, et al., 2011) การรับรู้อุปสรรคเป็นความเชื่อของบุคคล และเป็นการคาดการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับระดับของอุปสรรคต่อการกระทำหรือเพื่อวางแผนเป้าหมายในการกระทำ ซึ่งการรับรู้อุปสรรคนั้นจะมีผลทางด้านลบ ที่บุคคลมีแนวโน้มที่จะไม่ทำหากรับรู้ว่ามีสิ่งนั้นอาจมีราคาแพง เป็นอันตราย นำมาซึ่งความไม่พึงพอใจ

เมื่อนำมาประยุกต์ใช้กับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกอาจสรุปได้ว่า การรับรู้อุปสรรคคือ การที่มารดารับรู้และประเมินระดับความรุนแรงของอุปสรรคว่ามีมากหรือน้อย เพื่อประกอบการตัดสินใจในการที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล หากการรับรู้อุปสรรคมากโอกาสที่จะเลี่ยงหรือไม่เข้ามามีส่วนร่วมดูแลก็มากตามมา

เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตนั้น แม้จะมีการเปิดโอกาสให้บิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยได้รับการสนับสนุนมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันกลับมีรายงานการศึกษาระบุว่า การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่มีภาวะเสี่ยงสูงและทารกที่มีภาวะวิกฤตที่มารดาปฏิบัติจริงน้อยกว่าที่มารดาต้องการปฏิบัติ (จรัสศรี หินศิลป์, 2549; ชนิดา เป๊ะสกุล, 2553) ซึ่งการที่มารดาไม่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้ตามที่มารดาปรารถนาที่จะปฏิบัตินั้นอาจจะเกิดจากอุปสรรคบางประการที่ทำให้มารดาไม่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเท่าที่ควร โดย Griffin (1990) เสนอว่าอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกในหออภิบาลพิเศษทารกแรกเกิด ประกอบด้วย อุปสรรคทางกายภาพ อุปสรรคที่เกิดจากอุปสรรคทางการแพทย์ที่ใช้กับทารก อุปสรรคที่เกิดจากสภาพทางจิตใจและอารมณ์ของบิดามารดา และอุปสรรคที่เกิดจากพยาบาล

อุปสรรคทางกายภาพ หมายถึง ระยะห่างระหว่างมารดาและทารก โดยทั่วไปหอผู้ป่วยหลังคลอดกับหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดมักอยู่ห่างกันหรืออยู่คนละชั้นทำให้เป็นอุปสรรคในการมาเยี่ยมทารกได้บ่อยตามความต้องการ (Nyström & Axelsson, 2002) หรือเมื่อทารกต้องอยู่โรงพยาบาลในขณะที่มารดาต้องกลับบ้านก่อน หากระยะทางระหว่างบ้านกับโรงพยาบาลไกลกันมาก จะส่งผลให้มารดามาเยี่ยมทารกได้น้อยลง (Dobbins, et al., 1994) ซึ่งอาจเกิดจากความไม่สะดวกในการเดินทาง เช่น ไม่มีรถ (Wigert, Berg, & Hellström, 2010) หรือเกิดจากการที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดมีสภาพคับแคบ ไม่มีพื้นที่ว่างพอ ไม่มีเก้าอี้ที่นั่งสบายสำหรับมารดาในการเข้ามาดูแลทารก (Raeside, 1997; Wigert, et al., 2010; Wigert, Hellström, & Berg, 2008; Wigert, Johansson, Berg, & Hellström, 2006) เป็นต้น

อุปสรรคที่เกิดจากอุปสรรคทางการแพทย์ที่ใช้กับทารก อันเนื่องมาจากสภาพความเจ็บป่วยของทารกที่ยังมีความซับซ้อนและรุนแรงของการเจ็บป่วยมาก ก็ทำให้ต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นเพื่อการมีชีวิตรอด (Chen & Conrad, 2001; Johnson, 2008b; Obeidat, et al., 2009) ได้แก่ อุปกรณ์การให้ออกซิเจนชนิดต่าง ๆ การใช้ตู้อบ การใช้ที่ปิดตาขณะทารกได้รับการส่องไฟรักษา หรือการให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ (Griffin, 1990) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดการขัดขวางการสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาทารก (Bialoskurski, et al., 1999) โดยเฉพาะในทารกที่ได้รับการให้ออกซิเจน อุปกรณ์การให้ออกซิเจนมักเป็นอุปสรรคขวางกั้นการได้สัมผัสทารกของ

มารดา (Cervantes, Feeley, & Lariviere, 2011) ส่วนลวดสายไฟที่ติดตัวทารกเพื่อติดตามสัญญาณชีพของทารกทำให้มารดารู้สึกมีความยุ่งยากในการดูแลและเกิดความรู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจ ทั้งในขณะที่มารดาอุ้มทารกเพื่อให้นมหรือขณะให้การดูแลแบบแกงการู (Roller, 2005)

อุปสรรคที่เกิดจากสภาพทางจิตใจและอารมณ์ของบิดามารดา ได้แก่ การที่บิดามารดาขาดความรู้สึกเป็นส่วนตัว เกรงว่าข้อมูลเกี่ยวกับบุตรของตนอาจถูกเปิดเผยต่อครอบครัวอื่น ในกรณีที่บางหอผู้ป่วยเปิดโอกาสให้บิดามารดาสามารถเข้าร่วมรับฟังการปรึกษาหารือของทีมสุขภาพขณะตรวจเยี่ยมทารก (ward rounds) ได้ (Latta, Dick, Parry, & Tamura, 2008) มารดามักมีความกังวลเกี่ยวกับโอกาสรอดชีวิตของทารก เมื่อเห็นสภาพทารกที่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิตมากมาย ทำให้มารดารู้สึกว่าอยากหลบออกไปจากหอผู้ป่วยชั่วคราว (Gavey, 2007) และยังอาจทำให้มารดารู้สึกว่าตนไม่มีความสามารถในการดูแลทารกได้ดีเท่ากับการที่ทารกได้รับการดูแลจากบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญ (Wigert, et al., 2006) บางครั้งมารดาเองไม่ยอมมีปฏิสัมพันธ์กับทารกที่มีพฤติกรรมที่ไม่ตอบสนอง เช่น ไม่ยิ้ม (Bialoskurski, et al., 1999) หรือกลัวการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับทารกที่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรงและมีโอกาสเสียชีวิตสูง (Griffin, 1990) นอกจากนี้แล้ว สภาพทางร่างกายและจิตใจของมารดาเองก็มีผลกระทบต่อการมีส่วนร่วมดูแลด้วยเช่นกัน มารดาหลังคลอดอาจรู้สึกว่าไม่สะดวกในการมาเยี่ยมบุตร หากยังต้องคาสายสวนปัสสาวะ ซึ่งอาจต้องพึ่งบุคคลอื่นในการช่วยเข็นรถ (Bialoskurski, et al., 1999) มารดาบางรายต้องการพักผ่อนให้หายเหนื่อยจากการคลอดบุตร หรือการเสียใจกับการคลอดบุตรที่ไม่เป็นดังหวัง (Wigert, et al., 2010)

อุปสรรคที่เกิดจากพยาบาล ซึ่งหมายถึงรวมถึงกฎระเบียบหรือขั้นตอนต่าง ๆ ในการเข้ามาดูแลทารก รูปแบบการดูแล เจ้าหน้าที่ที่ไม่เพียงพอ การจัดสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการทำงานของพยาบาล สภาพอารมณ์หรือการให้คุณค่าของบิดามารดาในการเข้ามาดูแลทารก ตลอดจนลักษณะสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลกับทารก โดยทั่วไปแล้วพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทและหน้าที่ในการช่วยให้บิดามารดาสามารถสู้กับปัญหาและอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการดูแลทารก แต่บางครั้งพยาบาลอาจถูกมองว่าเป็นอุปสรรคเสียเอง ซึ่งอาจเกิดจากท่าทีหรือลักษณะการทำงานของพยาบาล เช่น ทักษะของพยาบาลที่มักคิดว่าบิดามารดาไม่มีความสามารถพอในการให้การดูแลทารกที่เจ็บป่วยได้เท่าตน ในขณะที่บิดามารดาคิดว่าสามารถให้การดูแลทารกได้ เช่น การดูแลการให้น้ำทางหลอดเลือด การช่วยจับเด็กในการทำหัตถการที่เจ็บปวด หรือการสวนอุจจาระ (Griffin, 1990) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับทักษะและประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาล จะเห็นได้ว่าพยาบาลที่มีประสิทธิภาพการทำงานน้อยมักเกิดความไม่มั่นใจในการให้ข้อมูลและให้การช่วยเหลือมารดาในการให้การดูแลทารก (Higman & Shaw, 2008) รูปแบบการสื่อสารระหว่างพยาบาลและบิดามารดาก็สำคัญ หากการสื่อสารเกิดขึ้นน้อยครั้งหรือสอบถามข้อมูลได้ไม่บ่อย ก็ทำให้บิดามารดา

รู้สึกว่าจะไม่ยากเข้ามาดูแลทารก (Johnson, 2008a) เช่นเดียวกันกับการได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับทารกทำให้มารดาเกิดความรู้สึกด้านลบต่อการมาเยี่ยมทารก (Wigert, et al., 2010) โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลบุตรที่สามารถทำได้โดยไม่เกิดอันตรายหรือความเสี่ยง ซึ่งบางครั้งทำให้มารดาเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าเป็นบทบาทของมารดาหรือของพยาบาล (Coyne, 1995) ในทำนองเดียวกันการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติหรือกฎระเบียบบางอย่างที่ไม่ชัดเจนอาจทำให้เกิดความสับสน เช่น นโยบายของหอผู้ป่วยในการเปิดโอกาสให้มารดาสามารถเข้าเยี่ยมตลอด 24 ชั่วโมง แต่เมื่อมีเหตุการณ์บางอย่าง ได้แก่ การเปลี่ยนเวรของพยาบาล การตรวจเยี่ยมของแพทย์ การช่วยฟื้นคืนชีพ หรือการทำหัตถการอื่น ๆ บิดามารดามักได้รับการเชิญออกข้างนอกห้อง ๆ ที่เหตุการณ์นั้นไม่ได้เกิดกับบุตรของตน (McGrath, 2011) นอกจากนี้ การแสดงท่าทีของพยาบาลที่ไม่สนับสนุนให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วม ได้แก่ ไม่ค่อยเต็มใจตอบคำถาม ให้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องหรือมีการบิดเบือนข้อมูล หลีกเลี่ยงพบปะบิดามารดาระหว่างเข้าเยี่ยม และใช้ศัพท์ทางการแพทย์ในการให้ข้อมูล อาจเป็นสาเหตุให้การมาเยี่ยมทารกของบิดามารดาลดลง (Miles, 2003)

อย่างไรก็ตามจากอุปสรรคของมารดาในการเข้ามามีส่วนร่วมดังที่กล่าวมานั้น Griffin (1990) เชื่อว่าพยาบาลสามารถลดหรือกำจัดอุปสรรคเหล่านั้นได้ด้วยการให้ความรู้แก่บิดามารดา และสนับสนุนให้บิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกอย่างจริงจัง และพยาบาลต้องมีการเรียนรู้ที่จะให้ความสำคัญและเห็นคุณค่าของการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกด้วย แต่ในการที่จะสามารถลดหรือกำจัดอุปสรรคนั้นจำเป็นที่จะต้องระบุอุปสรรคนั้นคืออะไร มารดาและพยาบาลมีการรับรู้อย่างไร เพื่อจะได้นำมาเป็นแนวทางในการลดการรับรู้อุปสรรคเหล่านั้น ซึ่งการที่สามารถระบุอุปสรรคและลดการรับรู้อุปสรรคนั้นสามารถทำได้โดย การทำให้มั่นใจ การแก้ไขการได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง การกระตุ้น และการให้การช่วยเหลือต่าง ๆ (Janz, Champion, & Strecher, 2002) ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า การรับรู้อุปสรรคของมารดามีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตของมารดา ในขณะที่หากพยาบาลรับรู้อุปสรรคของมารดาจะมีผลต่อการสนับสนุนช่วยเหลือมารดาในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตได้เช่นกัน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้อุปสรรคในการเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตทั้งในมุมมองของมารดาและมุมมองของพยาบาลว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินการลดหรือกำจัดอุปสรรคดังกล่าว เพื่อช่วยให้มารดาสามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตมากขึ้น

1.6 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความแตกต่างของการรับรู้อุปสรรคในการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตระหว่างมารดาของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตและพยาบาลที่ดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย 1 (Special care nursery; SCN 1) หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย 2 (Special care nursery; SCN 2) หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1 (Neonatal intensive care unit 1; NICU 1) และหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 2 (Neonatal intensive care unit 2; NICU 2) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2556

1.7 นิยามตัวแปร

อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่เข้ามาขัดขวาง หรือยับยั้งมารดาในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตเพื่อตอบสนองความต้องการของทารกทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยอุปสรรคแบ่งเป็น 1) อุปสรรคด้านกายภาพ เช่น ระยะทาง พื้นที่ส่วนตัวในหอผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการทำงานของพยาบาล เป็นต้น 2) อุปสรรคที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารก เช่น ตู้อบเครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น 3) อุปสรรคสภาพจิตใจและอารมณ์ของบิดามารดา เช่น ความรู้สึกไม่เป็นส่วนตัว ความกลัว เป็นต้น และ 4) อุปสรรคที่เกิดจากพยาบาลและกฎระเบียบของหอผู้ป่วย เช่น สภาพอารมณ์ การให้คุณค่าต่อการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการเข้ามาดูแลทารก ตลอดจนลักษณะสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลกับมารดาและทารก

การประเมินอุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต สามารถประเมินได้จากการรับรู้ของมารดาและของพยาบาล โดยใช้แบบสอบถามอุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต แบบสอบถามมีจำนวน 26 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย (0 คะแนน) ถึงเห็นด้วยมากที่สุด (3 คะแนน) พิสัยคะแนน 0-78 คะแนน

1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางให้พยาบาลวางแผนในการลดอุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต เพื่อส่งเสริมให้มารดาสามารถ

เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตได้มากขึ้น รวมทั้งอาจกำหนดนโยบายในการปฏิบัติทั้งในระดับผู้ปฏิบัติการพยาบาลและในระดับนโยบายของหน่วยงาน



บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องอุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตตามการรับรู้ของมารดาและของพยาบาล ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา บทความวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสรุปเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

2.1 การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่เจ็บป่วย

2.1.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่เจ็บป่วย

2.1.2 รูปแบบของการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่เจ็บป่วย

2.2 ผลของการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่เจ็บป่วย

2.3 อุปสรรคในการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่เจ็บป่วย

2.1 การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่เจ็บป่วย

การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่เจ็บป่วย และจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นแนวคิดในการพยาบาลเด็กที่มีผู้พยายามนำมาใช้ในโรงพยาบาลต่าง ๆ มากขึ้นทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย บางคนถือว่าการส่งเสริมให้มารดามีส่วนร่วมเป็นสิ่งจำเป็นและพยายามวางแผนนโยบาย กฎเกณฑ์ หรือส่งเสริมให้มารดาเข้ามาดูแลทารกที่เจ็บป่วยในรูปแบบต่าง ๆ มากมาย อย่างไรก็ตามผู้ที่นำคำนี้ไปใช้บางส่วนยังขาดความชัดเจนเกี่ยวกับการให้ความหมายและวิธีปฏิบัติหรือรูปแบบของการมีส่วนร่วม ซึ่งเมื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแล้ว จะพบผู้ให้ความหมายและวิธีปฏิบัติหรือรูปแบบของการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่เจ็บป่วยไว้หลายรูปแบบพอสรุปได้ดังนี้

2.1.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่เจ็บป่วย

การมีส่วนร่วม (participation) ตามความหมายใน Webster's new twenties century dictionary of English language unabridged (McKechine, 1980) หมายถึง การกระทำหรือการแสดง

ให้เห็นถึงการแบ่งปันหรือการเป็นส่วนหนึ่งในการทำภารกิจใด ๆ สำหรับการมีส่วนร่วมในเชิงของบริการทางสุขภาพหรือในการดูแลผู้ป่วยเด็ก มีผู้ที่ให้ความหมายเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้

Brownlea (1987) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า เป็นการที่บุคคลได้เข้าร่วมหรือได้รับการยินยอมให้เป็นผู้ที่มีส่วนในกระบวนการตัดสินใจ ดำเนินการ หรือประเมินผล ในการรับบริการหรือเป็นผู้ให้คำปรึกษาในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับบริการนั้น การให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทางสุขภาพในระดับสูงไม่ได้เกิดขึ้นในทุกชุมชน ยังมีความไม่เสมอภาคในการช่วยเหลือเพื่อเพิ่มความสามารถในการมีส่วนร่วมให้มีประสิทธิภาพ ความไม่เสมอภาคนี้ ได้แก่ สังคมที่มีการจำกัดเกี่ยวกับความคิดและการจัดการ ช่องว่างระหว่างความสามารถที่เป็นได้และความสามารถที่เป็นจริงในการมีส่วนร่วมค่อนข้างกว้าง ซึ่งช่องว่างเหล่านี้จะไม่มีหรือลดลง หากมีการให้ค่าทางกฎหมาย (เช่น การใช้สิทธิอย่างถูกต้อง) และมีการเคลื่อนไหวของผู้บริโภคในสังคม ไม่ว่าจะเป็นในชุมชน ท้องถิ่น หรือที่ทำงาน อย่างไรก็ตาม หากรูปแบบบริการสุขภาพที่เน้นความโดดเด่นของการรักษาเป็นหลักยังยึดถือกันแพร่หลาย ก็จะเป็นสัญญาณนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอย่างมากและท้าทายอย่างชัดเจน ระหว่างการที่มีหรือไม่มีผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ โดยเฉพาะในสังคมระดับท้องถิ่น เมื่อมีการดำเนินการเพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้น ซึ่งจะพบว่าการมีส่วนร่วมมีความตรงกันข้าม เว้นแต่จะมีการใช้อำนาจร่วมกัน การรับผิดชอบร่วมกัน และการมองชุมชนแบบองค์รวม จึงจะเป็นการนำไปสู่การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และ Neill (1996a) ได้นำความหมายของ Brownlea มาปรับใช้ในการให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยว่า หมายถึง การที่บิดามารดาเข้ามาเป็นผู้ที่มีส่วนหนึ่งในกิจกรรมการดูแลบุตรในกระบวนการตัดสินใจ หรือการเป็นผู้อนุญาตให้มีกิจกรรม หรือเป็นผู้ประเมินผล หรือ เป็นหนึ่งในทีมในการปรึกษา ในเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาบุตรขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ Neill ยังได้กล่าวเพิ่มเติมด้วยว่า การมีส่วนร่วมของบิดามารดานั้นประกอบด้วย การอยู่เพื่อดูแลบุตร การดูแลพื้นฐานทุกระดับ และการให้หรือรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับบุตรในทุกแง่มุม ซึ่งบิดามารดาสามารถเลือกระดับในการมีส่วนร่วมดังกล่าว โดยอาศัยการเจรจาต่อรอง (negotiation) ระหว่างบิดามารดาและบุคลากรทางสุขภาพ

Coyney (1996) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของบิดามารดาว่าเป็นหลักในการดูแลผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลโดยไม่ได้ให้ความหมายไว้ชัดเจน แต่ได้กล่าวโดยสรุปไว้ว่า พัฒนาการของการมีส่วนร่วมของบิดามารดานั้นเริ่มจาก 1) การเข้าร่วมดูแลของบิดามารดา (parental involvement) เป็นการให้บิดามารดาเข้ามาอยู่กับผู้ป่วยเด็กได้ตลอดเวลา แต่พยาบาลยังเป็นผู้ที่มีบทบาทในการดูแลเด็ก 2) การเป็นหุ้นส่วนการดูแล (partnership in care) เป็นการให้บิดามารดาเป็นผู้ทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กในขณะที่พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมนั้น 3) การดูแลโดยบิดามารดา (care

by parent) เป็นการอนุญาตให้บิดามารดาเข้ามาอยู่ดูแลผู้ป่วยเด็ก และช่วยพยาบาลในการทำกิจกรรมการพยาบาลได้ และ 4) การดูแลแบบยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered care) ซึ่งปัจจุบันมีการใช้กันอย่างกว้างขวางโดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กในทุกขั้นตอน ซึ่ง Coyne กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของบิดามารดา อาจไม่สามารถกำหนดระดับและรูปแบบของการมีส่วนร่วมชัดเจน แต่ไม่ว่าการมีส่วนร่วมของบิดามารดาจะมีพัฒนาการอย่างไร ในแต่ละขั้นตอนต่างก็ถือการให้บิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กนั่นเอง นอกจากนั้น จากการวิเคราะห์หัตถ์โนมตีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดา Coyne สรุปว่า คุณลักษณะหลักในการมีส่วนร่วมของบิดามารดา ประกอบด้วย 1) การเจรจาต่อรอง (negotiation) 2) การควบคุม (control) 3) ความเต็มใจ (willingness) 4) ความสามารถ (competence) และ 5) ความเป็นตัวตน (autonomy) ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบิดามารดาและพยาบาล โดย Coyne ไม่ได้อธิบายถึงรายละเอียดของคุณลักษณะที่กล่าวมา

Prasopkittikun (2003) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของบิดามารดาไว้ว่า เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลเด็กกับบิดามารดา โดยมีการตัดสินใจร่วมกัน แลกเปลี่ยนข้อมูล และตั้งเป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยเด็ก และจากการวิเคราะห์หัตถ์โนมตี พบว่า คุณลักษณะหลักในการมีส่วนร่วมของบิดามารดา ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลซึ่งกันและกัน (information sharing) เกิดจากการมีโอกาสดูแลและต้องได้รับคำตอบที่เป็นจริง และเพียงพอที่จะสามารถทำให้เกิดความเข้าใจตรงกันอันจะนำไปสู่การนำเสนอทางเลือกในการตัดสินใจดูแล 2) การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (mutual goal setting) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ มีผลสืบเนื่องมาจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลและอภิปรายร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายและแนวทางที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ผู้รับบริการต้องการ พยาบาลและผู้รับบริการต้องเห็นพ้องต้องกันจึงจะเป็นหนทางนำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ และ 3) การตัดสินใจร่วมกัน (joint decision making) เป็นการมีส่วนร่วมทางจิตใจ โดยบิดามารดามีโอกาสได้เลือกวิธีการที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้สถานการณ์ที่อาจนำไปสู่ข้อขัดแย้งยุติลง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของบิดามารดา รวมถึงการมีโอกาสนำเสนอจะนำไปสู่ความพึงพอใจของทั้งพยาบาลและบิดามารดา

จากการให้ความหมายเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมที่กล่าวมา อาจสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่เจ็บป่วย หมายถึง การที่มารดาได้เข้ามามีส่วนรับผิดชอบดูแลทารกที่เจ็บป่วย โดยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ทั้งการวางแผน การตัดสินใจ การดำเนินการ และการประเมินผล ทั้งนี้การมีส่วนร่วมจะมากหรือน้อยขึ้นกับการเจรจาต่อรอง เพื่อให้เกิดความพึงพอใจร่วมกันทั้งมารดาและบุคลากรสุขภาพ

เมื่อกล่าวถึงการมีส่วนร่วมในบริบทของการดูแลผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาล อาจมีหลาย

คนที้นำไปใช้แทนกันหรือให้ความหมายเดียวกันกับคำว่า การดูแลแบบยิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-Centered Care) ซึ่งการดูแลแบบยิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เชื่อว่าเป็นแนวทางที่เหมาะสม สำหรับการดูแลผู้ป่วยเด็ก โดยให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทสำคัญในการให้การช่วยเหลือและ สนับสนุนผู้ป่วยเด็กทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม (American Academy of Pediatrics, 2003) โดยมีการร่วมมือกันระหว่างครอบครัวและทีมสุขภาพตั้งแต่การวางแผน การดำเนินการ และการ ประเมินผล ภายใต้แนวคิดหลัก 4 ประการ ประกอบด้วย 1) การให้เกียรติและนับถือ (dignity and respect) โดยการรับฟังและยอมรับในความคิดเห็นและการเสนอทางเลือกของผู้ป่วยและครอบครัว ในการวางแผนและให้การดูแลผู้ป่วย 2) การแลกเปลี่ยนข้อมูล (information sharing) มีการสื่อสาร และแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วนไม่ลำเอียง ทันเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีข้อมูลที่ เพียงในการร่วมดูแลและการตัดสินใจ 3) การมีส่วนร่วม (participation) เป็นการสนับสนุนและ ช่วยเหลือครอบครัวในการมีส่วนร่วมดูแลและสามารถตัดสินใจได้ในทุกระดับการดูแลตามที่ ต้องการ 4) การประสานร่วมมือ (collaboration) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามี ส่วนในการกำหนดแนวทางหรือการจัดโปรแกรมการดูแล หรือแม้แต่นโยบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย หรือในโรงพยาบาล (Griffin, 2006; Johnson, Abraham, & Shelton, 2009)

จากการวิเคราะห์ห้มนิคมติเกี่ยวกับการดูแลแบบยิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง พบว่ายังมี ความคลุมเครือไม่ชัดเจนในแง่ของความหมาย คุณลักษณะ และวิธีปฏิบัติ (Hutchfield, 1999; Mikkelsen & Frederiksen, 2011; Shields, 2010) อย่างไรก็ตาม มีผู้พยายามศึกษาและอธิบายถึง แนวคิดของการมีส่วนร่วมที่เกี่ยวข้องและสัมพันธ์แน่นแฟ้นกับการดูแลแบบยิดครอบครัวเป็น ศูนย์กลาง และอาจมีการสับเปลี่ยนใช้แทนที่กันในบางสถานการณ์ ได้แก่ การเข้าร่วมดูแลของบิดา มารดา (parental involvement) การมีส่วนร่วมของบิดามารดา (parental participation) และการเป็น หุ่นส่วนการดูแล (partnership in care) (Mikkelsen & Frederiksen, 2011) ซึ่งเป็นพัฒนาการ และ ระดับในการมีส่วนร่วมของบิดามารดาแตกต่างกันไปในลักษณะคล้ายกับที่ Coyne (1995) ได้กล่าว ไว้แล้ว โดยได้อธิบายในการแบ่งลำดับชั้นของการมีส่วนร่วมของบิดามารดาไว้เป็นลำดับ ดังนี้

1) การเข้าร่วมของบิดามารดา (parental involvement) เป็นการที่บิดามารดาเข้าร่วมและ ให้การดูแลบุตร ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทในการดูแลมากกว่า โดยพยาบาลเป็นผู้ทำกิจกรรมการ ดูแลในส่วนของการพยาบาล และช่วยเหลือบิดามารดาในการดูแลพื้นฐาน (Hutchfield, 1999) ซึ่งมักจะ เกิดขึ้นในระยะเริ่มต้นของการดูแล โดยเฉพาะช่วงที่บุตรมีภาวะวิกฤตหรือต้องได้รับการดูแลเป็น พิเศษ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลมากกว่า ในขณะที่บิดามารดาก็ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบุตร และสามารถเฝ้าสังเกตการดูแลจากพยาบาลได้ (Fegran, Fagermoen, & Helseth, 2008)

2) การมีส่วนร่วมของบิดามารดา (parental participation) เป็นการเข้าร่วมดูแลบุตรของบิดามารดา ซึ่งเกิดจากการเจรจาต่อรอง (negotiated) และความสมัครใจ (voluntary) ภายใต้สัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและบิดามารดา นั้นหมายถึงบิดามารดาเป็นผู้กำหนดกิจกรรมการดูแลบุตรเอง หากบิดามารดาไม่ต้องการทำกิจกรรมใดพยาบาลจะเป็นผู้ทำกิจกรรมนั้นให้ (Hutchfield, 1999) ซึ่งการมีส่วนร่วมในการดูแลจะเริ่มเมื่ออาการเจ็บป่วยของบุตรอยู่ในระยะคงที่หรือไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก หลังจากที่บิดามารดาได้สังเกตการดูแลของพยาบาลและต้องการที่จะดูแล แต่ยังไม่เกิดความมั่นใจในการดูแลบุตรดังกล่าว พยาบาลอาจจะดูแลอยู่ห่าง ๆ และมีบทบาทเป็นผู้แนะนำช่วยเหลือ เพื่อให้บิดามารดาเกิดความมั่นใจในการดูแลบุตร (Fegran, et al., 2008)

3) การเป็นหุ้นส่วน (partnership with parent) เป็นสัมพันธภาพที่เท่าเทียมกันระหว่างบิดามารดาและบุคลากรสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็ก โดยบิดามารดาได้รับการสนับสนุนความรู้และฝึกทักษะการดูแลจากบุคลากรสุขภาพ ผ่านการเจรจาต่อรองในการทำหน้าที่ดังกล่าว (Hutchfield, 1999) และบิดามารดามีการเข้าร่วมดูแลมากขึ้น (Casey, 1995) ซึ่งในระยะนี้มักเป็นช่วงที่อาการเจ็บป่วยของบุตรทุเลา บิดามารดาจะได้รับการสร้างพลังอำนาจให้สามารถเป็นผู้ดูแลบุตรด้วยตนเอง (Fegran, et al., 2008)

4) การดูแลแบบยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered care) เป็นการเปิดโอกาสให้บิดามารดาหรือครอบครัวเข้ามามีบทบาทสำคัญ โดยมีส่วนร่วมในการดูแลทุกขั้นตอนและแสดงบทบาทเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ในขณะที่พยาบาลเป็นที่ปรึกษาเท่านั้น (Hutchfield, 1999) ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้มักเกิดในช่วงที่เตรียมความพร้อมที่จะกลับบ้าน (Fegran, et al., 2008)

จะเห็นได้ว่า แม้จะมีคำศัพท์ที่ใช้แตกต่างกัน และให้ความสำคัญในระดับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลต่างกัน แต่ก็มีสิ่งที่เหมือนกันคือ การเปิดโอกาสให้บิดามารดาเข้าร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กนั่นเอง และเมื่อพิจารณาจากองค์ประกอบของการดูแลแบบยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางแล้ว จะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ดังนั้น การสนับสนุนให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกที่เจ็บป่วยจึงเป็นการสนับสนุนนโยบายการดูแลแบบยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางนั่นเอง

2.1.2 รูปแบบของการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่เจ็บป่วย

การมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรของมารดาเป็นสิ่งสำคัญในการพยาบาลเด็ก เนื่องจากผู้ป่วยเด็กมักไม่สามารถดูแลตัวเองได้หรือดูแลตนเองได้ไม่เต็มที่ มารดาเป็นบุคคลที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็กขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ดีที่สุด เนื่องจากมารดาเป็นผู้ใกล้ชิดและให้การดูแลบุตรเมื่ออยู่ที่บ้าน จึงอาจเชื่อได้ว่ามารดาเป็นผู้ที่เข้าใจการ

แสดงออกและการสื่อสารสัญญาณต่างๆ ที่บุตรแสดงออกและสามารถให้การสนองตอบความต้องการทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยเด็กได้ จึงมีผู้ส่งเสริมให้มารดาเข้ามาดูแลบุตรขณะอยู่โรงพยาบาลมากขึ้น การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลบุตรขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีการปฏิบัติอยู่อย่างหลากหลาย ซึ่งพอสรุปได้จากงานวิจัยและเอกสารต่าง ๆ ดังนี้

Coney (1995) ศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปเด็กพบว่า เหตุผลในการที่บิดามารดาเลือกที่จะเข้ามามีบทบาทในการดูแลบุตรขณะอยู่โรงพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกายและด้านอารมณ์ของบุตร ภายใต้อความเชื่อมั่นว่าตนเองเป็นผู้ที่เชี่ยวชาญสามารถดูแลบุตรได้ดีที่สุด ซึ่งกิจกรรมการดูแลที่ได้แก่การดูแลประจำวันเหมือนที่เคยทำที่บ้าน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว หรือให้อาหาร ตลอดจนทำกิจกรรมการพยาบาล หากกิจกรรมนั้นต้องนำไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น การใส่สายยางให้อาหาร การดูแลทวารเทียม เป็นต้น นอกจากนี้บิดามารดายังได้อยู่เป็นเพื่อนบุตรทำให้บุตรไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือกลัว

Neill (1996b) ได้สัมภาษณ์มารดาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมดูแลบุตรอายุ 2-5 ปี ที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภายหลังจากออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 2 เดือน พบว่า การดูแลบุตรขณะอยู่ในโรงพยาบาลประกอบไปด้วย การดูแลประจำวัน (basic everyday care) และการดูแลทางคลินิก (clinical care) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ระบุรายละเอียดว่ามีกิจกรรมการดูแลและไบบ้างที่มารดาทำเพียงแต่รายงานว่าในการดูแลประจำวันนั้นมารดาสามารถดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของบุตรได้ดี ส่วนการดูแลทางคลินิก มารดาอาจเกิดความไม่มั่นใจหากต้องทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การวัดและบันทึกอุณหภูมิกาย เนื่องจากกลัวทำผิดพลาดและเสี่ยงต่อการเกิดผลเสียต่อบุตร จึงไม่ต้องการที่จะมีส่วนร่วมดูแลในทุกกิจกรรมของการดูแลทางคลินิก อย่างไรก็ตามมารดายังมีความต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการประเมินผลกิจกรรมการดูแลทางคลินิกเหล่านั้นเพราะเชื่อว่าตนรู้จักบุตรดีที่สุดและสามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ จากการที่ได้เฝ้ามองบุตรตลอดช่วงระยะที่อยู่ที่โรงพยาบาล

ในส่วนของการทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดนั้นรูปแบบการดูแลอาจแตกต่างไปจากเด็กโตหรือเด็กที่บิดามารดาเคยได้มีโอกาสเลี้ยงดูและสร้างสัมพันธภาพกันมาแล้ว ทั้งนี้เนื่องจากรดาหรือครอบครัวยังไม่เคยได้เลี้ยงดูทารกมาก่อนจึงยังไม่เกิดทักษะในการดูแล บทบาทการดูแลทารกส่วนใหญ่จึงเป็นของพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในทารกที่มีความเสี่ยงสูง (high-risk neonate) ซึ่งหมายความว่าทารกแรกเกิด (ไม่ได้คำนึงเกี่ยวกับอายุครรภ์หรือน้ำหนักแรกเกิด) ที่มีโอกาสป่วยหรือตายมากกว่าทารกทั่วไป อันเนื่องมาจากปัจจัยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอด และการปรับตัวหลังเกิดของทารก ซึ่งช่วงเวลาของความเสี่ยงนับเริ่มตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 28 วัน (Wong et al., 1999) จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลพิเศษ

(intensive care) เพื่อลดอัตราการป่วยหรือตายของทารกดังกล่าว (Ehrenkranz, 2006) ทารกเหล่านี้ส่วนใหญ่มักได้รับการดูแลด้วยเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น ตู้อบ เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น (Walker, 1998) ซึ่งอาจทำให้บิดามารดา รู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมสถานการณ์หรือแสดงบทบาทในการดูแลทารกได้ (Dobbins, et al., 1994) อย่างไรก็ตาม ทารกยังต้องได้รับการดูแลทางด้านจิตใจและการส่งเสริมพัฒนาการซึ่งมีความสำคัญ การส่งเสริมให้มารดาช่วยดูแลทารกจะช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพ พัฒนาการเด็ก และช่วยให้เกิดความมั่นใจในการดูแลทารก จึงมีผู้ส่งเสริมให้มารดาเข้ามาดูแลทารกมากขึ้น

Franck และ Spencer (2003) ศึกษาการมาเยี่ยมและดูแลทารกในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดในประเทศอังกฤษ โดยแบ่งการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดออกเป็น 1) การดูแลด้านสังคม (social care) ได้แก่ การลูบหรือสัมผัส (stroking or touching) การอุ้ม (holding--conventional or skin-to-skin) การโอบกอด (cuddling) หรือการพูดคุยกับทารก (talking) เป็นต้น 2) การดูแลความสะอาด (cleaning) ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย (washing face or body) หรือการเปลี่ยนผ้าอ้อมหลังขับถ่าย (diaper changing) 3) การให้อาหาร (feeding) ได้แก่ การให้นมจากเต้า (breast feeding) การให้นมจากขวดนม (bottle-feeding) หรือให้อาหารทางสายยาง (tube feeding) โดยอาจมีพยาบาลหรือไม่มีพยาบาลเป็นผู้ให้การช่วยเหลือ (with or without nursing assistance) ก็ได้ โดยทำการศึกษาในบิดามารดาของทารก 110 คน ผลการศึกษาพบว่า การมาเยี่ยมทารกทำให้บิดามารดาได้ใกล้ชิดและมีโอกาสทำกิจกรรมการดูแลทารกด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลาและจำนวนครั้งของการมาเยี่ยมของบิดามารดามีผลต่อการได้ทำกิจกรรมการดูแลทารก ซึ่งนอกจากการดูแลด้านสังคมที่มารดาได้ทำทุกครั้งที่มาเยี่ยมแล้ว กิจกรรมการดูแลที่มารดาได้ทำมากที่สุดคือ การเปลี่ยนผ้าอ้อม และการให้อาหาร ซึ่งได้ทำโดยถึงร้อยละ 76 และร้อยละ 79 ตามลำดับ ในทำนองเดียวกันกับการศึกษาของ Dobbins และคณะ (1994) ที่ศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า กิจกรรมที่บิดามารดาให้การดูแลบุตรเมื่ออยู่โรงพยาบาลมากที่สุด คือ อุ้มทารก นำของเล่นหรือเสื้อผ้ามาให้ ให้อาหาร อาบน้ำ หรือเปลี่ยนผ้าอ้อม ในขณะเดียวกันก็ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้การรักษาด้วย

การมีส่วนร่วมของบิดามารดาจะมากหรือน้อยก็แตกต่างกันไปตามสถานะการเจ็บป่วยของบุตรหรือสถานะแวดล้อมอื่น ๆ ซึ่งจะเห็นได้ในช่วงที่ทารกป่วยหนัก และต้องอยู่ในตู้อบหรือใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำให้มารดามีโอกาสสัมผัสทารกได้น้อย สิ่งสำคัญที่มารดาจะสามารถแสดงออกถึงบทบาทของตนในช่วงวิกฤตนี้ ได้แก่ สัมผัสทารกอย่างนุ่มนวล ร้องเพลงกล่อม หรืออาจใช้เทปบันทึกเสียงมารดาแทนก็ได้ (Miles & Holditch-Davis, 1997) แม้การอุ้มทารกยังไม่สามารถทำได้ มารดาก็มีความปรารถนาแม่เพียงแค่นั่งใกล้ ๆ ได้สัมผัส (ณัฐกา ปฐมอารีย์, 2551) หรือบิบน้านม

ให้ ทารก เพราะมารดาเชื่อว่าเป็นสิ่งที่เชื่อมกับทารกได้ (Lupton & Fenwick, 2001) ในทารกเกิดก่อนกำหนดที่น้ำหนักตัวน้อยมาก การอุ้มหรือการสัมผัสโดยตรงอาจเป็นการรบกวนทารก มารดาก็จะใช้การดูแลด้านสังคม ได้แก่ การมองตา และการพูดคุยกับทารกแทน (Coppola & Cassibba, 2010) เมื่ออาการของทารกทุเลาลงหรือคงที่ก็สามารถจัดให้มารดาเข้ามาอยู่ดูแลได้มากขึ้นด้วยการจัดให้มารดาและทารกได้อยู่ร่วมกัน (rooming-in) (Bennett & Sheridan, 2005) มารดาสามารถทำกิจกรรมการดูแลทารกมากขึ้น ได้แก่ การอุ้มทารกแบบแครงการ การเลี้ยงด้วยนมมารดา การอุ้ม และกอดทารก (Miles & Holditch-Davis, 1997)

Raines และ Brustad (2012) ศึกษากิจกรรมที่มารดาให้การดูแลทารกขณะอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก ได้แก่ ให้อาหาร จับหรืออุ้มทารก ดูแลปลอบโยนเมื่อร้อง อาบน้ำ ใส่เสื้อผ้า เปลี่ยนผ้าอ้อม ให้ยา สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ตรวจสอบการทำงานของเครื่องติดตามอาการ และตอบสนองต่อสัญญาณเตือนต่าง ๆ พบว่าสิ่งที่มารดามีความมั่นใจในการทำมากที่สุดคือ การให้อาหาร และการเปลี่ยนผ้าอ้อม ซึ่ง Raines และ Brustad ได้อภิปรายเพิ่มเติมว่า การที่มารดามั่นใจในกิจกรรมดังกล่าว เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่สามารถทำได้ตั้งแต่วันแรก ๆ ที่ทารกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าการที่มารดาสามารถทำกิจกรรมการดูแลได้นั้นต้องใช้เวลาในการเรียนรู้และฝึกฝน เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่มารดาไม่เคยทำมาก่อน ดังจะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนผ้าอ้อมเป็นกิจกรรมที่ทำได้ช้า ๆ ซึ่งรูปแบบการดูแลไม่เปลี่ยนแปลง มารดาสามารถดูแลอย่างและเรียนรู้ที่จะปฏิบัติได้ง่าย เมื่อเทียบกับกิจกรรมอื่น เช่น การให้อาหาร ซึ่งอาจเปลี่ยนแปลงตามอาการของทารก ในแง่ของปริมาณที่ให้และวิธีการให้ เป็นต้น

ในประเทศไทยเองก็มีผู้ศึกษามีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดในหออภิบาลทารกแรกเกิด ได้แก่ การศึกษาของฉวีภา ปฐมอารีย์ (2551) พบว่าการมีส่วนร่วมดูแลทารกของมารดาแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มต้นของการมีส่วนร่วม เป็นระยะแรกที่ยังต้องเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของทารก เกิดความรู้สึกต่าง ๆ ได้แก่ รู้สึกเครียด วิตกกังวล กลัว สับสน และพยายามยื่นหัดเผชิญปัญหาเพื่อทารก ต่อมาคือ ระยะมีส่วนร่วมให้ดีที่สุดเพื่อทารก เป็นระยะที่มารดาเผชิญความจริง รู้สึกถึงความเป็นมารดาและแสดงบทบาทการดูแลทารก ซึ่งกิจกรรมการมีส่วนร่วมของมารดาแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมเพื่อให้ความอบอุ่นและกำลังใจกับทารก ได้แก่ มาเยี่ยมทารกอย่างสม่ำเสมอทุกวัน อยู่เคียงข้างทารกในทุกสถานการณ์ พูดยุติและสัมผัสทารก กอดให้ทารกนอน บ้วนน้ำนมมาส่งให้กับทารก การปรับเปลี่ยนชีวิตประจำวันของตนเอง ไม่ร้องไห้ให้ทารกเห็น ให้บิดาได้มาเยี่ยมทารกอย่างสม่ำเสมอ 2) การมีส่วนร่วมเพื่อช่วยเหลือให้ทารกปลอดภัย ได้แก่ ติดตามอาการของทารกจากแพทย์และพยาบาล สังเกตและจดจำอาการของทารก รวมทั้งวิธีการดูแลของพยาบาล แลกเปลี่ยนข้อมูลของทารกกับ

แพทย์และพยาบาล แลกเปลี่ยนข้อมูลกับมารดาด้วยกัน ปลอดภัยให้ทารกสงบ ปลอดภัยทารกขณะได้รับการรักษาพยาบาล ให้การช่วยเหลือทารกเบื้องต้น ดูแลความสุขสบายให้กับทารก การรักษาปริมาณน้ำนม พยายามช่วยเหลือทารกด้วยวิธีการอื่น ๆ ตามความเชื่อทางศาสนาและสิ่งเหนือธรรมชาติของตน นอกจากนี้ยังพบว่าในระยะที่ 1 การมีส่วนร่วมของมารดาน้อย และมารดาจะใช้การสังเกตและจดจำอาการของทารก รวมทั้งวิธีการดูแลทารกจากพยาบาล ซึ่งมารดาต้องใช้สมาธิหรือความตั้งใจสูง สืบเนื่องจากการที่มารดาต้องเผชิญกับความเครียดและความไม่แน่นอนในสถานการณ์การเจ็บป่วยของทารก พบบ่อยกว่าระยะที่ 2 ซึ่งมารดามักจะมีความเครียดลดลงและมีส่วนร่วมในการดูแลทารกเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามมารดาเองไม่ต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลในทุกกิจกรรมหรือดูแลแทนพยาบาล เนื่องจากมารดาไม่ต้องการที่จะมีความรู้และทักษะการดูแลและตระหนักถึงความปลอดภัยของทารกเป็นสำคัญ และมารดาเชื่อว่าทารกจะได้รับความอบอุ่นและกำลังใจจากการดูแลของพยาบาลด้วย

สำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดที่อาการทุเลา สามารถออกจากหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ย้ายเข้ามาอยู่ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤต (stepdown unit) และให้มารดาเข้ามาเป็นผู้ดูแลร่วมกับพยาบาล โดยมารดาได้รับการฝึกฝนให้สามารถสังเกตและบันทึกสัญญาณชีพ ให้นมมารดา (ซึ่งอาจเป็นการให้โดยตรงหรือให้ทางสายยางให้อาหาร) เข้มงวดกับการล้างมือ จำกัดจำนวนคนเยี่ยม หากเป็นไปได้ก็ให้ทารกนอนเตียงเดียวกับมารดา หรือใช้ตู้อบอุ่นให้น้อยที่สุด และมารดาสามารถเกาะปอดและดูดนมได้เมื่อจำเป็น (Bhutta et al., 2004)

จะเห็นได้ว่า กระบวนการที่มารดาสามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกในหอผู้ป่วยหนักนั้น ต้องอาศัยระยะเวลาและการเรียนรู้ เพื่อที่จะปรับบทบาทในการดูแลทารกจากพยาบาลมาเป็นมารดา (Heermann, et. al, 2005; Skene, Franck, Curtis, & Gerrish, 2012) บางครั้งบิดามารดาเองอาจไม่สามารถบอกได้ว่าตนเองจะมีความพร้อมในการดูแลทารกได้เมื่อใด แพทย์หรือพยาบาลจึงต้องสามารถเป็นผู้ประเมินความพร้อมนั้นได้ (Nygqvist & Engvall, 2009) โดยทั่วไปแล้ว ในวันแรก ๆ หลังจากทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก มารดามักไม่กล้าที่จะสัมผัสทารก เพราะกลัวว่าจะทำให้ทารกเกิดอันตราย หรือไม่สุขสบาย แต่เมื่อเวลาผ่านไป มารดาส่วนใหญ่มีความมั่นใจในการดูแลทารกเพิ่มขึ้น ซึ่งระยะแรกสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างมารดาและพยาบาลจะเป็นไปในลักษณะที่พยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลและให้การดูแลทารกในขณะที่มารดาเฝ้าดูและสังเกตระยะนี้มารดาจะให้ความเชื่อถือนะไว้วางใจพยาบาลมาก การได้ยื่นดูการทำงานของพยาบาลอย่างใกล้ชิด ไม่เพียงแต่เป็นโอกาสที่มารดาได้ข้อมูลจากพยาบาลเท่านั้น มารดายังได้สังเกตการทำงานของพยาบาลด้วย ระยะต่อมา เมื่อได้เรียนรู้แล้วมารดาก็ต้องการให้การดูแลทารกด้วยตนเอง มารดาก็มีการฝึกปฏิบัติร่วมกับพยาบาล จนพยาบาลเกิดความไว้วางใจให้มารดาทำการดูแลได้และมารดาเอง

เกิดความมั่นใจ ระยะสุดท้ายเป็นระยะที่มารดาสามารถให้การดูแลทารกได้เต็มที่ โดยมีพยาบาลคอยมองดูอยู่ห่าง ๆ ส่งผลให้มารดามีความรู้สึกเป็นส่วนตัว และมีโอกาสได้เรียนรู้และทำความรู้จักกับทารกจนสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับทารกได้ (Skene, et al., 2012) ซึ่งก็เป็นที่น่าพอใจเกี่ยวกับการศึกษาของ Heermann และคณะ (2005) เกี่ยวกับการเข้ามามีส่วนร่วมของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าเมื่อได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารก มารดาจะค่อย ๆ ปรับบทบาทจากผู้ดูแลภายนอกเข้ามาเป็นผู้ที่มีส่วนดูแลร่วมกับพยาบาล ศ้นความสนใจว่าที่ตัวทารกมากกว่าสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย มีความรู้สึกเป็นเจ้าของทารกและมีส่วนร่วมในการดูแลทารกมากขึ้น และกลายมาเป็นผู้พิทักษ์สิทธิ์ให้ทารก มีผลลัพธ์ที่ได้คือมารดาและพยาบาลสามารถวางแผนร่วมกันในการดูแลทารกเป็นไปตามเป้าหมายที่ตรงกับความต้องการของครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับความเครียดและความวิตกกังวลของมารดาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของทารกลดลง

สิ่งที่นับได้ว่าสำคัญที่จะช่วยให้บิดามารดาสามารถทำหน้าที่ในการดูแลทารกตลอดช่วงตั้งแต่ทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ คือสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาและพยาบาล ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Fegran และคณะ (2008) ที่พบว่า บทบาทของบิดามารดาในการดูแลทารกขณะในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดมีความเกี่ยวเนื่องกับสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาและพยาบาล ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตามระยะการเจ็บป่วยของทารก โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะวิกฤต (acute critical phase) เป็นช่วงที่เริ่มตั้งแต่ทารกเกิด มีอาการป่วยหนัก ไปจนถึงช่วงที่ทารกมีอาการกึ่งหนัก พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักในขณะที่บิดามารดาเป็นผู้สังเกตการณ์ แม้จะไม่ได้เป็นผู้ให้การดูแลทารกด้วยตนเองก็ตาม บิดามารดาก็ไม่รู้สึกว่าถูกแยกจากทารก เพราะบิดามารดาจะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับทารก และได้รับการสนับสนุนให้ได้สัมผัสทางกายกับทารก 2) ระยะคงที่ (stabilizing phase) เป็นช่วงที่อาการเจ็บป่วยของทารกค่อย ๆ ดีขึ้น และบิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น ในขณะที่พยาบาลจะค่อย ๆ ลดการช่วยเหลือลง เพื่อเปิดโอกาสให้บิดามารดาได้ดูแลทารกด้วยตนเองมากขึ้น การปรับตัวของบิดามารดาในการดูแลทารกซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นบทบาทใหม่นั้นมีความสำคัญ การสร้างพลังอำนาจแก่บิดามารดา สามารถทำได้โดยพยาบาลแสดงบทบาทในการเป็นตัวแบบในการดูแลและค่อย ๆ ส่งต่อบทบาทการดูแลให้บิดามารดา โดยแสดงความมั่นใจว่าทารกจะได้รับความปลอดภัยเมื่อได้รับการดูแลจากบิดามารดา ในขณะเดียวกันบิดามารดาเองก็ต้องการที่จะให้พยาบาลยืนยันในความสามารถของตน ในระยะนี้ถึงแม้อาการเจ็บป่วยของทารกจะค่อนข้างคงที่ แต่สิ่งที่ต้องคำนึงถึงและอาจทำให้บิดามารดาเกิดความคับข้องใจและสับสน ได้แก่ การได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลน้อยลง ที่อาจเกิดจากการทำให้พยาบาลคนอื่นหรือ

ผู้ช่วยพยาบาลเป็นผู้ดูแลทารกแทน การปฏิบัติหรือวิธีการสื่อสารที่ต่างไป อาจทำให้บิดามารดา สับสน การอธิบายถึงเหตุผลที่ลดการช่วยเหลือเพื่อให้บิดามารดาสามารถพัฒนาทักษะและเกิดความ มั่นใจในการดูแลเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับระยะนี้ และ 3) ระยะจำหน่าย (discharge phase) เป็นช่วงที่ ทารกอาการทุเลาและเตรียมพร้อมที่จะกลับบ้านได้ บิดามารดาจะเป็นผู้ดูแลทารกในขณะที่พยาบาล ช่วยสนับสนุนการดูแลอยู่ห่าง ๆ ในระยะนี้บิดามารดามักมีความรู้สึกลังเลกันทั้งปิติยินดีที่จะ ได้พาทารกกลับบ้าน และกลัวที่จะดูแลทารกโดยปราศจากบรรยากาศที่พร้อมจะได้รับการช่วยเหลือ ให้ทารกปลอดภัย บิดามารดาต้องได้รับการฝึกฝนการดูแลเตรียมความพร้อมในการกลับบ้าน และ เมื่อกลับไปแล้วหากเกิดความไม่มั่นใจในการดูแล หรือมีข้อสงสัย สามารถสอบถามทางโทรศัพท์ได้ ตลอดเวลา

จะเห็นได้ว่า ระดับของความต้องการและความเป็นไปได้ในการมีส่วนร่วมในการดูแล บุตรของบิดามารดามีไม่เท่ากัน และมีความหลากหลาย เพื่อให้พยาบาลสามารถจัดกิจกรรมการมี ส่วนร่วมดูแลให้แก่บิดามารดาได้เหมาะสมดังกล่าว Schepp และ Pai (1995) จึงได้ทำการศึกษาและ พัฒนาเครื่องมือเพื่ออธิบายความต้องการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรในเหตุการณ์หรือ สถานการณ์ที่บุตรอายุ 1 เดือน ถึง 18 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบไปด้วยกิจกรรม การดูแล 4 ด้าน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ทำประจำ (participation in routine care) ได้แก่ อุ้มหรืออยู่กับบุตรขณะได้รับการวัดอุณหภูมิ วัดความดันโลหิต หรือตรวจร่างกาย อาบน้ำให้หรือ ช่วยเหลือบุตรในการอาบน้ำ อยู่กับบุตรขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ดูแลให้บุตรได้รับอาหาร ช่วยเหลือบุตรเปลี่ยนเสื้อผ้า เป็นผู้ดูแลบุตรขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล เปลี่ยนผ้าพันแผลและ การเปลี่ยนผ้าปูที่นอนให้บุตร 2) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (participation in decision making) ได้แก่ เป็นผู้เลือกบุคลากรพยาบาลที่ดูแลบุตร เป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจรักษาที่บุตรจะได้รับ ก่อนที่บุคลากรสุขภาพจะปลุกบุตรให้ตื่นต้องได้รับอนุญาตจากบิดามารดาก่อน เป็นผู้อธิบาย กิจกรรมการรักษาพยาบาลแก่บุตรก่อนที่จะเริ่มกิจกรรมนั้น ๆ เป็นผู้ตัดสินใจว่าใครควรเยี่ยมบุตร และเป็นผู้วัดอุณหภูมิให้บุตร 3) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล (participation in technical care) ได้แก่ อยู่ด้วยและช่วยเหลือบุตรในระหว่างที่ได้รับการให้น้ำทางหลอดเลือดดำ อยู่กับบุตร เมื่อได้รับการตรวจพิเศษที่อื่น เช่น เอกซเรย์ และดูแลบุตรให้ได้รับความสุขสบายระหว่างที่ได้รับ หัตถการที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด 4) การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูล (participation in information sharing) ได้แก่ ได้รับข้อมูลเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาของบุตร สอบถาม เกี่ยวกับผลการตรวจรักษาที่บุตรได้รับ และได้รับข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร ซึ่งมี ผู้นำแบบวัดความต้องการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรดังกล่าวมาเป็นแนวทางใน การศึกษา กิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลของบิดามารดาหรือผู้ปกครองที่ได้ปฏิบัติจริงเปรียบเทียบกับ

ความต้องการปฏิบัติในกิจกรรมดังกล่าวหลายชิ้น (จรัสศรี หินศิลป์, 2549; ชนิดา เป๊ะสกุล, 2553)

จากผลการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่ารูปแบบในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยมักมีความคล้ายคลึงกัน ซึ่งอาจสรุปรูปแบบในการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกได้ ดังนี้ 1) การดูแลทางด้านร่างกาย ได้แก่ การเปลี่ยนผ้าอ้อม การเช็ดตัวหรืออาบน้ำ การให้นมมารดา (อาจเป็นการให้โดยตรงหรือให้ทางสายยาง) 2) การดูแลด้านอารมณ์และสังคม ได้แก่ การสัมผัส การพูดคุย การอยู่ให้กำลังใจทารกขณะทำหัตถการ เป็นต้น 3) การดูแลโดยอ้อม ได้แก่ การแลกเปลี่ยนข้อมูล การตัดสินใจ เป็นต้น โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้การช่วยเหลือและสนับสนุนในการมีส่วนร่วมของมารดา ทั้งนี้ก็ขึ้นกับความเหมาะสมกับสถานการณ์การเจ็บป่วย โดยในทารกที่มีภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจและมีอุปกรณ์อื่น ๆ การดูแลของมารดาอาจเป็นเพียงการจับ การสัมผัส พูดคุยอยู่ข้างเตียงเพื่อความปลอดภัยของทารก เมื่อทารกอาการทุเลามารดาสามารถอุ้มหรือให้การดูแลอื่น ๆ ได้มากขึ้น ซึ่งนอกจากสถานการณ์การเจ็บป่วยของทารกแล้ว มารดาเองก็ต้องมีความมั่นใจ มีความสามารถหรือทักษะในการดูแลทารก ซึ่งอาจเกิดจากการสังเกต เรียนรู้และฝึกปฏิบัติในการดูแลทารกดังกล่าว

2.2 ผลของการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่เจ็บป่วย

จากแนวคิดของการดูแลเด็กแบบยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีการสนับสนุนให้บิดามารดาหรือผู้ปกครองเข้ามาดูแลเด็กที่เจ็บป่วยในโรงพยาบาลมากขึ้น ไม่เว้นแม้แต่ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด เพื่อเป็นการลดผลกระทบจากการแยกจาก ซึ่งเชื่อกันว่าการที่ผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแลจากบิดามารดาหรือผู้ปกครองมีผลในด้านบวกทั้งต่อตัวเด็ก บิดามารดาหรือผู้ปกครอง และบุคลากรทางสุขภาพ จากการทบทวนงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบผลลัพธ์ของการมีส่วนร่วมดูแลเด็กที่ป่วยของบิดามารดาหรือผู้ปกครองได้ดังนี้

การที่ทารกแรกเกิดเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทารกที่มีภาวะวิกฤต หรือทารกที่มีความเสี่ยงสูงและต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ทำให้กระบวนการสร้างความรักความผูกพันระหว่างมารดาและทารกชะงักหรือถูกกั้นขวาง ซึ่งช่วงเวลาที่ทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนี้ กลับกลายเป็นช่วงเวลาเดียวกับเวลาที่เหมาะสมในการสร้างความผูกพัน (bonding) ระหว่างมารดาและทารก (Gale & Franck, 1998) ดังนั้นเพื่อให้กระบวนการสร้างความรักความผูกพันระหว่างมารดาและทารกเกิดขึ้นต่อเนื่อง ควรสนับสนุนและช่วยเหลือให้มารดาได้มีโอกาสเข้าเยี่ยมทารก เพื่อให้มารดาและทารกได้มีปฏิสัมพันธ์กันโดยตรง ไม่ว่าจะเป็นการสัมผัส หรือการได้ยินเสียง ซึ่งนับได้ว่าเป็นขั้นตอนสำคัญที่สุดที่จะทำให้เกิดการสร้างความรักความผูกพันระหว่าง

มารดาและทารก (Cox & Bialoskurski, 2001) ดังการศึกษาของทัศนีย์ ตรีสายลักษณ์ (2542) ที่พบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์กับมารดาโดยเร็วและต่อเนื่อง โดยการเปิดโอกาสให้มารดาเข้าเยี่ยมอย่างใกล้ชิด สนับสนุนให้มารดามองสบตา สัมผัสอุ้มปล้ร่างกาย หรือพูดคุยกับทารก ตลอดจนให้การดูแลทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ทำความสะอาดร่างกายหลังขับถ่าย เปลี่ยนผ้าอ้อม รวมถึงการให้นมจากขวดแก่ทารกขณะอยู่ในตู้อบ โดยกำหนดให้มารดาเข้าเยี่ยมทารกครั้งละ 15-20 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ทำให้มารดาพัฒนาความรู้สึกรักและผูกพันต่อทารกได้มากขึ้น จึงอาจกล่าวได้ว่าการที่บิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยและมีภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดจะช่วยสร้างเสริมความรักความผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก (Dudek-Shriber, 2004) ดังนั้นช่วงเวลาในการเยี่ยมหรือการเปิดโอกาสให้มารดาได้อยู่ดูแลทารกจึงมีความสำคัญ หากมารดาได้อยู่ดูแลทารกนานก็มีเวลาในการสร้างสัมพันธ์กับทารกมากขึ้น (Rabelo, Chaves, Lúcia, Cardoso, & Sherlock, 2007)

ในการสร้างสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกโดยการสัมผัสนั้น การอุ้มแบบแองการูสามารถพัฒนาและเพิ่มความรักความผูกพันระหว่างมารดาและทารก และยังเป็นการเสริมให้มารดามีการตอบสนองและเพิ่มทักษะในการดูแลทารกได้ (Tessier et al., 1998) ซึ่งในหอผู้ป่วยที่เปิดโอกาสให้มารดาได้เข้าเยี่ยมทารกตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากเป็นการเปิดโอกาสให้มารดาและทารกได้มีการสัมผัสกันทางด้านร่างกายโดยการอุ้มแบบแองการูแล้ว ยังส่งผลให้มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้นด้วย เมื่อเทียบกับหอผู้ป่วยที่จำกัดเวลาในการเยี่ยมเพียงวันละ 7-8 ชั่วโมง (de Vonderweid & Leonessa, 2009) ยิ่งไปกว่านั้น ในกลุ่มมารดาและทารกที่ได้รับการส่งเสริมให้มีการอุ้มแบบแองการูต่อเนื่องภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด พบว่าสัดส่วนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อ 6 เดือน และ 12 เดือน สูงกว่าในกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการดูแลแบบแองการูต่อเนื่องภายหลัง (Nagai et al., 2011) นอกจากนี้แล้ว การอุ้มแบบแองการูยังมีผลดีต่อทั้งมารดาและทารก โดยช่วยให้มารดามีความรู้สึกล้นบวคต่อทารกมากขึ้น สามารถเข้าใจและตอบสนองสื่อสัญญาณที่ทารกแสดงออกได้ดีกว่า และมารดามีความเครียดลดลง ส่วนผลต่อทารกพบว่าการตื่นตัวและมีปฏิสัมพันธ์กับมารดามากกว่า (Feldman, Eidelman, Sirota, & Weller, 2002)

การที่มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกที่เจ็บป่วย นอกจากช่วยให้เกิดสายสัมพันธ์ที่แน่นหนาระหว่างมารดาและทารกแล้ว มารดายังมีส่วนสำคัญในการดูแลส่งเสริมพัฒนาการทารก (developmental care) โดยมารดานับเป็นสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับทารก ให้ความรู้สึกล้นบวคสม่ำเสมอ ปลอดภัยทารกเมื่อได้รับความเจ็บปวดจากการทำหัตถการต่าง ๆ และส่งเสริมให้เกิดพัฒนาการทารกได้อย่างเหมาะสม (Gale & Franck, 1998) อันเป็นผลดีทั้งต่อมารดาและทารก ซึ่งการดูแลเพื่อส่งเสริมพัฒนาการทารกที่เป็นที่รู้จักและนำมาปฏิบัติกันอย่าง

แพร่หลาย ได้แก่ NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการทางระบบประสาทของทารกเกิดก่อนกำหนดตามระยะพัฒนาการของทารกในแต่ละช่วงอายุครรถ์ให้ได้รับการกระตุ้นและตอบสนองอย่างเหมาะสม และหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่ควรทำในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด โดยสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 2 นาที ก่อนและหลังทำกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตได้แก่ การแสดงสีหน้า การหายใจ สีผิว การเคลื่อนไหว สภาวะ และความสนใจของทารกเกิดก่อนกำหนด โดยบุคลากรและบิดามารดาที่ทำหน้าที่ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นผู้สังเกตการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว แล้วนำมาวางแผนให้การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดโดยการจัดสิ่งแวดล้อมและกิจกรรมต่าง ๆ อย่างเหมาะสม เช่น การควบคุมสิ่งกระตุ้นภายนอกจาก แสง สี และเสียง การคลุมตัวด้วยผ้า การจัดท่านอน การกำหนดเวลาพักสำหรับทารก เป็นต้น (Wallin & Eriksson, 2009) ถึงแม้ผลระยะสั้นของโปรแกรม NIDCAP ในการที่จะช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิต และลดอัตราการป่วยและการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดในทารกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ เลือดออกในช่องสมอง (intraventricular hemorrhages (IVH) grade III-IV) ภาวะลำไส้เน่า (necrotizing enterocolitis (NEC) $\geq$ grade 3) และจอประสาทตาเจริญผิดปกติ (retinopathy of prematurity (ROP) $\geq$ stage 3) อาจยังไม่ชัดเจน แต่ก็พบว่าอัตราการเกิดโรคปอดเรื้อรัง (bronchopulmonary dysplasia (BPD) moderate-severe) ลดลง ส่วนผลระยะยาวของโปรแกรม NIDCAP ที่ศึกษาเมื่อเด็กอายุ 1 ปี และ 3 ปี พบว่าพัฒนาการด้านการเรียนรู้ของเด็ก และสัมพันธภาพระหว่างมารดาและเด็ก ดีกว่ากลุ่มมารดาและทารกที่ไม่ได้รับโปรแกรม NIDCAP (Kleberg, Westrup, & Stjernqvist, 2000; Kleberg, Westrup, Stjernqvist, & Lagercrantz, 2002)

นอกจากนี้ยังมีโปรแกรมดูแลเพื่อส่งเสริมพัฒนาการทารกที่พัฒนามาจาก NIDCAP คือ MITP (Mother-infant Transaction Program) เป็นโปรแกรมสำหรับมารดาที่มีการผสมผสานกันระหว่างการฝึกมารดาในการสังเกต ประเมิน และตอบสนองความต้องการของทารก ร่วมกับการส่งเสริมให้มารดามีปฏิริยาด้านบวกต่อทารก (เช่น การนวด การอุ้มแบบแอกการู เป็นต้น) ภายใต้พื้นฐานการเรียนรู้เกี่ยวกับทารกเป็นการเฉพาะราย ผลจากการใช้โปรแกรม MITP ก็เป็นไปทำนองเดียวกันกับ NIDCAP ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Newnham, Milgrom และ Skouteris (2009) ที่ศึกษาผลลัพธ์จากการใช้ MITP กับมารดาของทารกที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ซึ่งมารดาจะได้รับโปรแกรมฝึกทั้งหมด 9 ครั้ง โดยแบ่งเป็น 7 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ขณะทารกอยู่โรงพยาบาล และอีก 2 ครั้งภายหลังจากทารกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (โดยการเยี่ยมบ้านเมื่อ 1 เดือนและนัดมาติดตามผลการรักษาที่โรงพยาบาล 3 เดือน) ผลการศึกษาจากการรายงานของมารดาเมื่อทารกอายุ 3 เดือนและ 6 เดือน พบว่า MITP ช่วยส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและ

ทารก ทารกเลี้ยงง่าย ปัญหาต่าง ๆ ที่อาจพบได้ในทารกมีน้อย (เช่น ร้องมาก นอนยาก เป็นต้น) ทารกสามารถพัฒนาทักษะในการสื่อสารได้ดี และมารดามีความเครียดที่อาจเป็นผลจากการดูแลทารกน้อยกว่า และเมื่อทารกอายุ 2 ปี ยังคงพบว่าทักษะในการสื่อสารของทารกดีกว่าในกลุ่มที่ไม่ได้รับ MITP

นอกจากนั้น การศึกษาของ Milgrom และคณะ (2010) ที่ศึกษาผลการใช้โปรแกรม MITP ในมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 30 สัปดาห์ โดยมารดาจะได้รับการฝึกให้สังเกตการสื่อสารของทารกคล้ายกับ NIDCAP ได้แก่ 1) การสังเกตสัญญาณที่ทารกแสดงออกว่ามีความเครียด การตอบสนองทารกอย่างเหมาะสม การหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ทารกเครียด 2) การสัมผัสทารก โดยการจับ หรือนวด 3) การกระตุ้นประสาทสัมผัสทารกด้วยเสียง การมองเห็น และการสัมผัส ซึ่งมารดาจะได้รับการฝึกจากนักจิตวิทยาสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใน 2 สัปดาห์แรก และสัปดาห์ละครั้งหลังจากนั้น และกิจกรรมการดูแลตามโปรแกรมที่มารดาต้องทำให้ทารก ได้แก่ การนวด การอุ้มแบบแอกการู และการอาบน้ำ และวัดผลลัพธ์จากการเจริญและพัฒนาโครงสร้างของสมองทารกด้วยผลการตรวจโดยวิธี MRI (Magnetic Resonance Imaging) เมื่อทารกอายุครรภ์ 40 สัปดาห์ แม้ไม่พบว่ามีความแตกต่างของปริมาณเนื้อสมอง แต่เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ที่มีต่อการรักษาพยาบาลพบว่า จำนวนวันนอนโรงพยาบาล จำนวนชั่วโมงการใช้ออกซิเจน และการติดเชื้อในกระแสเลือดของทารกน้อยกว่าทารกที่ได้รับการดูแลตามปกติ และในขณะเดียวกันพบว่ามารดาแม่เลี้ยงทารกและดูแลทารกโดยการให้อาหาร บ่อยกว่ามารดาที่ไม่ได้รับโปรแกรม MITP จะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมของมารดามีความสำคัญต่อการส่งเสริมพัฒนาการของทารกทั้งในระยะสั้นและระยะยาว หากมีการจำกัดการเข้ามามีส่วนร่วมดูแลหรือจำกัดการเยี่ยม ทารกอาจได้รับการดูแลส่งเสริมพัฒนาการทารกไม่มากเท่าที่ควร

การให้มารดาเป็นผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) และมีพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนช่วยเหลือมารดาให้สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของทารกนั้น เมื่อมารดาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารก นั้นหมายถึงการที่มารดาได้มีโอกาสได้ใกล้ชิดทารกทั้งจากการมองและการสัมผัส มารดาสามารถเรียนรู้และทำความเข้าใจทารกผ่านการสังเกตและการได้สัมผัสทารกจากการทำกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ ซึ่งในระยะแรกของการดูแลส่วนใหญ่แล้วจะเริ่มต้นจากการเปลี่ยนผ้าอ้อม ผ้าปูเตียง ซึ่งการที่เป็นการทำร่วมกับพยาบาล ต่อมาเมื่อมีได้ทำบ่อยขึ้นมารดาจะมีความมั่นใจในการดูแลทารกดังกล่าว (Skene, et al., 2012) และจะส่งผลให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกมากขึ้น เช่น การสัมผัส การกอด การอุ้ม ตลอดจนทำกิจกรรมการดูแลประจำวัน ได้แก่ การให้อาหาร การอาบน้ำ การจัดท่านอน (Heermann, et al., 2005) เมื่อมารดาเกิดการเรียนรู้และทำความเข้าใจกับทารกแล้ว มารดามักเกิดความรู้สึกว่าเป็นเจ้าของทารก และรู้สึกถึงความเป็นมารดา

(Wigert, Johansson, Berg, & Hellström, 2006) แม้มารดาจะไว้วางใจและมั่นใจว่าพยาบาลเป็นผู้ที่ดูแลทารกได้ดี แต่เมื่อมารดาได้มีโอกาสดูแลทารกจนเกิดความมั่นใจว่าตนรู้จักทารกดีที่สุดและสามารถดูแลทารกได้ มารดาจะมีต้องการที่จะดูแลเพื่อให้การตอบสนองความต้องการของทารกด้วยตนเองมากขึ้น (Skene, et al., 2012)

นอกจากการส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาทารก การกระตุ้นพัฒนาการทารก และช่วยให้มารดาทำความรู้จักทารกแล้ว ยังเป็นการเตรียมความพร้อมของมารดาก่อนพาทารกกลับไปอยู่บ้าน โดยทั่วไปบิดามารดามักได้รับอนุญาตให้เข้ามาดูแลทารกอย่างเต็มที่ในช่วง 2-3 วัน ก่อนกลับบ้าน โดยการจัดให้มีเตียงสำหรับมารดาอยู่ใกล้ ๆ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด (rooming-in) เปิดโอกาสให้มารดาหรือครอบครัว เข้ามาเป็นผู้ให้การดูแลทารกอย่างเต็มที่ จนสามารถสังเกตพฤติกรรมและบอกความต้องการของทารกได้ ช่วยให้มารดาหรือครอบครัวเกิดความมั่นใจและความพร้อมในการดูแลทารกด้วยตนเองได้ (Bennett & Sheridan, 2005) และช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลทารกเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (Johnson, 2008b)

การเปิดโอกาสให้มารดาได้เริ่มเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกโดยเร็วและต่อเนื่อง ไม่เพียงแต่ส่งผลให้มารดามีทักษะและเกิดความมั่นใจในการดูแลทารกทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้านเท่านั้น ยังทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อทารกอีกด้วย ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Bhutta และคณะ (2004) พบว่าการที่มารดาที่ได้รับการฝึกฝนทักษะที่จำเป็นให้การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดถึงวิกฤต (stepdown unit) ร่วมกับพยาบาลตลอดช่วงระยะเวลาที่ทารกอยู่โรงพยาบาล ทำให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของทารก อัตราการป่วย และการเข้ารับการรักษาซ้ำหลังทารกออกจากโรงพยาบาลลดลง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Örténstrand และคณะ (2010) ศึกษาผลของการส่งเสริมให้บิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในประเทศสวีเดน จำนวน 366 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 183 คน กลุ่มแรกกำหนดให้มีบิดาหรือมารดาอย่างน้อยหนึ่งคน ที่สามารถอยู่ดูแลทารกตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่วันแรกที่ทารกเข้ารับการรักษาและต่อเนื่องไปจนถึงวันที่ทารกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มที่สองเป็นการมีส่วนร่วมของบิดามารดาตามปกติ ซึ่งบิดามารดาสามารถเข้ามาดูแลทารกได้ในเวลาที่กำหนด ผลการศึกษาพบว่า ในทารกเกิดก่อนกำหนดที่บิดามารดาได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมดูแลทารกตลอด 24 ชั่วโมง มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่บิดามารดามีส่วนร่วมดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .5$) และยังพบว่าสามารถลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยและลดความเสี่ยงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนในทารก ได้แก่ โรคปอดเรื้อรัง พยาธิสภาพของจอประสาทตา การติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น

ผลการส่งเสริมให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกยังเป็นการส่งเสริมให้มีการ

ประสานงาน (collaboration) ระหว่างมารดาและพยาบาล โดยมารดาสามารถสังเกตการดูแลทารกของพยาบาล และซักถามในข้อสงสัยต่าง ๆ หากพยาบาลและมารดามีสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารที่ดี มารดาก็คลายความกังวล และสามารถเรียนรู้การดูแลทารกได้มากขึ้น (Rabelo, et al., 2007) โดยมารดาซึ่งดูแลทารกของตนเองเพียงคนเดียว สามารถทำความเข้าใจทารกผ่านการสัมผัสจากกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ จนสามารถสังเกตและจดจำทารกได้ดีกว่าพยาบาลซึ่งให้การดูแลทารกหลายคน ทำให้สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับทารกกับพยาบาลได้ (Skene, et al., 2012) อย่างไรก็ตาม การเรียนรู้ในการทำกิจกรรมการดูแลของมารดานั้น นอกจากมีการเปิดโอกาสในการเรียนรู้แล้ว พยาบาลควรมีเวลาในการสะท้อนบทบาทการดูแลหรือประเมินผลลัพธ์การดูแลด้วย เพราะสิ่งที่มารดาไม่มั่นใจในการดูแลทารกมักได้แก่ การดูแลเกี่ยวกับอุปกรณ์การแพทย์และสัญญาณเตือนต่าง ๆ ซึ่งนั่นเป็นสิ่งที่ไม่จำเป็นเมื่อทารกอาการทุเลาและเตรียมพร้อมในการที่จะกลับบ้าน สิ่งที่ต้องสอนและเตรียมพร้อมต่อไป ได้แก่ การดูแลทารกให้ได้รับความปลอดภัย สิ่งที่ต้องปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ดังนั้นการเตรียมจำหน่ายด้วยการสอนและฝึกทักษะในการดูแลทารกเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมารดาควรมีการประเมินหรือสอบถามมารดาเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าจะสามารถดูแลทารกเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ (Raines & Brustad, 2012)

จากการทบทวนงานวิจัยและวรรณกรรมดังกล่าว พอสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่เจ็บป่วยมีประโยชน์ดังนี้ 1) ช่วยให้การสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง 2) ช่วยให้มารดามีโอกาสเรียนรู้ในการดูแลทารกและเกิดความมั่นใจในการดูแลทารกทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อต้องพาทารกกลับไปดูแลต่อที่บ้าน 3) เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างมารดาและพยาบาล มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล เกิดความเข้าใจกัน อันจะนำไปสู่การตัดสินใจดูแลทารกร่วมกัน และ 4) ทารกได้รับการดูแลที่เหมาะสม ทำให้อัตราการเจ็บป่วยจากภาวะแทรกซ้อนลดลง และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลสั้นลง จึงควรสนับสนุนให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลโดยเร็วและต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ทารกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2.3 อุปสรรคในการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่เจ็บป่วย

ถึงแม้จะมีการส่งเสริมให้บิดามารดาหรือครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยมากขึ้น แต่ในความเป็นจริงยังพบว่าการมีส่วนร่วมดูแลทารกในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดยังน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ดังที่มีผู้ศึกษาพบว่า มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดในหออภิบาลทารกแรกเกิดหรือหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่าที่มารดาต้องการ (จรัสศรี หินศิลป์,

2549; ชนิดา เป๊ะสกุล, 2553) นั่นอาจเป็นเพราะว่ามารดาไม่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกได้ เนื่องจากมีเหตุขัดข้องหรืออุปสรรคบางประการ โดยมีผู้กล่าวถึงอุปสรรคในการเข้ามามีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่เจ็บป่วย ดังนี้

Griffin (1990) เสนอแนวคิดเกี่ยวกับอุปสรรคในการดูแลทารกในหออภิบาลพิเศษทารกแรกเกิด ประกอบด้วยอุปสรรค 4 ด้าน ดังนี้ 1) อุปสรรคทางกายภาพ ได้แก่ ระยะห่างระหว่างหอผู้ป่วยที่มารดาและทารกอยู่ หรือหากมารดากลับบ้านแล้วเกิดความสะดวกในการเดินทาง 2) อุปสรรคที่เกิดจากอุปสรรคทางการแพทย์ที่ใช้กับทารก เช่น ตู้อบ อุปสรรคในการให้ออกซิเจน อุปสรรคให้สารน้ำ ที่ปิดตาขณะทารกได้รับการส่องไฟรักษา เป็นต้น 3) อุปสรรคที่เกิดจากสภาพทางจิตใจและอารมณ์ของบิดามารดา อันเกิดจากลักษณะของทารกและการรักษาที่ได้รับ ความรู้สึกไม่เป็นส่วนตัว การได้รับการช่วยเหลือน้อย การกลัวในการสร้างสัมพันธภาพกับทารก และ 4) อุปสรรคที่เกิดจากพยาบาล ซึ่งรวมถึงกฎระเบียบในการเยี่ยม รูปแบบการดูแล การทำหัตถการต่าง ๆ การจัดสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการทำงานของพยาบาล การใส่ใจกับสภาพอารมณ์และ/หรือเห็นความสำคัญของบิดามารดา ตลอดจนลักษณะสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับทารก

นอกจากกล่าวถึงอุปสรรคในการดูแลทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยแล้ว Griffin (1990) ยังได้เสนอแนวทางแก้ไขไว้ว่า ขั้นตอนสำคัญในการที่จะช่วยให้บิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารก คือ การประเมินหรือลดอุปสรรคเกี่ยวกับกฎระเบียบหรือขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ให้ชัดเจนและมีเหตุผล การมีข้อตกลงร่วมกันระหว่างบิดามารดาและพยาบาลที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลทารก เพื่อเป็นการเอื้อให้บิดามารดาสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกในหออภิบาลพิเศษทารกแรกเกิดดังกล่าว และพยาบาลต้องมีการเรียนรู้ที่จะให้ความสำคัญและเห็นคุณค่าของการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกด้วย แต่ก็ยังไม่ได้มีการศึกษาที่กล่าวถึงแนวทางที่ชัดเจนในการกำจัดหรือลดอุปสรรคดังที่กล่าวมา

ส่วนการดูแลทารกขณะที่ทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดนั้น Dobbins และคณะ (1994) ได้กล่าวถึงสิ่งที่เป็อุปสรรคหรือสิ่งท้าทายสำหรับบิดามารดา ในการที่จะแสดงบทบาทบิดามารดาในการดูแลทารกที่เจ็บป่วยดังกล่าว ประกอบไปด้วย 1) อุปสรรคด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยซึ่งเต็มไปด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ เสียงสัญญาณเตือนต่าง ๆ เป็นต้น 2) ลักษณะของทารก หมายถึง สภาพร่างกายและพฤติกรรมของทารกที่ปรากฏทั้งขนาดร่างกายและปฏิกิริยาการตอบสนอง ซึ่งอาจแตกต่างไปจากที่บิดามารดาคาดหวัง 3) กิจกรรมหรือภาระประจำวัน หมายถึง สิ่งที่บิดามารดาต้องปฏิบัติอยู่เดิม เช่น การดูแลบุตรที่บ้าน การเดินทางไกล ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เป็นต้น 4) ลักษณะการปฏิบัติงาน หมายถึง ลักษณะการทำงานในหอผู้ป่วย ที่ส่วนใหญ่ทำให้บิดามารดาไม่สามารถเข้ามาดูแลทารกได้อย่างใกล้ชิด เช่น พื้นที่จำกัด

ข้างเคียงทำให้บิดามารดาและพยาบาลไม่สามารถอยู่ข้างเตียงทารกได้พร้อมกัน ทศนคติของพยาบาลก็ส่งผลกระทบต่อที่จะมีปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบิดามารดา เป็นต้น 5) ประสบการณ์เดิม หมายถึงประสบการณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบิดามารดาเยี่ยมทารกในครั้งที่ผ่านๆ มา ซึ่งมักทำให้เกิดความเครียด หากยังไม่ได้รับการช่วยเหลือให้บรรเทา ก็จะยังรู้สึกเครียดอยู่ตามประสบการณ์เดิม

Dobbins และคณะ (1994) ได้ทำการศึกษาถึงอุปสรรคของบิดามารดาในการดูแลทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 207 ครอบครัว พบว่า สิ่งที่ทำให้บิดามารดาเยี่ยมและดูแลทารกได้น้อยลง คือ ระยะทางระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของทารก หากบ้านอยู่ไกลบิดามารดาจะมาเยี่ยมและดูแลทารกได้ไม่บ่อย และขณะเดียวกันหากทารกนอนโรงพยาบาลนานหลายวันหรือเมื่อทารกอายุมากขึ้น ความถี่ในการมาเยี่ยมและดูแลทารกจะลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าสภาพสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่บิดามารดาตระหนักว่าเป็นอุปสรรคในการดูแลทารก ได้แก่ ไม่มีที่ว่างข้างเตียงมากพอสำหรับบิดามารดา โดยเฉพาะในช่วงที่พยาบาลเข้ามาให้การดูแลทารก มีบิดามารดาเสนอแนะว่าควรจะมีห้องเพิ่มขึ้นเสี่ยงที่เกิดจากการทำงานอุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์และสัญญาณเตือนต่าง ๆ และการขาดความเป็นส่วนตัวที่จะได้อยู่ดูแลทารก เป็นต้น ในขณะที่อุปสรรคที่เกิดจากความเป็นส่วนตัวในการเยี่ยม เสียงทั่ว ๆ ไปและแสงไฟในหอผู้ป่วย มารดามีความตระหนักว่าเป็นอุปสรรคน้อยกว่า นอกจากนี้ยังพบว่าการเห็นภาพทารกที่เต็มไปด้วยท่อและสายไฟรอบตัว เป็นสิ่งที่บิดามารดาเกิดความรู้สึกอึดอัดใจมากที่สุด ในขณะที่บิดามารดาส่วนหนึ่งระบุว่า ด้วยขนาดรูปร่างที่เล็กและท่าทางที่ทารกแสดงออก ทำให้บิดามารดาารู้สึกว่าทารกไม่สุขสบาย เป็นอุปสรรคในการมาเยี่ยมทารกของพวกเขา และได้เสนอความคิดเห็นว่าต้องการให้ช่วยอธิบายว่าลักษณะท่าทางของทารกแบบไหนที่บ่งบอกว่าทารกไม่สุขสบาย อีกทั้งแนะนำให้ผ้าห่มหรือผ้าห่มมาปิดคลุมตำแหน่งที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ พลาสเตอร์ หรือรอยขีดที่ที่เกิดขึ้น เป็นการชั่วคราว เมื่อถามถึงความต้องการของบิดามารดา พบว่าบิดามารดาต้องการพูดคุยกับบิดามารดาของทารกที่มีการเจ็บป่วยคล้ายกัน การจัดกิจกรรมให้บิดามารดาของทารกเหล่านี้ได้คุยกัน เช่น การทำ parent to parent support อาจช่วยให้การมีส่วนร่วมดูแลทารกของบิดามารดามากขึ้น และหากทารกอยู่โรงพยาบาลนานวัน บิดามารดาจะต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับพัฒนาการและการดูแลทารกในอนาคตมากกว่าในปัจจุบัน

โดยทั่วไปแล้ว บทบาทของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วย คือ การดูแลพื้นฐาน ซึ่งได้แก่ การทำความสะอาด การเปลี่ยนผ้าอ้อม การให้อาหาร การแต่งตัว และการจัดท่านอน (Franck & Spencer, 2003; Heermann, et al., 2005) และพยาบาลส่วนใหญ่ก็เห็นด้วยกับบทบาทการมีส่วนร่วมเหล่านี้ แต่กลับไม่เห็นด้วยกับการเตรียมอาหาร การมีส่วนร่วมขณะแพทย์ตรวจเยี่ยมทารก และขณะพยาบาลให้การดูแลทารก (Walker, 1998) ความคิดเห็นที่ไม่สอดคล้องที่

เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลและบิดามารดา นับเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการมีส่วนร่วมดูแลทารกของบิดามารดา ดังเช่นการศึกษาของ Kawik (1996) ที่พบว่าบิดามารดาต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรที่ป่วย แต่เนื่องจากบิดามารดาไม่มีความรู้และทักษะจึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาล ขณะเดียวกัน แม้พยาบาลจะเห็นด้วยกับการที่บิดามารดาจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตร แต่พยาบาลกลับไม่เต็มใจที่จะแบ่งการดูแลหรือเปิดโอกาสให้บิดามารดาเข้ามาทำหน้าที่ดังกล่าว นั่นอาจเป็นเพราะพยาบาลไม่เชื่อว่าบิดามารดาสามารถให้การดูแลบุตรได้ (Gale & Franck, 1998) หรืออาจเกิดจากการที่พยาบาลมีภาระงานมาก ทำให้ไม่มีเวลาอธิบายหรือให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่บิดามารดา ส่งผลให้มารดาไม่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกได้เต็มที่ (Paliadelis, Cruickshank, Wainohu, Winskill, & Stevens, 2005)

สภาวะสุขภาพและการรักษาที่ทารกได้รับเองก็อาจเป็นอุปสรรคในการดูแลทารกของมารดาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Nyqvist และ Engvall (2009) ที่สำรวจความคิดเห็นของบิดามารดาและพยาบาลเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลทารกของมารดาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดประเทศนอร์เวย์ พบว่า มีหลายกิจกรรมการดูแลที่มารดาได้ทำน้อยหรือไม่ได้ทำเลยในทารกที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจหรือใช้แรงดันบวก (CPAP) กิจกรรมที่ไม่ได้ทำเลย ได้แก่ อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า ชั่งน้ำหนัก ในขณะที่บิดามารดาคิดว่าตนเองสามารถทำได้ร้อยละ 50-60 ส่วนพยาบาลคิดว่าบิดามารดาสามารถทำได้ร้อยละ 8-32 กิจกรรมที่มารดาได้ทำน้อยเมื่อทารกใส่เครื่องช่วยหายใจหรือแรงดันบวก ได้แก่ การยกตัวทารก การจัดหรือเปลี่ยนท่า ร้อยละ 25-33 ในขณะที่บิดามารดาคิดว่าตนเองสามารถทำได้ร้อยละ 67-90 และพยาบาลเห็นว่าบิดามารดาสามารถทำได้ร้อยละ 8-44 หากทารกไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจหรือแรงดันบวกบิดามารดาได้ยกทารก จัดหรือเปลี่ยนท่านอนให้ ร้อยละ 71-100 ซึ่งบิดามารดาเองก็เชื่อว่าตนเองสามารถทำได้ร้อยละ 83-100 และพยาบาลเองก็เห็นด้วยกับบิดามารดาเช่นกัน ส่วนกิจกรรมการดูแลอื่น ๆ บิดามารดาได้ทำและคิดว่าสามารถทำได้โดยได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลเกินร้อยละ 50 เช่น ให้นม (ไม่ว่าจะเป็นจากขวดแก้วหรือทางสายให้อาหาร) ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ เปลี่ยนผ้าอ้อม บันทึกการขับถ่าย เป็นต้น ซึ่งอาจสรุปได้ว่าในทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจหรือแรงดันบวกทำให้การมีส่วนร่วมดูแลของบิดามารดาและการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลในการทำกิจกรรมการดูแลบางอย่างน้อยลง

มีการศึกษาที่พบอุปสรรคอื่นที่มีผลทำให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกได้ไม่บ่อยตามที่ต้องการ ได้แก่ วัฒนธรรมและความเชื่อที่ยังเป็นที่นิยมและแพร่หลายโดยเฉพาะในหมู่ของชาวจีนที่มีความเชื่อในเรื่องหยินหยาง ซึ่งเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนของมารดาหลังคลอดในช่วง 1 เดือนหลังคลอดบุตรที่เรียกว่า “Zuo Yue Zi” ซึ่งประกอบด้วยความเชื่อและวิธีปฏิบัติที่หลากหลาย ได้แก่ หลีกเลี่ยงอาหารที่เย็น เช่น ผักและผลไม้บางชนิด แต่เชื่อว่าอาหารที่เหมาะสมคือน้ำผึ้ง ห้าม

อาบน้ำและสระผม งดแปรงฟัน แต่มีการทำความสะอาดช่องคลอดและฝีเย็บเพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ งดทำงานบ้าน พักอาศัยในบ้านเท่านั้น และนอนพักบนเตียงเพื่อให้หลังตรง ทำให้มีข้อจำกัดในการออกนอกบ้านและไม่สามารถไปเยี่ยมหรือให้การดูแลทารกได้ตามต้องการ (Lee, et al., 2009; Raven, Chen, Tolhurst, & Garner, 2007) ซึ่ง Lee และคณะ (2009) ได้ศึกษาพบว่าในช่วงเดือนแรกหลังคลอดมารดาส่วนใหญ่ได้มาเยี่ยมทารกเพียง 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์เท่านั้น และมีมารดาเพียง 4 คนจากมารดา 26 คน ที่ได้เยี่ยมทารกแบบแคงการูในสัปดาห์แรก ๆ ซึ่งมารดาบางคนรายงานว่าการอุ้มแบบแคงการูทำให้เกิดความรู้สึกที่ดี แต่ก็เกรงว่าตนเองอาจเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพหากไม่ได้ทำตามประเพณีปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

นอกจากนี้ยังมีอุปสรรคที่เกิดจากหรือมีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบิดามารดาเอง ได้แก่ 1) ภาระการดูแลบุตรที่บ้าน หากมีบุตรที่ต้องดูแลที่บ้านหลายคน การมาเยี่ยมและดูแลทารกที่โรงพยาบาลก็น้อยลง (Franck & Spencer, 2003; Wigert, Berg, & Hellström, 2007) มารดาบางคนมีความเห็นว่าการอุ้มแบบแคงการูแบบต่อเนื่องเป็นสิ่งดีมาก แต่หากต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน ก็ไม่ได้ใกล้ชิดกับบุตรอีกคน (Blomqvist & Nyqvist, 2011) 2) ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของทารก พบว่าทารกอยู่โรงพยาบาลนานหลายวันกำหนดการมาเยี่ยมและดูแลทารกของบิดามารดาก็ห่างออกไป (Dobbins, et al., 1994; Franck & Spencer, 2003) 3) การทำงานของบิดามารดา บิดามารดาบางคนมาเยี่ยมทารกหลังเลิกงาน ซึ่งความเหนื่อยล้าหลังเลิกงานทำให้ไม่สามารถให้การดูแลทารกได้ (Griffin, 2001) การเจ็บป่วยของบุตรทำให้ตารางการทำงานและแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลง เช่น ไม่สามารถอาบน้ำได้ทุกวัน การตื่นขึ้นมาในเวลาที่แตกต่างกันเมื่อบุตรได้รับการทำหัตถการต่าง ๆ เป็นต้น (Dudley & Carr, 2004)

การมีส่วนร่วมของมารดาเป็นส่วนประกอบสำคัญของการดูแลแบบยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ดังนั้น ทักษะคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กของมารดาและพยาบาล จึงเป็นสิ่งสำคัญ หากมารดาและพยาบาลมีทัศนคติต่างกัน อาจทำให้การมีส่วนร่วมดูแลของมารดาเกิดขึ้นได้น้อยกว่าที่ควรจะเป็น ดังการศึกษาของ Abdulbaki, Gaafar และ Waziry (2011) ที่ศึกษาทัศนคติของมารดาและพยาบาลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยทำการสอบถามมารดาจำนวน 100 คน ที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กที่โรงพยาบาล 5 แห่ง ในประเทศอียิปต์ และพยาบาลจากโรงพยาบาลดังกล่าวจำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่าทั้งมารดาและพยาบาลมีทัศนคติด้านบวกต่อการมีส่วนร่วมดูแลเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่พยาบาลเห็นด้วยน้อยกว่ามารดา ซึ่งพยาบาลส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการที่มารดามีส่วนร่วมในการดูแลเกี่ยวกับกิจกรรมประจำวัน เช่น ให้อาหาร ดูแลความสะอาด เปลี่ยนผ้าอ้อม เป็นต้น และการดูแลเพื่อปลอบใจเด็ก เช่น อุ้ม จูบ พูดยุย อ่านหนังสือให้ฟัง อยู่เป็นเพื่อนขณะแพทย์มา

ตรวจเยี่ยม เป็นต้น แต่พยาบาลไม่เห็นด้วยกับการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล เช่น ให้อาหารทางสายยาง วัดและบันทึกอุณหภูมิกาย เก็บปัสสาวะหรืออุจจาระส่งตรวจ ให้ยารับประทาน สังเกตอาการระหว่างเด็กได้รับออกซิเจน อยู่กับเด็กระหว่างได้รับการให้สารน้ำหรือการทำหัตถการที่เจ็บปวด เป็นต้น ซึ่งพยาบาลต้องการให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแลที่ดีที่สุดจึงไม่ต้องการให้มารดาซึ่งมีความรู้จำกัดเป็นผู้ทำกิจกรรมการดูแลเหล่านี้ อีกทั้งพยาบาลมีงานมาก จึงไม่มีเวลาพอในการเฝ้าดูและให้คำแนะนำการทำการกิจกรรมในการดูแลของมารดาได้ทั่วถึง แต่อย่างไรก็ตาม มารดาก็มีทัศนคติด้านบวกต่อกิจกรรมการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล แม้บางกิจกรรมมารดาไม่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลด้วยตนเอง แต่มารดาสามารถสังเกตการทำงานของพยาบาลจนเกิดทักษะและความคุ้นเคยกับกิจกรรมเหล่านั้นจนสามารถทำการดูแลหรือเป็นผู้ช่วยพยาบาลได้ หากมารดาได้รับโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วมดูแลเด็กขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กฎระเบียบการเยี่ยมที่เคร่งครัดเป็นส่วนหนึ่งที่ขัดขวางการเข้ามาดูแลทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยของบิดามารดา (Heermann, et al., 2005; Walker, 1998; Wigert, et al., 2008) นโยบายการเข้าเยี่ยมและดูแลทารกในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดยังมีความแตกต่างกัน ส่งผลให้การมีส่วนร่วมดูแลทารกของมารดาแตกต่างกันไปด้วย ดังจะเห็นได้จากการศึกษาในประเทศอิตาลี ที่พบว่าเมื่อเพียงร้อยละ 29.4 ของหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดที่เปิดโอกาสให้มารดาสามารถเข้าเยี่ยมทารกได้ตลอดเวลาที่เหลือมีการจำกัดเวลาเยี่ยม โดยส่วนใหญ่เปิดโอกาสให้บิดามารดาเข้าเยี่ยมทารกได้น้อยกว่า 7 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งการจำกัดเวลาในการเยี่ยมทารกของมารดานี้ส่งผลให้การมีส่วนร่วมดูแลทารกลดลง และยังพบว่าการให้นมแม่ และจำนวนชั่วโมงการอุ้มแบบแอกการูน้อยกว่า เมื่อเทียบกับหอผู้ป่วยที่มารดาสามารถเข้าเยี่ยมทารกได้ตลอดเวลา (de Vonderweid & Leonessa, 2009) ทั้งนี้การเปิดโอกาสให้บิดามารดาเข้าเยี่ยมทารกนั้นอาจถือได้ว่าเป็นการเปิดโอกาสให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกนั่นเอง (Franck & Spencer, 2003) ทำนองเดียวกัน การศึกษาในประเทศไต้หวัน พบว่ากฎระเบียบที่เคร่งครัดในการเข้าเยี่ยมทารกในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดถูกระบุว่าเป็นอุปสรรคของมารดาในการเข้ามามีส่วนร่วมและให้การดูแลทารกดังกล่าว โดยบิดามารดาได้รับอนุญาตให้เข้าเยี่ยมทารกได้เพียงวันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที อาจมีการอนุญาตเป็นกรณีพิเศษหากมารดายังพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งมารดาบางคนกล่าวว่า เป็นการยากหรือลำบากที่จะมาโรงพยาบาลเพื่อเยี่ยมทารกในเวลาที่กำหนดไว้ตายตัว (Lee, et al., 2009)

แม้หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดส่วนใหญ่จะมีการปรับกฎระเบียบและมีการอนุญาตให้บิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยมากขึ้น แต่ในทางปฏิบัติบิดามารดาอาจมีความสับสนเกี่ยวกับระเบียบการเยี่ยม ดังที่ McGrath (2011) กล่าวว่า iva การให้ข้อมูลที่ไม่คงที่กลายเป็นสิ่งขัดขวางการมาเยี่ยมของบิดามารดา เช่น หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

นโยบายให้บิดามารดาเข้าเยี่ยมทารกได้ตลอด 24 ชั่วโมง แต่ส่วนใหญ่ไม่มีการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร และบางช่วงเวลาบิดามารดามักถูกขอร้องให้ออกไปข้างนอกหรือไม่ได้รับการต้อนรับเมื่อมาเยี่ยม ได้แก่ ช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนเวรของพยาบาล ระหว่างแพทย์ตรวจเยี่ยมทารก ระหว่างการช่วยพื้นคืนชีพทารกหรือเกิดเหตุการณ์วิกฤต การตรวจพิเศษหรือการทำหัตถการต่าง ๆ ซึ่งจะเห็นได้ว่าแม้จะมีการเปิดให้เยี่ยมได้ตลอด 24 ชั่วโมง แต่บิดามารดากลับถูกขอร้องให้ออกไปข้างนอกในช่วงเวลาเหล่านี้ นั่นอาจทำให้บิดามารดาไม่มั่นใจในบทบาทของตนในการดูแลทารกในหอผู้ป่วยจากการได้รับข้อมูลที่ขัดแย้ง และเกิดความไม่เชื่อถือในการให้ข้อมูล หากจำเป็นควรมีการอธิบายหรือให้เหตุผลที่น่าเชื่อถือ เพื่อให้บิดามารดาเกิดความมั่นใจและเห็นความสำคัญของตนในการมาเยี่ยมทารก จะช่วยให้สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและบิดามารดาดีขึ้น และนำไปสู่การสร้าง ความมั่นใจในการทำสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์สำหรับทารกที่กำลังต้องการความช่วยเหลือทั้งจากพยาบาลและบิดามารดา

มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดทั้งในมุมมองของบิดามารดาและมุมมองของพยาบาลดังนี้

Coney (1995) ศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปเด็กพบว่า เหตุผลในการที่บิดามารดาเลือกที่จะเข้ามามีบทบาทในการดูแลบุตรขณะอยู่โรงพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ เพราะเชื่อว่าเป็นผู้ที่เชี่ยวชาญสามารถดูแลบุตรได้ดีที่สุด ต้องการทำหน้าที่ของบิดามารดา ต้องการตอบสนองทางด้านอารมณ์ให้เด็ก และคิดถึงประสบการณ์ในวัยเด็กของตนเมื่อต้องอยู่ในโรงพยาบาลโดยที่ไม่มีผู้ปกครองอยู่ด้วย ซึ่งปัจจัยที่จะช่วยให้บิดามารดาสามารถมีส่วนร่วมหรือทำหน้าที่เหล่านี้ได้ดี คือ การที่มีเครือข่ายให้ความช่วยเหลือ เช่น มีเพื่อนบ้านหรือญาติดูแลเด็กที่บ้าน การได้รับคำแนะนำจากผู้ปกครองเด็กคนอื่น ๆ การได้ทำกิจกรรมการดูแลเด็กเหมือนที่เคยทำที่บ้าน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว หรือให้อาหาร และการได้เป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลเด็กโดยเฉพาะหากกิจกรรมนั้นต้องนำไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น การใส่สายยางให้อาหาร การดูแลทารกเทียม เป็นต้น แต่ก็พบอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการดูแลของบิดามารดาซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาและบุคลากรในหอผู้ป่วย เช่น ไม่ได้รับข้อมูลที่ชัดเจนทั้งเกี่ยวกับสถานที่และวิธีให้การดูแลบุตรโดยไม่เกิดอันตรายหรือความเลื่อง ขาดโอกาสเจรจาต่อรองในการดูแล เป็นต้น

Lee และคณะ (2009) ศึกษาถึงประสบการณ์ในการเป็นมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อยมากจำนวน 26 คน ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดในประเทศไต้หวัน ซึ่งผลการศึกษาบางส่วนได้กล่าวถึงอุปสรรคหรือปัจจัยที่ไม่เอื้อต่อการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยดังกล่าว ซึ่งได้แก่ 1) สภาพสิ่งแวดล้อม เช่น เครื่องมือและ

อุปกรณ์รอบตัวทารก การที่ต้องเข้ามาพบเห็นทารกที่เจ็บป่วยจำนวนมาก และทุกคนล้วนอยู่ในตู้อบ และมีอุปกรณ์ต่าง ๆ มากมาย ทำให้มารดาารู้สึกกลัวและต้องใช้เวลาในการเข้าถึงตัวทารกและเริ่มต้นการสร้างสายสัมพันธ์กับทารก ซึ่งมารดาต้องอาศัยหรือได้รับข้อมูลจากพยาบาลว่าอะไรที่ทำได้หรือทำไม่ได้ในการดูแลทารก 2) การขาดความรู้และประสบการณ์ของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และมารดาเองก็ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะเรียนรู้การดูแลทารกในหอผู้ป่วย 3) ลักษณะและพฤติกรรมของทารกซึ่งไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ทำให้มารดาเกิดความลังเลที่จะสัมผัสทารก

Walker (1998) ศึกษาอุปสรรคของบิดามารดาในการดูแลทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดในมุมมองของพยาบาลในประเทศออสเตรเลีย โดยทำการสำรวจความคิดเห็นของพยาบาล จำนวน 298 คน และได้นำแนวคิดของ Griffin (1990) มาเป็นโครงสร้างในการสร้างแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลมองสิ่งที่เป็นอุปสรรคในการเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดของบิดามารดาว่าเกิดจากการที่ต้องเผชิญสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ในรูปแบบของอุปกรณ์ต่าง ๆ และสภาวะทางด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นของบิดามารดา ได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัว ความรู้สึกผิด และความรู้สึกโกรธ ซึ่งพยาบาลระบุว่าสิ่งที่เป็นอุปสรรคมากที่สุดคือ ความกลัวของบิดามารดา ร้อยละ 97 ความวิตกกังวลของบิดามารดา ร้อยละ 95.2 และการที่ทารกต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 93.9 ในขณะที่คิดว่า การปฏิบัติการพยาบาลหรือกฎระเบียบต่าง ๆ จะเป็นอุปสรรคขัดขวางการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดามารดาไม่มาก ซึ่งพยาบาลระบุว่าสิ่งที่เป็นอุปสรรคน้อยที่สุดคือ กฎระเบียบในหอผู้ป่วย ร้อยละ 33.5 ขาดการสนับสนุนจากพยาบาลในการให้นมบุตร ร้อยละ 35.6 และ สัมพันธภาพส่วนบุคคลกับพยาบาล ร้อยละ 35.7 และพยาบาลที่เข้าร่วมในการศึกษาค้างนี้ ยังได้ให้ข้อเสนอแนะว่า สิ่งที่จะช่วยให้บิดามารดาเข้ามามีกิจกรรมการดูแลทารกมากขึ้น ได้แก่ การให้บิดามารดาเข้าร่วมในการดูแลทารก การให้ข้อมูลที่เพียงพอ การสร้างสัมพันธภาพกับบิดามารดา และการเพิ่มเวลาในการเยี่ยมมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม หากจะมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงเพื่อลดหรือกำจัดอุปสรรคดังกล่าว การถามจากมุมมองของบิดามารดาจะช่วยให้มองเห็นอุปสรรคได้ชัดเจนมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พอสรุปได้ว่าอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วย ประกอบไปด้วย 1) อุปสรรคทางกายภาพ ได้แก่ ระยะทางระหว่างบ้านและโรงพยาบาล สถานที่คับแคบ เป็นต้น 2) อุปสรรคที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารก ได้แก่ เครื่องช่วยหายใจ อุปกรณ์ให้สารน้ำ เป็นต้น 3) อุปสรรคที่เกิดจากสภาพทางจิตใจและอารมณ์ของมารดา ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล เป็นต้น 4) อุปสรรคที่เกิดจากพยาบาลและกฎระเบียบต่าง ๆ ได้แก่ ความคิดเห็นไม่สอดคล้องเกี่ยวกับบทบาทมารดาในการดูแลทารก การกำหนดเวลาในการเข้าเยี่ยมทารก เป็นต้น 5) อุปสรรคอื่น ๆ ได้แก่ ขนบธรรมเนียม ค่าใช้จ่ายในการ

เดินทาง เป็นต้น ซึ่งอุปสรรคต่าง ๆ เหล่านี้หากสามารถกำจัดหรือทำให้ลดน้อยลงได้ จะช่วยให้มารดาสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกได้มากขึ้น

จากงานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยระหว่างมารดาและพยาบาล แม้จะมีงานวิจัยที่ศึกษาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมดูแลทารกของมารดาและพยาบาล ยังเป็นการศึกษาแยกกันทั้งในส่วนการรับรู้ของมารดา หรือการรับรู้ของพยาบาล ซึ่งเป็นการศึกษาในบริบทที่ต่างกันทั้งสถานที่ และวัฒนธรรมสังคม จึงไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ชัดเจน แต่ก็มีงานวิจัยที่มาแสดงให้เห็นถึงความไม่สอดคล้องระหว่างการรับรู้ของมารดาและพยาบาล ในการเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิด ดังการศึกษาของชนิตา แป๊ะสกุล (2553) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เปรียบเทียบระหว่างมารดาและพยาบาล จำนวน 40 คู่ พบว่ามารดามีความต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตมากกว่าที่พยาบาลต้องการให้มารดาปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในขณะที่มารดารับรู้ว่าได้ปฏิบัติตามการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตในระดับน้อยกว่าที่พยาบาลรับรู้ว่ามารดาได้ปฏิบัติตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จะเห็นได้ว่าทั้งมารดาและพยาบาลมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตไม่สอดคล้องกัน จึงอาจทำให้พยาบาลไม่สามารถจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลของมารดาได้เหมาะสมตามที่ควรจะเป็น และชนิตา แป๊ะสกุล ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการศึกษาถึงปัจจัยขัดขวางการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตทั้งจากความคิดเห็นของมารดาและของพยาบาล ซึ่งในการมองด้านอุปสรรคนั้น หากทั้งมารดาและพยาบาลมีความเห็นเป็นไปในทางเดียวกัน โอกาสที่มารดาจะเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกอาจเป็นไปได้ยาก แต่หากความเห็นไม่สอดคล้องกัน จะเป็นแนวทางให้พยาบาลหาแนวทางกำจัดหรือลดอุปสรรคเหล่านั้นซึ่งจะส่งผลให้มารดาสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกได้มากขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงเปรียบเทียบ (descriptive comparative study design) เพื่อศึกษาความแตกต่างในการรับรู้ระหว่างมารดาและพยาบาลต่ออุปสรรคในการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาประกอบด้วย มารดาของทารกที่มีภาวะวิกฤต และพยาบาลผู้ดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดดังนี้ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย 1 (special care nursery; SCN 1) หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย 2 (special care nursery; SCN 2) หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1 (neonatal intensive care unit 1; NICU 1) และหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 2 (neonatal intensive care unit 2; NICU 2)

3.1.1 มารดาของทารกที่มีภาวะวิกฤต ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของมารดาดังนี้

เกณฑ์สำหรับคัดเข้า

1) เป็นมารดาของทารกที่มีภาวะวิกฤตและทารกมีลักษณะดังนี้

- น้ำหนักแรกเกิด 1,000 กรัมขึ้นไป

- ทารกได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจ ร่วมกับการได้รับการรักษาชนิดอื่น เช่น การใช้เครื่องให้ความอบอุ่น การให้สารน้ำหรือสารอาหารทางหลอดเลือด การใส่สายสำหรับให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น

2) ได้เข้าเยี่ยมทารกมาแล้วอย่างน้อย 3 วัน

3) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถฟัง อ่าน พูด และเขียนภาษาไทยได้

4) มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

เกณฑ์สำหรับคัดออก

1) มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด (postpartum blues) เช่น มีอาการซึมเศร้า ร้องไห้ถี่ ไม่มี

สมาธิ ไม่สนใจตนเอง พุดซ้ำ หรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เป็นต้น

2) เป็นมารดาของทารกที่มีลักษณะดังนี้

- ทารกที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะวิกฤตรุนแรง ได้แก่ ทารกที่มีภาวะแรงดันเลือดในปอดสูง ทารกที่อยู่ในภาวะช็อกและได้รับยาเพิ่มความดันเลือดชนิดต่าง ๆ 2 ชนิดขึ้นไป

- ทารกที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่เพื่อแก้ไขความผิดปกติ เช่น omphalocele repair, trachea-esophageal fistula repair, esophageal atresia repair, bowel resection, myelomeningocele repair, ventriculoperitoneal shunt เป็นต้น

- ทารกที่มีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมดูแลของมารดา เช่น ทารกที่แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ยาระงับความรู้สึก/ยาคลายกล้ามเนื้อ ทารกที่ป่วยด้วยโรคที่มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อ (เช่น หัดเยอรมัน ริม อีสุกอีใส) เป็นต้น

3.1.2. พยาบาลที่ดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องจำนวนพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามกำหนดน้อย ผู้วิจัยใช้วิธีเก็บข้อมูลจากพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามกำหนดทั้งหมด 55 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของพยาบาลดังนี้

1) ปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลประจำการ ประจำหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย 1 หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย 2 หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1 และหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 2

2) มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดดังกล่าวอย่างน้อย 1 ปี

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size calculation) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ไม่พบงานวิจัยเชิงปริมาณเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคในการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตที่เปรียบเทียบระหว่างมารดาและพยาบาล หรืองานวิจัยในลักษณะที่คล้ายกันในการที่จะนำมาหาค่าเพื่อระบุขนาดอิทธิพล (effect size) ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงกำหนดระดับนัยสำคัญไว้ที่ .05 อำนาจทดสอบเท่ากับ .80 ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.5 ซึ่งเป็นค่าขนาดกลาง (medium effect size) และเป็นขนาดใหญ่มากที่จะทำให้เห็นความแตกต่างของตัวแปร จากนั้นนำค่าดังกล่าวไปเปิดตารางประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Cohen (1988) สำหรับการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 2 กลุ่ม ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 64 คน

ในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างมารดา ใช้วิธีคัดเลือกตามสะดวก เมื่อพบว่ามารดามีคุณสมบัติตามกำหนด ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลมารดาทีละคน จนครบจำนวน 64 คน

สำหรับกลุ่มตัวอย่างพยาบาล เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องจำนวนพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามกำหนดน้อย ผู้วิจัยใช้วิธีเก็บข้อมูลจากพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามกำหนดทั้งหมด 55 คน

3.2 สถานที่เก็บข้อมูล

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล คือ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้แก่ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย 1 หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย 2 หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1 และ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 2 ซึ่งให้บริการผู้ป่วยทารกแรกเกิดถึง 28 วัน ที่มีปัญหาสุขภาพหลังเกิด โดยการรับทารกมีรายละเอียดดังนี้

หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย 1 และหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย 2 ให้การดูแลทารกแรกเกิดที่มีการเจ็บป่วยตั้งแต่เล็กน้อย จนถึงทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ทารกส่วนใหญ่เป็นทารกเกิดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักตัวน้อย ทารกที่มีปัญหาาระบบทางเดินหายใจ ทารกที่มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย ทารกที่มีภาวะตัวเหลือง โดยมีทั้งทารกแรกเกิดที่คลอดที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และเป็นทารกที่ถูกส่งมาได้รับการรักษาต่อจากที่อื่น ทั้งจากโรงพยาบาลในเขตจังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดใกล้เคียง ได้แก่ สุรินทร์ บุรีรัมย์ และชัยภูมิ โดยแต่ละหอผู้ป่วย มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยได้หอผู้ป่วยละ 30 เตียง แต่สามารถรับเพิ่มได้ตามความจำเป็น ในการรับผู้ป่วยนั้นหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย 1 รับผู้ป่วยในวันคี่ ส่วนหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย 2 รับผู้ป่วยในวันคู่

สำหรับหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1 จำนวน 12 เตียง และหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 2 จำนวน 6 เตียง ให้การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตที่ได้รับการพิจารณาย้ายมาจากหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย 1 หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย 2 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก ซึ่งทารกที่มีภาวะวิกฤตเหล่านี้ ได้แก่ ทารกเกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อยที่มีปัญหาาระบบทางเดินหายใจ ทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด ทารกที่มีภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิด ทารกที่มีภาวะแรงดันเลือดในปอดสูง ทารกที่มีภาวะสุดสาถักชีพาเข้าปอด ทารกที่มีภาวะชัก ทารกที่อยู่ในภาวะช็อค และทารกหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรก เป็นต้น

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และเป็นศูนย์แห่งความเป็นเลิศในการให้บริการทารกแรกเกิด (Newborn Excellent Center) ให้บริการผู้ป่วยทารกแรกเกิดเจ็บป่วยตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงทารกที่มีภาวะวิกฤต ทารกที่มีภาวะวิกฤตส่วนใหญ่เป็นทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งปัจจุบันมีแนวโน้มในการรอดชีวิตมากขึ้น เนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยี เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดความถี่สูง ซึ่งในปัจจุบันมีหลายแบบ ทั้งชนิดใช้ความถี่สูงอย่างเดียว และชนิดปรับใช้งานได้หลายแบบในเครื่องเดียว ซึ่งหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด มี

เครื่องช่วยหายใจเหล่านี้รวม 12 เครื่อง และมีการนำสารเคลือบถุงลม (Surfactant) มาใช้มากขึ้น โดยเฉพาะในทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากเกือบทุกราย โดยมีเกณฑ์กำหนดไว้และภายใต้ดุลพินิจของกุมารแพทย์

แต่ละหอผู้ป่วยมีลักษณะการบริหารงานบริการโดยแบ่งทีมพยาบาลเป็น 3 เวร เวรละ 8 ชั่วโมง กำหนดเป็นเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก ดังนี้ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย 1 และหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย 2 มีการจัดทีมพยาบาลในเวรเช้า 6-8 คน เวรบ่าย 4 คน และเวรดึก 4 คน ซึ่งพยาบาลที่ดูแลในเวรเช้าประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 4 คน ส่วนเวรบ่าย/ดึกประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 2 คน โดยเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 5 ปีเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร ส่วนที่เหลืออาจเป็นพยาบาลวิชาชีพหรือเป็นพยาบาลเทคนิคโดยจัดให้เต็มกรอบอัตรากำลังปกติ และอาจมีการจัดอัตรากำลังเพิ่มตามความจำเป็น เปิดให้เข้าเยี่ยมเวลา 11.00-18.00 น. ส่วนหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดมีการจัดทีมพยาบาลสำหรับเวรเช้า 6-7 คน เวรบ่าย 5 คน และเวรดึก 4 คน ซึ่งพยาบาลที่ดูแลในเวรเช้า ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานไม่ต่ำกว่า 5 ปี 3 คน โดยกำหนดให้พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิดมากที่สุดเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร ส่วนในเวรบ่าย/ดึกประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานไม่ต่ำกว่า 5 ปี 2 คน ส่วนที่เหลืออาจเป็นพยาบาลวิชาชีพหรือเป็นพยาบาลเทคนิคโดยจัดให้เต็มกรอบอัตรากำลังปกติ และอาจมีการจัดอัตรากำลังเพิ่มตามความจำเป็นเมื่อมีผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตที่ต้องการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา เช่น ทารกที่มีภาวะแรงดันเลือดในปอดสูงที่อยู่ในภาวะช็อก ทารกที่ได้รับการล้างไตผ่านช่องท้อง ทารกหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดใน 24 ชั่วโมงแรก เป็นต้น เปิดให้เข้าเยี่ยมเวลา 12.00-14.00 น. และเวลา 16.00-18.00 น. ส่วนหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดป่วย 2 เวรเช้ามีพยาบาลวิชาชีพ 3 คน เวรบ่ายและเวรดึกมีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน เปิดให้เข้าเยี่ยมเวลา 11.00-18.00 น.

กิจกรรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่แต่ละหอผู้ป่วยดำเนินการประกอบด้วย การปฐมภูมิเพศแรกเริ่ม การอธิบายให้มารดารับทราบอาการและการเปลี่ยนแปลงของทารกและแผนการรักษาพยาบาล การให้มารดาเช็ดทำความสะอาดร่างกายทารก การเปลี่ยนผ้าอ้อม การพูดคุย การสัมผัสโอบกอดทารก การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา ทั้งการให้นมด้วยตนเองและการบีบเก็บน้ำนมสำหรับทารก ให้อาหารทางสายยางในทารกบางราย การทำกิจกรรมดูแลอื่น ๆ ตามความเหมาะสม และการประสานงานให้คุยกับแพทย์ผู้ทำการรักษา เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมดูแลของมารดา หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดได้จัดให้มีห้องพักค้างคืนสำหรับมารดาและอนุญาตให้มารดาเข้ามาดูแลทารกได้ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งในห้องพักมีเตียงสำหรับมารดาจำนวน 4 เตียง หากมารดาต้องการพักเกิน 4 เตียง มีการประสานกับหอผู้ป่วยสูติกรรม

ที่มีห้องพักสำหรับมารดาเพิ่มเติมได้ กรณีที่มารดาไม่สะดวกหรือต้องการพักที่บ้าน ทางหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดจะออกบัตรอนุญาตสำหรับมารดาเพื่ออำนวยความสะดวกในการผ่านเข้าออกนอกช่วงเวลา 11.00-18.00 น. ซึ่งเป็นเวลาเยี่ยมปกติของโรงพยาบาล

3.3 เครื่องมือวิจัย

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดา ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย จำนวนบุตร ประสบการณ์การมีบุตรเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด (ถ้ามี) พาหนะที่ใช้ในการเดินทางมาดูแลบุตร ค่าใช้จ่ายในการมาเยี่ยมบุตร และจำนวนชั่วโมงของการมาเยี่ยมบุตรแต่ละครั้ง

2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุครรภ์เมื่อแรกเกิด ชนิดของการคลอด APGAR Score น้ำหนักแรกเกิด อายุหลังเกิด การรักษาที่ได้รับ ได้แก่ ชนิดของการใช้เครื่องช่วยหายใจ ชนิดของเครื่องให้ความอบอุ่นทารก และจำนวนวันของการใช้เครื่องช่วยหายใจ

3) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ จำนวนบุตร (ถ้ามี) ระดับการศึกษาทางการพยาบาล ประสบการณ์ทำงานในการดูแลทารกแรกเกิด การอบรมระยะสั้น/เฉพาะทางเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิด

4) แบบสอบถามอุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต จำนวน 26 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดเรื่องอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกในหออภิบาลพิเศษทารกแรกเกิดของ Griffin (1990) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Dobbins, et al., 1994; Walker, 1998) ประกอบด้วย อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

ก) อุปสรรคทางกายภาพ จำนวน 4 ข้อ

ข) อุปสรรคที่เกิดจากอุปสรรคทางการแพทย์ที่ใช้กับทารก
จำนวน 4 ข้อ

ค) อุปสรรคที่เกิดจากสภาพทางจิตใจและอารมณ์ของ

มารดา จำนวน 5 ข้อ

ง) อุปสรรคที่เกิดจากพยาบาลและกฎระเบียบของหอผู้ป่วย

จำนวน 13 ข้อ

ซึ่งลักษณะคำตอบแบ่งเป็น 4 ระดับคือ ไม่เห็นด้วย (0 คะแนน) ถึงเห็นด้วยมากที่สุด (3 คะแนน) พิสัยคะแนน 0-78 คะแนน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ตอบแบบสอบถามคือมารดา และพยาบาล โดยสรรพนามที่ใช้ในแบบสอบถามต่างกัน

การแปลผลคะแนนการรับรู้ของมารดา คะแนนรวมมาก แสดงว่า มารดารับรู้ว่าคุณเองมีอุปสรรคมากในการมีส่วนร่วม คะแนนรวมน้อย แสดงว่า มารดารับรู้ว่าคุณเองมีอุปสรรคน้อยในการมีส่วนร่วม

การแปลผลคะแนนการรับรู้ของพยาบาล คะแนนรวมมากแสดงว่า พยาบาลรับรู้ว่าคุณมีอุปสรรคมากในการมีส่วนร่วม คะแนนรวมน้อยแสดงว่าพยาบาลรับรู้ว่าคุณมีอุปสรรคน้อยในการมีส่วนร่วม

3.3.2 การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดา ทารก และพยาบาล และแบบสอบถามอุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ไปหาความตรงด้านเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กจำนวน 2 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาลเด็กจำนวน 1 คน (ภาคผนวก ข) หลังจากที่ผ่านมาการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

3.3.3 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามอุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตไปหาความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับมารดาของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างมารดาที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 10 คน และพยาบาลที่ดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 10 คน ที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลสุรินทร์ ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับแหล่งเก็บข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .82 และ .88 ตามลำดับ และเมื่อนำแบบสอบถามมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างมารดาจำนวน 64

คน และพยาบาลจำนวน 55 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 และ .91 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 3.1

ตาราง 3.1 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามอุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต

อุปสรรค	กลุ่มทดลองเครื่องมือวิจัย		กลุ่มตัวอย่าง	
	มารดา (n=10)	พยาบาล (n=10)	มารดา (n=64)	พยาบาล (n=55)
อุปสรรคในการมีส่วนร่วมโดยรวม	0.82	0.88	0.93	0.91
1. อุปสรรคทางกายภาพ	0.75	0.77	0.59	0.80
2. อุปสรรคที่เกิดจากอุปสรรคทางการแพทย์ที่ใช้กับทารก	0.51	0.87	0.90	0.87
3. อุปสรรคที่เกิดจากสภาพทางจิตใจและอารมณ์ของมารดา	0.37	0.76	0.75	0.81
4. อุปสรรคที่เกิดจากพยาบาลและกฎระเบียบของหอผู้ป่วย	0.89	0.73	0.92	0.84

3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.4.1 ผู้วิจัยยื่นแบบเสนอโครงการเพื่อขอรับคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

3.4.2 ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย กระบวนการในการเก็บข้อมูล และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.4.3 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลเพื่อประสานงานไปยังหัวหน้าหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ได้แก่ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย 1 หัวหน้าหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย 2 หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1 และหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 2 เพื่อ

ชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย

3.4.4 สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นมารดาของทารกที่มีภาวะวิกฤต มีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1) พยาบาลหัวหน้าเวรเข้าประจำหอผู้ป่วยสำรวจรายชื่อของมารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ และแนะนำโครงการวิจัยเพื่อสอบถามความสนใจ หากมารดาสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย พยาบาลหัวหน้าเวรเข้าประจำหอผู้ป่วยแจ้งรายชื่อให้ผู้วิจัยทราบเพื่อดำเนินการต่อไป

2) ผู้วิจัยเข้าพบมารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตเพื่อแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและกิจกรรมที่ต้องทำในการวิจัย หากมารดายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ผู้วิจัยให้มารดาลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

3) ผู้วิจัยสัมภาษณ์มารดาตามแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดาเพื่อให้ได้รับข้อมูลที่ชัดเจน สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นให้มารดาตอบแบบสอบถามอุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต โดยแจกแบบสอบถามพร้อมปากกาและซองทึบสำหรับใส่แบบสอบถาม โดยจัดให้มีห้องที่เป็นส่วนตัวสำหรับให้มารดาตอบแบบสอบถาม ในขณะที่มารดาตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยอยู่ในบริเวณหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด เพื่อให้มารดาสามารถสอบถามข้อข้องใจเกี่ยวกับแบบสอบถาม เมื่อมารดาตอบแบบสอบถามเสร็จให้มารดาใส่แบบสอบถามในซองทึบและส่งคืน โดยใส่กล่องทึบสำหรับเก็บแบบสอบถามที่จัดไว้สำหรับมารดาซึ่งติดป้ายข้อความ “กล่องรับแบบสอบถามสำหรับมารดา” ที่ตั้งไว้ในห้องที่จัดไว้สำหรับให้มารดาตอบคำถาม และผู้วิจัยเก็บกล่องรับแบบสอบถามหลังจากได้ผู้เข้าร่วมวิจัยครบ 64 คน หากได้รับแบบสอบถามคืนไม่ครบ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลมารดาเพิ่มเติมจนได้รับแบบสอบถามจนครบตามจำนวน

4) ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยได้กำหนดชุดรหัสแบบบันทึกข้อมูลเป็นเลขชุดเดียวกันกับแบบสอบถามของมารดา

3.4.5 สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นพยาบาลที่ดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤต ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากเก็บข้อมูลมารดาครบแล้ว เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดจากการที่พยาบาลผู้เข้าร่วมวิจัยทราบข้อมูลแบบสอบถามแล้วมีการปฏิบัติต่อมารดาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดไม่เป็นไปตามปกติ ซึ่งอาจส่งผลต่อการตอบแบบสอบถามของมารดาได้ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1) ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลในวันที่มีการประชุมประจำเดือนของแต่ละหอผู้ป่วยเพื่อนำเสนอโครงการวิจัย โดยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและกิจกรรมที่ต้องทำ

ในการวิจัย หากพยาบาลยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ผู้วิจัยให้พยาบาลลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ในกรณีที่มิพยาบาลคนใดไม่ได้เข้าร่วมประชุมในวันเวลาดังกล่าว ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลคนดังกล่าวในวันที่ขึ้นปฏิบัติงานครั้งถัดไป

2) ผู้วิจัยให้พยาบาลผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลและแบบสอบถามอุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต โดยแจกแบบสอบถามพร้อมปากกาและซองหีบสำหรับใส่แบบสอบถามคืน และจัดให้มีกล่องหีบสำหรับเก็บแบบสอบถามติดป้ายข้อความ “กล่องรับแบบสอบถามสำหรับพยาบาล” ตั้งไว้ประจำหอผู้ป่วยแต่ละแห่ง กำหนดส่งแบบสอบถามคืนภายใน 7 วัน และมีการติดประกาศขยายเวลาส่งคืนแบบสอบถามไปอีก 7 วัน กรณียังได้แบบสอบถามไม่ครบ

3.4.6 รวบรวมข้อมูลที่ได้ทั้งหมดไปทำการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

3.5 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อพิจารณาและดำเนินการวิจัยหลังจากได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน แล้ว ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับอย่างชัดเจน รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามเพิ่มเติมจนเข้าใจดี การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจ การปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือยุติการเข้าร่วมวิจัยกลางคันสามารถทำได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย มีการเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ ไม่มีการลงชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยในแบบสอบถามนั้น ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมโดยไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น เมื่อผู้มีความสมัครใจเป็นกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย จะต้องลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ ดังนี้

3.6.1 ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของมารดา ทารกแรกเกิด และพยาบาล และข้อมูลคะแนนการรับรู้ของมารดาและของพยาบาลต่ออุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแล

ทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต

3.6.2 ใช้สถิติทดสอบแมนวิทนี ยู (Mann-Whitney U test) หาค่าความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ของมารดาและของพยาบาลต่ออุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ของแบบสอบถามทั้งรายด้านและโดยรวม



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงเปรียบเทียบ (comparative descriptive study design) เพื่อศึกษาความแตกต่างในการรับรู้ระหว่างมารดาและพยาบาลต่ออุปสรรคในการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของทารกที่มีภาวะวิกฤต จำนวน 64 ราย และพยาบาลที่มีหน้าที่ดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤต จำนวน 55 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงตุลาคม พ.ศ. 2556 ผลการศึกษานำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ค่าสถิติพรรณนาของตัวแปรที่ศึกษา

ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐาน

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของมารดา

มารดาส่วนใหญ่ร้อยละ 87.5 มีอายุระหว่าง 18-35 ปี (Mean = 27.12, SD = 7.09) ร้อยละ 95.3 มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายคิดเป็นร้อยละ 29.7 มีอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 40.6 และมีรายได้ของครอบครัวไม่เกิน 15,000 บาท ร้อยละ 465.6 (Mean = 15,578.13, SD = 10,216.40) ซึ่งมารดาร้อยละ 89.1 ให้ข้อมูลว่าเป็นรายได้ที่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว เป็นมารดาครรภ์แรกร้อยละ 42.2 มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดร้อยละ 17.8 ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบได้แก่ ครรภ์เป็นพิษ 4 ราย เบาหวาน 3 ราย ส่วนมารดาที่มีเลือดออกทางช่องคลอด รกลอกตัวก่อนกำหนด ครรภ์แฝด และต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ พบอย่างละ 1 ราย คลอดบุตรด้วยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 48.4 หลังคลอดบุตรครั้งนี้ มารดาเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98.4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด มารดาส่วนใหญ่ร้อยละ 46.9 มีบุตรเพียง 1 คน คือบุตรคนปัจจุบัน (Mean = 1.78, SD = 1.07) มารดาร้อยละ 21.9 มีบุตรเคยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยร้อยละ 4.7 บุตรใช้เครื่องช่วยหายใจ ในการมาเยี่ยมและดูแลบุตรที่เข้ารับ

การรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด มารดาร้อยละ 53.1 เดินทางโดยรถส่วนตัว ค่าใช้จ่ายในการมาดูแลบุตรต่างกัน ตั้งแต่ 20 บาท จนถึง 1,000 บาท โดยมารดาส่วนใหญ่ร้อยละ 34.4 ระบุว่ามีการใช้จ่ายในการมาเยี่ยมและดูแลบุตรแต่ละครั้ง 100-200 บาท (Mean = 358.62, SD = 288.68) และใช้เวลาในการเยี่ยมและดูแลบุตรแต่ละครั้ง 1-7 ชั่วโมง ซึ่งมารดาส่วนใหญ่ร้อยละ 45.5 ใช้เวลาในการเยี่ยมและดูแลบุตรประมาณ 1 ชั่วโมง (Mean = 2.23, SD = 1.56) ดังแสดงในตาราง 4.1

ตาราง 4.1 จำนวน และร้อยละของมารดา จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 64)

ข้อมูลทั่วไปของมารดา	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (พิสัย 18-45, Mean = 27.12, SD = 7.09)		
18-35 ปี	56	87.5
มากกว่า 35 ปี	8	12.5
สถานภาพสมรส		
คู่	61	95.3
หม้าย/หย่า	2	3.1
แยกกันอยู่	1	1.6
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	11	17.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	16	25.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	19	29.7
อนุปริญญา หรือ ปวส.	1	1.6
ปริญญาตรีขึ้นไป	17	26.5
อาชีพ		
รับจ้าง	26	40.6
แม่บ้าน	16	25.0
เกษตรกร	7	10.9
รับราชการ/พนักงานราชการ	4	6.3
ค้าขาย	4	6.3
นักเรียน/นักศึกษา	4	6.3
กิจการส่วนตัว	2	3.1

ตาราง 4.1 จำนวน และร้อยละของมารดา จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 64) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของมารดา	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ (ต่อ)		
ไม่มีงานทำ	1	1.5
รายได้ของครอบครัว (พิสัย 1,000-50,000, Mean = 15,578.13, SD = 10,216.40)		
0-9,000 บาท	21	32.8
9,001-15,000 บาท	21	32.8
15,001-30,000 บาท	18	28.2
มากกว่า 30,000 บาท	4	6.2
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอกับค่าใช้จ่าย	57	89.1
ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย	7	10.9
จำนวนการตั้งครรภ์ (พิสัย 1-8, Mean = 1.98, SD = 1.29)		
ครรภ์แรก	27	42.2
ครรภ์ที่ 2	23	35.9
ครรภ์ที่ 3 หรือมากกว่า	14	21.9
มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และขณะคลอด	11	17.2
ครรภ์เป็นพิษ	4	6.2
เบาหวาน	3	4.6
มีเลือดออกทางช่องคลอด	1	1.6
รกลอกตัวก่อนกำหนด	1	1.6
ครรภ์แฝด	1	1.6
ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ	1	1.6
ชนิดของการคลอดบุตร		
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	31	48.4
คลอดปกติ	29	45.3
ช่วยคลอดท่าก้น	3	4.7
ใช้เครื่องดูดสุญญากาศ	1	1.6

ตาราง 4.1 จำนวน และร้อยละของมารดา จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 64) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของมารดา	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด		
ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด	63	98.4
มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด	1	1.6
จำนวนบุตรมีชีวิตรวมบุตรคนปัจจุบัน (พิสัย 1-6, Mean = 1.78, SD = 1.07)		
บุตร 1 คน	30	46.9
บุตร 2 คน	26	40.6
บุตร 3 คนขึ้นไป	8	4.7
ประสบการณ์การมีบุตรเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล		
ไม่มีประสบการณ์	50	78.1
มีประสบการณ์ และบุตรใช้เครื่องช่วยหายใจ	3	4.7
มีประสบการณ์ และบุตรไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ	11	17.2
การเดินทางมาดูแลลูก		
รถส่วนตัว	34	53.1
รถประจำทาง	29	45.3
รถรับจ้าง	1	1.6
ค่าใช้จ่ายในการมาดูแลลูกแต่ละครั้ง (พิสัย 20-1,000, Mean = 358.62, SD = 288.68)		
0-100 บาท	11	17.2
101-200 บาท	22	34.4
201-300 บาท	11	17.2
301-400 บาท	0	0
401-500 บาท	8	12.5
มากกว่า 500 บาท	12	18.7
เวลาที่ใช้ในการมาดูแลลูกแต่ละครั้ง (พิสัย 1-7, Mean = 2.23, SD = 1.56)		
1 ชั่วโมง	29	45.3
2 ชั่วโมง	14	21.9
3 ชั่วโมงขึ้นไป	21	32.8

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต

ทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต มีอายุครรภ์เมื่อแรกเกิดอยู่ระหว่าง 26-42 สัปดาห์ ร้อยละ 64.1 เป็นทารกอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ (Mean = 34.56, SD = 3.89) ทารกที่มีภาวะวิกฤตส่วนใหญ่มีค่าคะแนนแอสการ์นาทที่ 1 เท่ากับ 7-10 ร้อยละ 61 (Mean = 6.98, SD = 2.50) คะแนนแอสการ์นาทที่ 5 เท่ากับ 7-10 ร้อยละ 90.6 (Mean = 8.80, SD = 1.70) น้ำหนักแรกเกิดอยู่ระหว่าง 1,020-4,280 กรัม เฉลี่ย 2,438.28 กรัม (SD = 956.84) โดยร้อยละ 45.3 เป็นทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม ทารกทุกรายได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยมีทารกร้อยละ 51.6 ได้รับการช่วยหายใจด้วยการใส่ท่อหลอดลมคอ จำนวนวันที่ทารกใช้เครื่องช่วยหายใจมีตั้งแต่ 2-22 วัน ซึ่งทารกส่วนใหญ่ร้อยละ 60.9 ใช้เครื่องช่วยหายใจไม่เกิน 5 วัน (Mean = 6.31, SD = 4.56) โดยได้รับการดูแลให้ได้รับความอบอุ่นในตู้อบเด็กร้อยละ 54.7 ในช่วงที่มารดาตอบแบบสอบถามทารกมีอายุอยู่ในช่วงสัปดาห์แรกร้อยละ 51.6 ดังแสดงในตาราง 4.2

ตาราง 4.2 จำนวน และร้อยละของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 64)

ข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต	จำนวน	ร้อยละ
อายุครรภ์เมื่อแรกเกิด (พิสัย 26-42, Mean = 34.56, SD = 3.89)		
น้อยกว่า 37 สัปดาห์	41	64.1
37-41 สัปดาห์	20	31.2
42 สัปดาห์ขึ้นไป	3	4.7
น้ำหนักแรกเกิด (พิสัย 1,020-4,280, Mean = 2,438.28, SD = 956.84)		
1,000-1,499 กรัม	11	17.2
1,500-1,999 กรัม	13	20.3
2,000-2,499 กรัม	11	17.2
2,500 กรัม ขึ้นไป	29	45.3
APGAR Score นาทีที่ 1 (พิสัย 1-9, Mean = 6.98, SD = 2.50)		
0-2	3	4.7
3-4	12	18.7
5-6	8	12.5
7-10	41	64.1

ตาราง 4.2 จำนวน และร้อยละของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 64) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต	จำนวน	ร้อยละ
APGAR Score นาทีที่ 5 (พิสัย 2-10, Mean = 8.80, SD = 1.70)		
0-2	1	1.6
3-4	0	0
5-6	5	7.8
7-10	58	90.6
ชนิดของการใช้เครื่องช่วยหายใจ		
Endotracheal tube	33	51.6
NP-CPAP	18	28.1
Endotracheal tube และ NP-CPAP	13	20.3
จำนวนวันของการใช้เครื่องช่วยหายใจ (พิสัย 2-22, Mean = 6.31, SD = 4.56)		
1-5 วัน	39	60.9
6-10 วัน	16	25.0
มากกว่า 10 วัน	9	14.1
ชนิดของเครื่องให้ความอบอุ่นทารก		
Incubator	35	54.7
Radiant warmer	29	45.3
อายุหลังเกิด (พิสัย 4-26, Mean = 9.03, SD = 4.99)		
0-7 วัน	33	51.6
8-14 วัน	23	35.9
มากกว่า 14 วัน	8	12.5

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล

พยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 38.2 อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี (Mean = 37.09, SD = 10.58) ส่วนใหญ่จบการศึกษาทางการพยาบาลในระดับปริญญาตรี (หรือเทียบเท่า) คิดเป็นร้อยละ 94.5 ซึ่งพยาบาลร้อยละ 36.4 มีประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิด 1-5 ปี และพยาบาลร้อยละ 73.7 ไม่ผ่านการอบรมระยะสั้น/อบรมเฉพาะทางเกี่ยวกับการดูแลทารกแรก ส่วนพยาบาลระบุว่าผ่านการการอบรม ระบุหลักสูตรที่ได้รับการอบรมไว้ ดังนี้ 1) พยาบาลเวชปฏิบัติทารกแรกเกิด ระยะเวลาอบรม 4 เดือน จำนวน 7 คน 2) การพยาบาลทารกและเด็กระยะวิกฤต ระยะเวลาอบรม 4 เดือน จำนวน 4 คน 3) การพยาบาลทารกแรกเกิด ระยะเวลาอบรม 1 เดือน จำนวน 3 คน 4) การพยาบาลทารกแรกเกิด ระยะเวลาอบรม 1 สัปดาห์ จำนวน 1 คน และ 5) การกู้ชีพทารก ระยะเวลาอบรม 1 สัปดาห์ จำนวน 1 คน ดังแสดงในตาราง 4.3

ตาราง 4.3 จำนวน และร้อยละของพยาบาล จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 55)

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (พิสัย 23-56, Mean = 37.09, SD = 10.58)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	21	38.2
31-40 ปี	15	27.3
41-50 ปี	12	21.8
มากกว่า 50 ปี	7	12.7
ระดับการศึกษาทางการพยาบาล		
ปริญญาตรี (หรือเทียบเท่า)	52	94.5
สูงกว่าปริญญาตรี	3	5.5
ประสบการณ์ทำงานในการดูแลทารกแรกเกิด (พิสัย 1-36, Mean = 12.78, SD = 10.0)		
1-5 ปี	20	36.4
6-10 ปี	7	12.7
11-15 ปี	7	12.7
16-20 ปี	7	12.7
21-25 ปี	5	9.1
มากกว่า 25 ปี	9	16.4

ตาราง 4.3 จำนวน และร้อยละของพยาบาล จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 55) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
การอบรมระยะสั้น/อบรมเฉพาะทางเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิด		
ไม่ได้อบรม	40	72.7
อบรม	15	27.3
พยาบาลเวชปฏิบัติทารกแรกเกิด 4 เดือน	7	12.7
การพยาบาลทารกและเด็กระยะวิกฤต 4 เดือน	4	7.3
การพยาบาลทารกแรกเกิด 1 เดือน	2	3.7
การพยาบาลทารกแรกเกิด 1 สัปดาห์	1	1.8
การกู้ชีพทารก 1 สัปดาห์	1	1.8

ส่วนที่ 2 ค่าสถิติพรรณนาของตัวแปรที่ศึกษา

คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ของมารดาต่ออุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตมีค่าเท่ากับ 13.97 (SD = 11.25) ส่วนคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ของพยาบาลต่ออุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตมีค่าเท่ากับ 22.16 (SD = 10.90) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคทางกายภาพของมารดามีค่าเท่ากับ 2.00 (SD = 1.94) และของพยาบาล 4.53 (SD = 3.02) คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคที่เกิดจากอุปสรรคทางการแพทย์ที่ใช้กับทารกของมารดามีค่าเท่ากับ 3.98 (SD = 3.35) และของพยาบาล 5.42 (SD = 3.02) คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคที่เกิดจากสภาพทางจิตใจและอารมณ์ของมารดาของมารดามีค่าเท่ากับ 2.64 (SD = 2.43) และของพยาบาล 4.84 (SD = 2.98) และคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคที่เกิดจากพยาบาลและกฎระเบียบของหอผู้ป่วยของมารดามีค่าเท่ากับ 5.34 (SD = 6.06) และของพยาบาล 7.38 (SD = 5.19) เป็นที่น่าสังเกตว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของพยาบาลจะสูงกว่าการรับรู้ของมารดาในทุกด้าน และโดยรวม ดังแสดงในตาราง

4.4

ตาราง 4.4 พิสัยคะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนเฉลี่ย มัชฌิมฐาน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตของมารดาและของพยาบาล

คะแนนการรับรู้อุปสรรค	พิสัย คะแนน ที่เป็น ไปได้	มารดา (n = 64)			พยาบาล (n = 55)		
		คะแนน เฉลี่ย	มัชฌิมฐาน	ค่า เบี่ยงเบน มาตรฐาน	คะแนน เฉลี่ย	มัชฌิมฐาน	ค่า เบี่ยงเบน มาตรฐาน
อุปสรรคในการมีส่วนร่วมโดยรวม	0-78	13.97	10.50	11.25	22.16	22.00	10.90
1. อุปสรรคทางกายภาพ	0-12	2.00	2.00	1.94	4.53	4.00	2.80
2. อุปสรรคที่เกิดจากอุปสรรคทางการแพทย์ที่ใช้กับทารก	0-12	3.98	4.00	3.35	5.42	4.00	3.02
3. อุปสรรคที่เกิดจากสภาพทางจิตใจและอารมณ์ของมารดา	0-15	2.64	2.00	2.43	4.84	6.00	2.98
4. อุปสรรคที่เกิดจากพยาบาลและกฎระเบียบของหอผู้ป่วย	0-39	5.34	3.00	6.06	7.38	7.00	5.19

ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบสมมุติฐาน

จากการทดสอบคุณสมบัติของข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นในวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบที (*t*-test) พบว่าข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ (ภาคผนวก ง) ทำให้ไม่เหมาะสมในการนำไปทดสอบสมมุติฐานด้วยสถิติดังกล่าว ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตระหว่างมารดาและพยาบาลด้วยสถิติทดสอบแมนวิทนี ยู (Mann-Whitney U test) พบว่าสมมุติฐานได้รับการสนับสนุน นั่นคือพยาบาลและมารดา มีการรับรู้อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -4.285, p < .001$) เมื่อจำแนกข้อมูลคะแนนการรับรู้อุปสรรคของมารดาเป็นรายด้านพบว่า พยาบาลและมารดา มีการรับรู้อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งอุปสรรคทางกายภาพ ($Z = -5.169, p < .001$) อุปสรรคที่เกิดจากอุปสรรคทางการแพทย์ที่ใช้กับทารก ($Z = -2.718, p = .007$) อุปสรรคที่เกิดจากสภาพทางจิตใจและอารมณ์ของมารดา ($Z = -4.525, p < .001$) และ

อุปสรรคที่เกิดจากพยาบาลและกฎระเบียบของหอผู้ป่วย ($Z = -2.870, p = .004$) ดังแสดงในตาราง 4.5

ตาราง 4.5 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนการรับรู้อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตของมารดาและของพยาบาล

คะแนนการรับรู้อุปสรรค	มารดา (n = 64)		พยาบาล (n = 55)		Z	p-value
	Mean	Sum of	Mean	Sum of		
	Rank	Rank	Rank	Rank		
อุปสรรคในการมีส่วนร่วมโดยรวม	47.45	3036.50	74.61	4103.50	-4.285	.000
1. อุปสรรคทางกายภาพ	45.01	2880.50	77.45	4259.50	-5.169	.000
2. อุปสรรคที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารก	52.09	3333.50	69.21	3806.50	-2.718	.007
3. อุปสรรคที่เกิดจากสภาพทางจิตใจและอารมณ์ของมารดา	46.87	2999.50	75.28	4140.50	-4.525	.000
4. อุปสรรคที่เกิดจากพยาบาลและกฎระเบียบของหอผู้ป่วย	51.62	3303.50	69.75	3836.50	-2.870	.004

บทที่ 5

อภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่องอุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตตามการรับรู้ของมารดาและของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของทารกที่มีภาวะวิกฤตจำนวน 64 ราย และพยาบาลวิชาชีพที่มีหน้าที่ดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤต จำนวน 55 ราย ผลการศึกษาพบว่ามารดาและพยาบาลมีการรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตของมารดาแตกต่างกันซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัย นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อทดสอบการรับรู้อุปสรรคของมารดาเป็นรายด้าน ได้แก่ อุปสรรคทางกายภาพ อุปสรรคที่เกิดจากอุปสรรคทางการแพทย์ที่ใช้กับทารก อุปสรรคที่เกิดจากสภาพทางจิตใจและอารมณ์ของมารดา และอุปสรรคที่เกิดจากพยาบาลและภาระเบี่ยงของหอผู้ป่วย ก็พบว่ามารดาและพยาบาลมีการรับรู้อุปสรรคแตกต่างกันทุกด้าน และสามารถอภิปรายผลการวิจัยในประเด็นต่าง ๆ ได้ดังนี้

อุปสรรคทางกายภาพ

การที่บ้านอยู่ไกลจากโรงพยาบาลถูกมองว่าเป็นอุปสรรคของมารดาในการเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ว่าจะในมุมมองของมารดา (Dobbins, et al., 1994; Martinez et al., 2012) หรือมุมมองของพยาบาล (Martinez et al., 2012; Martínez & Hernández, 2014; Walker, 1998) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ามารดาและพยาบาลมองต่างกันที่บ้านไกลเป็นอุปสรรคในการที่จะมาเยี่ยมและให้การดูแลทารกของมารดา โดยพยาบาลมองเห็นว่าเป็นอุปสรรคของมารดามากกว่าที่มารดาเองว่าเป็นอุปสรรคของตน (คะแนนเฉลี่ยของมารดา 0.61 และคะแนนเฉลี่ยของพยาบาล 1.38) (ภาคผนวก จ) อาจเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมารดาส่วนใหญ่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ย 3-5 วัน ทำให้มารดาได้มีโอกาสมาเยี่ยมและดูแลทารกในขณะที่มารดาเองยังพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งอาจเป็นช่วงเวลาเดียวกันกับที่มารดาบางรายให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย และเมื่อกลับบ้านไปแล้วมารดาส่วนใหญ่ร้อยละ 53.1 เดินทางมาเยี่ยมและดูแลทารกโดยใช้รถส่วนตัว และร้อยละ 45.3 เดินทางโดยรถประจำทาง ซึ่งไม่เกิดความลำบากในการเดินทางมากนัก ดังจะเห็นได้จากห้องพักที่ทางโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาจัดไว้ให้มารดาพักเพื่ออยู่ดูแลบุตร ไม่มีมารดาเข้าพักในบางช่วง แม้ว่าการจัดให้มีห้องพักที่สะดวกสำหรับมารดานับเป็นการสนับสนุนให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกมากขึ้น

(Griffin, 1990) และจากการพูดคุยกับมารดา มารดา รายหนึ่งให้ข้อมูลว่า “แม้บ้านไกลแค่ไหนก็ต้องมาดูแลลูกเพราะเป็นหน้าที่ แต่บางวันที่ไม่ได้มาเพียงเพราะติดภารกิจอื่นที่ต้องทำ” อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ถามเกี่ยวกับระยะห่างระหว่างบ้านของมารดาและโรงพยาบาล จึงอาจทำให้ได้ข้อมูลไม่ชัดเจน ซึ่งพยาบาลเองก็อาจไม่เคยถามว่าบ้านของมารดาอยู่ไกลจากโรงพยาบาลมากหรือน้อย พยาบาลจึงเห็นว่าบ้านไกลเป็นอุปสรรคของมารดา ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้มีความใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ Martinez และคณะ ที่บิดามารดาและบุคลากรทางสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนาระบุว่าระยะทางและการคมนาคมเป็นอุปสรรคในการดูแลทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก แต่ให้ความสำคัญต่างกัน ซึ่ง Martinez และคณะ ได้ยกตัวอย่างว่า บิดามารดาชาวเวียตนามร้อยละ 53.1 ให้ข้อมูลว่าแม้ระยะทางระหว่างบ้านและโรงพยาบาลห่างกัน แต่บิดามารดาก็สามารถมาเยี่ยมและดูแลทารกในช่วงเวลาสั้น ๆ โดยไม่ต้องหยุดหรือขาดงาน ในขณะที่บุคลากรทางสุขภาพร้อยละ 69 คิดว่าระยะทางเป็นอุปสรรคทำให้บิดามารดามาดูแลทารกได้น้อย

การไม่มีมุมหรือสถานที่ที่เป็นส่วนตัวในการคุยหรือระบายความรู้สึกกับแพทย์หรือพยาบาลทำให้มารดาารู้สึกขาดความเป็นส่วนตัว เป็นประเด็นหนึ่งที่มีการกล่าวถึงว่าเป็นอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารก ทั้งในมุมมองของมารดาเอง (Martinez et al., 2012) และมุมมองของพยาบาล (Walker, 1988) ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การไม่มีมุมหรือสถานที่ในการพูดคุยหรือระบายความรู้สึกกับแพทย์หรือพยาบาลทำให้มารดาารู้สึกว่าไม่สะดวกใจในการพูดคุยหรือขาดความเป็นส่วนตัวน้อย (คะแนนเฉลี่ย 0.41) (ภาคผนวก จ) ทั้งนี้อาจเนื่องจากในบริบทประเทศไทยไม่ค่อยได้ให้ความสำคัญกับเรื่องของความเป็นส่วนตัวมากนัก จึงรู้สึกว่าเป็นเรื่องธรรมดาในการที่บิดามารดาจะคุยกับแพทย์หรือพยาบาลข้างเตียงทารก โดยเฉพาะการคุยกับแพทย์ที่ทำการรักษา ซึ่งแพทย์มีภารกิจที่ต้องทำหลายอย่าง เวลาในการที่จะพูดคุยกับบิดามารดาจึงมีค่อนข้างจำกัด จึงสะดวกในการพูดคุยกับบิดามารดาที่ข้างเตียงมากกว่า อย่างไรก็ตามในกรณีที่มีประเด็นที่อ่อนไหวหรือต้องการความเป็นส่วนตัว ทางหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดก็จัดให้มีทั้งมุมส่วนตัวและห้องส่วนตัวให้สามารถพูดคุยกับแพทย์หรือพยาบาลได้ตามความเหมาะสม การที่พยาบาลมองว่าการไม่มีมุมส่วนตัวในการที่จะคุยกับแพทย์หรือพยาบาลเป็นอุปสรรคมากกว่าที่มารดาเอง (คะแนนเฉลี่ย 1.18) (ภาคผนวก จ) อาจเนื่องจากสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยที่เต็มไปด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ ประกอบกับสถานที่คับแคบทำให้มารดาไม่สามารถอยู่กับทารกได้ในขณะที่แพทย์กำลังตรวจเยี่ยมหรือพยาบาลกำลังให้การดูแลทารก (Martínez & Hernández, 2014)

อุปสรรคที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารก

ทารกแรกเกิดมีภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด หากมีสภาพการเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อนและรุนแรง ก็ทำให้ต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นเพื่อการมีชีวิตรอด (Chen & Conrad, 2001; Johnson, 2008b; Obeidat, et al., 2009) ได้แก่ อุปกรณ์การให้ออกซิเจนชนิดต่าง ๆ ตู้อบ เครื่องส่องไฟรักษา เครื่องติดตามอาการ เครื่องให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ และสายยางให้อาหาร (Griffin, 1990; Lantz & Ottosson, 2013) โดยเฉพาะในทารกที่ได้รับการให้ออกซิเจน อุปกรณ์การให้ออกซิเจนมักเป็นอุปสรรคขวางกั้นการได้อุ้มทารกของมารดา (Cervantes, et al., 2011) ซึ่งทารกทุกรายในการวิจัยครั้งนี้ได้รับออกซิเจน ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและบางรายมีอุปกรณ์ติดตามอาการ ซึ่งส่งผลให้มารดาส่วนใหญ่ไม่กล้าสัมผัสหรือดูแลทารก เนื่องจากกลัวเกิดอันตรายกับทารก หรือทำให้อุปกรณ์ชำรุดเสียหาย ซึ่งอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ทารกใช้ ทำให้มารดายากที่จะเข้าถึงตัวทารก (Dobbins, et al., 1994; Lee, et al., 2009) ตลอดจนเสียงสัญญาณเตือน ทำให้มารดาไม่กล้าที่จะให้การดูแลทารกดังกล่าว (Dobbins, et al., 1994)

ทั้งมารดาและพยาบาลเห็นว่าอุปกรณ์ทางการแพทย์เป็นอุปสรรคของมารดาในการเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต อย่างไรก็ตามพยาบาลมองว่าเป็นอุปสรรคมากกว่าที่มารดาเอง (คะแนนเฉลี่ยของมารดา 3.98 และคะแนนเฉลี่ยของพยาบาล 5.42) (ตาราง 4.4) โดยทั่วไปแล้วการดูแลทารกในขณะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือในระยะเวลาที่มีภาวะวิกฤตพยาบาลจะเป็นผู้ให้การช่วยเหลือมารดาในการดูแลทารกดังกล่าว กิจกรรมการดูแลที่มารดาทำได้และได้รับอนุญาตให้ทำ มักเป็นกิจกรรมที่มารดาสามารถทำได้ง่ายและทำบ่อย ๆ ได้แก่ การดูแลเรื่องการให้นมทารก การเช็ดทำความสะอาดหลังขั้วถ่าย การพูดคุย การสัมผัส เป็นต้น (ชนิตา เป๊ะสกุล, 2553; Nyqvist & Engvall, 2009; Raines & Brustad, 2012) ส่วนการอุ้มหรือการทำแกงการู และการอาบน้ำทารก มักเป็นกิจกรรมที่มารดาได้ทำน้อยหรือไม่ได้ทำเลย (Nyqvist & Engvall, 2009) และพยาบาลก็มีการสนับสนุนให้มารดาได้อุ้มทารกหรือทำแกงการูขณะใส่เครื่องช่วยหายใจบ้าง โดยเฉพาะในทารกถอดท่อหลอดลมคอแล้ว โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับ ได้แก่ สายสัมพันธ์ระหว่างมารดาทารก และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ สภาพการเจ็บป่วยของทารกที่เป็นอยู่ เช่น สัญญาณชีพไม่คงที่ ความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอ และสายสวนต่าง ๆ เป็นต้น อย่างไรก็ตามพยาบาลส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับการอุ้มทารกขณะที่ยังใส่เครื่องช่วยหายใจ (Franck, Bernal, & Gale, 2002) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ทารกทุกรายใช้เครื่องช่วยหายใจ และส่วนใหญ่ร้อยละ 51.6 เป็นทารกที่ใส่ท่อหลอดลมคอ นั่นอาจทำให้พยาบาลมองว่าเครื่องช่วยหายใจเป็นอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของมารดามากกว่าที่มารดาเอง อย่างไรก็ตามมารดาควรจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับอุปกรณ์ที่ใช้กับทารก และทำความเข้าใจถึงสัญญาณเตือนต่าง ๆ เพื่อที่มารดาจะได้เข้าใจ และตระหนักว่าในช่วงเวลานั้น

มารดาควรให้การดูแลทารกในรูปแบบใด (Martínez & Hernández, 2014)

การที่มารดาบอกว่าอุปกรณ์ทางการแพทย์เป็นอุปสรรคน้อยกว่าที่พยาบาลมอง (คะแนนเฉลี่ยของมารดา 3.98 และคะแนนเฉลี่ยของพยาบาล 5.42) (ตาราง 4.4) อาจเนื่องจากว่า การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตนั้นอาจมีหลายรูปแบบ (Franck & Spencer, 2003) มารดาจึงไม่ได้มองว่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารกเป็นอุปสรรคขัดขวางการมีส่วนร่วมดูแลทารกขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักไปทั้งหมด เช่น ตู้บอาจขัดขวางการสัมผัสทารก แต่ไม่ได้ขัดขวางการมองตา เครื่องช่วยหายใจและอุปกรณ์ อาจทำให้ไม่ได้มองเห็นทุกส่วนของทารกแต่ก็ไม่ขัดขวางการลูบสัมผัส ส่วนเครื่องติดตามอาการอาจขัดขวางการสัมผัสแต่ไม่ขัดขวางการมองตา เป็นต้น (Lantz & Ottosson, 2013) ซึ่งในมุมมองของพยาบาลมองว่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ เหล่านี้เป็นอุปสรรคในการมีส่วนร่วมดูแลทารกของมารดามากกว่า ดังการศึกษาของ Walker (1988) ที่ศึกษาพบว่า พยาบาลในประเทศออสเตรเลียมองว่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เครื่องช่วยหายใจ (ร้อยละ 93.9) อุปกรณ์การให้ออกซิเจน (ร้อยละ 91.1) และตู้บ (ร้อยละ 83.7) เป็นต้น เป็นอุปสรรคของบิดามารดาในการเข้ามาดูแลทารกในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอาจทำให้มารดาไม่กล้าสัมผัสหรือดูทารก ดังมารดา รายหนึ่งกล่าวว่า “ไม่กล้าจับมือลูกเพราะกลัวเข็มแทงน้ำเกลือหลุด และกลัวลูกเจ็บหากต้องแทงเข็มใหม่” ซึ่งการศึกษาพบว่าบิดามารดาบอกว่า การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (ทั้งหลอดเลือดดำส่วนปลาย และหลอดเลือดดำส่วนกลาง) เป็นอุปสรรคต่อความต้องการมีส่วนร่วมดูแลทารกด้วยการสัมผัสหรืออุ้ม มากกว่าการได้เฝ้ามองทารกขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกและมีอุปกรณ์ต่าง ๆ รอบกาย และยังพบว่ามารดาที่เคยมีบุตรมาแล้ว และมีประสบการณ์ในการอุ้มหรือสัมผัสบุตรมาก่อน เห็นว่าการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็นอุปสรรคมากกว่ามารดาที่เพิ่งมีบุตรคนแรก (Lantz & Ottosson, 2013) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มารดาร้อยละ 46.9 เป็นมารดาที่มีบุตรคนแรก ยังไม่เคยได้อุ้มหรือสัมผัสทารกมาก่อน จึงอาจทำให้มารดาบอกว่า การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็นอุปสรรคต่อความปรารถนาที่จะอุ้มหรือสัมผัสทารกไม่มากนัก ในขณะที่พยาบาลมองว่าการที่ทารกได้รับสารน้ำหรือยาทางหลอดเลือดดำเป็นอุปสรรค ทำให้มารดาไม่กล้าสัมผัสทารกเพราะกลัวสายน้ำเกลือหลุด มากกว่าที่มารดาเอง (คะแนนเฉลี่ยของมารดา 0.80 และคะแนนเฉลี่ยของพยาบาล 1.22) (ภาคผนวก จ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Walker (1988) ที่พบว่าพยาบาลร้อยละ 67 มองว่า การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็นอุปสรรคในการเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกของมารดา อาจเนื่องจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในปัจจุบันต้องใช้เครื่องควบคุมการให้สารน้ำหรือยา ส่งผลให้เกิดความไม่สะดวกหรือลำบากในการช่วยเหลือมารดาในการอุ้มหรือสัมผัสทารก โดยตำแหน่งในการให้สารน้ำในทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตมักเป็นหลอดเลือดดำที่สะดือ ซึ่งมีความ

เสี่ยงอันตรายต่อทารกได้มากหากเกิดการเลื่อนหลุดของสายสวนหลอดเลือดดำ จึงต้องมีการเฝ้าระวังมากยิ่งขึ้น ดังนั้น มารดามักไม่ได้รับการเสนอโอกาสในการอุ้มทารกจากพยาบาล แต่มารดายังมีโอกาสในการจับหรือสัมผัสทารกที่ได้รับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

อุปสรรคที่เกิดจากสภาพทางจิตใจและอารมณ์ของมารดา

พยาบาลมีความเห็นว่าสภาพจิตใจหรืออารมณ์ของมารดามีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของมารดา โดยเชื่อว่า การที่ทารกเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของมารดา มารดามักเกิดความเครียดความวิตกกังวลต่อสภาพการเจ็บป่วยของทารก โดยเฉพาะในช่วงที่ทารกมีภาวะวิกฤต และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสิ่งที่ทำให้บิดามารดาเกิดความเครียดมากที่สุดคือ ลักษณะและพฤติกรรมของทารกและการเปลี่ยนแปลงในบทบาทของมารดา (Miles, et al., 2002; Seideman, et al., 1997) โดยความเครียดจากลักษณะและพฤติกรรมของทารก มักเกิดจากภาพของทารกที่ร่ายรอบไปด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์มากมาย และได้รับการรักษาและการทำหัตถการที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด รวมถึงลักษณะอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ได้แก่ การหยุดหายใจเป็นพัก ๆ การสูญเสียความรู้สึกตัว หรือสภาพการเจ็บป่วย (Franck, et al., 2004) ซึ่งจากสภาพเหล่านี้ทำให้มารดารู้สึกว่าไม่สามารถให้การดูแลทารกหรือให้การช่วยเหลือทารกได้เต็มที่ มารดามักเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นเพียงผู้ดูแลชั่วคราวในขณะที่ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลประจำได้แก่บุคลากรในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (Gavey, 2007; Johnson, 2008b) ซึ่งอาจทำให้พยาบาลมองว่าความเครียดความวิตกกังวลของมารดาส่งผลให้มารดายังไม่มีความพร้อมที่จะเข้ามาดูแลทารก และทำให้มารดาลังเลหรือลำบากใจในการที่จะเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารก

ผลการวิจัยพบว่า มารดาไม่เห็นด้วยหรือเห็นด้วยน้อยกับพยาบาลว่าสภาพทางจิตใจและอารมณ์ของมารดาเป็นอุปสรรคในการมีส่วนร่วมดูแลทารกของมารดา (คะแนนเฉลี่ยของมารดา 2.64 และคะแนนเฉลี่ยของพยาบาล 4.84) (ตาราง 4.4) โดยมารดาส่วนใหญ่ไม่รู้สึกลำบากใจหากพยาบาลบอกให้ดูแลทารก ทั้งนี้เนื่องจากว่ามารดาเองก็มีความปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมดูแลทารกอยู่แล้ว ความปรารถนานี้เป็นพันธะสัญญา ความผูกพัน ความเตรียมพร้อม ที่จะแสดงบทบาทมารดา ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์ (Mercer, 2004) แม้ทารกจะเจ็บป่วยและมีภาวะวิกฤต และจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ แต่บทบาทการเป็นมารดาไม่มีใครมาทดแทนได้ โดยเฉพาะการบีบเก็บน้ำนมให้กับทารก (Griffin, 2006) มารดาจึงปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลทารกโดยไม่เกิดความลำบากใจหรือหากมีบ้างก็น้อย ดังผลการศึกษาของชนิตา เป๊ะสกุล (2553) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เปรียบเทียบระหว่างมารดาและพยาบาล จำนวน 40

คู่ ซึ่งมารดาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55) เป็นมารดาของทารกอายุ 1-10 วัน พบว่ามารดามีความต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตมากกว่าที่พยาบาลต้องการให้มารดามีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในขณะที่มารดาเห็นว่าได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตในระดับน้อยกว่าที่พยาบาลเห็นว่ามารดาได้ปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลทารกที่พยาบาลเห็นว่ามารดาได้ปฏิบัตินั้น อาจยังไม่เพียงพอต่อความต้องการปฏิบัติของมารดา

ในวันแรก ๆ ที่ทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก มารดามักไม่กล้าที่จะสัมผัสทารก เพราะกลัวว่าจะทำให้ทารกเกิดอันตราย หรือไม่สุขสบาย อาจเนื่องจากในระยะเริ่มต้นของการดูแลทารก มารดาเองต้องเผชิญกับความเครียดและความไม่แน่นอนในสถานการณ์การเจ็บป่วยของทารก ประกอบกับขาดความรู้และทักษะในการดูแลทารก ทำให้มารดาเองไม่ต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลในทุกกิจกรรมหรือดูแลแทนพยาบาล (ณัฐิกา ปฐมอารีย์, 2551) แต่เมื่อเวลาผ่านไปมารดาส่วนใหญ่จะมีความมั่นใจในการดูแลทารกเพิ่มขึ้น (Skene, et al., 2012) อย่างไรก็ตาม แม้มารดาส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสถานะการเจ็บป่วยของทารก แต่ในขณะเดียวกันมารดาก็ต้องการที่จะได้อยู่ใกล้ชิดทารกและใช้เวลากับทารกมากที่สุด (Lindberg & Öhrling, 2008) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ การที่มารดาเห็นด้วยน้อยกว่าพยาบาลเกี่ยวกับการที่มารดามีความวิตกกังวลเกินกว่าที่จะดูแลทารกได้ (คะแนนเฉลี่ยของมารดา 0.31 และคะแนนเฉลี่ยของพยาบาล 1.22) (ภาคผนวก จ) เนื่องจากทารกยังอยู่ในภาวะวิกฤตบทบาทในการดูแลทารกของมารดาจะเป็นเพียงสังเกตและตรวจสอบว่าทารกได้รับการดูแลรักษาอย่างไร ผ่านการได้รับข้อมูลจากแพทย์หรือพยาบาล อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่ในการจับหรือสัมผัสทารก โดยบทบาทการดูแลทารกในระยะนี้ส่วนใหญ่จะตกอยู่ที่พยาบาลซึ่งมารดาให้ความเชื่อถือเป็นมืออาชีพ และมารดาทราบว่าทารกกำลังได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นประเด็นที่มีความสำคัญสำหรับมารดามากกว่า (Fegran, et al., 2008)

อุปสรรคที่เกิดจากพยาบาลและกฎระเบียบของหอผู้ป่วย

มารดา มองว่าพยาบาลและกฎระเบียบของหอผู้ป่วยเป็นอุปสรรคของตนในการมีส่วนร่วมดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตน้อยกว่าที่พยาบาลมอง (คะแนนเฉลี่ยของมารดา 5.34 และคะแนนเฉลี่ยของพยาบาล 7.38) (ตาราง 4.4) โดยทั่วไปแล้วพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทและหน้าที่ในการช่วยให้บิดามารดาสามารถเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการดูแลทารก แต่บางครั้งพยาบาลอาจถูกมองว่าเป็นอุปสรรคเสียเองซึ่งอาจเกิดจากท่าทีหรือการแสดงออกของพยาบาล (Martinez et al., 2012) เช่น ทักษะของพยาบาลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลทารกของบิดา

มารดา ที่มักคิดว่าบิดามารดาไม่มีความสามารถพอในการให้การดูแลทารกที่เจ็บป่วยได้เท่าตน ในขณะที่บิดามารดาคิดว่าสามารถทำได้ เช่น การดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือด การช่วยจับเด็ก ในการทำหัตถการที่เจ็บปวด เป็นต้น (Gale & Franck, 1998; Griffin, 1990; Walker, 1998) สำหรับการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตนั้นพยาบาลมีความเห็นว่างานในส่วนที่เป็นการดูแลทางการแพทย์เป็นหน้าที่ของพยาบาล พยาบาลจะเป็นผู้ตัดสินใจในการดูแลโดยการเป็นผู้บอกกล่าว หรือแนะนำในการดูแลทารกแก่มารดา ส่วนมารดามีหน้าที่ในการดูแลความสบายของทารก เท่านั้น และมารดาต้องได้รับอนุญาตจากพยาบาลก่อน เพราะหากเกิดข้อผิดพลาดขึ้นพยาบาลต้องเป็นผู้รับผิดชอบทารกเหล่านั้นเอง (Paliadelis, et al., 2005)

ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าพยาบาลมองว่ามารดาไม่ค่อยเข้าใจเวลาที่พยาบาลอธิบาย เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของทารก ทำให้มารดาไม่สามารถดูแลทารกได้ (คะแนนเฉลี่ยของมารดา 0.27 และคะแนนเฉลี่ยของพยาบาล 0.87) (ภาคผนวก จ) และพยาบาลอธิบายหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับทารก ไม่ชัดเจน ทำให้มารดาไม่มั่นใจในการดูแลทารก (คะแนนเฉลี่ยของมารดา 0.33 และคะแนนของเฉลี่ยพยาบาล 0.55) (ภาคผนวก จ) อาจเนื่องจากพยาบาลมีรูปแบบในการดูแลทารกที่ต่างจากมารดา โดยในช่วงที่ทารกมีภาวะวิกฤต การดูแลทารกของพยาบาลมักมุ่งเน้นที่เทคโนโลยีทางการแพทย์ ทักษะการดูแลเป็นเฉพาะหน้าที่ ซึ่งยากที่มารดาจะเข้าใจและให้การดูแลทารกได้ ในขณะที่มารดา ต้องการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับทารก และการมีส่วนร่วมในการดูแลทารก มักเป็นกิจกรรมที่ทำได้ง่าย ๆ และทำได้บ่อย เช่น ให้อาหารหรือเปลี่ยนผ้าอ้อม (Raines & Brustad, 2012) ส่วนกิจกรรมอื่น ๆ เช่น อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า การชั่งน้ำหนัก การจัดท่านอน เป็นต้น มารดาอาจได้ทำน้อยหรือไม่ได้ทำ เลย (Nyqvist & Engvall, 2009) การมีส่วนร่วมในการดูแลทารกของมารดาจึงต้องการระยะเวลาและการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดความพร้อมก่อนที่จะมีการปรับเปลี่ยนบทบาทในการดูแลทารกจากพยาบาลมาเป็นมารดา (Heermann, et al., 2005; Skene, et al., 2012)

การที่พยาบาลส่วนใหญ่มองว่า มารดาไม่เข้าใจเวลาที่พยาบาลอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของทารก และ/หรือการที่พยาบาลไม่สามารถอธิบายหรือให้ข้อมูลได้ไม่ชัดเจน ส่งผลให้มารดาไม่มั่นใจในการดูแลทารกหรือไม่สามารถดูแลทารกได้นั้น อาจเกิดจากความสามารถในการให้ข้อมูลและการช่วยเหลือมารดาในการดูแลทารกของพยาบาล ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องกับทักษะและประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาลเอง ผลจากการวิจัยพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 36.4 มีประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดเพียง 1-5 ปี และมีพยาบาลที่ระบุว่าไม่เคยผ่านการอบรมระยะสั้น/อบรมเฉพาะทางเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิดร้อยละ 72.7 ซึ่งพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยมักเกิดความไม่มั่นใจในการให้ข้อมูลและให้การช่วยเหลือมารดาในการให้การดูแลทารก (Paliadelis, et al., 2005) และด้วยข้อจำกัดการทำงานของพยาบาลในการดูแลทารกที่มีภาวะ

วิกฤต ที่จำนวนเจ้าหน้าที่น้อย ภาระงานมาก และเวลาน้อย โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด 1 และหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด 2 ซึ่งให้การดูแลทารกทั้งที่มีภาวะวิกฤต และทารกที่เจ็บป่วยรายอื่น ๆ อีกจำนวนมาก ทำให้ลักษณะการทำงานของพยาบาลต้องทำงานแข่งกับเวลาเพื่อให้สามารถดูแลทารกได้ทั่วถึง พยาบาลจึงไม่มีเวลาพอในการให้ข้อมูลแก่มารดา ส่งผลให้มารดาไม่เข้าใจและไม่สามารถให้การดูแลทารกได้มากเท่าที่ควร (Higman & Shaw, 2008; Paliadelis, et al., 2005) อย่างไรก็ตาม หากมารดาารู้สึกว่าได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาล มารดาจะสามารถดูแลทารกได้มากขึ้น (Ygge, 2007) ส่วนมารดาเห็นด้วยกับพยาบาลน้อย โดยมารดาส่วนใหญ่ไม่คิดว่าตนไม่เข้าใจหรือจำไม่ได้เวลาที่พยาบาลสอนการดูแลทารก อาจเนื่องจากว่า มารดาทั้งหมดมีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี และส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป สามารถสื่อสารทำความเข้าใจกับพยาบาล หรือแพทย์ได้ไม่ยาก อีกทั้งมารดาของทารกที่มีภาวะวิกฤตมักได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือด้านการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลจากพยาบาลมากอยู่แล้ว โดยเข้าถึงได้ง่ายกว่าเมื่อเทียบกับแพทย์ (Wigert, Dellenmark, & Bry, 2013) จึงอาจทำให้มารดาคิดว่าได้รับข้อมูลที่เพียงพอที่จะสามารถให้การดูแลทารกได้

นอกจากผลที่ได้จากแบบสอบถามและข้อคำถามที่ใช้ในการวิจัยแล้ว จากการสังเกต และพูดคุยเพิ่มเติม มารดาบางรายระบุว่าสิ่งที่เป็อุปสรรคในการมาเยี่ยมและดูแลทารก คือ สภาพาสุขภาพของมารดาที่เกิดจากการคลอด เช่น อ่อนเพลีย ปวดแผล เมื่อมารดาจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วมักจะรอให้พ้นตัวก่อน จึงอาจใช้เวลาหลายวันในการที่จะมาเยี่ยมและดูแลทารก หลังจากมารดาจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปแล้ว อีกทั้งระเบียบในการเข้าเยี่ยมที่ค่อนข้างเคร่งครัด และจำกัด เช่น การจำกัดจำนวนคนเข้าเยี่ยม และช่วงเวลาการเยี่ยม ดังมีมารดา รายหนึ่งบอกว่า “บางครั้งมากันหลายคน แต่มีแต่เราที่สามารถเข้าเยี่ยมทารกได้ ส่วนญาติที่มาด้วยไม่ได้เข้าเยี่ยมทารก หรือแม้แต่พี่เค้าที่มาด้วยร้องกวนต้องการเยี่ยมน้องก็ไม่ได้รับการอนุญาตให้เข้าเยี่ยม” ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกว่าต้องรีบกลับทำให้อยู่ยาวนานไม่ได้ ซึ่งการกำหนดระเบียบการเยี่ยมที่ชัดเจนและมีเหตุผล เช่น ในครอบครัวมีใครสามารถมาเยี่ยมทารกและดูแลได้บ้าง จะเป็นการสร้างโอกาสให้พยาบาลได้สอนหรือให้ข้อมูลแก่บุคคลเหล่านั้น ซึ่งจะเป็นผู้ให้การดูแลทารกเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (Griffin, 1990) นอกจากนี้ยังพบว่ามารดาในการวิจัยครั้งนี้ร้อยละ 6.2 กำลังเรียน/ศึกษาอยู่ ทำให้ไม่สามารถมาเยี่ยมและดูแลทารกได้ตามต้องการ

เมื่อพิจารณาเหตุผลที่พยาบาลมีการรับรู้อุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตแตกต่างจากมารดาทั้งด้านอุปสรรคทางกายภาพ อุปสรรคที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารก อุปสรรคที่เกิดจากสภาพทางจิตใจและอารมณ์ของบิดามารดา และอุปสรรคที่เกิดจากพยาบาลและกฎระเบียบของหอผู้ป่วย จึงไม่เป็นที่น่าแปลกใจว่า

ทำไมพยาบาลจึงมีการรับรู้อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต โดยภาพรวมแตกต่างจากมารดา นอกจากนั้น ในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ พยาบาลและมารดา อาจมีมุมมองในการตอบแบบสอบถามต่างกัน โดยพยาบาลอาจมองอุปสรรคของมารดาในภาพรวม จากการที่พยาบาลมีประสบการณ์ในการให้การดูแลมารดาและทารกมาเป็นจำนวนมากเป็นเวลานาน น้อยกว่า 1 ปี จึงไม่ได้ระบุอุปสรรคเฉพาะสำหรับมารดา รายใดรายหนึ่ง อีกทั้งยังไม่เคยสอบถามถึง อุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกของมารดาแต่ละราย ซึ่งอุปสรรคทั้ง 4 ด้านดังกล่าวอาจ เกิดขึ้นมากน้อยแตกต่างกันไปในมารดาแต่ละคน ในขณะที่มารดามองอุปสรรคทั้ง 4 ด้านในส่วน ของตนเองโดยเฉพาะ โดยอาจไม่เคยได้รับรู้อุปสรรคของมารดาคนอื่น ๆ ในหอผู้ป่วย การตอบ แบบสอบถามจึงตอบตามที่มารดามีประสบการณ์ตรงเท่านั้น และการเก็บข้อมูลในกลุ่มมารดาเป็น การสอบถามความคิดเห็นของมารดาในระยะที่มารดายังไม่สามารถให้การดูแลทารกได้อย่างเต็มที่ ซึ่งพบว่ามารดาได้เข้ามามีโอกาสดูแลทารกในขณะที่ทารกมีภาวะวิกฤตเป็นช่วงระยะเวลาสั้น ๆ โดย มารดาส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ในการมาเยี่ยมหรือดูแลทารกแต่ละครั้ง จึงอาจทำให้ มารดายังมองไม่เห็นอุปสรรคในการมีส่วนร่วมดูแลทารกดังกล่าว

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงเปรียบเทียบ (descriptive comparative study design) เพื่อศึกษาความแตกต่างในการรับรู้ระหว่างมารดาและพยาบาลต่ออุปสรรคในการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต โดยนำแนวความคิดเกี่ยวกับอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกในหออภิบาลพิเศษทารกแรกเกิด (barrier to parenting in the special care nursery) ของ Griffin (1990) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของทารกที่มีภาวะวิกฤต จำนวน 64 ราย และพยาบาลที่มีหน้าที่ดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤต จำนวน 55 ราย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมารดาผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) และเก็บข้อมูลที่ละรายจนครบจำนวน สำหรับกลุ่มตัวอย่างพยาบาล เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องจำนวนพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามกำหนดน้อย ผู้วิจัยใช้วิธีเก็บข้อมูลจากพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามกำหนดทั้งหมด 55 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดา แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาล และแบบสอบถามอุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดเรื่องอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกใน หออภิบาลพิเศษทารกแรกเกิดของ Griffin (1990) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล COA No. IRB-NS2013/170.1403 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เลขที่ใบรับรอง 012/2013 เก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2556 โดยทำการเก็บข้อมูลจากมารดาให้แล้วเสร็จก่อน จึงเริ่มเก็บข้อมูลจากพยาบาล มีขั้นตอนในการดำเนินการคือ

- 1) สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นมารดาของทารกที่มีภาวะวิกฤต ผู้วิจัยสัมภาษณ์มารดาตามแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดา จากนั้นให้มารดาตอบแบบสอบถามอุปสรรคของมารดา

ในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต และผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตด้วยตนเอง

2) สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นพยาบาล ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาล และแบบสอบถามอุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่ามารดาและพยาบาลมีการรับรู้อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -4.285, p < .001$) เมื่อจำแนกข้อมูลคะแนนการรับรู้อุปสรรคของมารดาเป็นรายด้านพบว่า พยาบาลและมารดามีการรับรู้อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งอุปสรรคทางกายภาพ ($Z = -5.169, p < .001$) อุปสรรคที่เกิดจากอุปสรรคทางการแพทย์ที่ใช้กับทารก ($Z = -2.718, p = .007$) อุปสรรคที่เกิดจากสภาพทางจิตใจและอารมณ์ของมารดา ($Z = -4.525, p < .001$) และอุปสรรคที่เกิดจากพยาบาลและกฎระเบียบของหอผู้ป่วย ($Z = -2.870, p = .004$) โดยพยาบาลมีการรับรู้อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตมากกว่ามารดาทั้งโดยรวมและรายด้าน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการวิจัย พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของพยาบาลต่ออุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตสูงกว่าการรับรู้ของมารดามาก เป็นการบ่งชี้ให้เห็นว่าในมุมมองของพยาบาลแล้ว การมีส่วนร่วมของมารดามีโอกาสเกิดขึ้นได้น้อย เพราะมีอุปสรรคหลายด้าน ในขณะที่มารดาลับมองเห็นอุปสรรคน้อยกว่าพยาบาล ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการพัฒนาพยาบาลให้มีมุมมองเชิงบวกมากขึ้นในเรื่องการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลบุตร ซึ่งเป็นคุณลักษณะสำคัญของการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยอาจจัดอบรมพยาบาลในเรื่องของการสื่อสาร การให้ข้อมูล ในขณะเดียวกัน ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลที่ส่งเสริมให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรมากขึ้น โดยอาจประกอบด้วย กิจกรรมการปฐมพยาบาลเมื่อแรกรับผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านข้อมูล การเยี่ยมชม การสาธิตการดูแล รวมทั้ง

ให้โอกาสกับมารดามากขึ้น

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพถึงอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตและข้อเสนอแนะในการกำจัดหรือลดอุปสรรคดังกล่าวเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้น และสามารถนำมาใช้ในการวางแผนแก้ปัญหาเกี่ยวกับการที่มารดาไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตได้อย่างครอบคลุม
2. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคในการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตของพยาบาล เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือหรือสนับสนุนมารดาในการเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตได้มากขึ้น

อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตตามการรับรู้ของมารดาและของพยาบาล

BARRIERS TO MATERNAL PARTICIPATION IN CARE OF CRITICALLY ILL NEONATES PERCEIVED BY MOTHERS AND NURSES

ทำโดย ศรีวิชา 5337259 NSPN/M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

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

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มารดาของทารกที่เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มักประสบปัญหาการแสดงความเป็นมารดาและเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจในการดูแลทารกอย่างเต็มที่ อันเนื่องมาจากมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของทารก การมีข้อจำกัดในการดูแลทารก การแยกจากที่ยาวนาน และการต้องแบ่งบทบาทของมารดาในการดูแลทารกให้กับพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลทารกที่เจ็บป่วย (Miles & Frauman, 1993) อย่างไรก็ตาม แม้มารดาส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสถานะการเจ็บป่วยของทารก แต่ในขณะเดียวกันมารดาก็ต้องการที่จะได้อยู่ใกล้ชิดทารกและใช้เวลาอยู่กับทารกมากที่สุด (Lindberg & Öhrling, 2008) มารดามักประสบกับความเครียด ความกดดัน ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่มีอำนาจ ความรู้สึกสิ้นหวัง และความรู้สึกที่ไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (Obeidat, Bond & Callister, 2009) ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะยังคงอยู่เป็นเวลานานนับปี (Lindberg & Öhrling, 2008; Zelkowitz, Papageorgiou, Bardin, & Wang, 2009) การช่วยเหลือมารดาให้สามารถเผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วยของทารกและความรู้สึกเหล่านั้น อาจกระทำได้โดยการให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารก เช่น การพูดคุยกับทารก การร้องเพลงกล่อม การอุ้ม การลูบสัมผัส การทำความสะอาด การเปลี่ยนผ้าอ้อม การจัดทำนอน

และการให้นมทารกในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (Heermann, Wilson, & Wilhelm, 2005) โดยมีพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนให้มารดาทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของทารก ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ ที่มารดาได้ทำให้กับทารกดังกล่าวข้างต้น จะช่วยให้มารดามีความมั่นใจในการดูแลทารกทั้งในขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (Johnson, 2008)

จากสถิติของโรงพยาบาลมหาราชจรัสสินในปี พ.ศ. 2552 ถึง พ.ศ. 2554 พบว่ามีทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดเฉลี่ยปีละกว่า 1,900 ราย และมีทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดประมาณ 300 รายต่อปี โดยมีวันนอนในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดเฉลี่ย 10.9 วัน ส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และมีการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ หรือต้องอยู่ในตู้อบ (incubator) ทำให้มารดาและทารกขาดการสัมผัสกัน หรือมีโอกาสสัมผัสกันน้อยลง ส่งผลให้การสร้างสัมพันธภาพที่เกิดจากการได้สัมผัสกันผ่าน การได้กลิ่น การดูคนม การได้ยินเสียง หรือสร้างความคุ้นเคยระหว่างมารดาและทารกเกิดขึ้นได้ยาก (Wigert, Berg, & Hellström, 2006) และทารกเหล่านี้มักต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์และพยาบาลอย่างใกล้ชิด เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 7-10 วัน ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญของกระบวนการสร้างความผูกพันระหว่างมารดาและทารก (bonding) ที่จะเกิดขึ้นทันทีที่ทารกแรกเกิดและมารดาได้แต่ละต้องสัมผัสกัน (Klaus & Kennell, 1982) เพื่อเป็นการส่งเสริมให้กระบวนการนี้ดำเนินได้ต่อเนื่อง โรงพยาบาลจึงมีนโยบายส่งเสริมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตเหล่านี้ แต่ยังพบว่าการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของมารดา โดยพบว่ามารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตน้อยกว่าที่มารดาปรารถนาจะมีส่วนร่วม (จรัสศรี หินศิลป์, 2549; ชนิตา แป๊ะสกุล, 2553) นอกจากนี้ยังพบว่ามารดาและพยาบาลมีมุมมองหรือความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมของมารดาต่างกัน โดยพบว่ามารดาปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตมากกว่าที่พยาบาลปรารถนาให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตดังกล่าว (ชนิตา แป๊ะสกุล, 2553)

การที่มารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยและมีภาวะวิกฤตน้อยกว่าที่ต้องการหรือปรารถนาจะทำนั้น อาจเกิดจากอุปสรรคบางประการ ซึ่งอุปสรรค (barrier) หมายถึง สิ่งใดก็ตามที่ยับยั้ง แยกจาก หรือปิดกั้นไม่ให้ทำการใด ๆ (Agnes, 2005) ในกรณีของการมีส่วนร่วมในการดูแล อุปสรรคจึงอาจหมายถึงสิ่งที่จะมาขัดขวางมารดาในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลการมีปฏิสัมพันธ์หรือให้การช่วยเหลือทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ซึ่งการเข้ามามีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตมีมากหรือน้อย อาจขึ้นอยู่กับรับรู้อุปสรรคของมารดา นั่นคือการรับรู้เกี่ยวกับความไม่พร้อม ความไม่สะดวก ความสิ้นเปลือง ความยาก หรือการเสียเวลา (Pender, Murdaugh, & Parson, 2011) หากมารดารับรู้ว่ามีอุปสรรคมาก อาจทำให้การเข้ามามีส่วน

ร่วมน้อยลงหรืออาจไม่เข้ามามีส่วนร่วมเลย ในทำนองเดียวกัน หากพยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักและเป็นผู้ที่มีบทบาทในการสนับสนุนให้เกิดการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกแรกเกิดรับรู้ว่ามีอุปสรรคมาก ก็อาจไม่สนับสนุนหรือช่วยเหลือมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกได้เท่าที่ควร

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้อุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ทั้งในส่วนของพยาบาลและมารดาว่า มารดาและพยาบาลมีมุมมองเกี่ยวกับอุปสรรคในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตแตกต่างกันหรือไม่ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลและจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตให้สอดคล้องตามความต้องการของมารดา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ได้นำแนวความคิดเกี่ยวกับอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกในหออภิบาลพิเศษทารกแรกเกิด (barrier to parenting in the special care nursery) ของ Griffin (1990) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งอุปสรรคของมารดาในการเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ประกอบด้วย 1) อุปสรรคทางกายภาพ (physical barrier) หมายความว่า ระยะห่างระหว่างมารดาและทารก ที่เกิดจากทารกได้รับการส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยหรือโรงพยาบาลอื่น การไม่มีพื้นที่กว้างพอในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด หรือที่พักที่สะดวกสบายสำหรับบิดามารดา เป็นต้น 2) อุปสรรคที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารก (mechanical barrier) หมายความว่า อุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลรักษาทารก ได้แก่ อุปกรณ์ในการให้ออกซิเจนชนิดต่าง ๆ ตู้อบเด็ก อุปกรณ์ให้สารน้ำ ที่ปิดตาเมื่อทารกได้รับการส่องไฟรักษาภาวะตัวเหลือง เป็นต้น 3) อุปสรรคที่เกิดจากสภาพจิตใจและอารมณ์ของบิดามารดา (psychologic or emotional barrier) หมายความว่า ความรู้สึกไม่เป็นส่วนตัว ความรู้สึกไร้อำนาจและรู้สึกผิด ความกลัวในการที่จะสร้างสัมพันธภาพกับทารกที่อาจเสียชีวิต และ 4) อุปสรรคที่เกิดจากพยาบาล (nurse barrier) ซึ่งหมายความว่ารวมถึงกฎระเบียบหรือขั้นตอนต่าง ๆ ในการเข้ามาดูแลทารก รูปแบบการดูแล เจ้าหน้าที่ที่มีไม่เพียงพอ การทำหัตถการต่าง ๆ สภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการทำงานของพยาบาล สภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นหรือการเห็นคุณค่าของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกจากพยาบาล

ซึ่งจากอุปสรรคของมารดาในการเข้ามามีส่วนร่วมดังที่กล่าวมานั้น Griffin (1990) เชื่อว่า พยาบาลสามารถลดหรือกำจัดอุปสรรคเหล่านั้นได้ด้วยการให้ความรู้แก่บิดามารดาและ

สนับสนุนให้บิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกอย่างจริงจัง และพยาบาลต้องมีการเรียนรู้ที่จะให้ ความสำคัญและเห็นคุณค่าของการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกด้วย แต่ในการที่จะ สามารถลดหรือกำจัดอุปสรรคนั้นจำเป็นที่จะต้องระบุว่าคุณอุปสรรคนั้นคืออะไร มารดาและพยาบาลมี การรับรู้อย่างไร เพื่อจะได้นำมาเป็นแนวทางในการลดการรับรู้อุปสรรคเหล่านั้น ซึ่งการที่สามารถ ระบุอุปสรรคและลดการรับรู้อุปสรรคนั้นสามารถทำได้โดย การทำให้มั่นใจ การแก้ไขการได้รับ ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง การกระตุ้น และการให้การช่วยเหลือต่าง ๆ (Janz, Champion, & Strecher, 2002) ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า การรับรู้อุปสรรคของมารดามีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่มี ภาวะวิกฤต และในส่วนของพยาบาลการรับรู้อุปสรรคของมารดามีผลต่อการสนับสนุนการเข้ามามี ส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตได้เช่นกัน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่ามี อะไรบ้างที่เป็นอุปสรรคในการเข้ามามีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต มารดาและพยาบาลมีการรับรู้อุปสรรคแตกต่างกันหรือไม่ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผน จัดการในการลดหรือกำจัดอุปสรรคดังกล่าว เพื่อช่วยให้มารดาสามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารก แรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ของมารดาและพยาบาลต่ออุปสรรคในการมีส่วนร่วมของ มารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต

สมมุติฐานการวิจัย

พยาบาลและมารดามีการรับรู้ต่ออุปสรรคในการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแล ทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาประกอบด้วย มารดาของทารกที่มีภาวะวิกฤต และพยาบาลผู้ดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญไว้ที่ .05 อำนาจทดสอบเท่ากับ .80 ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.5 และเปิดตารางประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Cohen (1988) สำหรับการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 2 กลุ่ม ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 64 คน

ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างมารดา ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) กำหนดเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) เป็นมารดาของทารกที่มีภาวะวิกฤตและทารกมีน้ำหนักแรกเกิด 1,000 กรัมขึ้นไป และได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมกับการรักษาอื่น 2) ได้เข้าเยี่ยมทารกมาแล้วอย่างน้อย 3 วัน 3) มีสติสัมปชัญญะดี 4) อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และกำหนดเกณฑ์สำหรับคัดออกดังนี้ 1) มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด (postpartum blues) 2) เป็นมารดาของทารกที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะวิกฤตรุนแรง ทารกที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่เพื่อแก้ไขความผิดปกติ ทารกที่มีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมดูแลของมารดา เช่น ทารกที่จำเป็นต้องได้รับยาระงับความรู้สึก/ยาคลายกล้ามเนื้อ ทารกที่ป่วยด้วยโรคที่มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อ เป็นต้น จำนวน 64 คน

สำหรับกลุ่มตัวอย่างพยาบาล เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลประจำการ และมีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดลอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 55 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดา ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่าย จำนวนบุตร ประสบการณ์การมีบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด (ถ้ามี) พาหนะที่ใช้ในการเดินทางมาดูแลบุตร ค่าใช้จ่ายในการมาเยี่ยมบุตร และจำนวนชั่วโมงของการมาเยี่ยมบุตรแต่ละครั้ง

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุครรภ์เมื่อแรกเกิด ชนิดของการคลอด APGAR Score น้ำหนักแรกเกิด อายุหลังเกิด การ

รักษาที่ได้รับ ได้แก่ ชนิดของการใช้เครื่องช่วยหายใจ ชนิดของเครื่องให้ความอบอุ่นทารก และจำนวนวันของการใช้เครื่องช่วยหายใจ

3. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ จำนวนบุตร (ถ้ามี) ระดับการศึกษาทางการพยาบาล ประสบการณ์ทำงานในการดูแลทารกแรกเกิด การอบรมระยะสั้น/เฉพาะทางเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิด

4. แบบสอบถามอุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต จำนวน 26 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดเรื่องอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกในหออภิบาลพิเศษทารกแรกเกิดของ Griffin (1990) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Dobbins, Bohlig, & Suphen, 1994; Walker, 1998)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการพิจารณาตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน หากความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับมารดาของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างมารดาที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 10 ราย และพยาบาลที่ดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ .82 และ .88 ตามลำดับ และเมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างมารดาจำนวน 64 ราย และกลุ่มตัวอย่างพยาบาลจำนวน 55 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 และ .91 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล COA No. IRB-NS2013/170.1403 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เลขที่ใบรับรอง 012/2013

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำการเก็บข้อมูลจากมารดาให้แล้วเสร็จก่อน จึงเริ่มเก็บข้อมูลจากพยาบาล มีขั้นตอนในการดำเนินการคือ

1) สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นมารดาของทารกที่มีภาวะวิกฤต ผู้วิจัยสัมภาษณ์มารดาตามแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดา จากนั้นให้มารดาตอบแบบสอบถามอุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต และผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตด้วยตนเอง

2) สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นพยาบาล ผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาล และแบบสอบถามอุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ หาค่าความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ของมารดาและของพยาบาลต่ออุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตด้วยสถิติทดสอบแมนวิทนี ยู (Mann-Whitney U test)

ผลการวิจัย

มารดาส่วนใหญ่ร้อยละ 87.5 มีอายุระหว่าง 18-35 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 29.7 ส่วนใหญ่ร้อยละ 46.9 มีบุตรเพียง 1 คน คือบุตรคนปัจจุบัน ในการมาเยี่ยมและดูแลบุตรที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด มารดาร้อยละ 53.1 ใช้วิธีการเดินทางโดยรถส่วนตัว และส่วนใหญ่ร้อยละ 45.5 ใช้เวลาในการเยี่ยมและดูแลบุตรประมาณ 1 ชั่วโมง

ทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ร้อยละ 64.1 เป็นทารกเกิดก่อนกำหนด คลอดด้วยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 48.4 น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 2,438.28 กรัม ทารกทุกรายได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยมีทารกร้อยละ 51.6 ได้รับการช่วยหายใจด้วยการใส่ท่อหลอดลมคอ ร้อยละ 18.3 ใช้แรงดันบวกทางจมูก และมีทารกร้อยละ 20.3 ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งชนิดใส่ท่อหลอดลมคอและใช้แรงดันบวก ซึ่งทารกส่วนใหญ่ร้อยละ 60.9 ใช้เครื่องช่วยหายใจไม่เกิน 5 วัน โดยได้รับการดูแลให้ได้รับความอบอุ่นในตู้อบเด็กร้อยละ 54.7 ในช่วงที่มารดาตอบแบบสอบถาม ทารกมีอายุอยู่ในช่วงสัปดาห์แรกร้อยละ 51.6

พยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 38.2 อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี ร้อยละ 94.5 จบการศึกษามหาวิทยาลัยในระดับปริญญาตรี ซึ่งพยาบาลร้อยละ 36.4 มีประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิด 1-5 ปี และร้อยละ 72.7 ระบุว่าไม่ได้อบรมระยะสั้น/อบรมเฉพาะทางเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิด

คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ของมารดาต่ออุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตมีค่าเท่ากับ 13.97 ส่วนคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ของพยาบาลต่ออุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตมีค่าเท่ากับ 22.16 จากคะแนนเต็มทั้งหมด 78 คะแนน โดยมีรายละเอียดของคะแนนการรับรู้อุปสรรครายด้าน ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 พิสัยคะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนเฉลี่ย มัธยฐาน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตของมารดาและของพยาบาล

คะแนนการรับรู้อุปสรรค	พิสัย คะแนน ที่เป็น ไปได้	มารดา (n=64)			พยาบาล (n=55)		
		คะแนน เฉลี่ย	มัธยฐาน	ค่า เบี่ยงเบน มาตรฐาน	คะแนน เฉลี่ย	มัธยฐาน	ค่า เบี่ยงเบน มาตรฐาน
อุปสรรคในการมีส่วนร่วมโดยรวม	0-78	13.97	10.50	11.25	22.16	22.00	10.90
1. อุปสรรคทางกายภาพ	0-12	2.00	2.00	1.94	4.53	4.00	2.80
2. อุปสรรคที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารก	0-12	3.98	4.00	3.35	5.42	4.00	3.02
3. อุปสรรคที่เกิดจากสภาพทางจิตใจและอารมณ์ของมารดา	0-15	2.64	2.00	2.43	4.84	6.00	2.98
4. อุปสรรคที่เกิดจากพยาบาลและกฎระเบียบของหอผู้ป่วย	0-39	5.34	3.00	6.06	7.38	7.00	5.19

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตระหว่างมารดาและพยาบาลด้วยสถิติทดสอบแมนวิทนี ยู (Mann-Whitney U test) พบว่าสมมุติฐานได้รับการสนับสนุน นั่นคือ พยาบาลและมารดามีการรับรู้อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -4.285, p < .001$) เมื่อจำแนกข้อมูลคะแนนการรับรู้อุปสรรคของมารดาเป็นรายด้านพบว่า พยาบาลและมารดามีการรับรู้อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งอุปสรรคทางกายภาพ ($Z = -5.169, p < .001$) อุปสรรคที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารก ($Z = -2.718, p = .007$) อุปสรรคที่เกิดจากสภาพทาง

จิตใจและอารมณ์ของมารดา ($Z = -4.525, p < .001$) และอุปสรรคที่เกิดจากพยาบาลและกฎระเบียบของหอผู้ป่วย ($Z = -2.870, p = .004$) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนการรับรู้อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตของมารดาและของพยาบาล

คะแนนการรับรู้อุปสรรค	มารดา (n=64)		พยาบาล (n=55)		Z	p-value
	Mean	Sum of	Mean	Sum of		
	Rank	Rank	Rank	Rank		
อุปสรรคในการมีส่วนร่วมโดยรวม	47.45	3036.50	74.61	4103.50	-4.285	.000
1. อุปสรรคทางกายภาพ	45.01	2880.50	77.45	4259.50	-5.169	.000
2. อุปสรรคที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่ใช้กับทารก	52.09	3333.50	69.21	3806.50	-2.718	.007
3. อุปสรรคที่เกิดจากสภาพทางจิตใจและอารมณ์ของมารดา	46.87	2999.50	75.28	4140.50	-4.525	.000
4. อุปสรรคที่เกิดจากพยาบาลและกฎระเบียบของหอผู้ป่วย	51.62	3303.50	69.75	3836.50	-2.870	.004

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่ามารดาและพยาบาลมีการรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตของมารดาแตกต่างกันซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัย นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อทดสอบการรับรู้อุปสรรคของมารดาเป็นรายด้าน ได้แก่ อุปสรรคทางกายภาพ อุปสรรคที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารก อุปสรรคที่เกิดจากสภาพทางจิตใจและอารมณ์ของมารดา และอุปสรรคที่เกิดจากพยาบาลและกฎระเบียบของหอผู้ป่วย ก็พบว่ามารดาและพยาบาลมีการรับรู้อุปสรรคแตกต่างกันทุกด้าน และสามารถอภิปรายผลการวิจัยในประเด็นต่าง ๆ ได้ดังนี้

อุปสรรคทางกายภาพ เช่น บ้านไกล เป็นอุปสรรคของมารดาในการที่เข้ามาเยี่ยมหรือให้การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ไม่ว่าจะเป็นมุมมองของมารดา (Dobbins, et al., 1994;

Martinez et al., 2012) หรือมุมมองของพยาบาล (Martinez et al., 2012; Martínez & Hernández, 2014; Walker, 1998) แต่การให้ความสำคัญต่างกัน โดยพยาบาลมองว่าเป็นอุปสรรคมากกว่าที่มารดา มอง (คะแนนเฉลี่ยของพยาบาล 1.38 และคะแนนเฉลี่ยของมารดา 0.61) อาจเป็นไปได้ว่ามารดาส่วนใหญ่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ย 3-5 วัน ทำให้มารดาได้มีโอกาสมาเยี่ยมและดูแลทารกในขณะที่มารดาเองยังพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งอาจเป็นช่วงเวลาเดียวกันกับที่มารดาบางรายให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย และเมื่อกลับบ้านไปแล้วมารดาส่วนใหญ่ร้อยละ 53.1 เดินทางมาเยี่ยมและดูแลทารกโดยใช้รถส่วนตัว ซึ่งไม่เกิดความลำบากในการเดินทางมากนัก ดังจะเห็นได้จากห้องพักที่จัดไว้ให้มารดาเข้าพักรักษาตัวเพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกและสนับสนุนให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกมากขึ้นนั้น (Griffin, 1990) ไม่มีมารดาเข้าพักรักษาตัวในบางช่วง อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ถามเกี่ยวกับระยะห่างระหว่างบ้านของมารดาและโรงพยาบาล จึงอาจทำให้ได้ข้อมูลไม่ชัดเจน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้มีความใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ Martinez และคณะ ที่ศึกษาอุปสรรคในการดูแลทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักในประเทศกำลังพัฒนาในมุมมองของบิดามารดาและบุคลากรทางสุขภาพ พบว่าบิดามารดาร้อยละ 52 และ บุคลากรทางสุขภาพร้อยละ 69 ระบุว่าระยะทาง และการคมนาคมเป็นอุปสรรคในการดูแลทารกดังกล่าว ซึ่ง Martinez และคณะ ได้ยกตัวอย่างว่า บิดามารดาชาวเวียตนามให้ข้อมูลว่าแม้ระยะทางระหว่างบ้านและโรงพยาบาลห่างกัน แต่ก็สามารถมาเยี่ยมและดูแลทารกได้ในเวลาสั้น ๆ โดยไม่ต้องหยุดหรือขาดงาน จึงมองว่าเป็นอุปสรรคน้อยกว่าที่บุคลากรทางสุขภาพมอง

อุปสรรคที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารก โดยเฉพาะอุปกรณ์การให้ออกซิเจน ซึ่งมารดาเห็นว่าเป็นอุปสรรคขัดขวางไม่ให้มารดาและทารกมีโอกาสได้ใกล้ชิดกันทางกายภาพ เช่น ไม่สามารถอุ้มทารกได้ ไม่ได้ยินเสียงของทารกเนื่องจากทารกใส่ท่อหลอดลมคอ และไม่เห็นทุกส่วนของใบหน้า เป็นต้น (Cervantes, Feeley, & Lariviere, 2011) และพยาบาลก็มีการสนับสนุนให้มารดาได้อุ้มทารกหรือทำแกงการูขณะใส่เครื่องช่วยหายใจบ้าง โดยเฉพาะในทารกถอดท่อหลอดลมคอแล้ว โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับ ได้แก่ สายสัมพันธ์ระหว่างมารดาทารกและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ สถานะการเจ็บป่วยของทารกที่เป็นอยู่ เช่น สัญญาณชีพไม่คงที่ ความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอ และสายสวนต่าง ๆ เป็นต้น อย่างไรก็ตามพยาบาลส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับการอุ้มทารกขณะที่ยังใส่เครื่องช่วยหายใจ (Franck, Bernal, & Gale, 2002) ซึ่งจากผลการวิจัยครั้งนี้ ทารกทุกรายใช้เครื่องช่วยหายใจ และร้อยละ 51.6 เป็นทารกที่ใส่ท่อหลอดลมคอ จึงอาจทำให้ทั้งมารดาและพยาบาลมองว่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารกเป็นอุปสรรคในการเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตของมารดา อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยพบว่าพยาบาล มองว่าเป็นอุปสรรคมากกว่าที่มารดา มอง (คะแนนเฉลี่ยของมารดา 3.98

และคะแนนเฉลี่ยของพยาบาล 5.42) โดยพยาบาลมองว่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ เป็นอุปสรรคในการมีส่วนร่วมดูแลทารกของมารดา ดังการศึกษาของ Walker (1988) ที่ศึกษาพบว่า พยาบาลในประเทศออสเตรเลียมองว่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เครื่องช่วยหายใจ (ร้อยละ 93.9) อุปกรณ์การให้ออกซิเจน (ร้อยละ 91.1) และตู้อบ (ร้อยละ 83.7) เป็นต้น เป็นอุปสรรคของบิดามารดาในการเข้ามาดูแลทารกในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ในขณะที่ มารดาไม่ได้มองว่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารกเป็นอุปสรรคขัดขวางการมีส่วนร่วมดูแลทารกขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักไปทั้งหมด เช่น ตู้อบอาจขัดขวางการสัมผัสทารกแต่ไม่ได้ขัดขวางการมองตา เครื่องช่วยหายใจและอุปกรณ์ อาจทำให้ไม่ได้มองเห็นทุกส่วนของทารกแต่ก็ไม่ขัดขวางการลูบสัมผัส ส่วนเครื่องติดตามอาการอาจขัดขวางการสัมผัสแต่ไม่ขัดขวางการมองตา เป็นต้น (Lantz & Ottosson, 2013)

อุปสรรคที่เกิดจากสภาพทางจิตใจและอารมณ์ของมารดา การเจ็บป่วยของทารกเป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของมารดา มารดามักเกิดความรู้สึกความวิตกกังวลต่อสภาพการเจ็บป่วย ลักษณะ และพฤติกรรมของทารก โดยทารกจะรายรอบไปด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์มากมาย และได้รับการรักษา/การทำหัตถการที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด มีอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้น ได้แก่ การหยุดหายใจเป็นพัก ๆ การสูญเสียความรู้สึกตัว เป็นต้น (Franck, Cox, Allen, & Winter, 2004) ซึ่งจากสภาพเหล่านี้ทำให้มารดา รู้สึกว่าไม่สามารถให้การดูแลทารกหรือให้การช่วยเหลือทารกได้เต็มที่ มารดามักเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นเพียงผู้ดูแลชั่วคราวในขณะที่ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลประจำได้แก่พยาบาล (Gavey, 2007; Johnson, 2008b) ในขณะที่พยาบาลเชื่อว่า สถานะทางด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นของมารดา ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล ส่งผลให้มารดา ยังไม่มีความพร้อมที่จะเข้ามาดูแลทารก (Walker, 1988) ซึ่งผลการวิจัยพบว่า มารดาไม่เห็นด้วยหรือเห็นด้วยน้อยกับพยาบาลว่าสภาพทางจิตใจและอารมณ์ของมารดาเป็นอุปสรรคในการมีส่วนร่วมดูแลทารกของมารดา (คะแนนเฉลี่ยของมารดา 2.64 และคะแนนเฉลี่ยของพยาบาล 4.84) โดยมารดาส่วนใหญ่ไม่รู้สึกลำบากใจเมื่อพยาบาลบอกให้ดูแลทารก ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่ามารดาเองก็มีความปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลทารกอยู่แล้ว ความปรารถนาคือเป็นพันธะสัญญา ความผูกพัน ความเตรียมพร้อมที่จะแสดงบทบาทมารดา ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์ (Mercer, 2004) แม้ทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาล แต่บทบาทการเป็นมารดาไม่มีใครมาทดแทนได้ โดยเฉพาะการบีบเก็บน้ำนมให้กับทารก (Griffin, 2006) มารดาจึงมารดาที่มีความต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตมากกว่าที่พยาบาลต้องการให้มารดามีส่วนร่วม (ชนิตา เป๊ะสกุล, 2553) และแม้มารดาจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสถานะการเจ็บป่วยของทารก แต่ในขณะเดียวกันมารดาที่ต้องการที่จะได้อยู่ใกล้ชิดทารกและใช้เวลากับทารกมากที่สุด (Lindberg & Öhring, 2008)

อุปสรรคที่เกิดจากพยาบาลและภาระเบี่ยงของหอผู้ป่วย พยาบาลส่วนใหญ่มองว่า พยาบาลและภาระเบี่ยงของหอผู้ป่วยเป็นอุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตมากกว่าที่มารดาเอง (คะแนนเฉลี่ยของพยาบาล 7.38 และคะแนนเฉลี่ยของมารดา 5.34) อาจเนื่องจากพยาบาลมีรูปแบบในการดูแลทารกที่ต่างจากมารดา โดยในช่วงที่ทารกมีภาวะวิกฤต การดูแลทารกของพยาบาลมุ่งเน้นไปที่เทคโนโลยีทางการแพทย์ซึ่งต้องใช้ทักษะการดูแลโดยเฉพาะ ซึ่งยากที่มารดาจะเข้าใจและให้การดูแลทารกได้ ในขณะที่มารดาต้องการเพียงที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับทารก และการมีส่วนร่วมในการดูแลทารก มักเป็นกิจกรรมที่ทำได้ง่าย ๆ และทำได้บ่อย เช่น ให้อาหารหรือเปลี่ยนผ้าอ้อม (Raines & Brustad, 2012) พยาบาลจึงเป็นผู้ทำหน้าที่ดูแลทารกด้วยตนเอง และไม่ให้การสนับสนุนมารดาให้มีส่วนร่วมในการดูแลทารกเท่าที่ควร โดยพยาบาลมองว่ามารดาไม่เข้าใจเวลาที่พยาบาลอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของทารก และ/หรือพยาบาลเองอธิบายหรือให้ข้อมูลแก่มารดาได้ไม่ชัดเจน ส่งผลให้มารดาไม่มั่นใจและ/หรือไม่สามารถดูแลทารกได้ ทั้งนี้ อาจเกิดจากความสามารถในการให้ข้อมูลและการช่วยเหลือมารดาในการดูแลทารกของพยาบาล โดยผลการวิจัยพบว่าพยาบาลร้อยละ 36.4 มีประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดเพียง 1-5 ปี และร้อยละ 72.7 ไม่เคยการอบรมระยะสั้น/อบรมเฉพาะทางเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิด จึงอาจเกิดความไม่มั่นใจในการให้ข้อมูลและให้การช่วยเหลือมารดาในการดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤต (Paliadelis, Cruickshank, Wainohu, Winskill, & Stevens, 2005) และด้วยข้อจำกัดในการทำงานของพยาบาลในการดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤต ที่จำนวนเจ้าหน้าที่น้อย ภาระงานมาก และเวลาน้อย โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด 1 และหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด 2 ซึ่งให้การดูแลทารกทั้งที่มีภาวะวิกฤต และทารกที่เจ็บป่วยรายอื่น ๆ อีกจำนวนมาก ทำให้ลักษณะการทำงานของพยาบาลต้องทำงานแข่งกับเวลา เพื่อให้สามารถดูแลทารกได้ทั่วถึง พยาบาลจึงไม่มีเวลาพอในการให้ข้อมูลแก่มารดา (Higman & Shaw, 2008; Paliadelis, et al., 2005) อย่างไรก็ตาม การได้รับช่วยเหลือจากพยาบาล จะทำให้มารดาสามารถดูแลบุตรได้มากขึ้น (Ygge, 2007) การวิจัยครั้งนี้ มารดาทั้งหมดมีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี และส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป สามารถสื่อสารทำความเข้าใจกับพยาบาลหรือแพทย์ได้ไม่ยาก อีกทั้งมารดาของทารกที่มีภาวะวิกฤตมักได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือด้านการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลจากพยาบาลมากอยู่แล้ว (Wigert, Dellenmark, & Bry, 2013) จึงอาจทำให้มารดาคิดว่าได้รับข้อมูลเพียงพอที่จะสามารถดูแลทารกได้

เมื่อพิจารณาเหตุผลที่พยาบาลมีการรับรู้อุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตแตกต่างจากมารดานั้น อาจเนื่องจากการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ พยาบาลและมารดาอาจมีมุมมองในการตอบแบบสอบถามต่างกัน โดยพยาบาลอาจมองอุปสรรคของมารดาในภาพรวม จากการที่พยาบาลมีประสบการณ์ในการให้การดูแลมารดา

และทารกมาเป็นจำนวนมากเป็นเวลานานไม่น้อยกว่า 1 ปี จึงไม่ได้ระบุอุปสรรคเฉพาะสำหรับมารดา รายใดรายหนึ่ง อีกทั้งยังไม่เคยสอบถามถึงอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกของมารดาแต่ละราย ซึ่งอุปสรรคดังกล่าวอาจเกิดขึ้นมาอย่างน้อยแตกต่างกันไปในมารดาแต่ละคน ในขณะที่มารดา มองอุปสรรคในส่วนของตนเองโดยเฉพาะ โดยอาจไม่เคยได้รับรู้อุปสรรคของมารดาคนอื่น ๆ ในหอผู้ป่วย การตอบแบบสอบถามจึงตอบตามที่มารดามีประสบการณ์ตรงเท่านั้น และการเก็บข้อมูลในกลุ่มมารดาเป็นการสอบถามความคิดเห็นของมารดาในระบะที่มารดา ยังไม่สามารถให้การดูแลทารกได้อย่างเต็มที่ ซึ่งพบว่ามารดาได้เข้ามามีโอกาสดูแลทารกในขณะที่ทารกมีภาวะวิกฤตเป็นช่วงระยะเวลาสั้น ๆ โดยมารดาส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงในการมาเยี่ยมหรือดูแลทารกแต่ละครั้ง จึงอาจทำให้มารดา ยังมองไม่เห็นอุปสรรคในการมีส่วนร่วมดูแลทารกดังกล่าว

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการพยาบาล

จากผลการวิจัย พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของพยาบาลต่ออุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตสูงกว่าการรับรู้ของมารดามาก เป็นการบ่งชี้ให้เห็นว่าในมุมมองของพยาบาลแล้ว การมีส่วนร่วมของมารดามีโอกาสเกิดขึ้นได้น้อย เพราะมีอุปสรรคหลายด้าน ในขณะที่มารดา กลับมองเห็นอุปสรรคน้อยกว่าพยาบาล ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการพัฒนาพยาบาลให้มีมุมมองเชิงบวกมากขึ้นในเรื่องการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลบุตร ซึ่งเป็นคุณลักษณะสำคัญของการดูแล โดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยอาจจัดอบรมพยาบาลในเรื่องของการสื่อสาร การให้ข้อมูล ในขณะเดียวกัน ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลที่ส่งเสริมให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรมากขึ้น โดยอาจประกอบด้วย กิจกรรมการปฐมนิเทศเมื่อแรกรับผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านข้อมูล การเยี่ยมชม การสาธิตการดูแล รวมทั้งให้โอกาสกับมารดามากขึ้น

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพถึงอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤต และข้อเสนอแนะในการกำจัดหรือลดอุปสรรคดังกล่าว เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้น และสามารถนำมาใช้ในการวางแผนแก้ปัญหาเกี่ยวกับการที่มารดาไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตได้อย่างครอบคลุม

2. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ หรือมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคในการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตของพยาบาล เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือหรือสนับสนุนมารดาในการเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตได้มากขึ้น



BARRIERS TO MATERNAL PARTICIPATION IN CARE OF CRITICALLY ILL NEONATES PERCEIVED BY MOTHERS AND NURSES

GAMLAI SRIVICHA 5337259 NSPN/M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

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

EXTENDEND SUMMARY

Background and Significance of the Problem

Mothers of the sick and hospitalized neonates usually encounter with the problems regarding maternal role performance and delay in their efficacy to care for their neonates. These problems related to their anxiety about the illness of the infants, the limitations in caring for the infants, a long separation from the infants, and sharing their maternal role to the nurses whose take the important role in caring for the sick neonates.

However, even though most of the mothers has the anxiety about the illness of their infants, the mothers still need to be close and spend their time with the infants as much as the can. Mothers generally encounter stress, pressure, anxiety, powerlessness, disparity, and the feeling of unfamiliar with the environment in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) (Obeidat, Bond, & Callister, 2009) that will stay with them for years (Lindberg & Öhring, 2008; Zelkowitz, Papageorgiou, Bardin, & Wang, 2009). Helping mothers to face to their neonates' illness can be achieved by encouraging them to participate in caring for their neonates, for example, by talking to their infants, singing lullabies, touching and holding their infants, changing diapers, arranging sleeping positions and feeding the infants in the NICU (Heermann, Wilson,

& Wilhelm, 2005). Nurses should support mothers by enabling them to perform activities in response to the neonate's needs. The aforementioned activities can help to raise the mothers' confidence in caring their infants while in hospital and after discharge to home care (Johnson, 2008).

According to the statistics of Maharat Nakhon Ratchasima Hospital during 2009-2011, an average of over 1,900 neonates were ill and hospitalized annually, and approximately 300 critically ill neonates were admitted to be treated in the NICU per year with a mean hospital stay of 10.9 days in the NICU. Most of these neonates required the use of mechanical ventilation and various medical equipment as well as incubators. Consequently, contact between mothers and neonates was either prohibited or limited, and maternal bonding through touching, smelling, breastfeeding and hearing was inhibited (Wigert, Berg, & Hellström, 2006). Furthermore, these neonates must remain under the intensive care of doctors and nurses for at least 7-10 days, a period of time coinciding with the postpartum period for mother-child bonding that takes place as soon as the infants and mothers have skin contact (Klaus & Kennel, 1982). In order to assure that this process occurs consistently, the hospital has established policy to promote maternal participation in caring for critically ill neonates. However, the participation in caring for critically ill neonates fails to meet maternal demands because the mothers are allowed to participate in providing care for their critically ill infants less than desired (Hinsin, B.E. 2549; Paesakun, B.E. 2553). Furthermore, mothers and nurses have been found to hold different perspectives about maternal participation in which the mothers want to participate in providing more care for their critically ill infants than nurses would like them to (Paesakun, B.E. 2553).

The fact that the mothers participated less than desired could be due to certain barriers. By definition, barriers are anything that holds apart, separates, or hinders (racial barrier, barriers to progress) (Agnes, 2005). In the case of participation in caring, barriers might mean anything that interrupts the mothers' participation in caring, interacting or offering help to their critically ill neonates. The mothers' extent of participation depends on the mothers' perceived barriers, for example, perceived unavailability, inconvenience, expense, difficulty or time-consuming activities (Pender, Murdaugh, & Parson, 2011). If the mothers' level of perceived barriers was high, their level of participation might be low, or they might not participate at all. By

the same token, if the nurses who are the main caregivers with the role of encouraging bonding between the mothers and their neonates perceive the mothers' level of barriers to be high, the nurses might not help the mothers with maternal participation as much as they ought to.

Hence, the researcher is interested in studying the perceived barriers to maternal participation in caring for neonates of the mothers and the nurses in order to know whether or not perspectives about perceived barriers are different. The data obtained could be used as a basis information for planning and organizing nursing activities on maternal participation in caring for critically ill neonates to meet maternal demands.

Conceptual Framework

In this study, the researcher employed the concept of barriers to parenting in special care nurseries of Griffin (1990) with a review of related literature as the conceptual framework for the study. Barriers to maternal participation in caring for critically ill neonates are composed of 4 aspects as the following: 1) physical barriers such as distance between the mothers and neonates due to the fact that the neonates were transferred to other wards or hospitals, insufficient space in the NICU or inconvenient accommodations for parents; 2) mechanical barriers such as equipment that are necessary for treating the neonates, namely, equipment providing oxygen, incubators/warmers, infusion/syringe pump, eye patches for the neonates who received phototherapy; 3) psychological or emotional barriers such as non-private feelings, powerlessness, guilt, and fear to bond with an infant who might die; 4) nurse barriers such as hospital rules or procedures in caring for the infant, models of patient care, insufficient staff, various medical procedures, settings that are not conducive to work, emotional condition or nurses' value in parents' participating in infant care.

According to the aforementioned barriers to maternal participation, Griffin (1990) believed that nurses could reduce or eliminate these barriers by instructing parents and encouraging them to seriously take part in caring for their neonates. In addition, nurses also need to learn to recognize the importance and value of parental participation in caring for their neonates. To reduce or eliminate the aforementioned

barriers, it is necessary to identify those barriers and determine how they are perceived by mothers and nurses. Perceived barriers can be eliminated and minimized by reassuring, correcting the incorrect information received, motivating, and offering assistance (Janz, Champion, & Strecher, 2002). The researcher believes that the mothers' perceived barriers would affect their participation in caring for their critically ill neonates. As for the nurses, the researcher believes that the nurses' perception of the maternal barriers would also affect their support for maternal participation in caring for the critically ill neonates. Hence, the researcher is interested in studying the nature of the barriers to maternal participation in caring for critically ill neonates and whether or not nurses and mothers have different perceived barriers. The findings can be used as a guideline for planning to reduce or eliminate the aforementioned barriers to help mothers take more participation in caring for their critically ill neonates.

Research Objective

To compare the perceptions of mothers and nurses on barriers to maternal participation in providing care for critically ill neonates.

Research Hypothesis

The perceptions of mothers and nurses on barriers to maternal participation in providing care for critically ill neonates are different.

Research Methodology

Population and Sample

The population in the study was composed of mothers of critically ill neonates and nurses who were on duty in caring for critically ill neonates admitted to Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. In calculating the sample size, the researcher set the level of significance at .05, the power of test at .80, the effect size at 0.5 and

opened Cohen's power table (Cohen, 1988) for testing the differences in the mean scores between the two groups. A sample size of 64 subjects for each group was obtained.

The researcher employed convenience sampling in the selection of the sample of mothers with the following inclusion criteria: 1) mothers of critically ill neonates whose birth weights were 1,000 grams or more and who were treated with mechanical ventilators with other treatments; 2) mothers who visited the neonate for at least three days; 3) sound mind and memory; 4) aged 18 years or older. The exclusion criteria for the mothers was follows: 1) postpartum blues 2) mothers of neonates diagnosed by a doctor with a severe, critical illness and requiring major corrective surgery; neonates with limitations in terms of maternal participation, for example, neonates prescribed anesthesia/muscle relaxants by a doctor and neonates with communicable diseases. A sample group of 64 subjects was obtained.

The sample group of nurses was composed of 55 professional nurses who had been working in the neonatal ward, special care nursery (SCN) or neonatal intensive care unit (NICU), at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital for at least 1 year.

Research Instruments

1. The mothers' information record covered data such as age, marital status, level of education, occupation, family income, income sufficiency, parity, experience with hospitalized children, postpartum complications (if any), vehicles used in travelling to visit the infant, expenses incurred in visiting the infant and number of hours spent at each visit.

2. The information record of the critically ill neonates covered such data as gestational age at birth, type of delivery, APGAR score, birth weight, age since birth, treatment received, namely, type of ventilator used, type of incubator/warmer, and ventilator days.

3. Record for nurse's general data covering such data as age, number of children (if any), level of nursing education, experience in infant care, short/specific training in infant care.

4. Barriers to Maternal Participation In Caring For Critically Ill Neonates

questionnaires - This instrument contained 26 questions developed by the researcher in line with Griffin's concept on barriers to parental participation in caring for neonates in the NICU (Griffin,1990) and the literature review (Dobbins, Bohlig, & Suphen, 1994; Walker, 1998).

Instrument Quality Testing

The instruments used in the research were approved for content validity and language accuracy by three qualified experts. Next, the instruments' reliability was determined by submitting the instruments to a pilot study with 10 mothers of critically ill neonates with the same characteristics as the sample group mothers whereby Cronbach's Alpha Coefficients of 0.82 and 0.88, respectively, were obtained. When the instruments were used with the sample groups of 64 mothers and 55 nurses, Cronbach's Alpha Coefficients of 0.93 and 0.91, respectively, were obtained.

Protecting the Rights of the Human Subjects

This research was approved by the Mahidol University's International Review Board (COA No. IRB-NS2013/170.1403), and by the Maharat Nakhon Ratchasima Hospital Institutional Review Board (Certificate No. 012/2013).

Data Collection

The researcher collected data personally by first collecting data from the mothers, then from the nurses. The data collection procedures were as follows:

- 1) The researchers interviewed the mothers of critically ill neonates in line with the demographic data record. Next, the mothers were asked to complete the form on barriers to maternal participation in caring for critically ill neonates. The researcher recorded the data of the critically neonates personally.

- 2) The researcher asked the nurses to complete the nurse's demographic data form and the form on barriers to maternal participation in caring for critically ill neonates.

Data Analysis

Data analysis was performed by using frequency distribution, percent, mean and standard deviation. Furthermore, the Mann-Whitney U test was used to find the differences between mean scores on barriers to maternal participation in caring for critically ill neonates.

Research Findings

Most of the mothers (87.5%) were 18-35 years old; 29.7% had finished high school; and 46.9% had only one child (the current child). In visiting and caring for children treated in the NICU, 53.1% of the mothers traveled by car and 45.3% by bus; 45.5% of the mothers spent approximately 1 hour visiting and caring for their infants.

For the critically ill neonates, 64.1% were premature infants and 48.4% of the neonates were delivered by caesarian section. The mean birth weight was 2,438.28 grams. All of the infants were attached to mechanical ventilation with 51.6% had received endotracheal intubation, 18.3% received nasal continuous positive pressure and 20.3% received both methods; 60.9% of the neonates were on mechanical ventilation for no more than five days; 54.7% were warmed in incubators and 51.6% were approximately one week-old when the mothers completed the questionnaires.

For the nurses, 38.2% were 30 years old or younger; 94.5% had graduated with bachelor's degrees in nursing; 36.4% had had one to five years' experience in caring for neonates and 72.7% had not attended short training/specific training on caring for neonates.

The mean scores for barriers to maternal participation in caring for critically ill neonates perceived by mothers and by nurses were 13.97 and 22.16, respectively, from a full score of 78 points. The details on the scores of each aspects of perception are shown in Table 1.

Table 1 Range of total possible score, mean scores, median, standard deviation, scores on barriers to maternal participation in caring for critically ill neonates perceived by mothers and nurses.

Scores on Perceived Barriers	Range of Total Possible Score	Mothers (n=64)			Nurses (n=55)		
		Mean Scores	Median	SD	Mean Scores	Median	SD
Overall Barriers	0-78	13.97	10.50	11.25	22.16	22.00	10.90
1. Physical Barriers	0-12	2.00	2.00	1.94	4.53	4.00	2.80
2. Mechanical Barriers	0-12	3.98	4.00	3.35	5.42	4.00	3.02
3. Psychological and Emotional Barriers	0-15	2.64	2.00	2.43	4.84	6.00	2.98
4. Barriers Caused by Nurses and Hospital Rules	0-39	5.34	3.00	6.06	7.38	7.00	5.19

The data analysis on the differences between the mean scores of mothers and nurses on barriers to maternal participation in caring for critically ill neonates using Mann-Whitney U test indicated that the hypothesis was supported. In other words, nurses and mothers had difference perception on barriers to maternal participation in caring for critically ill neonates with statistical significance ($Z = -4.285$, $p < .001$). When the scores on mothers' perceived barriers were considered in terms of each aspects, the nurses' and mothers' perceived barriers to maternal participation in caring for critically ill neonates were different with statistical significance ($p = .05$) concerning physical barriers ($Z = -5.169$, $p < .001$), mechanical barriers ($Z = -2.718$, $p = .007$), psychological and emotional barriers ($Z = -4.525$, $p < .001$) and barriers caused by nurses and hospital rules ($Z = -2.870$, $p = .004$). The nurses' perceived barriers to maternal participation in caring for critically ill neonates were greater than the mothers' perceived barriers in terms of each and aggregate aspects as shown in Table 2.

Table 2 Comparison of the differences between the mean scores on barriers to maternal participation in caring for critically ill neonates perceived by mothers and nurses.

Perceived Barrier Scores	Mothers (n=64)		Nurses (n=55)		Z	p-value
	Mean	Sum of	Mean	Sum of		
	Rank	Rank	Rank	Rank		
Overall Barriers	47.45	3036.50	74.61	4103.50	-4.285	.000
1. Physical Barriers	45.01	2880.50	77.45	4259.50	-5.169	.000
2. Mechanical Barriers	52.09	3333.50	69.21	3806.50	-2.718	.007
3. Psychological and Emotional Barriers	46.87	2999.50	75.28	4140.50	-4.525	.000
4. Barriers Caused by Nurses and Hospital Rules	51.62	3303.50	69.75	3836.50	-2.870	.004

Discussion of the Findings

According to the findings, the mothers and the nurses were found to have different perceived barriers to maternal participation in the care of critically ill neonates. Furthermore, when each aspects of perceived barriers to maternal participation, namely, physical barriers, mechanical barriers, psychological or emotional barriers, and nurse barriers, was tested, the mothers and nurses were found to have different perceived barriers in every aspect. The findings can be discussed as follows:

Physical barriers such as long distance from home were barriers for mothers in visiting or caring for critically ill neonates whether from the perspectives of mothers (Dobbins, et al., 1994; Martinez et al., 2012) or nurses (Martinez et al., 2012; Martinez & Hernandez, 2014; Walker, 1998). However, different importance was given to physical barriers with nurses viewing long distance from home as a barrier more than mothers (nurses had a mean score of 1.38 while mothers had a mean score of 0.61). The fact that most mothers gave birth by Caesarean section and had mean hospital stays of 3-5 days may have enabled mothers to visit and care for neonates while recovering in hospitals. This period of time may also be the same time when

some of the mothers provided data for the researcher. After returning home, most of the mothers (53.1%) traveled to visit and care for infants using private vehicles without much difficulty in traveling. This is supported by the empty of the rooms prepared for mothers to stay at the unit as a convenience and to encourage mothers to participate more in the care of their neonates (Griffin, 1990). Nevertheless, this study did not have questions about the distance between the mothers' homes and the hospital, the data obtained on this issue may be unclear. The findings of this study were similar to the findings of Martinez and colleagues who studied barriers to providing care for infants treated in intensive care units in developing countries from the perspectives of parents and healthcare staff. They found that both parents (52%) and healthcare staff (69%) stated distance and transportation as barriers in the care of the infants. Martinez and colleagues raised an example in a case when Vietnamese parents provided data that despite long distance from home to the hospital, the parents were able to visit and care for their infant for short periods of time without having to stop or miss work. Hence, the parents perceived distance as less of a barrier than healthcare staff.

Medical equipment used with the neonates, especially oxygenating equipment, were seen by mothers as barriers preventing mothers and neonates from close physical contact by preventing mothers from holding neonates, preventing mothers from hearing neonates because neonates were intubated and preventing mothers from seeing neonates' faces, etc. (Cervantes, Feeley, & Lariviere, 2011). The nurses supported mothers in holding the neonates or kangaroo while using ventilators, especially in extubated neonates by considering benefits such as mother-neonate bonding and potential risks such as the neonates' conditions, unstable vital signs, risks from movement or detachment of ventilation and other tubes, etc. However, most nurses disagreed with holding neonates while using ventilators (Franck, Bernal, & Gale, 2002). According to the findings of this study, every neonate used ventilators and 51.6 percent of the neonates were intubated. This may have caused the mothers and nurses to view the medical equipment used with the neonates as a barrier preventing maternal participation in the care of critically ill neonates. Nevertheless, the findings revealed nurses to recognize medical equipment as more of a barrier than the mothers (the mothers had a mean score of 3.98 while nurses had a mean score of 5.42). The nurses viewed various medical equipment as a barrier to maternal

participation in the care of neonates in line with the study of Walker (1988) who found nurses in Australia to recognize medical equipment such as ventilators (93.9%), oxygenators (91.1%) and incubators (83.7%), etc. as barriers to parents' participation in the care of neonates in the NICU. Meanwhile, mothers did not recognize every medical equipment used with the neonates as an obstacle preventing maternal participation in the care of neonates during treatment in the NICU. For example, incubators may have prevented touching the neonates, but did not obstruct viewing; ventilators and accessories may have prevented full visibility of the neonates, but ventilators did not prevent touching and monitors may have prevented touching without preventing eye to eye contact, etc. (Lantz & Ottosson, 2013).

On barriers due to the mothers' psychological and emotional conditions, the illnesses of the neonates caused impacts on the mothers' psychological conditions. Mothers usually suffered stress and anxiety concerning the neonates' conditions, characteristics and behaviors. The neonates were surrounded by many medical equipment, received painful treatments/procedures, and had condition changed such as periodic apnea and loss of consciousness, etc. (Franck, Cox, Allen, & Winter, 2004). The aforementioned conditions caused mothers to feel that mothers were unable to fully care for or support neonates. The mothers usually felt themselves to be only temporary caregivers while nurses were regular caregivers (Gavey, 2007; Johnson, 2008b). Meanwhile, nurses believed mothers' emotional conditions such as fear and anxiety caused mothers to be unready for care of neonates (Walker, 1988). The findings showed mothers to disagree or have a low level of agreement with nurses that the mothers' psychological and emotional conditions were barriers to maternal participation in the care of the neonates (mothers had a mean score of 2.64 and nurses had a mean score of 4.84). Most of the mothers did not feel uncomfortable or difficult when told by nurses to care for the neonates, possibly because the mothers already wanted to participate in the care of the neonates. This desire was an obligation, a bond and readiness to play maternal roles since the neonates were in the womb (Mercer, 2004). Although critically ill neonates require care from nurses, maternal roles are irreplaceable, especially in breastfeeding (Griffin, 2006). Therefore, the mothers wanted to participate in the care of the critically ill neonates more than the nurses wanted (Paesakun, B.E. 2553). Furthermore, although the mothers had anxiety about

the illnesses of the neonates, the mothers also wanted to be as close to neonates as possible and spend as much time with the neonates as possible (Lindberg & Öhring, 2008).

Regarding barriers due to nurses and regulations of the unit, more nurses recognized nurses and regulations of the unit as barriers to maternal participation in the care of critically ill neonates than mothers (the nurses had a mean score of 7.38 and the mothers had a mean score of 5.34). This finding may have been due to the fact that the nurses cared for the neonates differently from mothers. During critical periods for neonates, the nurses' care of the neonates emphasized medical technologies requiring specific skills, which were difficult for mothers to understand and apply in the care of the neonates. Whereas the mothers only wanted to interact with the neonates and participate in the care of the neonates with simple and frequently performed activities such as feeding the neonates or changing diapers (Raines & Brustad, 2012). Therefore, the nurses cared for the neonates and did not support maternal participation as much as they could. The nurses held the opinion that the mothers did not understand explanations regarding the neonates' illness by nurses and/or nurses did not clearly explain or provide information for the mothers. Consequently, the mothers were either not confident and/or unable to care for the neonates, possibly due to the nurses' capability for providing information and helping mothers care for neonates. According to the findings, 36.4% of the nurses had only 1-5 years of neonatal care experience and 72.7% had never received short-term training/specific training on neonatal care. Hence, some nurses had insufficient confidence in providing information and supporting mothers in the care of the critically ill neonates (Paliadelis, Cruickshank, Wainohu, Winskill, & Stevens, 2005). According to limitations in the care of critically ill neonates by nurses such as staff shortage, heavy workloads, and time limitation; especially in NICU 1 and NICU 2, which cared for many critically ill neonates and other ill neonates, the nurses did not have sufficient time to provide information for the mothers (Higman & Shaw, 2008; Paliadelis, et al., 2005). However, support from nurses would enable the mothers to be more capable to care for their neonates (Ygge, 2007). In this study, all of the mothers were aged no less than 18 years and most had graduated from high school or higher with ability to communicate with the nurses or doctors without difficulty. Furthermore,

the mothers of the critically ill neonates usually received high communication support and information exchanges from the nurses (Wigert, Dellenmark, & Bry 2013), which may have caused the mothers to believe they had received sufficient information to care for the neonates.

When the reasons for the different perceived barriers to maternal participation in the care of the critically ill neonates were considered, this difference may have occurred because the nurses and mothers had different perspectives in completing the questionnaires for this study. The nurses may have viewed the mothers' overall barriers based on the fact that most of the nurses had no less than 1 year of experience in providing care for mothers and neonates. Consequently, the nurses were unable to identify specific barriers for any mother and the nurses never inquired about barriers to maternal participation in the care of neonates with each mother. Moreover, the aforementioned barriers may have occurred with varying differences in each mother whereas mothers viewed only personal barriers without perceiving the barriers of other mothers in the ward. Hence, the answers to the questionnaires came from the mothers' direct experiences and data collection in the mothers was an inquiry regarding the mothers' opinions in a time that the mothers were unable to fully care for the neonates. The mothers were found to have cared for the critically ill neonates for short periods of time with most of the mothers spending approximately one hour at each visit with the neonates. This might have prevented the mothers from recognizing the barriers in the aforementioned participation in the care of the neonates.

Recommendations

Nursing Practice

From the study findings, average scores of perceived barriers by nurses were higher than that by mothers indicating that the nurse took more negative view compared to the mothers leading to the belief that participation was less possible.

The finding suggests that a particular program to promote positive view of maternal participation among nurses is essential. Also, a nursing program to enhance the mothers to get more care involvement for their sick children is need.

Nursing Research

1. Qualitative studies should be conducted on the barriers to maternal participation in caring for infants in critical condition with recommendations on the elimination or reduction of the aforementioned barriers in order to gain more in-depth data and enable use of the findings in the planning to comprehensively solve problems with deficient maternal participation in caring for infants in critical condition.

2. Relevant factors or factors influencing nurses' perceived barriers to maternal participation in the care of critically ill neonates should be studied in order to utilize the findings as guidelines for nurses to provide more assistance or support for maternal participation in the care of critically ill neonates.

รายการอ้างอิง

- จรัสศรี หินศิลป์. (2549). การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่มีภาวะเสี่ยงสูง. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชนิตา เป๊ะสกุล. (2553). การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ณัฐิกา ปฐมอารีย์. (2551). การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดในหออภิบาลทารกแรก
เกิด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทัศนีย์ ตรีสายลักษณ์. (2542). ผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดา-ทารกต่อความผูกพันระหว่าง
มารดา-ทารกและการเจริญเติบโตของทารกคลอดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์พยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์
พับลิเคชั่นส์
- Agnes, M. (Ed.). (2005). *Webster's new world college dictionary* (4 ed.). Cleveland, OH: Wiley.
- Abdulbaki, M. A., Gaafar, Y. A. E., & Waziry, O. G. (2011). Maternal versus pediatric nurses
attitudes regarding mothers' participation in the care of their hospitalized children.
Journal of American Science, 7(9), 316-327.
- American Academy of Pediatrics. (2003). Family-centered care and the pediatrician's role.
Pediatrics, 112(3), 691-696.
- Bennett, R., & Sheridan, C. (2005). Mothers' perceptions of 'rooming-in' on a neonatal intensive
care unit. *Infant*, 1(5), 171-174.
- Bhutta, Z. A., Khan, I., Salat, S., Raza, F., Khan, I., & Ara, H. (2004). Reducing length of stay in
hospital for very low birthweight infants by involving mothers in a stepdown unit:
An experience from Karachi (Pakistan). *British Medical Journal*, 327(7475), 1151-
1155.
- Bialoskurski, M., Cox, C. L., & Hayes, J. A. (1999). The nature of attachment in the neonatal
intensive care unit. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 13(1), 66-77.

- Blomqvist, Y. T., & Nyqvist, K. H. (2011). Swedish mothers' experience of continuous kangaroo mother care. *Journal of Clinical Nursing*, 33(9-10), 1472-1480.
- Brownlea, A. (1987). Participation: Myths, realities and prognosis. *Social Science and Medicine*, 25(6), 605-614.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: Influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), 1058-1062.
- Cervantes, A. C., Feeley, N., & Lariviere, J. (2011). The experience of mothers whose very low-birth-weight infant requires the delivery of supplemental oxygen in the neonatal intensive care unit. *Advances in Neonatal Care*, 11(1), 54-61.
- Chen, C.-W., & Conrad, B. (2001). The relationship between maternal self-esteem and maternal attachment in mothers of hospitalized premature infants. *Journal of Nursing Research*, 9(4), 69-81.
- Cohen, J. (1988). *Statistic power analysis for behavior sciences* (2 ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coppola, G., & Cassibba, R. (2010). Mothers' social behaviours in the NICU during newborns' hospitalisation: An observational approach. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(2), 200-211.
- Coyne, I. T. (1995). Partnership in care: Parents' views of participation in their hospitalized child's care. *Journal of Clinical Nursing*, 4(2), 71-79.
- Coyne, I. T. (1996). Parent participation: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 23(4), 733-740.
- Cox, C. L., & Bialoskurski, M. (2001). Neonatal intensive care: Communication and attachment. *British Journal of Nursing*, 10(10), 668, 670, 672-676.
- de Vonderweid, U., & Leonessa, M. (2009). Family centered neonatal care. *Early Human Development*, 85(10), S37-S38.
- Dobbins, N., Bohlig, C., & Suphen, J. (1994). Partners in growth: Implementing family-centered changes in the neonatal intensive care unit. *Children's Health Care*, 23(2), 115-126.
- Dudek-Shriber, L. (2004). Parent stress in the neonatal intensive care unit and the influence of parent and infant characteristics. *The American Journal of Occupational Therapy*, 58(5), 509-520.

- Dudley, S. K., & Carr, J. M. (2004). Vigilance: The experience of parents staying at the bedside of hospitalized children. *Journal of Pediatric Nursing, 19*(4), 267-275.
- Ehrenkranz, R. A. (2006). The newborn intensive care unit. In R. D. Feigin, C. DeAngelis & M. D. Jones (Eds.), *Oski's pediatrics: Principles and practice* (4 ed., pp. 201-220). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Fegran, L., Fagermoen, M. S., & Helseth, S. (2008). Development of parent-nurse relationships in neonatal intensive care units: From closeness to detachment. *Journal of Advanced Nursing, 64*(4), 363-371.
- Feldman, R., Eidelman, A. I., Sirota, L., & Weller, A. (2002). Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: Parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics, 110*(1), 16-26.
- Franck, L. S., Bernal, H., & Gale, G. (2002). Infant holding policies and practices in neonatal units. *Neonatal Network, 21*(2), 13-20.
- Franck, L. S., Cox, S., Allen, A., & Winter, I. (2004). Parental concern and distress about infant pain. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition, 89*(1), F71-F75.
- Franck, L. S., & Spencer, C. (2003). Parent visiting and participation in infant caregiving activities in a neonatal unit. *Birth, 30*(1), 31-35.
- Gale, G., & Franck, L. S. (1998). Toward a standard of care for parents of infant in the neonatal intensive care unit. *Critical Care Nursing, 18*(5), 62-74.
- Gavey, J. (2007). Parental perception of the neonatal care. *Journal of Neonatal Nursing, 13*(5), 199-206.
- Gormally, S., Barr, R. G., Wertheim, L., Alkawaf, R., Calinoiu, N., & Young, S. N. (2001). Contact and nutrient caregiving effects on newborn infant pain responses. *Developmental Medicine and Child Neurology, 43*(1), 28-38.
- Griffin, T. (2006). Family-centered care in the NICU. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing, 20*(1), 98-102.
- Griffin, T. (1990). Nurse barriers to parenting in the special care nursery. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing, 4*(2), 56-67.

- Griffin, T. (2001). Parental visits and infant care: Understanding parent's needs. *Neonatal Network*, 20(1), 69.
- Heermann, J. A., Wilson, M. E., & Wilhelm, P. A. (2005). Mothers in the NICU: Outsider to partner. *Pediatric Nursing*, 31(3), 176-181, 200.
- Higman, W., & Shaw, K. (2008). Nurses' understanding about the delivery of family centered care in neonatal unit. *Journal of Neonatal Nursing*, 14(6), 193-198.
- Holsti, L., Oberlander, T. F., & Brant, R. (2011). Does breastfeeding reduce acute procedural pain in preterm infants in the neonatal intensive care unit?: A randomized clinical trial. *Pain*, 152(11), 2575-2581.
- Hutchfield, K. (1999). Family-centered care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 29(5), 1178-1187.
- Janz, N. K., Champion, V. L., & Strecher, V. J. (2002). The Health Belief Model. In K. Glanz, B. K. Rimer & F. M. Lewis (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research and practice* (3 ed., pp. 45-66). San Francisco: Jossey-Bass.
- Johnson, A. N. (2008a). Engaging fathers in the NICU: Taking down the barrier to the baby. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 22(4), 302-306.
- Johnson, A. N. (2008b). Promoting maternal confidence in the NICU. *Journal of Pediatric Health Care*, 22(4), 254-257.
- Johnson, B. H., Abraham, M. R., & Shelton, T. L. (2009). Patient- and family-centered care: Partnerships for quality and safety. *North Carolina Medical Journal*, 70(2), 125-130.
- Kawik, L. (1996). Nurses' and parents' perceptions of participation and partnership in caring for a hospitalized child. *British Journal of Nursing*, 5(7), 430-434.
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1982). *Parent-infant bonding*. St. Louis: Mosby.
- Kleberg, A., Westrup, B., & Stjernqvist, K. (2000). Developmental outcome, child behaviour and mother-child interaction at 3 years of age following Newborn Individualized Developmental Care and Intervention Program (NIDCAP) intervention. *Early Human Development*, 60(2), 123-135.
- Kleberg, A., Westrup, B., Stjernqvist, K., & Lagercrantz, H. (2002). Indications of improved cognitive development at one year of age among infants born very prematurely who

- received care based on the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). *Early Human Development*, 68(2), 83-91.
- Lantz, B., & Ottosson, C. (2013). Parental interaction with infants treated with medical technology. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 597-607.
- Latta, L. C., Dick, R., Parry, C., & Tamura, G. S. (2008). Parental responses to involvement in rounds on a pediatric inpatient unit at a teaching hospital: A qualitative study. *Academic Medicine*, 83(3), 292-297.
- Lee, S.-N. C., Long, A., & Boore, J. (2009). Taiwanese women's experiences of becoming a mother to a very-low-birth-weight preterm infant: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(3), 326-336.
- Lindberg, B., & Öhrling, K. (2008). Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in Northern Sweden. *International Journal of Circumpolar Health*, 67(5), 461-471.
- Lupton, D., & Fenwick, J. (2001). 'They've forgotten that I'm the mum': Constructing and practising motherhood in special care nurseries. *Social Science and Medicine*, 53(8), 1101-1121.
- Martinez, A. M., Khu, D. T. K., Boo, N. Y., Neou, L., Saysanasongkham, B., & Partridge, J. C. (2012). Barriers to neonatal care in developing countries: Parents' and providers' perceptions. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 48(9), 852-858.
- Martínez, J. G., & Hernández, J. R. (2014). Meanings, beliefs and attitudes of the neonatal unit staff in México about the parents' participation in a neonatal unit: A qualitative approach. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(5), 159-170.
- McGrath, J. M. (2011). Strategies for increasing parent participation in the neonatal intensive care unit. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 26(4), 305-306.
- McKechine, J. L. (1980). *Webster's new twenties century dictionary of English language unabridged* (2 ed.). Montevideo, MN: William Collins.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226-232.
- Mikkelsen, G., & Frederiksen, K. (2011). Family-centred care of children in hospital: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 1152-1162.

- Miles, M. S. (2003). Support for parents during a child's hospitalization: A nurse's guide to helping parents cope. *American Journal of Nursing*, 103(2), 62-64.
- Miles, M. S., Burchinal, P., Holditch-Davis, D., Brunssen, S., & Wilson, S. M. (2002). Perceptions of stress, worry, and support in black and white mothers of hospitalized, medically fragile infants. *Journal of Pediatric Nursing*, 17(2), 82-88.
- Miles, M. S., & Frauman, A. C. (1993). Nurses' and parents' negotiation of caregiving roles for medically fragile infants: Barrier and bridges. In S. G. Funk, E. M. Tornquist, M. T. Champagne & R. A. Wiese (Eds.), *Key aspects of caring for the chronically ill: Hospital and home* (pp. 239-250). New York: Springer.
- Miles, M. S., & Holditch-Davis, D. (1997). Parenting the prematurely born child: Pathways of influence. *Seminars in Perinatology*, 21(3), 254-266.
- Milgrom, J., Newnham, C., Anderson, P. J., Doyle, L. W., Gemmill, A. W., Lee, K., et al. (2010). Early sensitivity training for parents of preterm infants: Impact on the developing brain. *Pediatric Research*, 67(3), 330-335.
- Nagai, S., Yonemoto, N., Rabesandratana, N., Andrianarimanana, D., Nakayama, T., & Mori, R. (2011). Long-term effects of earlier initiated continuous kangaroo mother care (KMC) for low-birth-weight (LBW) infants in Madagascar. *Acta Paediatrica*, 100(12), e241-e247.
- Neill, S. J. (1996a). Parent participation 1: Literature review and methodology. *British Journal of Nursing*, 5(1), 34-40.
- Neill, S. J. (1996b). Parent participation 2: Findings and their implications for practice. *British Journal of Nursing*, 5(2), 110-117.
- Newnham, C. A., Milgrom, J., & Skouteris, H. (2009). Effectiveness of a modified mother-infant transaction program on outcomes for preterm infants from 3 to 24 months of age. *Infant Behavior and Development*, 32(1), 17-26.
- Nyqvist, K. H., & Engvall, G. (2009). Parents as their infant's primary caregivers in a neonatal intensive care unit. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(2), 153-163.
- Nyström, K., & Axelsson, K. (2002). Mothers' experience of being separated from their newborns. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 31(3), 275-282.

- Obeidat, H. M., Bond, E. A., & Callister, L. C. (2009). The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *The Journal of Perinatal Education*, 18(3), 23-29.
- Örtenstrand, A., Westrup, B., Broström, E. B., Sarman, I., Åkerström, S., Brune, T., et al. (2010). The Stockholm neonatal family centered care study: Effects on length of stay and infant morbidity. *Paediatrics*, 125(2), e278-e285.
- Paliadelis, P., Cruickshank, M., Wainohu, D., Winskill, R., & Stevens, H. (2005). Implementing family-centered care: An exploration of the beliefs and practices of paediatric nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23(1), 31-36.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parson, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6 ed.). NJ: Pearson.
- Prasopkittikun, T. (2003). A concept analysis of parent participation. *Thai Journal of Nursing Research*, 7(1), 73-81.
- Rabelo, M. Z. S., Chaves, E. M. C., Lúcia, M. V., Cardoso, M. L., & Sherlock, M. S. M. (2007). Feelings and expectations of mothers of preterm babies at discharge. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(3), 333-337.
- Raeseide, L. (1997). Perception of environmental stressors in the neonatal unit. *British Journal of Nursing*, 6(16), 914-923.
- Raines, D. A., & Brustad, J. (2012). Parent's confidence as a caregiver. *Advances in Neonatal Care*, 12(3), 183-188.
- Raven, J. H., Chen, Q., J.Tolhurst, R., & Garner, P. (2007). Traditional beliefs and practices in the postpartum period in Fujian Province, China: A qualitative study. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 7(8), 1-11.
- Roller, C. G. (2005). Getting to know you: Mothers' experiences of kangaroo care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 31(2), 221-217.
- Schepp, K. G., & Pai, J.-S. (1995). *Psychometric assessment of the preferred participation scale for parent of hospitalized children*. Unpublished manuscript, School of Nursing, University of Washington, Seattle, WA.
- Seideman, R. Y., Watson, M. A., Corff, K. E., Odle, P., Haase, J., & Bowerman, J. L. (1997). Parent stress and coping in NICU and PICU. *Journal of Pediatric Nursing*, 12(3), 169-177.

- Shields, L. (2010). Questioning family-centred care. *Journal of Clinical Nursing*, 19(17-18), 2629-2638.
- Skene, C., Franck, L., Curtis, P., & Gerrish, K. (2012). Parental involvement in neonatal comfort care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 41(6), 786-797.
- Spencer, N., Wallace, A., Sundrum, R., Bacchus, C., & Logan, S. (2006). Child abuse registration, fetal growth, and preterm birth: A population based study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(4), 337-340.
- Tessier, R., Cristo, M., Velez, S., Girón, M., de Calume, Z. F., Ruiz-Paláez, J. G., et al. (1998). Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. *Pediatrics*, 102(2), 1-8.
Retrieved September 27, 2012, from
<http://pediatrics.aappublications.org/content/102/2/e17.full.pdf+html>
- Walker, S. B. (1998). Neonatal nurses' views on the barriers to parenting in intensive care nursery: A national study. *Australian Critical Care*, 11(3), 86-91.
- Wallin, L., & Eriksson, M. (2009). Newborn Individual Development Care and Assessment Program (NIDCAP): A systematic review of the literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 6(2), 54-69.
- Wigert, H., Berg, M., & Hellström, A.-L. (2007). Health care professionals' experiences of parental presence and participation in neonatal intensive care unit. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2(1), 45-54.
- Wigert, H., Berg, M., & Hellström, A. L. (2010). Parental presence when their child is in neonatal intensive care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), 139-146.
- Wigert, H., Dellenmark, M. B., & Bry, K. (2013). Strengths and weaknesses of parent-staff communication in the NICU: A survey assessment. *BioMed Central Pediatric*, 13(71), 1-14. Retrieved May 30, 2014, from
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2431-13-71.pdf>. doi:10.1186/1471-2431-13-71.
- Wigert, H., Hellström, A. L., & Berg, M. (2008). Conditions for parents' participation in care of their child in neonatal intensive care: A field study. *BioMed Central Pediatric*, 8(3), 1-9. Retrieved March 23, 2012, from <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/8/3>

- Wigert, H., Johansson, R., Berg, M., & Hellström, A. L. (2006). Mothers' experience of having a newborn child in a neonatal intensive care unit. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(1), 35-41.
- Wong, D. L., Hockenberry-Eaton, M., Winkelstein, M. L., Wilson, D., Ahmann, E., & DiVito-Thomas, P. A. (1999). *Whaley and Wong's nursing care of infants and children*. St. Louis: Mosby.
- Ygge, B. M. (2007). Nurses' perceptions of parental involvement in hospital care. *Paediatric Nursing*, 19(5), 38-40.
- Zelkowitz, P., Papageorgiou, A., Bardin, C., & Wang, T. (2009). Persistent maternal anxiety affects the interaction between mothers and their very low birthweight children at 24 months. *Early Human Development*, 85(1), 51-58.



ภาคผนวก ก

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

- 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต
- 2) แบบสอบถามสำหรับมารดา

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามอุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแล
ทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต จำนวน 26 ข้อ

- 3) แบบสอบถามสำหรับพยาบาล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามอุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแล
ทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต จำนวน 26 ข้อ

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่.....

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต

1.ประวัติการตั้งครรภ์ของมารดา

G..... P..... A..... L.....

ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และขณะคลอด

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

2.อายุครรภ์เมื่อแรกเกิด สัปดาห์

3.ชนิดของการคลอด ☐ C/S ☐ F/E ☐ V/E ☐ NL

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

.
. .
.

9. จำนวนวันของการใช้เครื่องช่วยหายใจ.....วัน

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่.....

แบบสอบถามสำหรับมารดา

เรื่อง อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามอุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต

จำนวน 26 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดา

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ☒ ในช่อง ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี

2. สถานภาพสมรส ☐ คู่ ☐ หม้าย/หย่า ☐ แยกกันอยู่

3. ระดับการศึกษาสูงสุด

- ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย
☐ อนุปริญญา หรือ ปวส. ☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี

.
.
.

11. จำนวนชั่วโมงของการมาเยี่ยมบุตรแต่ละครั้ง.....ชั่วโมง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามอุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต

คำชี้แจง ข้อความแต่ละข้อต่อไปนี้ เป็นอุปสรรคที่ทำให้คุณแม่หลาย ๆ คนไม่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลลูกได้เต็มที่ ขอให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้ว่าเป็นอุปสรรคที่ทำให้ท่านไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมดูแลลูกขณะเจ็บป่วย และขอให้ท่านเลือกตอบว่าท่านเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่าน คำตอบของท่านจะไม่มีถูกหรือผิด และคำตอบของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
1. ฉันไม่สามารถมาดูแลลูกได้ทุกวันเพราะโรงพยาบาลอยู่ไกล				
2. ฉันอยู่กับลูกเวลาที่พยาบาลเข้ามาดูแลลูกไม่ได้เพราะสถานที่คับแคบ ไม่มีพื้นที่ให้ยืนหรือนั่ง				
3. ข้างเตียงลูกไม่มีเก้าอี้ให้ฉันนั่ง ทำให้ฉันอยู่ดูแลลูกไม่ได้นาน				
.				
.				
.				
26. ฉันสามารถเข้ามาดูแลลูกอย่างน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับพยาบาลแต่ละคน				

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่.....

แบบสอบถามสำหรับพยาบาล

เรื่อง อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามอุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต

จำนวน 26 ข้อ



ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาล

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี

2. จำนวนบุตร (ถ้ามี) คน

3. ระดับการศึกษาทางการพยาบาล

☐ ปริญญาตรี (หรือเทียบเท่า) ☐ สูงกว่าปริญญาตรี

.

.

.

5. การอบรมระยะสั้น/อบรมเฉพาะทางเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิด

☐ ไม่ได้อบรม

☐ อบรมหลักสูตร.....ระยะเวลา.....สัปดาห์/เดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามอุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต

คำชี้แจง ข้อความแต่ละข้อต่อไปนี้ เป็นอุปสรรคที่ทำให้แม่หลายคนไม่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลลูกได้เต็มที่ และขอให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้และเลือกตอบว่าท่านเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่าน คำตอบของท่านจะไม่มีถูกหรือผิด และคำตอบของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
1. แม่ไม่สามารถมาดูแลลูกได้ทุกวันเพราะบ้านอยู่ไกล				
2. แม่อยู่กับลูกเวลาที่พยาบาลเข้ามาดูแลลูกไม่ได้เพราะสถานที่คับแคบไม่มีพื้นที่ให้ยืนหรือนั่ง				
3. ข้างเตียงลูกไม่มีเก้าอี้ให้แม่นั่ง ทำให้แม่อยู่ดูแลลูกไม่ได้นาน				
.				
.				
.				
26. แม่สามารถเข้ามาดูแลลูกมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับพยาบาลแต่ละคน				

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุณี พงศ์ตุรวิทย์
หัวหน้ากลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสิริ รุ่งอมรรัตน์
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางกสิกรณ ไซยันโต
พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็ก
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย 2
กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ภาคผนวก ค

เอกสารแสดงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

เอกสารแสดงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย

- 1) เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
- 2) เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- 3) เอกสารรับรองการปรับเปลี่ยนโครงการวิจัยเฉพาะส่วน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
สำนักงานสนับสนุนการศึกษาวิจัยทางคลินิก: ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 49 ถ.ช้างเผือก ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

Maharat Nakhon Ratchasima Hospital Institutional Review Board (MNRH IRB)
Clinical Research Support Office: Medical Education Center, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, 49 Chang Phueak Rd.,
Mueang District, Nakhon Ratchasima Province, 30000, THAILAND. Tel. & Fax. + 66 44 295614-5 E-mail irb@mnrh.in.th

เลขที่ใบรับรอง 012/2013

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน

โครงการวิจัยเรื่อง : อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตตามการรับรู้
ของมารดาและของพยาบาล
ผู้วิจัย : นางสาวกมล ตรีวิชา
หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้ผ่านการรับรองในแง่
จริยธรรม โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และหลักเกณฑ์การปฏิบัติการวิจัยทาง
คลินิกที่ดี (ICH-GCP) โดยให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้

โดยให้ผู้วิจัยรับเงื่อนไขที่เสนอต่อไปนี้

1. ให้ส่งรายงานความก้าวหน้าทุก 6 เดือน
2. ให้แจ้งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนในกรณีที่แก้ไขเปลี่ยนแปลงโครงการวิจัยหรือ
หยุดโครงการก่อนกำหนด
3. รายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงหรือไม่คาดคิด
4. รายงานเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด
5. รายงานข้อมูลข่าวสารที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนควรได้รับระหว่างดำเนินการวิจัย
6. ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์เมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย

รับรองวันที่ : 21 กุมภาพันธ์ 2556

หมดอายุวันที่ : 20 กุมภาพันธ์ 2557

(นายนิพัทธ์ สิมาชจร)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

(นายณรงค์ อภิกุลวณิช)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา



COA No. IRB-NS2013/170.1403

Documentary Proof of Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University

Title of Project: BARRIERS TO MATERNAL PARTICIPATION IN CARE OF CRITICALLY ILL NEONATES PERCEIVED BY MOTHERS AND NURSES

Project Number: IRB-NS2012/62.0612

Principle Investigator: Miss Gamlai Srivicha

Name of Institution: Faculty of Nursing Mahidol University

Approval includes

- 1) IRB-NS Submission form version received date 13 March 2013
- 2) Participant Information sheet version date 13 March 2013
- 3) Consent form version date 13 March 2013
- 4) Questionnaire version received date 4 December 2012

Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University 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: 14 March 2013

Date of Expiration: 13 March 2014

Pornsri Sriussadaporn

Signature of Chair:

(Associate Professor Pornsri Sriussadaporn)

Chair

Fongcum Tilokkulchai

Signature of Dean, Faculty of Nursing

(Associate Professor Dr. Fongcum Tilokkulchai)

Dean, Faculty of Nursing

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

Copyright by Mahidol University



เอกสารรับรองการเปลี่ยนแปลงโครงการวิจัยเฉพาะส่วน

จาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารนี้เพื่อแสดงว่าคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาและรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้

ชื่อโครงการวิจัย : อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตตามการรับรู้ของมารดาและของพยาบาล

ชื่อหัวหน้าโครงการ : นางสาวกัญญา ศรีวิชา

รหัสโครงการ : IRB-NS2012/62.0612

เอกสารที่รับรอง : การเปลี่ยนแปลงโครงการวิจัย (Project Amendment)

1. แบบเสนอโครงการวิจัย ฉบับวันที่ 4 กันยายน 2557
การเปลี่ยนแปลง

เปลี่ยนชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ จากเดิม "BARRIERS TO MATERNAL PARTICIPATION IN CARE OF CRITICALLY ILL NEONATES PERCEIVED BY MOTHERS AND NURSES" เป็น "BARRIERS TO MATERNAL PARTICIPATION IN CARE OF CRITICALLY ILL NEONATES PERCEIVED BY MOTHERS AND NURSES"

ทั้งนี้ ไม่มีการปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินการวิจัย และเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

วันที่รับรอง : 9 กันยายน 2557

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม

วันที่ 9 กันยายน 2557

(รองศาสตราจารย์พรศรี ศรีอัญญาพร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ห้อง 503 ชั้น 5 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขที่ 999 ถนนพุทธมณฑล สาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170 หมายเลขโทรศัพท์ 0-2441-5333 ต่อ 2531, 2532

ภาคผนวก ง
ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบที (t-test)

การตรวจสอบการกระจายของข้อมูล โดยวิธี Kolmogorov-Smirnov พบว่า ข้อมูลที่รวบรวมได้มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
total	.111	119	.001	.934	119	.000
sub1	.173	119	.000	.907	119	.000
sub2	.150	119	.000	.944	119	.000
sub3	.144	119	.000	.890	119	.000
sub4	.152	119	.000	.883	119	.000

a. Lilliefors Significance Correction

ภาคผนวก จ
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนการรับรู้อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตของมารดาและของพยาบาล จำแนกตามรายข้อ

	มารดา		พยาบาล	
	Mean	SD	Mean	SD
1. แม่ไม่สามารถมาดูแลลูกได้ทุกวันเพราะ.....	0.61	0.75	1.38	0.85
2. แม่อยู่กับลูกเวลาที่พยาบาลเข้ามาดูแลลูก.....	0.48	0.62	0.98	0.89
3. ข้างเตียงลูกไม่มีเก้าอี้ให้แม่นั่ง ทำให้แม่.....	0.50	0.82	0.98	0.93
4. ไม่มีมุมหรือสถานที่ที่เป็นส่วนตัวในการ.....	0.41	0.68	1.18	0.88
5. แม่ไม่กล้าสัมผัสหรือดูแลลูกเพราะกลัว.....	0.80	0.91	1.22	0.83
6. แม่ไม่กล้าสัมผัสหรือดูแลลูกในขณะที่.....	1.22	1.02	1.64	1.01
7. เสียงเตือนของอุปกรณ์ที่ใช้ติดตามอาการ.....	0.92	1.01	1.35	0.87
8. แม่เกรงว่าจะทำให้อุปกรณ์ที่ใช้ในการ.....	1.05	0.86	1.22	0.83
9. แม่รู้สึกผิดที่ลูกป่วยจึงไม่พร้อมที่จะให้.....	0.27	0.62	0.64	0.73
10. แม่วิตกกังวล เกินกว่าที่จะให้การดูแล.....	0.31	0.59	1.22	0.90
11. แม่กลัวว่าลูกจะเจ็บหรืออาการแย่ลง	0.72	0.88	0.96	0.88
12. แม่รู้สึกลำบากใจเมื่อพยาบาลบอกให้.....	0.20	0.57	1.16	0.71
13. แม่กังวลว่าลูกจะติดเชื้อจึงไม่กล้าจับ.....	1.14	0.73	0.85	0.71
14. แม่ไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบ.....	0.20	0.48	0.27	0.51
15. แม่ไม่กล้าถามหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับ.....	0.86	0.91	0.95	0.80
16. แม่ไม่แน่ใจว่าแม่จะทำอะไรให้ลูกได้.....	0.44	0.69	0.47	0.69
17. พยาบาลให้ข้อมูลไม่ตรงกันทำให้แม่.....	0.34	0.62	0.33	0.47
18. แม่ไม่ทราบว่าจะต้องใช้ในการดูแลทารก.....	0.36	0.65	0.69	0.69
19. แม่ไม่ค่อยเข้าใจหรือจำไม่ได้เวลาพยาบาล.....	0.27	0.60	0.87	0.72

ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนการรับรู้อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตของมารดาและของพยาบาล จำแนกตามรายข้อ (ต่อ)

	มารดา		พยาบาล	
	Mean	SD	Mean	SD
20. แม่ไม่ค่อยกล้าเข้ามาดูแลลูกบ่อยๆ เพราะ.....	0.31	0.59	0.38	0.65
21. แม่รู้สึกเหมือนไม่มีเพื่อนเมื่อเข้ามาดูแล.....	0.28	0.65	0.58	0.79
22. พยาบาลอธิบายหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับ.....	0.33	0.62	0.55	0.60
23. แม่กลัวพยาบาลดุหรือว่า ถ้าดูแลลูกไม่.....	0.75	0.80	0.85	0.08
24. แม่เกรงใจว่าถ้าเข้ามาดูแลลูกแล้วจะทำ.....	0.67	0.82	0.45	0.63
25. กฎระเบียบการเข้าเยี่ยมก่อนข้างเข้มงวด.....	0.31	0.53	0.35	0.65
26. แม่สามารถเข้ามาดูแลลูกมากน้อยเพียง.....	0.22	0.49	0.64	0.83

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวกมล ตรีวิศา
วัน เดือน ปีเกิด	26 ตุลาคม พ.ศ. 2511
สถานที่เกิด	จังหวัดนครราชสีมา ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา พ.ศ. 2529-2533 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2534-2536 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2543- 2544 วุฒิปัตรีพยาบาลเวชปฏิบัติทารกแรกเกิด มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2544-2548 การศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา) มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2553-2557 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)
ที่อยู่ปัจจุบัน	255/45 หมู่ 8 ต. หอนงบัวศาลา อ. เมือง จ. นครราชสีมา 30000 โทรศัพท์ 08-1730-5385 E-mail: gamlais@yahoo.com
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 49 ถนนช้างเผือก ต. ในเมือง อ. เมือง จ. นครราชสีมา 30000 โทรศัพท์ 0-4423-5263