

ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในการ  
ดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง



นางสาวนพมล ไชยโยธา

## ศูนย์วิทยทรัพยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF PREPARATORY INFORMATION PROVISION AND MATERNAL  
PARTICIPATION ON MATERNAL ROLE PERFORMANCE ON  
NEWBORN CARE WITH EXPLOR LAPAROTOMY



Miss Noppamon Chaiyota

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วม  
ของมารดาต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแล  
ทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง

โดย

นางสาวนพมล ไชยโยธา

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

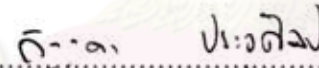
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

  
..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา ประจุศิลป์)

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

  
..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศรีสุกสม)

นพมล ไชโยธา: ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง. (THE EFFECT OF PREPARATORY INFORMATION PROVISION AND MATERNAL PARTICIPATION ON MATERNAL ROLE PERFORMANCE ON NEWBORN CARE WITH EXPLOR LAPAROTOMY) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. ประนอม รอดคำดี, 157 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องระหว่างมารดาในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน และการมีส่วนร่วมของมารดากับกลุ่มมารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือมารดาของทารกแรกเกิดที่มีปัญหา ศัลยกรรม ต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดหน้าท้อง และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 40 ราย โดยจัด 20 รายแรกเข้ากลุ่มควบคุมก่อน และ 20 รายหลังเข้ากลุ่มทดลอง โดยจับคู่ อายุ และ ประสบการณ์ในการดูแลบุตร กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและมีมีส่วนร่วมของมารดา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการแสดงการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดา ในมารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านและตรวจหาความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .89 สถิติที่ใช้คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทดสอบโดยใช้สถิติที่

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

การปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง มารดาที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาอยู่ระดับดี ( $\bar{x} = 4.76$ ) และดีกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต..... นพมล ไชโยธา.....  
ปีการศึกษา...2553..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก..... ประนอม รอดคำดี

## 5177570636: MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: PREPARATORY INFORMATION PROVISION AND MATERNAL PARTICIPATION / MATERNAL ROLE PERFORMANCE / NEWBORN CARE WITH EXPLOR LAPAROTOMY

NOPPAMON CHAIYOTA: THE EFFECT OF PREPARATORY INFORMATION PROVISION AND MATERNAL PARTICIPATION ON MATERNAL ROLE PERFORMANCE ON NEWBORN CARE WITH EXPLOR LAPAROTOMY.  
 THESIS ADVISOR: ASST. PROF. BRANOM RODCUMDEE, Ph.D., 157 pp.

The purpose of this quasi-experimental research was to study and to compare preparatory information provision and maternal participation for caring newborn infants with explor-laparotomy maternal role performance with routine nursing care. The sample were 40 mothers and their explor-laparotomy babies who admitted in Newborn surgery unit Queen Sirikit National Institute of Child Health. The first 20 cases were control group and next 20 case were experimental group matched by maternal ages and experience of care. The experimental group was provided information preparatory and participation while the control group received routine care. The data was collected after the intervertion by using maternal role scale. These instruments were tested for content validity by a panel of 5 experts, the Cronbach' s alpha at .89. Statistical techniques used in data analysis were percentage, means, standard deviation, and independent t-test.

Major finding was as follow:

The mean score of maternal role performance for caring newborn infants with explor-laparotomy in the experimental group received preparatory information provision and maternal participation was at good level and significantly higher than those of the control group received routine care from the professional nurse ( $p < .05$ ).

Field of Study : .....Nursing...Science..... Student's Signature *Noppamon Chaiyot...*  
 Academic Year : .....2010..... Advisor's Signature *Branom Rodcumdee*

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ที่เสียสละเวลาอันมีค่ายิ่งในการเสนอแนะให้ข้อคิด คำแนะนำต่างๆ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่และเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมา ศิษย์ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา ประจุกสิลา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ยิ่งเพื่อปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ขึ้น ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความกรุณาเสนอแนะเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ครบถ้วนถูกต้องมากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ตลอดจนประสพการณ์ที่มีค่าอันดีให้ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้มอบทุนอุดหนุนการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการกลุ่มงานภารกิจบริการวิชาการ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เจ้าหน้าที่ห้องสมุด และหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดียิ่งตลอดมา และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

ท้ายที่สุดนี้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถสำเร็จลุล่วงได้ ด้วยกำลังใจที่ผู้วิจัยได้รับอย่างเสมอมาจากบุคคลที่รักยิ่งทุกคนในครอบครัว ที่เป็นกำลังใจและเฝ้ารอความสำเร็จของผู้วิจัยด้วยความปิติยิ่ง ทำให้ผู้วิจัยมีกำลังใจในการต่อสู้กับอุปสรรคทั้งสิ้นจนสำเร็จการศึกษา และขอขอบคุณกัลยาณมิตรร่วมสถาบันทุกท่านที่ร่วมสร้างประสบการณ์ที่ดีด้วยกัน ณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
สารบัญแผนภูมิ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐาน.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
การพยาบาลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง.....	13
การปฏิบัติบทบาทมารดาและปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง.....	37
แนวความคิดการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน.....	44
แนวความคิดมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล.....	49
การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง.....	55
บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง.....	59
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	62

บทที่	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	69
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	69
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	74
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	84
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	89
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	89
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	92
5 สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	97
สรุปผลการวิจัย.....	101
อภิปรายผลการศึกษา.....	102
ข้อเสนอแนะ.....	106
รายการอ้างอิง.....	108
ภาคผนวก.....	125
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	126
ภาคผนวก ข จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการ ทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย.....	128
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	140
ภาคผนวก ง ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล.....	154
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	157



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ตารางแสดงอายุ และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตรของมารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องของมารดากลุ่มควบคุม และ มารดากลุ่มทดลอง....	72
2	ตารางแสดงจำนวนร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ประสบการณ์ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคทางศัลยกรรมและได้รับการผ่าตัด และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร.....	73
3	ตารางแสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	93
4	ตารางแสดงค่าเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ด้านสัมพันธภาพกับบุตร จำแนกเป็นรายข้อ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	94
5	ตารางแสดงค่าเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ด้านปฏิบัติการกรรมการดูแลบุตรจำแนกเป็นรายข้อ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง.....	95
6	ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง จำแนกตามด้าน ระหว่างมารดากลุ่มที่ได้รับการข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา กับมารดากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติภายหลังการทดลอง.....	96
7	ตารางแสดงคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจำแนกตาม อายุ ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร และคะแนนการปฏิบัติบทบาทมารดา.....	155
8	ตารางแสดงคะแนนการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง.....	156

## สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	68
2	ขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง.....	91



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันแม้ว่าคุณภาพในการดูแลทารกแรกเกิดดีขึ้น แต่จากการสำรวจของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2546-2550 พบว่าอัตราการตายของทารกต่ออัตราการเกิดมีชีพ 1,000 คน คือ 7.2, 7.6, 7.6, 7.8 และ 7.9 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ซึ่งพบว่าอัตราการตายของทารกมีอัตราเพิ่มขึ้นในแต่ละปี ซึ่งความพิการแต่กำเนิดเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยอย่างหนึ่งของทารกแรกเกิดป่วยทุพพลภาพและเสียชีวิต พบประมาณร้อยละ 10 ของสาเหตุการตายของทารกในช่วงอายุ 28 วันแรก (พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์, 2544; Kurczynski, 1992) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เป็นสถานบริการสุขภาพ ระดับตติยภูมิ เป็นโรงพยาบาลของรัฐขนาด 426 เตียง มีภาระหลักในการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และจากสถิติของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีในปี พ.ศ. 2550-2552 พบว่าทารกแรกเกิดมีปัญหาทางศัลยกรรมต้องรับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิดจำนวน 372, 365 และ 377 คน ตามลำดับ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพของทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง เป็นจำนวน 142, 130 และ 210 คน คิดเป็นร้อยละ 38.2, 35.6 และ 55.7 (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 2552) ซึ่งพบในกลุ่มโรคที่มีความบกพร่องของผนังหน้าท้องและกลุ่มโรคที่มีการอุดตันของลำไส้ ทารกกลุ่มนี้ต้องได้รับการรักษาด้วยผ่าตัดหน้าท้องหลังจากแพทย์ตรวจวินิจฉัยแล้ว และมักจะพบภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะเสี่ยงต่อการพร่องออกซิเจน ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ภาวะท้องอืด, อาเจียน ไม่สามารถรับน้ำหรือนมได้และภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย (ไพบูลย์ สุทธิสุวรรณ, 2536; รั้งสรรค์ นิรามิษ, 2547; Blackburn and Loper, 1992) และส่งผลให้ทารกแรกเกิดที่มีปัญหาทางศัลยกรรมและได้รับการผ่าตัดหน้าท้องมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้ทารกต้องแยกจากมารดาตั้งแต่แรกคลอดและแยกจากมารดาเป็นเวลานาน

ทารกแรกเกิดที่มีปัญหาทางศัลยกรรมต้องแยกจากมารดาทันทีในระยะหลังคลอดทำให้มารดาได้เห็นหน้าทารกเพียงเวลาสั้นๆ เมื่อมารดาสุขภาพแข็งแรงพร้อมที่จะไปเยี่ยมทารก มารดาต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิดและพบว่าทารกอยู่ในระยะหลังผ่าตัดต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลและเครื่องมืออุปกรณ์ทาง

การแพทย์ต่างๆ ประกอบกับการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทารกไม่เพียงพอและคำอธิบายหรือคำแนะนำต่างๆ ที่ได้รับอย่างไม่มีแบบแผน ส่งผลให้มารดารู้สึกสับสน กังวล และไม่มั่นใจในความปลอดภัยของบุตร (Blackburn, 1982) และไม่สามารถปฏิบัติบทบาทมารดาได้ (Miles, 1989; Kim, 2000) จากการศึกษาของ Heuer et al. (1993) พบว่า ลักษณะการสื่อสารของเจ้าหน้าที่ เช่น การใช้ศัพท์ทางการแพทย์ การพูดเร็วเกินไป การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการของบุตรที่น้อยเกินไป การได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่แต่ละคนแตกต่างกัน หรือให้มารดาออกจากห้องโดยไม่ได้อธิบายให้ทราบเหตุผล รวมทั้งความเร่งรีบของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน การดูแลทารกที่ขาดความนุ่มนวล การแสดงความไม่สนใจมารดาขณะมาเยี่ยมบุตร การพูดคุยเรื่องตลกหรือหัวเราะกันในกลุ่มต่อหน้ามารดา ซึ่งปัจจัยดังกล่าวนี้ล้วนเป็นเหตุให้มารดาเกิดความเครียดเพิ่มขึ้นและไม่สามารถปฏิบัติบทบาทมารดาได้ (Jacopson, 1981; La Montage, 1990) จากการศึกษาของ Miles and Carter (1983) ได้ศึกษาในบิดามารดาเด็กในไอซีย์ พบว่า พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่มีส่วนช่วยให้บิดามารดาได้อยู่ใกล้ชิดเด็ก และทำให้เด็กมีความมั่นใจได้ว่าจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งมารดามีความต้องการการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ ที่ให้การสนับสนุนในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของมารดา ในการมีส่วนร่วมดูแลบุตรเท่าที่จะสามารถทำได้ เช่น การให้ออกาสสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุตร การโอบอุ้ม ปลอดภัยน พุดคุยสัมผัส เปลี่ยนผ้าอ้อม การให้นม (Hazinski, 1992) และการมีส่วนร่วมสังเกตเฝ้าดูพฤติกรรม สื่อสัญญาณของบุตร เป็นต้น (ทัศนาศิลป์, 2547)

หอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด คือ หน่วยงานที่ให้การดูแลทารกแรกเกิดที่มีปัญหาทางศัลยกรรม ซึ่งมีอุปกรณ์เครื่องมือที่ทันสมัย และทารกแรกเกิดจำเป็นที่จะได้รับการดูแลเฝ้าติดตามสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วย ทำให้มารดาไม่สามารถอยู่เฝ้าทารกแรกเกิดได้ตลอดเวลา แต่เข้าเยี่ยมได้ตามเวลาที่หอผู้ป่วยกำหนด ส่งผลให้มารดารู้สึกสูญเสียการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดา (Bell, 1997; Holditch-Davis and Miles, 2000) และต้องการคงการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดา กล่าวคือต้องการที่จะมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดในการทำความสะอาดร่างกาย ต้องการให้นม ต้องการอุ้มสัมผัส และปลอดภัย ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาล ต้องการได้รับข้อมูลความเจ็บป่วยของทารกแรกเกิดเพิ่มขึ้น และต้องการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคลากรพยาบาล (เนตรทอง ทะยา และคณะ, 2545; Kasper and Nyamathi, 1988; McAffie, 1992; Ward, 2001) นอกจากนี้ เนตรทอง ทะยา และคณะ (2545) ยังพบว่า มารดามากกว่าร้อยละ 80 มีความต้องการในด้านการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดา ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการช่วยเหลือสนับสนุนด้านจิตใจ แต่ได้รับการ

ตอบสนองน้อยกว่าที่มารดาต้องการทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามารดาต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิด แต่มีโอกาสได้ปฏิบัติน้อย หรือไม่มีโอกาสได้ปฏิบัติ นอกจากนี้มารดาจะรู้สึกล้มเหลวในหน้าที่ รู้สึกผิดที่มีบุตรไม่สมบูรณ์ แข็งแรง มารดาต้องการการสนับสนุนในการให้ข้อมูล การปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของมารดา การยอมรับ การมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรเท่าที่จะสามารถทำได้ เช่น การให้โอกาสสร้างสัมพันธภาพกับบุตร การอุ้มสัมผัส การปลอบโยนพูดคุย การเปลี่ยนผ้าอ้อม การให้นม (พวงเพชร ยั้ววัฒนพันธ์, 2540; Hazinski, 1992) การมีส่วนร่วมในการเฝ้าสังเกตพฤติกรรม สื่อสัญญาณของ บุตร เป็นต้น ซึ่งหากมารดาไม่สามารถปฏิบัติบทบาทดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมอาจทำให้ สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกเป็นไปไม่ได้ไม่ดี นำไปสู่การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม (Affleck and Rowe, 1991; Gennaro, 1988)

จากการทบทวนวรรณกรรมในช่วงที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนด้านข้อมูล ที่ให้แก่มารดา มีหลากหลายวิธี ทั้งการใช้รูปภาพประกอบ การบรรยาย (พรประภา โลจนะวงศกร, 2541) การใช้ สื่อวีดิทัศน์ เนื้อหามักสอนเกี่ยวกับพฤติกรรมของทารกและการตอบสนองสื่อสัญญาณของทารก (ทัศนาศิลป์, 2547) พัฒนาการของทารก การป้องกันอุบัติเหตุ การให้ภูมิคุ้มกัน อาการ ผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์และการมาตรวจตามนัด (โสภา ผดุงสิทธิโชค, 2543) การให้ข้อมูลใน รูปแบบต่าง ๆ เหล่านี้ ทำให้มารดารับรู้เหตุการณ์ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น การให้ข้อมูล เกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไป น้ำหนักของทารกและการดูแลที่ทารกได้รับ ร่วมกับการเปิดโอกาส ในการเข้าเยี่ยมทารกตามความเหมาะสม การส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบิดา/มารดา การให้ มารดามีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา การตั้งความหวังร่วมกันของบิดา/มารดาบนพื้นฐานความ เป็นจริง การร่วมกันประเมินแหล่งประโยชน์ในการดูแลบุตรกับเจ้าหน้าที่ การบรรเทาความเครียด ด้วยการทำสมาธิและการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างบิดา/มารดาของทารกคนอื่น ๆ (ปาริชาติ ศิลประเสริฐ, 2542) หรือการให้ข้อมูลร่วมกับการฝึกทักษะการดูแลทารก โดยให้มารดามีส่วนร่วม ดูแลขณะทารกอยู่ในโรงพยาบาล (กมลเนตร ใฝ่ชำนาญ, 2546) การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน (ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์, 2541; สิริกานต์ แรงกสิกร, 2548) และการเสริมสร้างพลังอำนาจ (ศิริกมล กันศิริ, 2550) ทำให้มารดารับรู้ความสามารถในการดูแลบุตรและมีพฤติกรรมการดูแลบุตรดีกว่า และส่งผลให้การปฏิบัติบทบาทมารดาดีขึ้นกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการสนับสนุนดังกล่าว

จากการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็ก ขณะเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล ในประเทศไทย เช่น การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของมารดาในการให้นมบุตรที่คลอด ก่อนกำหนดขณะอยู่โรงพยาบาลพบว่า มารดามีความพึงพอใจมากขึ้นในการมีส่วนร่วมให้นมบุตร

(วัชรภรณ์ เขียววัฒนา, 2536) การให้มารดามีส่วนร่วมกับการพยาบาลในการดูแลบุตรที่เกิดก่อนกำหนดพบว่า มารดาที่ได้ดูแลบุตรเกิดก่อนกำหนดมีความเครียดน้อยลง (กมลเนตร ใฝ่ชานาญ, 2546) และการให้มารดามีส่วนร่วมกับการพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะวิกฤตพบว่า การแสดงบทบาทมารดาดีขึ้น (ปัทมกร สิงห์กล้า, 2550)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการให้ข้อมูลและการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดมีประโยชน์ดังนี้ คือ ทำให้มารดาและทารกแรกเกิดได้มีปฏิสัมพันธ์กัน และมารดามีโอกาสเรียนรู้วิธีการดูแล มีโอกาสเรียนรู้วิธีการตอบสนองตามสื่อสัญญาณทารก ทำให้มารดามีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแล ส่งผลให้ทารกแรกเกิดได้รับการดูแลที่ถูกต้องจากมารดาก่อนกลับบ้าน ทำให้มารดาและทารกแรกเกิดมีความผูกพันกัน (Barnard et al., 1989) ดังเช่น ผลการศึกษาของ ทักษิณี ตรีศายลักษณ์ (2542) และสุรีย์รัตน์ ชลันธร และมณีรัตน์ ภาครูป (2546) ที่พบว่า การส่งเสริมให้มารดามีปฏิสัมพันธ์กับทารกคลอดก่อนกำหนดด้วยการมอง พูดคุย โอบอุ้ม และสัมผัสทารกขณะเข้าเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอทำให้มารดามีความผูกพันกับทารกมากขึ้น นอกจากนี้ในขณะเข้าเยี่ยมมารดาได้สัมผัสจับต้องทารก ได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยของทารก ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับบทบาทของมารดาในการดูแลทารก และทำให้มารดาได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของทารกแรกเกิดจากบุคลากรสุขภาพตามความเป็นจริง มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาลที่ทารกแรกเกิดได้รับมากขึ้น (Palmer, 1993)

จากการศึกษาที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า งานวิจัยเหล่านี้ได้สนับสนุนให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถให้การดูแลต่อเองที่บ้านได้ในเรื่องต่างๆ ที่เฉพาะเจาะจงไว้แล้ว แต่ในมารดาที่คลอดทารกแรกเกิดที่มีปัญหาทางศัลยกรรมและได้รับการผ่าตัดหน้าท้องต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิดและข้อจำกัดของการเข้าเยี่ยม จากนโยบายของโรงพยาบาลและกฎระเบียบของหอผู้ป่วย ทำให้มารดาไม่สามารถมีส่วนร่วมในการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาเท่าที่จะสามารถทำได้ ซึ่งมารดาทุกคนมีความต้องการที่จะคงบทบาทการเป็นมารดาของตนเองโดยการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรขณะอยู่โรงพยาบาล (Neill, 1996) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งในและต่างประเทศ พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กทั่วไป (ณิษกานต์ ไชยชนะ, 2545; อัมพร รอดสุทธิ, 2547; Balling and McCubbin, 2001; Schepp, 1992) แต่ยังไม่พบรายงานการศึกษา

การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีปัญหาทาง ศัลยกรรมและได้รับการผ่าตัดหน้าท้องโดยตรง ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งใจที่จะศึกษาผลของการให้ข้อมูล อย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา ตามแนวคิดของ Leventhal and Johnson (1983) และ Schepp (1995) ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลด้านกระบวนการ (Procedure information) และการให้ ข้อมูลด้านความรู้สึก (Sensory information) ร่วมกับแนวคิด การมีส่วนร่วมของมารดา ในการดูแล เด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้ง 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ทำ ประจำ การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมการพยาบาล การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูล ระหว่างผู้ปกครองและบุคลากร และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย ซึ่งผู้วิจัย คาดว่าการนำแนวคิดนี้มาใช้จะทำให้มารดาได้รับการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของ มารดา ทำให้มารดาและทารกมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และ ส่งเสริมให้มารดาได้ปฏิบัติบทบาท การเป็นมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม สามารถปฏิบัติพัฒนกิจในขั้นต่อไปได้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้า ท้องจากการได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนและมีมีส่วนร่วมของมารดา
2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัด หน้าท้องระหว่างมารดากลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนและมีมีส่วนร่วมของมารดา กับกลุ่มที่รับ การพยาบาลตามปกติ

### คำถามการวิจัย

1. การได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดามีผลต่อการปฏิบัติ บทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องอย่างไร
2. มารดากลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาสามารถ แสดงการปฏิบัติบทบาทมารดาแตกต่างจากมารดากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

## แนวเหตุผลและสมมติฐานของการวิจัย

จากเหตุการณ์ที่ทารกแรกเกิดมีปัญหาทางศัลยกรรมต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดหน้าท้องและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด จะทำให้มารดารู้สึกหมดหวังเกิดความกลัวเนื่องจากคำนึงถึงการรอดชีวิตของบุตร ถูกลดโอกาสในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุตร และเกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทของมารดาได้เนื่องจากการถูกแยกจากทารก (Affleck, et al., 1991; Benfield et al., 1976; Gennaro, 1988; Trause and Kramer, 1983) ทำให้มารดาไม่สามารถปฏิบัติบทบาทมารดาได้ (Miles, 1989; Kim, 2000) และการแยกจากบุตรในช่วงช่วงหัวโหม่งแรก ๆ หรือไม่เกิน 1 สัปดาห์หลังคลอด จะมีผลทำให้มารดาไม่มั่นใจในการดูแลบุตร (รัชตะวรรณ โอฬาริยกุล, 2549; Rosalind, 2001; Rosalind and Carol, 2003) ซึ่งอาจส่งผลต่อการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกในระยะ ต่อ ๆ มาได้ เพราะการที่มารดาจะปฏิบัติบทบาทได้ดีเพียงใดนั้น ยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของทารกและการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกขณะอยู่ในโรงพยาบาลอีกด้วย (อุษา สุขพันธ์, 2544)

มารดาจึงควรจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุตร ปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับบุตร และผลลัพธ์ที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา เพื่อที่จะให้มารดาสามารถตอบสนองความต้องการของบุตรได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่มารดาได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ให้มีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องขณะที่อยู่โรงพยาบาล การที่มารดาได้มีโอกาสสัมผัสทารก โอบกอด การอุ้ม การให้นม จะช่วยส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกมากขึ้น ทำให้มารดาและทารกรู้สึกคุ้นเคยกัน และมารดาสามารถปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจากการศึกษาในประเทศไทย พบว่า การนำแนวคิดการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดมาใช้ยังมีน้อย และยังไม่มีแนวทางในการให้การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิดที่มีปัญหาทางศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องที่ชัดเจน

การพยาบาลโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในครั้งนี้เป็นกิจกรรมพยาบาลที่ให้การสนับสนุนแก่มารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง โดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแก่มารดาก่อนเข้าเยี่ยม ตามแนวคิดการเตรียมบุคคลก่อนเผชิญเหตุการณ์ตั้งเครียดด้วยการให้ข้อมูลของ Leventhal and Johnson (1983) ประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลด้านกระบวนการ (Procedure information) ในเรื่องสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา



สภาพแวดล้อมทั่วไป อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน กิจกรรมการพยาบาล กฎระเบียบและข้อควรปฏิบัติต่าง ๆ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด และ 2) การให้ข้อมูลด้านความรู้สึก (Sensory information) ได้แก่ การบอกถึงสภาพและเหตุการณ์ที่มารดาทารกแรกเกิด จะได้รับรู้ผ่านประสาทสัมผัส เช่น มองเห็น ได้ยิน สัมผัส ลิ้มรส และได้กลิ่น เช่น ภาพของทารกแรกเกิดก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดหน้าท้องและ เสียงเตือนต่างๆ ของเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เข้ากับทารก ซึ่งจะสามารถช่วยส่งเสริมให้มารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องสามารถประเมินสถานการณ์ได้ตามความเป็นจริง ส่งผลให้มารดาสามารถปรับตัวได้ตลอดจนสามารถปฏิบัติบทบาทมารดาได้อย่างเหมาะสม (Chavez and Faber, 1987; Sabo et al., 1989)

การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยนับเป็นหลักการสำคัญของการพยาบาลเด็กป่วยโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่ง Schepp (1995) ได้อธิบายแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยไว้ 2 ลักษณะ คือ การมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองหรือมารดาได้ปฏิบัติและปรารถนาที่จะปฏิบัติในการดูแลเด็กป่วยทั้ง 4 ด้านคือ การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ทำประจำ การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมการพยาบาล การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างมารดาและบุคลากร และการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย ดังนั้นการนำแนวคิดการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลมาใช้เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง โดยการให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรทำให้มารดาเกิดทักษะและมั่นใจในการปฏิบัติ ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติบทบาทมารดา ทั้งในด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำของทารกแรกเกิด เช่น การโอบอุ้มสัมผัส การเล่นกับบุตร การได้กอดบุตรก่อนนอน การให้นมหรือน้ำ การเช็ดตัวให้บุตร การจัดหาเสื้อผ้าสำหรับให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางการแพทย์ที่ไม่ซับซ้อนเกินไป เช่น การวัดอุณหภูมิ การอยู่กับทารกและช่วยเหลือในระหว่างที่ได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาล เช่น ช่วยจับทารกขณะทำแผลผ่าตัด เจาะเลือด การปลอบโยนในระหว่างที่ได้รับการตรวจร่างกายที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างมารดาและบุคลากรทางการแพทย์ โดยให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวเมื่อบุตรได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง และการดูแลรักษา รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลบุตร ซึ่งการมีส่วนร่วมของครอบครัว เป็นปฏิสัมพันธ์ของความผูกพันระหว่างทารกและครอบครัว และเป็นพื้นฐานการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดา ทำให้มารดามีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และมั่นใจในการดูแลบุตร (Schepp, 1995)

ผู้วิจัยได้นำแนวความคิดมาให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีปัญหาทางศัลยกรรมและได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทของมารดาในการดูแลบุตร โดยผู้วิจัยมีปฏิสัมพันธ์กับมารดาเฉพาะรายบุคคล (Individual) ให้ข้อมูลมารดาอย่างมีแบบแผนและให้มารดามีส่วนร่วมในการประเมินความต้องการ (Needs) ของมารดาแต่ละราย มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล เรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง เพื่อให้มารดาสามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น และสามารถปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องตามแนวคิดของ Jensen and Bobak (1985) ได้อย่างเหมาะสม

จากแนวคิดของ Jensen and Bobak (1985) ได้แบ่งบทบาทหน้าที่ของมารดาภายหลังคลอดออกเป็น 2 บทบาท คือ บทบาทการเป็นมารดา และบทบาทการเป็นแม่บ้าน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาเฉพาะบทบาทการเป็นมารดา เนื่องจากความต้องการของทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องซึ่งต้องอยู่โรงพยาบาลและมารดาเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและมีโอกาสสร้างสัมพันธภาพกับบุตรมากที่สุด ซึ่งบทบาทการเป็นมารดานั้นประกอบด้วยการมีสัมพันธภาพกับบุตรและการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร ในด้านการมีสัมพันธภาพกับบุตรมารดาสามารถมีสัมพันธภาพกับบุตรด้วยการยอมรับบุตรที่มีรูปร่างเล็ก บอบบาง อ่อนแอ มีแผลผ่าตัดหน้าท้อง และจะต้องปรับความคิดเกี่ยวกับบุตรที่นึกฝันไว้ให้ตรงกับความเป็นจริง ให้การดูแลเอาใจใส่ ให้ความรักความอบอุ่น มีการสัมผัส และมองสบตาบุตร (eye to eye contact) ส่วนในด้านการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรได้แก่ การให้นม การดูแลให้นอนหลับ ขับถ่าย การทำความสะอาดร่างกาย การส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลปกป้องคุ้มครองบุตรให้พ้นจากอันตราย รวมทั้งการตอบสนองความต้องการของบุตรได้อย่างเหมาะสม ซึ่งถ้าหากมารดาสามารถปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม ก็จะสามารถให้การเลี้ยงดูบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2545; Klause and Kennell, 1982) จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

### สมมติฐานการวิจัย

การปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง มารดากลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องมีการปฏิบัติบทบาทมารดาดีกว่ามารดากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาถึงผล การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในการ ดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ มารดาที่มีทารกแรกเกิดที่มีปัญหาศัลยกรรมและ ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด
2. กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ มารดาของทารกแรกเกิดที่มีปัญหาศัลยกรรม และได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (หอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบการเลือกตามสะดวก (Convenience sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด
3. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย
  - 3.1 ตัวแปรต้น คือ การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา
  - 3.2 ตัวแปรตาม คือ การปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการ ผ่าตัดหน้าท้อง

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง
  - 1.1 การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน หมายถึง การให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล โดยจัดใน ห้องประชุมที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ ไม่มีเสียงรบกวน แสงสว่างเหมาะสม อากาศถ่ายเทสะดวก ในเรื่อง "การเตรียมมารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน" โดยการให้ข้อมูลด้วยสไลด์มัลติมีเดีย ตามแนวคิดของ Leventhal and Johnson (1983) ดังนี้
    - 1) การให้ข้อมูลด้านกระบวนการ เป็นการให้ข้อมูลในเรื่อง การวินิจฉัยโรค แผนการรักษา อาการของทารกแรกเกิดหลังผ่าตัด สภาพแวดล้อมทั่วไป อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน กิจกรรมการพยาบาล กฎระเบียบและข้อควรปฏิบัติต่าง ๆ

2) การให้ข้อมูลด้านความรู้สึก ได้แก่ การบอกถึงสภาพและเหตุการณ์ที่มารดาทารกแรกเกิดจะได้รับรู้ผ่านประสาทสัมผัส เช่น มองเห็น ได้ยิน สัมผัส ลิ้มรส และได้กลิ่น เช่น ภาพของทารกแรกเกิดก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง เสียงเตือนของอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้กับทารก

1.2 การมีส่วนร่วมของมารดา หมายถึงการมีส่วนร่วมของมารดาในภาวะที่ทารกเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงเป็นการสนับสนุนให้มารดาได้มีโอกาสมีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพทารก สำหรับการเจ็บป่วยของทารกที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางศัลยกรรมและต้องได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง การส่งเสริมให้มารดาได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทั้ง 4 ด้าน ตามแนวคิดของ Schepp (1995) ในขณะที่ทารกเจ็บป่วยอยู่โรงพยาบาลอย่างมีแบบแผน มีโอกาสได้ฝึกทักษะโดยการได้ปฏิบัติจริง โดยมีพยาบาลคอยสนับสนุนให้ได้รับข้อมูลที่เพียงพอสำหรับการตัดสินใจและให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด ประกอบด้วย 4 ด้านดังนี้

1) การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำ หมายถึง การที่มารดาได้เข้าร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมที่ทำประจำ ในเรื่องการอยู่กับทารกที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องขณะที่ทารกอยู่ในโรงพยาบาล การเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การให้นมหรือบิบเก็บน้ำนมไว้ให้ทารกภายหลังอาการปกติ การอาบน้ำ เช็ดตัวให้ทารก หรือช่วยเหลือทารกอาบน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ทารก และการเปลี่ยนผ้าปูที่นอนให้ทารก

2) การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมการพยาบาล หมายถึง การที่มารดาได้เข้าร่วมในการดูแลเมื่อทารกได้รับกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในเรื่องการอยู่กับทารกและช่วยเหลือทารกในระหว่างที่ได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาลที่ทำประจำ เช่น การวัดอุณหภูมิ หรือความดันโลหิต การตรวจร่างกาย การอยู่กับทารก และช่วยเหลือทารกในระหว่างที่ได้รับการตรวจรักษา เช่น การแทงเข็มให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือการเจาะเลือด การปลอบโยนทารก ในระหว่างที่ได้รับการตรวจรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด เช่น การทำความสะอาดแผลผ่าตัด การไปส่งทารกเพื่อรับการตรวจพิเศษที่ไม่ทำในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมทารกแรกเกิด เช่น เอกซเรย์

3) การมีส่วนร่วมด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างมารดาและบุคลากรพยาบาล หมายถึง การที่มารดาได้มีโอกาสให้หรือรับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลรักษาพยาบาลทารก ร่วมกับกับบุคลากรพยาบาล ในเรื่องการสอบถามเกี่ยวกับการตรวจหรือการรักษาที่ทารกได้รับ การให้บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ทุกอย่างที่ทารกได้รับ การได้รับการแจ้งให้ทราบเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับแผนการรักษาของทารกและการได้รับการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของทารกตามความเป็นจริง

4) การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจในการดูแลทารก หมายถึง การที่มารดามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลทารก ในเรื่องการเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจและการรักษาที่ทารกได้รับ การเป็นผู้เลือกบุคลากรพยาบาลที่ดูแลทารก การเป็นผู้ตัดสินใจว่าใครควรเยี่ยมทารก การเลือกเป็นผู้วัดอุณหภูมิให้ทารก และการให้บุคลากรพยาบาลขออนุญาตมารดา ก่อนที่จะปลุกทารกให้ตื่น

2. การปฏิบัติบทบาทมารดา หมายถึง การรับรู้บทบาทการเป็นมารดาเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อบุตรแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ในด้านการมีสัมพันธภาพกับบุตร และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรดังนี้

2.1 การมีสัมพันธภาพกับบุตรคือการประเมินความรู้สึกนึกคิด หรือ การกระทำของมารดาที่แสดงถึงการมีสัมพันธภาพต่อบุตร โดยการแสดงความรัก ความผูกพันต่อบุตร

2.2 การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรคือการประเมินความสามารถของมารดาในการกระทำหรือแสดงความรู้สึกในการกระทำกิจกรรมการดูแลบุตรเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งในด้านการให้อาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การนอน การขับถ่าย การส่งเสริมพัฒนาการ การปกป้องคุ้มครองบุตร

ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทมารดาที่ผู้วิจัยดัดแปลงและเรียบเรียงข้อคำถามจากแบบวัดการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่มารดาของ บังอร ต้อยติ่ง (2543) ซึ่งดัดแปลงมาจากแนวความคิดเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาของ Jensen and Bobak (1985)

3. ทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง หมายถึง ทารกแรกคลอดจนถึงอายุ 1 เดือนที่มีปัญหาตั้งแต่แรกเกิดด้วยโรค ผ่น้ำหน้าท้องบกพร่องและลำไส้เล็กอุดตันที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด และได้รับการรักษาทางศัลยกรรมด้วยวิธีการผ่าตัดหน้าท้อง

4. การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การพยาบาลที่มารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องได้รับจากพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด ประกอบด้วย

4.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบการเข้าเยี่ยม ความก้าวหน้า/การเปลี่ยนแปลงของทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง

4.2 การสอนและการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง เช่น การล้างมือก่อน-หลังสัมผัสทารก การทำความสะอาดทารกหลังการขยับถ่าย การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา และ แหล่งประโยชน์ต่างๆที่มารดาควรทราบ

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงระบบการให้บริการมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด
2. เพื่อส่งเสริมให้มารดาสามารถปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง และทำหน้าที่ของมารดาได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง



ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของ มารดาต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ซึ่งผู้วิจัยได้ ศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยสรุปเนื้อหาสาระสำคัญและนำเสนอตาม หัวข้อดังต่อไปนี้

1. การพยาบาลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง
2. การปฏิบัติบทบาทมารดา และ ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง
3. แนวคิดการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน
4. แนวคิดการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล
5. การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง
6. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทมารดา
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. การพยาบาลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง

ทารกแรกเกิดที่มีปัญหาทางศัลยกรรมเป็นกลุ่มโรคที่มีความพิการแต่กำเนิด และต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งอธิบายได้ดังนี้ (รังสรรค์ นิรามิษ และคณะ, 2547; Stovroff and Gerald, 2003)

##### 1.1 ทารกที่มีความพิการของผนังหน้าท้องแต่กำเนิด (Gastroschisis)

1.1.1 พยาธิสภาพ **Gastroschisis** เป็นความบกพร่องของผนังหน้าท้องที่เกิดจากการแยกออกของผนังหน้าท้องเกือบทั้งหมดเกิดขึ้นที่ด้านขวาของสายสะดือ จึงสันนิษฐานว่ามีสาเหตุมาจากการที่ **umbilical vein** ด้านขวาฝ่อไปในระหว่างการเติบโตของตัวอ่อนทำให้ผนังหน้าท้องที่ได้รับเลือดจาก **umbilical vein** ด้านขวาเกิดการขาดเลือดและแตกออก ทำให้ลำไส้

ออกมาอยู่นอกช่องท้อง (รังสรรค์ นิรามิษ และคณะ, 2547; Shaw, 1975; DeVries, 1980) ดังนั้น **gastroschisis** จึงไม่มีถุงห่อหุ้มและลำไส้ที่ออกมาลอยอยู่ในน้ำคร่ำ (Amniotic fluid) ทำให้เกิด **chemical peritonitis** ผนังลำไส้จะบวมหนาขึ้น และมีพังผืดเกาะอยู่ มักไม่พบความพิการแต่กำเนิดอย่างอื่นร่วมด้วย อย่างไรก็ตามบางคนเชื่อว่า **gastroschisis** อาจเกิดจากการแตกออกมาของ **hernia** ของ **umbilical cord** ภายหลังจากการม้วนตัวเข้ามาสร้างผนังหน้าท้องเสร็จแล้ว ก่อนที่ **umbilical ring** จะปิด (รังสรรค์ นิรามิษ และคณะ, 2547; Shaw, 1975; DeVries, 1980)

1.1.2 การวินิจฉัยก่อนคลอด (Prenatal diagnosis) ทำได้อย่างแม่นยำโดยใช้ **ultrasound** ซึ่งจะเห็นลักษณะของลำไส้ตัวอ่อนอยู่นอกช่องท้อง การวินิจฉัยก่อนคลอดทำให้สามารถส่งต่อผู้ป่วยตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาไปยังศูนย์การแพทย์ที่มีศักยภาพในการผ่าตัดและดูแลทารกแรกเกิดที่มีปัญหานี้ได้ ถึงแม้ว่าจะมีความพยายามรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการให้ทารกคลอดก่อนกำหนดเพื่อทำการ ผ่าตัดรักษาได้เร็วขึ้นโดยมีเหตุผล เพื่อป้องกันการบวมของผนังลำไส้จากการแช่ในน้ำคร่ำนานเกินไป แต่ผลการรักษาก็ไม่แตกต่างจากการให้ผู้ป่วยคลอดตามกำหนดแต่อย่างใด สำหรับวิธีการคลอดในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทั้งอัตราการตายและผลแทรกซ้อนในระหว่างผู้ป่วยที่คลอดโดยวิธี **cesarean section** และผู้ป่วยที่คลอดทางช่องคลอดการเลือกวิธีการคลอดจึงควรเป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์

### 1.1.3 การรักษาด้วยการผ่าตัด มีดังนี้

1) **Primary closure of abdomen** กระทำโดยเปิดช่องให้กว้างขึ้นในแนวกลางลำตัวบางรายอาจยาวตั้งแต่ลิ้นปี่จนถึงหัวหน้า เพื่อความสะดวกในการนำเอาลำไส้เข้าสู่ช่องท้องและเย็บปิดกล้ามเนื้อ **rectus** ทั้งสองเข้าหากัน ก่อนปิดอาจจับกล้ามเนื้อยึดออกให้เต็มที่เพื่อให้ช่องท้องขนาดใหญ่ขึ้น และผนังหน้าท้องไม่ตึงเกินไป การผ่าตัดรักษาด้วยวิธีนี้เหมาะสำหรับ **gastroschisis** ที่มีอวัยวะออกมาไม่มากนัก คือมีขนาดเล็กต่ำกว่า 3 เซนติเมตร การใส่กลับเข้าไปไม่สร้างปัญหาการหายใจของผู้ป่วยเป็นการรักษาที่ผ่าตัดเพียงครั้งเดียว ถ้าการปิดผนังหน้าท้องตึงเกินไปจะมีผลเสีย คือทำให้กะบังลมเคลื่อนไหวไม่สะดวกรบกวนการหายใจหรือความดันในช่องท้องสูง ทำให้การไหลเวียนเลือดกลับหัวใจเลวลง หรือลำไส้ที่เบียดแน่นเกินไปเลือดมาเลี้ยงไม่สะดวก ลำไส้อาจตายได้ ทารกที่ได้รับการผ่าตัดรักษาด้วยวิธีนี้โอกาสเกิดการติดเชื้อมีน้อยกว่าวิธีอื่นแต่อาจจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจหลังผ่าตัดสักระยะหนึ่ง

2) **Skin closure of abdomen** วิธีนี้เย็บปิดเฉพาะชั้นผิวหนังเท่านั้น โดยไม่เย็บปิดชั้น **fascia** และยอมให้เกิดเป็น **ventral hernia** ซึ่งต้องมาผ่าตัดแก้ไขอีกครั้งหนึ่งในภายหลังเมื่ออายุประมาณ 1 ปีขึ้นไป ปัจจุบันวิธีนี้ไม่เป็นที่นิยม



3) **Staged repair** วิธีนี้เหมาะสำหรับ **gastroschisis** ที่มีอวัยวะออกมา มาก และการใส่ กลับเข้าไปอาจสร้างปัญหาแก่การหายใจ หรือกดเส้นเลือดดำทำให้การไหลกลับ ของเลือดถูกขัดขวาง ซึ่งอาจจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (Schuster, 1967) วิธีนี้ต้องใช้ **prosthesis** มาทำเป็นถุงเย็บติดกับผนังหน้าท้องเป็น **silos** ใส่อวัยวะที่ออกมาก่อนแล้วค่อยดันกลับลงไป ในช่อง ท้องวันละน้อยเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาปรับตัว ตามปกติเมื่อลำไส้ที่ออกมาถูกใส่ไว้ใน **silos** จะค่อย ๆ ยุบวมลง ทำให้สามารถใส่กลับเข้าช่องท้องได้ในที่สุด **prosthesis** ที่ทำเป็นถุงเย็บกับผนังหน้า ท้องมีอยู่หลายแบบ และสามารถทำได้เอง ในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี **stockinette** และ **Steri - drape** มาทำเป็นถุงที่มีความแข็งแรง ใช้ได้ดี ในราคาที่ไม่แพง

การเลือกวิธีการรักษาขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพว่ามีช่องโหว่ผิดปกติขนาดใหญ่ เล็กเพียงใด มีอวัยวะภายในโผล่ออกมานอกช่องท้องมากหรือน้อย เมื่อพยายามดันกลับแล้ว ก่อให้เกิดปัญหาด้านหายใจมากเพียงใด สถานที่ดูแลรักษามีความพร้อมด้านเครื่องมืออุปกรณ์ และบุคลากรดูแลในการช่วยหายใจ ในทารกแรกคลอดเหล่านี้หรือไม่เพียงใด ปัจจุบันนิยมเลือกวิธี ปิดทันทีแบบที่ 1 และแบบที่ 3 เป็นหลัก

#### 1.1.4 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

- 1) อาจเกิด **necrotizing enterocolitis** โดยเฉพาะทารกที่คลอดก่อน กำหนด มีปัญหาด้านการหายใจ หรือได้สารน้ำไม่เพียงพอ
- 2) ติดเชื้อจากการให้สารอาหารทางหลอดเลือด แผลติดเชื้อ
- 3) ลำไส้ทำงานช้า ดูดซึมสารอาหารผิดปกติ ลำไส้อุดตัน ลำไส้ทะลุ
- 4) **Renal vein thrombosis** ชาบวม
- 5) เกิดภาวะกรดไหลย้อน **gastroesophageal reflux**

อัตราการเสียชีวิตทารก **gastroschisis** ขึ้นกับทารกคลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อนทางลำไส้ ติดเชื้อ **Candida** ทางกระแสเลือดจากการให้สารอาหารทางหลอดเลือด (ศักดิ์ดา ภัทรภิญโญกุล, 2545)

#### 1.1.5 การดูแลในระยะหลังผ่าตัด

ภายหลังการผ่าตัดปิดผนังหน้าท้อง ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา ต่อไปโดยต้องระวังภาวะแทรกซ้อนทางด้านการหายใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จำเป็นต้องได้รับการช่วย หายใจจนกว่าความดันในช่องท้องจะลดลง และหายใจเองได้เพียงพอ โดยทั่วไปใช้เวลาราว 1-3 วัน (ศักดิ์ดา ภัทรภิญโญกุล, 2545) ปัญหาที่พบบ่อยหลังผ่าตัดผู้ป่วย **gastroschisis** คือภาวะติดเชื้อ

ซึ่งปัจจุบันมีอุบัติการณ์น้อยลงเนื่องจากการส่งผู้ป่วยมารับการรักษาได้เร็วขึ้นและมีการเตรียมการดีขึ้น เนื่องจาก การวินิจฉัยก่อนคลอดและการดูแลทารกที่ดีขึ้น

ภาวะ **prolonged ileus** และ **delayed bowel function** เชื่อว่าเกิดจากการอักเสบของลำไส้ตั้งแต่แรก เป็นผลต่อเนื่องมาจากการที่ลำไส้แช่อยู่ในน้ำคร่ำเป็นเวลานาน ทำให้ใช้ทางเดินอาหารได้ช้าและมักต้องให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ อย่างไรก็ตาม การ **feed** ไม่ได้ในบางรายเกิดจากภาวะความผิดปกติของทางเดินอาหารเช่น **intestinal atresia** ซึ่งพบร่วมได้ราว **10%** ในรายที่รับอาหารผ่านทางเดินอาหารไม่ได้และไม่ถ่ายอุจจาระในระยะ **3-4** สัปดาห์ควรได้รับการตรวจ **upper GI study** เพื่อ **exclude** ความผิดปกติร่วมดังกล่าว

## 1.2 ทารกที่มีภาวะลำไส้เล็กอุดตัน สามารถแบ่งชนิดของการอุดตันได้เป็นดังนี้ (รังสรรค์ นิรามิษ และคณะ, 2547; Strauch and Laurence, 2003)

### 1.2.1 Congenital duodenal obstruction

### 1.2.2 Jejunio-ileal atresia / stenosis

### 1.2.1 Congenital Duodenal Obstruction

การอุดตันของลำไส้เล็กส่วนต้นที่เป็นมาแต่กำเนิด (**Congenital Duodenal Obstruction - CDO**) เป็นความผิดปกติที่พบได้ไม่บ่อย และคงจะมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่เสียชีวิตไปโดยไม่ได้รับการวินิจฉัยและไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง จึงทำให้อุบัติการณ์ของโรคนี้อาจจะต่ำกว่าความเป็นจริง เด็กที่มีการอุดตันของ **duodenum** จะมีการอาเจียนโดยที่ไม่ค่อยมีท้องอืด เนื่องจากการอุดตันของทางเดินอาหารส่วนต้น จึงทำให้แพทย์ไม่คิดว่าเป็นลำไส้อุดตัน ซึ่งต่างจากโรคลำไส้อุดตันส่วนล่างที่มีอาเจียนร่วมกับท้องอืด แพทย์จึงให้การวินิจฉัยได้โดยไม่ผิดพลาดมากนัก ในปัจจุบันนี้โรคนี้ได้รับการวินิจฉัยมากขึ้น เนื่องจากการเรียนการสอนทำให้กุมารแพทย์รู้จักโรคนี้ดียิ่งขึ้น ประกอบกับรังสีแพทย์ให้การวินิจฉัยโรคนี้ได้ตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์มารดาจากการตรวจด้วย **ultrasound** ทำให้มีการวินิจฉัยภาวะการอุดตันของ **duodenum** กันมากขึ้นและผลการรักษาดีขึ้นกว่าแต่ก่อนมาก (รังสรรค์ นิรามิษ และคณะ, 2547)

**1.2.1.1 อุบัติการณ์** ของโรคนี้มีความแตกต่างกันมากในแต่ละประเทศ ชนิดที่เป็นการอุดตันที่พบตั้งแต่ แรกเกิด (**Intrinsic obstruction**) พบประมาณ **1 : 4,000** ถึง **1 : 7,500** ของทารกแรกคลอดมีชีพ (Lynn, 1980) จากสถิติพบ **1:7,000** ทารกเพศหญิงต่อทารกเพศชายไม่แตกต่างกัน โรคนี้พบในทารกแรกเกิด ร้อยละ **70** และร้อยละ **90** ของทารกที่ป่วยด้วยโรคนี้ (วิชัย พันธุ์ศรีมังกร, 2549)

### 1.2.1.2 พยาธิสภาพที่เป็นสาเหตุของการอุดตัน

Ladd (1937) ได้แบ่ง duodenal obstruction เป็น 2 กลุ่ม ตามสาเหตุที่ทำให้เกิดการอุดตันในระยะแรก Ladd ได้จัด annular pancreas ไว้ในกลุ่มของการอุดตันที่เกิดจากสาเหตุภายนอก (Extrinsic obstruction) ในปัจจุบันศัลยแพทย์ส่วนใหญ่จัดให้ annular pancreas อยู่ในกลุ่มของการอุดตันที่เกิดจากสาเหตุภายใน (Intrinsic obstruction) สุขวัฒน์ วัฒนวิษฐานและคณะ (2525) ได้สรุปการแบ่งกลุ่มของ duodenal obstruction ที่นิยมใช้กันดังนี้

1) Intrinsic obstruction หมายถึง การอุดตันที่มีสาเหตุเกิดจากภายในของ duodenum ได้แก่ Duodenal Atresia, Duodenal Stenosis (DS), Duodenal Web (DW) หรือ diaphragm และ annular pancreas

2) Extrinsic obstruction หมายถึง การอุดตันที่มีสาเหตุเกิดจากอวัยวะอื่นภายนอกของ duodenum ได้แก่ malrotation of the intestine, congenital peritoneal band without malrotation of the intestine, preduodenal portal vein

พยาธิสภาพที่เกิดภายในและภายนอก duodenum อาจทำให้เกิดการอุดตันอย่างสิ้นเชิง (Complete obstruction) หรืออุดตันบางส่วนยังมีทางให้อาหารผ่านไปได้ (Incomplete obstruction) โดยทั่วไปถ้าภาพรังสีแสดงการอุดตันอย่างสิ้นเชิงตั้งแต่แรกจะให้การวินิจฉัยเป็น duodenal atresia แต่ถ้าเป็น incomplete obstruction จะให้การวินิจฉัยตามพยาธิสภาพที่พบจากการผ่าตัด เช่น duodenal stenosis, duodenal web เป็นต้น

### 1.2.1.3 สาเหตุของการอุดตันที่พบได้บ่อย และ embryology (รังสรรค์ นิลามิษและคณะ, 2547)

อธิบายถึงสาเหตุของการอุดตันจากความผิดปกติขณะทารกอยู่ในครรภ์มารดาได้ดังนี้

1) Duodenal atresia เป็นการอุดตันอย่างสิ้นเชิงที่เกิดภายในของ duodenum ไม่ยอมให้ลมและน้ำผ่านไปได้ Gray และ Skandalakis (1986) ได้แบ่ง DA ออกเป็น 3 ชนิดคือ

ชนิดที่ 1 ทั้งส่วนบนและส่วนล่างของ duodenum ที่มีการอุดตันยังติดกันอยู่ แต่มีเนื้อเยื่อมาขึ้นตรงกลาง อาจเป็น web หรือ diaphragm มาขวางอยู่และไม่มีการให้ลมและน้ำผ่านไปได้ หรือพบร่วมกับพวกที่เป็น annular pancreas

ชนิดที่ 2 ทั้งส่วนบนและส่วนล่างของ duodenum ที่มีการอุดตัน ยึดต่อกันด้วย fibrous cord ชนิดที่ 3 duodenum ทั้ง 2 ส่วนขาดออกจากกันโดยไม่มีส่วนที่ เชื่อมโยง mesentery ส่วนนั้นขาดออกจากกันเป็น V-Shape

การอุดตันมักเกิดในส่วนที่ 2 ของ duodenum เป็นส่วนใหญ่ และอยู่ต่ำกว่ารูเปิดของท่อน้ำดี ในบางรายส่วนปลายของท่อน้ำดีรวม (Common bile duct) อาจแยกเป็น 2 แฉก และแต่ละปลายก็เปิดเข้าแต่ละส่วนของ duodenum ที่อยู่เหนือและต่ำกว่า บริเวณที่มีการอุดตัน (Rickham, 1978; Reid, 1973) duodenum ส่วนบนที่อยู่เหนือตำแหน่งอุด ตันจะโป่งพองมาก ส่วน duodenum ที่ต่ำกว่าการอุดตันจะมีขนาดเล็กมากเพราะไม่มีอะไรผ่าน ลงไป ถึงแม้บางรายที่มีปลายหนึ่งของท่อน้ำดีรวมเปิดให้น้ำดีผ่านลงไปได้ แต่ขนาดของ duodenum ส่วนล่างก็ยังเล็กอยู่ดีเมื่อเทียบกับส่วนบน

การเกิด duodenal atresia ชนิดที่ 1 ที่มีเนื้อเยื่อขวางกันอยู่ตรง กลางเชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติในระยะ recanalization ของ duodenum (Boyden, 1967; Lynn, 1959) กล่าวคือในช่วงสัปดาห์ที่ 4 - 6 ของทารกในครรภ์มารดา ท่อกลวงจะเปลี่ยนเป็นท่อที่ ตันอีกครั้ง (Solid stage) เนื่องจากมีการเจริญของเซลล์ในชั้น mucosa อย่างรวดเร็ว ต่อมาเริ่มมี การสลายของเซลล์ทำให้เกิดเป็นช่องว่างขึ้น (Vacuolization) ช่องเล็ก ๆ นี้จะขยายต่อไปมากขึ้น เรื่อย ๆ จนทะลุติดต่อกันในที่สุด ทำให้ duodenum เกิดเป็นท่อกลวงอีกครั้ง (Recanalization) ประมาณ 12 สัปดาห์ของทารกในครรภ์ ถ้าเกิดความผิดปกติใด ๆ ก็ตามในระยะนี้จะทำให้ ขบวนการเกิด recanalization ไม่สมบูรณ์ ช่องกลวง ภายใน duodenum ขนาดเล็กก็เกิดเป็น duodenal stenosis ขึ้น ถ้าช่องภายในขาดออกจากกันไปจะเกิดเป็น duodenal atresia ถ้าเกิด มีผนังกันภายในและมีรูเล็ก ๆ ตรงกลางให้ลมและน้ำผ่านไปได้บ้างก็เกิดเป็น perforated duodenal web (สุขวัฒน์ วัฒนานิชฐาน และคณะ, 2525)

การเกิด duodenal atresia ชนิดที่ 2 และ 3 ยังไม่มีทฤษฎีใด อ้างถึงแต่สันนิษฐานว่าอาจเกิดจากการขาดเส้นเลือดมาเลี้ยง duodenum ส่วนนั้น (Vascular accident) ด้วยสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง

2) Duodenal stenosis เป็นการอุดตันภายในที่เกิดจากการตีบ ของ duodenum ช่วงที่ตีบอาจจะเป็นช่วงสั้นหรือยาวก็ได้ ตำแหน่งที่มี incomplete obstruction มักเกิดในส่วนที่ 2 ของ duodenum เช่นเดียวกับ DA รูเปิดของท่อน้ำดีอาจเปิดตรงกลาง ตำแหน่งที่มีการตีบ (Rickham, 1978; Boyden, 1967) ดังนั้น duodenum ส่วนที่อยู่ต่ำกว่ารอย ตีบจึงไม่เล็กมาก เพราะว่ายังมีลมและน้ำดีผ่านลงไปได้มากกว่าใน DA duodenum ส่วนที่อยู่

เหนือการอุดตันจะโตมากหรือน้อยขึ้นกับพยาธิสภาพว่ามีตีบมากน้อยเพียงใดและขึ้นกับอายุของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ ยิ่งมีอายุมากการโป่งพองของ **duodenum** ส่วนต้นก็จะยิ่งโตมากขึ้นด้วย แพทย์บางท่านรวมเอา **duodenal web** เข้ากับ **duodenal stenosis** เพราะเห็นว่าเป็น **incomplete intrinsic duodenal obstruction** เหมือนกันและบางท่านรวมเอา **annular pancreas** เข้าไว้ใน **duodenal stenosis** ด้วยเหตุผลเดียวกัน (Stauffer, 1998)

สาเหตุของการเกิด **duodenal stenosis** เชื่อว่าเกิดจาก **failure of recanalization** (Boyden, 1967; Lynn, 1959) ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

3) **Duodenal web** หรือ **duodenal diaphragm** ได้แก่การอุดตันภายในของ **duodenum** ที่มีผนังเป็นเยื่อบาง ๆ กั้นไว้และมีรูให้ลมและน้ำผ่านไปได้บ้าง ทั้งสองด้านของเนื้อเยื่อนี้บุด้วย **mucosa** ตำแหน่งของรูที่อยู่บน **web** อาจอยู่ตรงกลาง (**Concentric**) หรืออยู่ค่อนไปยังด้านใด ด้านหนึ่ง (**Eccentric**) ก็ได้ ผู้ป่วยจะมีอาการมากหรือน้อย มาพบแพทย์เร็วหรือช้าขึ้นกับขนาดของรูที่อยู่บน **web** ว่าเล็กหรือใหญ่เพียงใด ในรายที่มาพบแพทย์ช้าเมื่อเด็กมีอายุมากขึ้น **web** อาจถูกอาหารดันให้ยาวออกไปทำให้มีรูปร่างคล้ายสวิง เรียกว่า **wind - sock web** ซึ่งอาจจะเป็นปัญหาเมื่อผ่าตัดเข้าไปเพื่อจะตัด **web** ออกแต่ไม่พบเพราะด้านล่างของ **web** อาจย้อยลงไปอยู่ใน **duodenum** ส่วนล่าง ๆ มีผู้รายงานพบ **web** มากกว่าหนึ่งอันในผู้ป่วยบางคน (Bill, 1954; Rowe, 1968)

สาเหตุของการเกิด **duodenal web** เชื่อว่าเกิดจาก **failure of recanalization** เช่นเดียวกับ **duodenal atresia** และ **duodenal stenosis** (Boyden, 1967; Lynn, 1959)

4) **Annular pancreas** เป็นความผิดปกติในการหมุนตัวของตับอ่อนทำให้ส่วนหนึ่งของตับอ่อนหุ้มอยู่รอบส่วนที่ 2 หรือ 3 ของ **duodenum** บางรายอาจไม่หุ้มเป็นวงโดยสมบูรณ์ แต่จะมีช่องว่างซึ่งมักอยู่ด้านหน้าของ **duodenum** ในอดีตเคยจัด **annular pancreas** ไว้ในกลุ่ม **extrinsic obstruction** แต่ในปัจจุบันเชื่อว่า **annular pancreas** ไม่ได้ทำให้เกิดการตันโดยตรงมักจะพบร่วมกับ **duodenal atresia** หรือ **stenosis** ภายในวงของ **annular pancreas** ในผู้ป่วยบางคนพบว่าเนื้อของตับอ่อนแทรกอยู่ในผนังของ **duodenum** โดยพิสูจน์จากการ **autopsy** ดังนั้นผู้เขียนจึงขอจัด **annular pancreas** อยู่ในกลุ่ม **intrinsic duodenal obstruction** โดยทั่วไปจะมีความผิดปกติของการหมุนตัวของตับอ่อนได้ประมาณร้อยละ 10-20 ของการอุดตันใน **duodenum** ทั้งหมด

5) Malrotation of the intestine การหมุนตัวผิดปกติของ ลำไส้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการอุดตันของ duodenum ที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มของ extrinsic causes กลไกการอุดตันของ duodenum เกิดจาก

5.1) Ladd's band compression Ladd's band เป็น congenital peritoneal bands ยึดจากลำไส้ใหญ่ข้างขวา (Cecum and ascending colon) ทอดข้าม duodenum ไปติดที่ผนังของช่องท้องด้านหลัง (Posterior peritoneum) ได้ตบกลับ ขวา การอุดตันเกิด complete หรือ incomplete obstruction มากน้อยเพียงใดอยู่ที่การกดของ Ladd's band เป็นสำคัญมักจะเกิดการอุดตันของ duodenum ส่วนที่สองมากที่สุด

5.2) Midgut volvulus มีการบิดตัวของลำไส้ส่วนกลาง หรือ midgut รอบแกน mesentery ระหว่าง Duodenojejunal (DJ) Junction กับ Ileocecal (IC) Valve ซึ่งในผู้ป่วยที่มี malrotation แกนนี้สั้นมากจึงทำให้ midgut บิดตัวคล้ายลูกกระดิ่งหรือ ระฆังที่หมุนรอบแกนได้โดยง่าย

กลไกของการเกิดความผิดปกติของการหมุนตัวของลำไส้ ขอ อธิบายตามทฤษฎีของ Ladd (1932), Gross (1953) และ Moore (1973) กล่าวคือเมื่อ embryo อายุได้ 4 สัปดาห์ ลำไส้จะวางตัวเป็นเส้นขนานกับความยาวของลำตัวคล้ายเชือกเส้นหนึ่ง ขณะที่ embryo อายุ 4 - 10 สัปดาห์ ลำไส้ส่วนกลางโตเร็วมาก ช่องท้องขยายได้ไม่ทันที่จะรับลำไส้ไว้ได้ ลำไส้ส่วนกลางจึงต้องเคลื่อนตัวออกมาอยู่นอกช่องท้องเข้าไปอยู่ใน embryonic stalk บริเวณฐานของสะดือ ขณะออกมานอกช่องท้องลำไส้ส่วนกลางจะหมุนตัว 90 องศาทวนเข็มนาฬิกา (Counter clockwise rotation) ตามแกนของ superior mesenteric artery พอถึงช่วงสัปดาห์ที่ 10 - 12 ของ embryo ช่องท้องโตขึ้นและกว้างพอที่จะรับลำไส้กลับเข้ามาได้ จึงมีการเคลื่อนของลำไส้กลับเข้าสู่ช่องท้องอีกครั้งพร้อมกับมีการหมุนตัวทวนเข็มนาฬิกาอีก 180 องศา รวมทั้งหมดเป็น 270 องศา จะได้การเรียงตัวของลำไส้ในคนปกติ คือ duodenum เป็นรูปตัว "C" DJ junction อยู่ข้างซ้ายของกระดูกสันหลัง jijunum อยู่ด้านซ้ายบนของช่องท้อง ileum ไปต่อ เข้าที่ cecum ดังนั้น IC valve จึงอยู่ในท้องด้านขวาล่าง ลำไส้ใหญ่ข้างขวาและซ้ายตรงตัวเข้ากับผนังช่องท้องด้านหลัง ถ้าการหมุนตัวของลำไส้ขาดไปช่วงใดช่วงหนึ่ง ไม่ครบ 270 องศา จะเกิดภาวะการหมุนตัวผิดปกติ malrotation อาจมีชื่อเรียกต่าง ๆ กัน เช่น nonrotation, incomplete rotation, incomplete fixation, mixed fixation เป็นต้น

6) Congenital peritoneal bands without malrotation of the intestine เป็นภาวะ extrinsic duodenal obstruction ที่พบได้น้อยมาก

7) **Preduodenal portal vein** พบได้น้อยมากและบางรายพบว่าไม่ได้เป็นสาเหตุของการอุดตันโดยตรงแต่พบร่วมกับการอุดตันที่เกิดภายใน **duodenum**

#### 1.2.1.4 ความพิการแต่กำเนิดที่พบร่วมกับการอุดตันของ duodenum (รังสรรค์ นิรามิษ และคณะ, 2547)

พบความพิการแต่กำเนิดร่วมกับ **intrinsic duodenal obstruction** มากกว่าพวก **extrinsic obstruction** ความพิการแต่กำเนิดพบได้เกือบทุกระบบของร่างกาย ที่พบบ่อยได้แก่ **Down syndrome, congenital heart disease, anorectal malformations, esophageal atresia with or without TE fistula, Meckel's diverticulum, renal anomalies, skeletal anomalies** และ **biliary tract anomalies.**

#### 1.2.1.5 อาการและอาการแสดง

อาการที่พบบ่อยที่สุดคือการอาเจียน (Niramis et al., 1996) มีอาเจียนเป็นน้ำสีเขียว หรืออาเจียนเป็นน้ำหรือเป็นนมที่รับประทานเข้าไป เพราะการอุดตันอยู่เหนือรูเปิดของท่อน้ำดี และผู้ป่วยบางคนยังไม่มีอาการอาเจียนแต่มีความผิดปกติอย่างอื่น ได้รับการถ่ายภาพรังสีพบความผิดปกติของเงาลมในกระเพาะอาหารและ **duodenum** จึงวินิจฉัยได้ อาการอาเจียนพบในระยะสัปดาห์แรกหลังคลอดมากที่สุด ผู้ป่วยที่เป็น **duodenal atresia** จะมีอาเจียนในมือแรกๆที่เริ่มดูดนมหรือน้ำเข้าไป ในผู้ป่วยที่เป็น **incomplete obstruction** เช่น **duodenal stenosis, duodenal web** และ **malrotation** อาจจะมีอาการเมื่ออายุมากขึ้น ดังนั้นการอาเจียนในเด็กที่มีการอุดตันของ **duodenum** จะมาพบแพทย์เร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับความรุนแรงมากหรือน้อยเป็นสำคัญ การอุดตันของ **duodenum** อาเจียนได้โดยไม่ค่อยมีท้องอืดยกเว้นบางคนที่มีการโป่งพองของกระเพาะอาหาร อาจมี **epigastric distension** ได้คือมีท้องอืดเฉพาะท้องส่วนบนมากกว่าอืดทั่วท้อง เมื่ออาเจียนมากจะเกิดภาวะขาดน้ำ (**Dehydration**) ขาดสมดุลของเกลือแร่ และขาดอาหารจนเกิดภาวะทุพโภชนาการได้ พบภาวะตัวเหลืองตาเหลืองในทารกที่มีการอุดตันของ **duodenum** ได้ประมาณร้อยละ 40 (Niramis et al., 1996) เนื่องจากขาด **glucuronyl transferase** และมีการดูดซึม **bilirubin** กลับเข้าสู่กระแสเลือด (**Enterohepatic circulation**) มากขึ้น ทำให้ตาเหลืองตัวเหลืองได้

ความผิดปกติของการหมุนตัวของลำไส้ที่มีอาการในเด็กทารกจะมีอาการอาเจียนเหมือนที่กล่าวมาแล้ว **malrotation** ที่แสดงอาการในเด็กโต นอกจากมีอาการอาเจียนแล้วยังมีอาการปวดท้องที่ไม่ได้บ่งบอกเป็นอาการเฉพาะของโรคใด ในรายที่มี **midgut volvulus** มักจะมีท้องอืดร่วมด้วยอาเจียนมีสีเขียวจำนวนมาก ตัวเย็น ชีต หรือเขียวจากภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรงหรือเกิด ภาวะช็อค ถ่ายอุจจาระมีมูกเลือด อาจคลำก้อนได้จากการตรวจหน้าท้อง

และอาการจะทรุดลงอย่างรวดเร็วจนถึงเสียชีวิตได้ถ้าแก้ไขไม่ทัน เนื่องจากลำไส้ขาดเลือดและมี necrosis ในที่สุด

### 1.2.1.6 การรักษา

ควรเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนนำไปผ่าตัด ต้องแก้ไขภาวะสมดุลของเกลือแร่และแก้ไขภาวะการขาดน้ำให้เพียงพอ ถ้ามีปอดอักเสบก็ควรรักษาให้อาการดีขึ้นหรือหายจากอาการปอดอักเสบเสียก่อน การผ่าตัดแก้ไข duodenum ไม่ใช่ภาวะเร่งด่วนแต่ก็ไม่ควรรอนานเกินไปภาวะด่วนที่ต้องรีบไปทำผ่าตัดคือผู้ป่วยที่เป็น malrotation และสงสัย midgut volvulus เพราะถ้ารอไว้นานจะเกิด gangrene ของลำไส้จนต้องตัดลำไส้ส่วน midgut ทั้งหมด

การผ่าตัด นิยมเปิดแผลที่หน้าท้องด้านขวาบนตามแนวขวางเหนือขอบบนของสะดือประมาณ 1 - 2 เซนติเมตร แผลอาจจะยาวเลยข้ามแนวกลางตัวไปด้านซ้าย เมื่อเข้าสู่ช่องท้องควรตรวจดูกระเพาะอาหารและลำไส้ก่อนจะตัดสินใจเลือกวิธีทำผ่าตัดแล้วทำ Kocherization เพื่อตรวจดู duodenum ทั้งด้านหน้าและด้านหลัง ถ้าต้องการตรวจดูทุกส่วนของ duodenum ต้องทำการเลาะลำไส้ใหญ่ด้านขวาออกจากผนังด้านข้างของช่องท้องแล้วคลบลำไส้ใหญ่ด้านขวารวมทั้งลำไส้เล็กส่วนปลายไปอยู่ด้านซ้าย (Cattell's maneuver) จึงจะเห็น duodenum ทุกส่วน

Duodenal atresia ในปัจจุบันนิยมทำการผ่าตัด side-to-side duodenoduodenostomy โดยวิธีของ Kimura (1977) มากที่สุด วิธีผ่าตัดคือเปิด duodenum ส่วนที่เหนือต่อการอุดตันตามขวางและเปิด duodenum ที่อยู่ต่ำกว่าการอุดตันตามยาว แล้วเย็บให้ความยาวตามรอยเปิดทั้งสองขนานกัน จะทำให้ตรงรอยต่อเป็นรูปสี่เหลี่ยมขนมเปียกปูน (Diamond-shaped anastomosis) และเปิดกว้างกว่าการต่อวิธีอื่น เป็นผลให้อาหารผ่านได้ดีและเร็วขึ้นในรายที่ duodenal atresia เกิดจาก imperforate web ควรรักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่เป็น duodenal web คือตัดเอาเยื่อบาง ๆ นั้นออก การทำ bypass duodenojejunosomy ไม่นิยมทำเพราะอาจเกิด blind loop syndrome ได้

Duodenal stenosis (ชนิดที่ไม่มี web และ annular pancreas) ทำผ่าตัดเช่นเดียวกับ duodenal atresia คือทำ duodenoduodenostomy ตามวิธีของ Kimura เช่นเดียวกัน หรืออาจทำ duodenoplasty คือ กรีดเป็นแนวยาวผ่านตรงรอยตีบและเย็บกลับตามแนวขวาง



**Duodenal web or diaphragm** มีวิธีที่ให้เลือกทำ 2 วิธีคือการ  
ทำ **bypass duodenoduodenostomy** ตามวิธีของ **Kimura** และการทำ **web excision and duodenoplasty** ทั้งสองวิธีมีทั้งข้อดีและข้อเสียที่ควรระวังกล่าวคือ การตัดเอา **web** ออกมีข้อดีคือขจัดสาเหตุโดยตรงของการอุดตันออก แต่อาจเกิดอันตรายต่อรูเปิดของท่อน้ำดีที่เปิดบริเวณ **web** เกิดได้ทั้งขณะตัด **web** และขณะเย็บปิด การทำ **bypass procedure** จึงปลอดภัยกว่าในเรื่องไม่เป็นอันตรายต่อรูเปิดของน้ำดี แต่มีข้อเสียที่ยังเหลือ **web** อยู่ ยิ่งเป็น **wind - sock web** ที่มีก้นถุงยาว อาจทำ **bypass** สูงกว่าตำแหน่งต่ำสุดของ **web** จึงไม่สามารถทำให้หายจากการอุดตันได้

**Annular pancreas** ให้การรักษาเหมือน **duodenal atresia** คือทำผ่าตัด **bypass duodenoduodenostomy** เช่นกัน

**Malrotation of the intestine** รักษาโดยทำ **Ladd's procedure** เปิดแผลผ่าตัดตามขวางหรือเปิดตามแนวกลางตัว (**Midline incision**) ผ่านลงไปจนถึงช่องท้อง จะเห็นลำไส้เรียงตัวผิดจากคนทั่วไป ไม่สามารถบอกได้ชัดว่าส่วนไหนเป็นอะไร ควรนำลำไส้ทั้งหมดออกมานอกช่องท้องถ้ามี **midgut volvulus** ควรทำ **detorsion** โดยหมุนลำไส้เล็กทวนเข็มนาฬิกาจนเกลียวคลายหลุดออกเห็น **cecum** ที่อยู่ชิดกับ **duodenum** นำผ้าชุบน้ำอุ่นมาประคบจนลำไส้มีสีดีขึ้น การทำ **Ladd's procedure** คือ ตัด **Ladd's band** ที่ยึดระหว่าง **cecum** กับ **duodenum** ออก เลาะพังผืดที่ยึดลำไส้ส่วนต่าง ๆ ออกให้หมด รวมทั้งพังผืดที่ยึดรั้ง **mesentery** ถ้าเลาะออกหมดแล้ว **duodenojejunum** จะวางตัวเป็นแนวตรง ควรตัดไส้ติ่งออกด้วยเพราะถ้าทิ้งไว้หากเกิดการอักเสบภายหลังจะทำให้วินิจฉัยได้ยาก ก่อนเย็บปิดหน้าท้อง ควรเรียงลำไส้เล็กไว้ด้านขวาและลำไส้ใหญ่ไว้ด้านซ้ายของช่องท้องและไม่จำเป็นต้องเย็บตรึงไว้กับเยื่อช่องท้อง

ในกรณีที่มีการตายของลำไส้จากการบิดตัว ควรประคบด้วยน้ำอุ่น ถ้าไม่ดีขึ้น ก็จำเป็นต้องตัดออกและมีโอกาสเกิด **short bowel syndrome** ตามมาหรืออาจทำเพียงหมุนลำไส้ที่บิดตัวกลับคืนแล้วเย็บปิดช่องท้องไว้ก่อน รอไว้ 24 ถึง 48 ชั่วโมง จึงมาทำ **second look operation** โดยหวังว่าลำไส้ที่เห็นว่าเป็นสีดำในตอนแรกอาจกลับมาเป็นปกติได้บ้างและตัดออกเฉพาะที่เห็นว่าเป็นสีดำในครั้งแรกอาจกลับมาเป็นปกติได้

### 1.2.1.7 ผลของการรักษา

มีความแตกต่างระหว่าง **intrinsic** และ **extrinsic obstruction** ในกลุ่มแรกผลของการรักษาขึ้นกับความพิการแต่กำเนิดที่พบร่วม ส่วนในกลุ่มหลังขึ้นกับ **volvulus** และ **bowel necrosis**

**Intrinsic duodenal obstruction** พบอัตราการตายประมาณร้อยละ 7 - 38 (Bailey, 1993) ในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาวชิราวุธ พบอัตราการตายร้อยละ 15 (Niramis, 1996) สาเหตุของการเสียชีวิตส่วนใหญ่ขึ้นกับความพิการแต่กำเนิดที่รุนแรง เช่น **Down syndrome** ร่วมกับความพิการแต่กำเนิดของหัวใจหลอดอาหารต้น และความพิการของทวารหนัก เป็นต้น

**Extrinsic duodenal obstruction** พบว่าผู้ป่วยที่มี **malrotation** อย่างเดียวมีอัตราการตายต่ำแต่ถ้ามี **volvulus** ร่วมด้วยอัตราการตายจะสูงขึ้น ขึ้นกับเวลาที่ให้การวินิจฉัยได้รวดเร็วเพียงใดจากประสบการณ์ของผู้เขียนอัตราการตายของเด็กที่มีการหมุนตัวผิดปกติทั้งหมดประมาณร้อยละ 13 กลุ่มที่ไม่มี **volvulus** มีอัตราการตายประมาณร้อยละ 8 กลุ่มที่มี **malrotation** ร่วมกับ **volvulus** มีอัตราการตายประมาณร้อยละ 17 (Niramis, 1996)

### 1.2.2 Jejunio-ileal atresia (สุขวัฒน์ วัฒนาศิษฐาน, 2547; Strauch and Laurence, 2003)

การอุดตันโดยกำเนิดของลำไส้ส่วน **jejunum** และ **ileum** เกือบทั้งหมดจะเป็นชนิด **atresia** พบ **stenosis** ได้น้อยมาก ไม่มีเส้นแบ่งที่ชัดเจนระหว่างส่วนปลายของ **jejunum** และส่วนต้นของ **ileum** ถ้า **atresia** เกิดที่ส่วนต้น ๆ ก็อาจเรียกได้ว่าเป็น **jejunal atresia** และถ้า **atresia** เกิดบริเวณสูงกว่า **ileocaecal valve** ไม่มากก็เรียกได้ว่าเป็น **ileal atresia** แต่ถ้า **atresia** เกิดห่างจาก **duodenojejunal junction** และห่างจาก **ileocaecal valve** ค่อนข้างมากเรามักจะเรียกว่า **jejuno-ileal atresia** เพื่อความง่ายในทางปฏิบัติ

1.2.2.1 การแบ่งชนิด **Jejunio-ileal atresia** (สุขวัฒน์ วัฒนาศิษฐาน, 2547) ใน ค.ศ. 1967 Louw และคณะ ได้เสนอวิธีการแบ่งชนิดของ **jejuno-ileal atresia** ออกเป็น 3 ชนิด ต่อมา Grosfeld และคณะ ได้เสนอเพิ่มกลุ่มที่ 4 เข้าไป และแยกกลุ่มที่ 3 ออกเป็น 2 ชนิดย่อย วิธีการแบ่งแบบนี้ได้รับความนิยมมากขึ้นในปัจจุบัน โดยสรุปได้ดังนี้

**Type I** คือ ความผิดปกติชนิดที่มี **septum** ขึ้นมากั้นภายใน **lumen** ของลำไส้เมื่อมองจากภายนอกจะเห็นว่าไม่มีการขาดตอนหายไป ส่วน **proximal** จะมี **dilatation** โตกว่าส่วน **distal** เล็กน้อย

Type II คือ ความผิดปกติที่มองเห็น atresia จากด้านนอก และมี fibrous cord เชื่อมระหว่างปลายทั้งสอง

Type III คือ ความผิดปกติที่เห็น atresia โดยปลายทั้งสองแยกจากกันและมี mesenteric defect ความยาวของลำไส้มักจะสั้นกว่าปกติ atresia ชนิดนี้แบ่งออกเป็น 2 ชนิดย่อย

Type III a- มี atresia ที่ปลายทั้งสองแยกจากกันมี V-shape mesenteric defect

Type III b- เรียก Apple - peel atresia คือมี atresia ที่ปลายแยกจากกันโดยมี Mesenteric gap กว้าง mesentery ของ distal segment เหลือแคบมากลำไส้ส่วน ปลายตั้งแต่ระดับ ileocaecal valve ขึ้นมาจะหมุนพันเป็นเกลียวรอบ mesentery บางคนเรียกลักษณะนี้ว่า Christmas tree deformity

Type IV เป็น multiple atresias

#### 1.2.2.2 สาเหตุของการเกิด atresia

ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ jejuno-ileal atresia เกิดจาก vascular deficiency เช่นอาจเกิด intussusception, volvulus, internal hernia หรือสาเหตุอื่น ๆ ที่ทำให้ blood supply ของลำไส้เล็กเสียไปในช่วงท้าย ๆ ของการตั้งครรภ์ ทำให้เกิด segmental necrosis ของลำไส้เล็กส่วน jejunum หรือ ileum เป็นสาเหตุของ jejunal atresia หรือ ileal atresia ในที่สุด atresia ที่เกิดจากสาเหตุนี้มักมีปลายทั้ง 2 ห่างกันและมี mesenteric defect แม้ Type II atresia ก็คงจะเกิดจากสาเหตุนี้ ส่วนในรายที่มี septum ขึ้นมาขึ้นภายใน lumen น่าจะเกิดจาก failure of recanalization ซึ่งเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ใน duodenal atresia การเกิด atresia ชนิดนี้เกิดในระยะแรก ๆ ของการตั้งครรภ์

มีรายงานว่าในผู้ป่วยที่มี multiple atresias บางรายมีการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์แบบ autosomal recessive ในผู้ป่วยที่มี multiple atresias ที่มีการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์มีสิ่งบ่งชี้ว่าน่าจะเกิดจาก failure of recanalization ส่วนผู้ป่วยที่มี multiple atresias ที่ไม่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์อาจเกิดจาก failure of recanalization หรือเกิดจาก vascular deficiency ก็ได้ นอกจากนี้กลุ่มผู้ป่วยที่มีการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์อาจมี atresias ในลำไส้ใหญ่ร่วมด้วยในบางราย (Louw and Barnard, 1955)

### 1.2.2.3 ลักษณะทางคลินิก (สุวัฒน์ วัฒนาริษฐาน และคณะ, 2547)

#### อาการ

- 1) อาการท้องอืด ในรายที่ **atresia** อยู่ต่ำจะมีอาการท้องอืดชัดเจนแต่ในรายที่ **atresia** อยู่ที่ **jejunum** ส่วนต้น อาการท้องอืดอาจไม่ชัดเจน
- 2) อาเจียน ตอนแรกอาจอาเจียนเป็นน้ำใส ๆ ต่อมาจะอาเจียนมีน้ำดีปน
- 3) ไม่ถ่ายขี้เทา หรือถ่ายขี้เทาน้อย อาจเป็นมูกโดยไม่มีสีเขียวชัดเจน

#### การรักษา

การรักษาต้องรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อเข้าไปต่อลำไส้ แต่ปัญหาที่อาจจะพบในห้องผ่าตัด คือการที่ **proximal segment** อาจจะไม่โตมาก ส่วน **distal segment** อาจจะมีเล็กมากกว่าการที่จะเอามาต่อกันโดยตรงแบบ **end-to-end anastomosis** จะมีปัญหาการต่อแบบ **side-to-side** ก็ไม่ควรจะทำ เพราะหลังผ่าตัดจะมีปัญหาเรื่อง **anastomotic dysfunction** จะท้องอืดและอาเจียนไม่หาย ปัจจุบันกุมารแพทย์มีความเห็นตรงกันว่าควรจะตัดเอาส่วนที่โตมากของ **proximal segment** ออก ส่วน **distal segment** ก็ควรตัดเป็นแนวเฉียง ๆ เพื่อให้สามารถต่อกันได้ดีขึ้นแบบ **end-to-back anastomosis** อาจจำเป็นต้องตัด **proximal segment** ที่ยาว 5-6 นิ้ว แม้กระนั้น ในบางราย **proximal segment** ก็ยังโตมาก และในบางรายที่ **atresia** อยู่ใกล้ **duodenojejunal junction** มากอาจไม่สามารถตัดเอาส่วนที่ขยายใหญ่มากออกได้หมด การทำ **tapering** ของ **proximal segment** และ **spatulation** ของ **distal segment** จะทำให้สามารถต่อโดยทั้งสองปลายมีขนาดใกล้เคียงกันมากขึ้น การต่อจำเป็นต้องใช้วิธี **one layer** โดยใช้ **4-0 black silk** หรือ **Dexon** หรือ **Vicryl** อย่างใดอย่างหนึ่ง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้หลังผ่าตัดคือการรั่วของรอยต่อและการตีบของรอยต่อ การวินิจฉัยการรั่วทราบจากการตรวจหน้าท้องเด็กร่วมกับการตรวจทางรังสีวิทยา ส่วนการวินิจฉัยการตีบจำเป็นต้องอาศัยการทำ **long GI series** (สุวัฒน์ วัฒนาริษฐาน และคณะ, 2547)

### 1.3 ปัญหาสุขภาพของทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องที่ส่งผลกระทบต่อทารกแรกเกิดและการปฏิบัติบทบาทมารดา

ปัญหาสุขภาพของทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน ภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิลดต่ำ ภาวะบิลิรูบินในเลือดสูง ภาวะที่ไม่สามารถรับประทานอาหารทางลำไส้ได้ และภาวะ

ไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย (ธราธิป โคละทัต, 2542; เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2545; พัชรวาลย์ ตันติเศรษฐและคณะ, 2551; Blackburn and Loper, 1992) นอกจากนี้มีผลโดยตรงต่อทารกในแต่ละแบบแผนสุขภาพแล้ว ยังมีผลกระทบต่อมารดาและสมาชิกในครอบครัว ดังนี้

### 1.3.1 ผลกระทบต่อทารกแรกเกิด

1) ภาวะเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน พบได้บ่อยในทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องเนื่องจากโครงสร้างและการทำหน้าที่ของระบบหายใจยังมีการพัฒนาไม่เต็มที่ ประกอบกับอยู่ในระยะหลังผ่าตัดกล่าวคือ ปอดมีจำนวนและขนาดของท่อถุงลมเล็กจำนวนน้อย และขาดสารลดแรงตึงผิวซึ่งอยู่ที่ผิวของถุงลมและมีประโยชน์ในการช่วยลดแรงตึงผิวทำให้ถุงลมคงรูปอยู่ได้ในขณะหายใจออกไม่เกิดถุงลมโปดแพบ ผังทรวงอกและกระดูกซี่โครงยังไม่แข็งแรง ทำให้ทารกต้องใช้แรงมากในการหายใจแต่ละครั้ง (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2536; พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์, 2544; Blackburn and Loper, 1992) จะมีภาวะเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน ทำให้เลือดขาดออกซิเจน (Hypoxemia) คาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง (Hypercapnia) และภาวะกรดจากเมตาบอลิซึมส่งผลให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ไม่ดี ทำให้เนื้อเยื่อและอวัยวะสำคัญต่างๆ ของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ และมีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง และระบบอื่นๆ ในร่างกาย (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2536; พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์, 2544; Osborn, 1998) ทารกจะได้รับการรักษาพยาบาลด้วยการให้ออกซิเจนในตู้อบหรือออกซิเจนใต้เครื่องให้ความร้อนโดยการแผ่รังสี การผ่าตัดติดตามและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด และการให้ออกซิเจนโดยวิธีต่างๆ และการรบกวนทารกให้น้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้

2) ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ พบได้บ่อยในทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องเนื่องจากทารกมีพื้นที่ผิวกายมากเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว และสูญเสียความร้อนในร่างกายในสมองส่วนไฮโปธาลามัสยังเจริญไม่เต็มที่ ประกอบกับการที่ทารกมักอยู่ในท่าเหยียดลำตัว แขน และขา ตลอดเวลาซึ่งมีผลทำให้สูญเสียความร้อนออกจากร่างกายได้มาก เนื่องจากการนอนในท่านี้ทำให้มีพื้นที่ผิวสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมมาก จึงเกิดการสูญเสียความร้อนได้มาก (ประพุทธ ศิริบุญ, 2540; วิณา จีระแพทย์, 2543; Blackburn and Loper, 1992) ซึ่งถ้าหากทารกไม่ได้รับการดูแลควบคุมอุณหภูมิให้เหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อทารก กล่าวคือ หากเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำร่างกายต้องใช้ออกซิเจนในปริมาณมาก เนื้อเยื่อของร่างกายจะขาดออกซิเจนเพิ่มขึ้น และปริมาณเลือดที่ไหลเวียนส่วนต่างๆ ของร่างกายมีน้อย เนื่องจากการหลังสารนอร์เอพิเนฟรินออกมาเพื่อใช้ในการเผาผลาญไขมันมีผลทำให้เส้นเลือดส่วนปลายหดตัว ส่งเสริม

ให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น เกิดการเผาผลาญโดยไม่ใช้ออกซิเจน ทำให้เกิดภาวะกรดจากการเผาผลาญซึ่งมีผลยับยั้งการสร้างสารลดแรงตึงผิวในปอดทำให้ทารกแรกเกิดเกิดภาวะหายใจลำบากอย่างรุนแรง (Miklos and Creehan, 1996) ทารกจะได้รับการรักษาพยาบาลตามอาการเพื่อป้องกันการเกิดผลกระทบต่างๆ ดังกล่าวโดยการเพิ่มอุณหภูมิกายให้สูงขึ้นด้วยการให้อยู่ในตู้อบหรือภายใต้เครื่องให้ความอบอุ่นโดยการแผ่รังสีความร้อน การติดอุปกรณ์ที่ใช้ติดตามสัญญาณชีพ และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดตามร่างกาย ในทารกบางรายหากมีภาวะนี้รุนแรงขึ้นอาจต้องได้รับการให้ออกซิเจน

3) ภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทั้งนี้เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังพัฒนาไม่เต็มที่ เมื่อแรกเกิด **Macrophage** ซึ่งมีหน้าที่ตอบสนองต่อการอักเสบและกินเชื้อโรคทำงานได้ไม่ดีเท่าผู้ใหญ่ ทารกแรกเกิดจะมีการเก็บสะสมของ **Neutrophil** น้อย และปริมาณที่จำกัดนี้ยังหมดลงอย่างรวดเร็วเมื่อเกิดการติดเชื้อของแผลผ่าตัด นอกจากนี้ **Neutrophil** ในทารกแรกเกิดยังมีความบกพร่องในการเคลื่อนที่ไปยังบริเวณที่มีการติดเชื้อ และจับกินเชื้อแบคทีเรียได้ไม่ดีเท่าผู้ใหญ่ ขณะเดียวกันภูมิคุ้มกันจำเพาะต่อเชื้อโรคก็ยังไม่สมบูรณ์ แอนติบอดีหรืออิมมูโนโกลบูลิน (**Immunoglobulin: Ig**) ปริมาณน้อย (พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์, 2544; พัชรวาลย์ ตันติเศรณี, 2551) ประกอบกับการได้รับการรักษาในระยะหลังคลอด เช่น การให้ออกซิเจนด้วยวิธีต่างๆ การดูดเสมหะ หรือการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (Blackburn and Loper, 1992) ซึ่งอาจทำให้ทารกมีอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่แสดงถึงการติดเชื้ออย่างรุนแรงตามมา ได้แก่ ชี้น้ำเหลือง ตัวเย็นหรือร้อน หายใจเร็วหรือหยุดหายใจ (Blackburn and Loper, 1992) ทารกจะได้รับการรักษาพยาบาลตามความรุนแรงของการติดเชื้อและตามอาการที่เกิดขึ้นด้วยการให้ทารกอยู่ในตู้อบเพื่อสังเกตอาการ และติดอุปกรณ์ที่ใช้ติดตามสัญญาณชีพ และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดตามร่างกาย การให้สารน้ำทางสารอาหารทางหลอดเลือดดำ การให้ยาทางหลอดเลือดดำ

4) ภาวะบิลิรูบินในเลือดสูงหรือภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด พบได้ในทารกแรกเกิดที่มีปัญหาทางศัลยกรรมและได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและทารกแรกเกิดมีการสร้างบิลิรูบินจำนวนมากจากการที่เม็ดเลือดแดงมีอายุสั้น คือ 80-90 วัน ร่วมกับการทำงานของตับในการเปลี่ยนอันคอนจูเกตบิลิรูบินที่เกิดจากการแตกทำลายของเม็ดเลือดแดงให้เป็นอันคอนจูเกตบิลิรูบินที่สามารถขับออกทางปัสสาวะและอุจจาระยังไม่สมบูรณ์ การแตกทำลายของเม็ดเลือดแดงมากกว่าปกติ เช่น การไม่เข้ากันของหมู่เลือดระหว่างมารดากับทารก ภาวะพร่องเอนไซม์ **G6PD** และการขับถ่ายบิลิรูบินลดลง นอกจากนี้ภาวะเลือดเป็นกรด ภาวะที่มีการอุดตันของท่อทางเดินน้ำดี ภาวะสูดสำลักซีเทาในน้ำคร่ำ ภาวะหายใจลำบากหรือ

ภาวะหยุดหายใจ ในทารกแรกเกิดยังเป็นสาเหตุให้บิลิรูบินในเลือดสูงขึ้นได้ (Blackburn and Loper, 1992) หากทารกแรกเกิดที่มีระดับบิลิรูบินในเลือดสูงได้รับการรักษาช้าจะทำให้สารนี้ไปเกาะที่เนื้อเยื่อสมอง เกิดความผิดปกติของสมองขึ้นเรียกว่า Kernicterus ทำให้ทารกแรกเกิดมีอาการร้องเสียงแหลม ซึม ไม่ดูดนม อาเจียน สำรอก ชักกระตุก เกร็งหลังแอ่น หยุดหายใจและอาจเสียชีวิตได้ (Blackburn and Loper, 1992) ทารกที่มีภาวะบิลิรูบินในเลือดสูงจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยการส่องไฟ ซึ่งทารกจะต้องนอนอยู่ภายใต้เครื่องส่องไฟอย่างต่อเนื่อง ส่วนทารกแรกเกิดที่มีระดับบิลิรูบินในเลือดสูงอาจต้องได้รับการเปลี่ยนถ่ายเลือดร่วมกับทำให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

5) ภาวะที่ไม่สามารถรับอาหารทางลำไส้ได้ เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในทารกแรกเกิดหลังได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง เนื่องจากความสมบูรณ์ของระบบทางเดินอาหารมีน้อย และอยู่ในระยะหลังผ่าตัดหน้า ท้องกล่าวคือ น้ำย่อยในกระเพาะอาหารมีน้อย การบีบรัดของกล้ามเนื้อเรียบของกระเพาะอาหารและลำไส้ยังพัฒนาไม่ดี จึงทำให้ทารกมีความทนต่อการรับอาหารทางลำไส้มีน้อยและเกิดการสำรอกนมได้ง่าย เนื่องจากภาวะดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบเมตาบอลิซึมในร่างกาย (สรายุทธ สุภาพรรณชาติ, 2540; Blackburn and Loper, 1992) มีผลทำให้ทารกมีการเจริญเติบโตล่าช้าและหายจากการเจ็บป่วยช้าลง ทารกจะได้รับการรักษาพยาบาลตามอาการโดยการงดนมและน้ำทางปากชั่วคราว และให้สารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือดดำแทนในระยะแรก ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยจากการให้อาหารทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ การอุดตันของสายสวนหลอดเลือดที่ให้สารอาหาร เส้นเลือดแตกและสารอาหารรั่วจากเส้นเลือดทำอันตรายกับเนื้อเยื่อข้างเคียง การติดเชื้อในกระแสเลือด มีความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือด (อุไรวรรณ โชติเกียรติ, 2551) สำหรับทารกที่มีภาวะหายใจลำบากร่วมกับอาการท้องอืดอาจได้รับการช่วยหายใจด้วยการให้ออกซิเจนด้วยวิธีต่างๆ และต้องอยู่ในตู้อบเพื่อสังเกตอาการร่วมกับการติดอุปกรณ์ที่ใช้ติดตามสัญญาณชีพและค่าความอิมพัลซ์ของออกซิเจนในเลือดตามร่างกาย

6) ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย พบได้บ่อยในทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องเนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของไตในการรักษาสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ได้แก่ การทำงานของท่อไตในการดูดซึ่มกลับโซเดียมมีน้อย ความสามารถในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้นและเจือจางยังไม่เต็มที่ เมื่อได้รับน้ำเกินเฉียบพลันจึงไม่สามารถขับน้ำที่เกินได้เร็วเท่าผู้ใหญ่ การดูดซึ่มกลับของไบคาร์บอเนต และการขับถ่ายไปแตสเซียมและไฮโดรเจนอิออนทำได้น้อย (อุไรวรรณ โชติเกียรติ, 2551) ทารกจะมีอาการซีดลงท้องอืด สัน กระตุกหรือชักเกร็ง ความดันโลหิตลดลง ซีพจรเบาเร็ว หัวใจเต้นเร็ว หายใจช้าลงหรือหยุดหายใจ ซึ่งหากทารก

ไม่ได้รับการดูแลรักษาเพื่อแก้ไขภาวะนี้อาจส่งผลให้เสียชีวิตในที่สุด (สุกัญญา ทักษพันธุ์, 2545) จึงทำให้ทารกต้องอยู่ในตู้อบเพื่อสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะนี้ ร่วมกับการให้สารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ทางหลอดเลือดดำ และการติดอุปกรณ์ที่ใช้ติดตามสัญญาณชีพและค่าความอิมพัลส์ของออกซิเจนในเลือดตามร่างกายจะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพที่พบในทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องมีความรุนแรงและอาจส่งผลให้ทารกเสียชีวิตได้ง่าย

7) ความเจ็บปวด (Pain) ทารกแรกเกิดที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง และทารกที่ต้องพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน มีโอกาสที่จะได้รับการดูแลรักษาในบางกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกเจ็บปวด นักวิจัยหลายคนเชื่อว่า การได้รับความเจ็บปวดซ้ำ ๆ และต้องใช้เวลาานกว่าจะหายเจ็บปวด จะมีผลที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพจิตของเด็ก (Beyer and Levin, 1987; Gottfried and Gaiter, 1985 อ้างถึงใน Mott et al., 1990) ความเจ็บปวดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามมา ดังนั้น ขณะทำกิจกรรมการดูแลรักษาที่ทำให้ทารกรู้สึกเจ็บปวด จึงต้องสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด และค่าความดันของออกซิเจน (Partial pressure of oxygen) ของทารก ซึ่งในปัจจุบันพบว่า กระแสความเจ็บปวด (Pain impulse) ส่งผ่านทางเส้นใยประสาททั้งชนิดมีเยื่อหุ้มและไม่มีเยื่อหุ้ม ทารกสามารถตอบสนองด้านพฤติกรรม และด้านสรีระต่อสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เจ็บปวด เช่น การเจาะส้นเท้า การแทงเข็ม และยังพบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ประมาณ 29 สัปดาห์ จะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อกิจกรรมการรักษายาบาลที่แตกต่างไปจากพฤติกรรมในขณะที่ได้รับการดูแลเป็นกิจวัตร (Mott et al., 1990)

8) การปฏิสัมพันธ์ของทารก ทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด ที่เน้นการตอบสนองด้านการรักษาเกือบทั้งหมดจะแตกต่างจากสิ่งแวดล้อมของบ้านอย่างสิ้นเชิง ทำให้ทารกได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมมาก ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยปกติสมาชิกทุกคนในครอบครัว จะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและกับทารก โดยปฏิสัมพันธ์พื้นฐานจะเริ่มจากการมีสัมพันธภาพกับผู้ให้การดูแลเบื้องต้นซึ่งมักจะเป็นมารดา การปฏิสัมพันธ์ดังกล่าว เป็นเรื่องการดูแลพื้นฐานต่างๆ เช่น การให้อาหารและผสมผสานสัมพันธภาพทางสังคมด้วย สำหรับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว จะเป็นตัวกระตุ้นทางด้านสังคมแก่ทารก ขณะเดียวกันบิดาจะเป็นผู้คอยช่วยเหลือระดับประคองมารดาด้วย เมื่อทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดไม่ได้มีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว แต่จะเกี่ยวข้องในระบบของหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิดซึ่งประกอบด้วย ทารก พยาบาล แพทย์ และทารกป่วยคนอื่นๆ การปฏิสัมพันธ์ส่วนใหญ่จะเป็นไปในทิศทางเดียว คือ จากบุคลากรไปยังทารก พฤติกรรมต่างๆ ของทารกมักถูกมองข้ามไป



และมารดาที่ถูกจัดอยู่ภายนอก ทำให้มารดาและทารกมีโอกาสสร้างสัมพันธภาพต่อกันน้อยลงการมีปฏิสัมพันธ์ของทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิดมีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่

- 1) สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด พบว่า ไม่ได้ช่วยส่งเสริมการพัฒนาการด้านสังคมของทารก ทารกจะได้รับความรักจากการอุ้มสัมผัสน้อยมาก และต้องเผชิญกับแสงสว่างจ้า เสียงที่ดัง และความเจ็บปวดจากแผนการรักษา เช่น การเจาะเลือดที่ส้นเท้า การดูดเสมหะ และการทำความสะอาดแผลผ่าตัด แบบแผนการกระตุ้นที่ไม่สม่ำเสมอ ดังนั้นทารกจึงไม่สามารถพัฒนาวงจรชีวิตประจำวันที่สม่ำเสมอได้
- 2) ระบบการทำงานของพยาบาล ที่หมุนเวียนกันในการดูแลทารกและการเยี่ยมของมารดาที่ไม่สม่ำเสมอและไม่บ่อย ทำให้ทารกแทบจะไม่มีโอกาสเรียนรู้การปฏิสัมพันธ์ต่อกันและกัน

ดังนั้นทารกจึงต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด ทำให้ทารกถูกแยกจากมารดาทันทีภายหลังเกิด ความผูกพันระหว่างทารกกับมารดาเกิดขึ้นน้อยและไม่ต่อเนื่อง มารดาไม่ได้ปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดา ไม่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารก ซึ่งจะส่งผลเสียทั้งต่อทารกแรกเกิด มารดา และบุคลากรพยาบาล แต่ถ้าหากมารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องจะส่งผลดีทั้งต่อทารกแรกเกิด มารดา และบุคลากรพยาบาล

**1.3.2 ผลกระทบต่อการปฏิบัติบทบาทมารดา** มารดาที่คลอดทารกแรกเกิดมีปัญหาทางศัลยกรรมและต้องรักษาด้วยการผ่าตัด ไม่เป็นไปตามคาดหวังจะต้องเผชิญกับปัญหาด้านจิตใจเป็นอย่างมาก ทำให้สัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกเป็นไปไม่ได้ไม่ดี หรือเกิดปัญหาในการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาไม่เหมาะสม

- 1) ภาวะวิกฤตในระยะคลอด และการคลอด เป็นปัญหาด้านจิตใจที่มารดาจะต้องเผชิญเป็นลำดับแรก เมื่อมีปัญหาที่คุกคามภาวะสุขภาพ หรือการมีชีวิตของทารกในครรภ์ ทำให้มารดาขอเวลาที่จะวางแผนการดูแลต่างๆ จนเกิดความรู้สึกแยกตัว (Withdraw) จากการตั้งครรภ์ เพื่อเป็นการปกป้องตนเอง ถ้าเป็นภาวะวิกฤตกับภาวะสุขภาพและการรอดชีวิตของทารก มารดาจะไม่มีเวลาเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จะรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถตั้งครรภ์ได้สมบูรณ์ และขณะนั้นมารดาเองก็อาจเผชิญกับภาวะแทรกซ้อน

- 2) ความเศร้าโศก (Anticipatory grieving) ถ้าสิ่งแวดล้อมภายในห้องคลอดและหลังคลอด บ่งชี้ให้เห็นว่าทารกมีโอกาสรอดชีวิตน้อย มารดาจะเริ่มเศร้าโศก และรู้สึกแยกตัวจากสัมพันธภาพที่สร้างขึ้นขณะตั้งครรภ์ จากการศึกษาพบว่า การย้ายทารกไปหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤตจะคล้ายเป็นการเริ่มมีปฏิริยาความเศร้าโศกเกิดขึ้น มารดาจะรู้สึกเศร้าโศก

เสียใจที่ทารกไม่เป็นไปตามคาดหวัง หรือตามที่นึกฝันไว้ขณะตั้งครรภ์ บางคนจะแยกตัวจากทารก เพื่อปกป้องตนเองจากความรู้สึกถูกทำร้ายจิตใจ ผิดหวัง และความรู้สึกผิด บางคนรู้สึกทั้งรักทั้งชังทารก ในขณะที่เดียวกันอาจรู้สึกว่าจะไม่สามารถเผชิญกับความตาย ปัญหาด้านร่างกายและสมองของทารกที่อาจเกิดขึ้น และความรู้สึกที่ไม่แน่ใจว่าต้องการให้ทารกมีชีวิตรอดหรือไม่นั้น ทำให้เกิดความรู้สึกผิด ซึ่งทำให้มารดาแยกตัวจากทารกเพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญกับปัญหายุ่งยากและเจ็บปวดเหล่านี้ ความรู้สึกเศร้าโศกและแยกตัวของมารดาดังกล่าว ถือเป็นภาวะปกติในช่วงที่มีภาวะวิกฤตที่ชีวิตของทารกอยู่ในระยะอันตราย แต่จะถือว่าเป็นภาวะผิดปกติ ก็ต่อเมื่อมารดายังคงมีความรู้สึกเศร้าโศกและแยกตัวต่างๆ ที่ทารกมีอาการดีขึ้น หรือรอดชีวิตแล้ว ซึ่งจะมีผลต่อการสร้างความรักความผูกพันต่อกันในเวลาต่อไป

3) ความรู้สึกผิดและล้มเหลวในการคลอด เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นพร้อมกับความรู้สึกเศร้าโศกและแยกตัว มารดาส่วนใหญ่จะเผชิญกับความรู้สึกนี้ คล้ายๆ กับว่ากำลังค้นหาสาเหตุที่ทำให้ทารกมีภาวะเช่นนั้น มารดามักนึกถึงสาเหตุที่เป็นรูปธรรม เช่น เนื่องจากการรับประทานอาหารไม่เพียงพอ เป็นหวัด การมีเพศสัมพันธ์ การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด หรือการตั้งครรภ์ที่ไม่เป็นที่ต้องการ เป็นต้น ส่วนบิดานั้นมักนึกถึงบทบาทของตัวเองที่ไม่ได้ช่วยเหลือภรรยาดีพอขณะตั้งครรภ์ มีการโต้เถียงกันมากเกินไปทำให้คลอดเร็ว หรือเนื่องจากญาติๆ มีความผิดปกติทางพันธุกรรม เป็นต้น มารดาจะพยายามค้นหาสาเหตุ บางคนจะยอมรับว่าเป็นความผิดของตนเอง ขณะที่บางคนไม่ยอมรับ แต่กลับโยนความผิดไปให้คนอื่น เช่น คู่สมรส แพทย์ พยาบาล บ่อยครั้งที่ทั้งบิดามารดาจะรู้สึกผิดหวังมาก อาจแยกตัวจากกันและกันระยะหนึ่ง ขณะที่ต่างต้องการการยอมรับและการช่วยเหลือประคับประคอง การตอบความจริงแก่บิดามารดาจะช่วยให้ความรู้สึกผิดลดลงได้ แต่บางคนอาจมีความรู้สึกผิดมากๆ จนยากที่จะแก้ไขได้โดยง่าย ความรู้สึกผิดและล้มเหลวดังกล่าว ถือเป็นภาวะปกติ แต่จะถือว่าเป็นผิดปกติก็ต่อเมื่อมารดายังมีความรู้สึกเหล่านี้ หรือไม่ตอบสนองต่ออาการที่ดีขึ้นของทารกเลย เพราะทารกยังเป็นตัวแทนความล้มเหลวอยู่

4) การปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด ปฏิบัติการทั้งหมดต่อความรู้สึกผิด วิตกกังวล กลัว โกรธ และผิดหวังของมารดาจะยิ่งมากขึ้นเมื่อต้องพยายามปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิดที่ไม่คุ้นเคยจะต้องเรียนรู้ภาษา สร้างสัมพันธภาพ และยอมรับบทบาทของตนเองในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้มารดา รู้สึกหมดทางช่วยเหลือ และวิตกกังวลมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะมารดาที่มาจากต่างจังหวัด จะต้องปรับตัวกับการเดินทาง สังคมเมือง โรงพยาบาลใหญ่ๆ ที่พักอาศัย อาหาร

และอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทารกที่ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่ไกลบ้าน บิดาต้องอยู่ในฐานะที่ต้องตัดสินใจว่าใครสำคัญที่สุดระหว่างภรรยา ทารก หรือบุคคลอื่น ๆ ที่บ้าน หรือระหว่างความรับผิดชอบในหน้าที่การงานและการดูแลทารก นอกจากนี้บิดามารดาอาจเป็นกังวลเรื่องเงินค่ารักษาพยาบาลที่ค่อนข้างแพง ซึ่งจะยิ่งเป็นการเพิ่มความเครียดต่อครอบครัวมากยิ่งขึ้น พฤติกรรมที่แสดงเป็นคำพูด และไม่เป็นคำพูด ที่แสดงถึงว่าบิดามารดากำลังเผชิญกับสิ่งแวดล้อมของหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต เช่น บางคนตกใจ พุ่มพ่าย รุกี้รุกรอน แยกตัว ไม่ค่อยพูดหรือถาม ลังเลใจที่จะไปเยี่ยมทารก บางคนอาจวิตกกังวลสูง ไม่สามารถที่จะรับรู้เรื่องของทารกได้และอาจหันไปสนใจกิจกรรมหรือทารกคนอื่นๆ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด บางคนอาจพูดหรือถามคำถามมากมาย และสนใจในเทคโนโลยีการรักษา เช่น ค่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บางคนรู้สึกที่ทารกเป็นคนแปลกหน้า บางคนอาจเริ่มรู้สึกอยากอยู่ใกล้ ๆ ทารก อยากอ่านรายงานของทารกหรือพยายามอ่านค่าต่างๆ บนเครื่องอุปกรณ์ต่างๆ ที่กำลังใช้กับทารก บางคนอาจโกรธ หรือเสียใจกับเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ เกี่ยวกับการดูแลทารก เป็นต้น

5) การฟื้นฟูสัมพันธภาพกับทารก กระบวนการสร้างสัมพันธภาพและการเริ่มต้นบทบาทในการดูแลทารกจะเริ่มเมื่อทารกเริ่มมีอาการดีขึ้น โดยจะมีสัญญาณบ่งบอก ได้แก่ การมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอ เปลี่ยนแบบแผนและวิธีการให้นม ทารกมีการเคลื่อนไหวและตอบสนองมากขึ้น เป็นต้น มารดาจะเริ่มอ่านหนังสือเกี่ยวกับการเลี้ยงดูทารก หาซื้อเสื้อผ้าจัดห้องสำหรับทารก บอกให้คนอื่น ๆ ทราบ หรือตั้งชื่อให้ทารก ถ้าทารกมีความพิการแต่กำเนิด มารดาก็อาจหันมาสนใจเรื่องการขอคำแนะนำปรึกษาทางพันธุศาสตร์ หรือมารดาคนอื่นๆ ที่ทารกมีความพิการเช่นกัน มารดาจะเปลี่ยนบทบาทจากเป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแลเป็นผู้ดูแลทารกโดยตรง การเปลี่ยนแปลงนี้แสดงถึงว่ามารดามีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะดูแลทารกได้มากขึ้น

จากปัญหาที่กล่าวมาทั้งหมด จะเห็นได้ว่า เมื่อทารกแรกเกิดที่มีปัญหาศัลยกรรมและได้รับการผ่าตัดหน้าท้องต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด มีผลกระทบอย่างมากต่อภาวะจิตใจของมารดา มารดาต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ทำให้สัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกเป็นไปได้ไม่ดี และเกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทการเป็นมารดา

**1.4 การพยาบาลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง แบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้ (พัชรวัลย์ ตันติเศรษฐ และคณะ, 2551; Wong et al., 1999)**

### 1.4.1 การพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด

1) การเตรียมทางด้านจิตใจ บิดา มารดา ย่อมมีความวิตกกังวลเมื่อรู้ว่าบุตรจะต้องได้รับการผ่าตัด เพราะไม่เข้าใจและกลัวอันตรายจากการผ่าตัด พยาบาลจะต้องอธิบายชี้แจงถึงโรคที่เป็นอันตรายจากโรครวมทั้งผลการรักษาให้เข้าใจ เพื่อลดความวิตกกังวลให้ความร่วมมือในการรักษาและให้เซ็นยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา

2) การเตรียมทางด้านร่างกาย

2.1) ดูแลให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย โดยใช้กระเป๋าน้ำร้อน, radiant warmer หรือ incubator เพื่อป้องกันภาวะ hypothermia

2.2) งดอาหารและน้ำ ใส่ NG tube และดูด content เพื่อลดน้ำย่อยกระเพาะอาหารเพื่อลดอาการท้องอืด และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ดูแลให้ได้รับตามจำนวน และชนิดถูกต้อง เพื่อให้ทารกได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรลัยต์ให้เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย

2.3) ให้ Vitamin K แก่ทารกทุกรายโดยเฉพาะทารกเกิดใหม่เพื่อป้องกันภาวะ Hypo- thrombinemia (เลือดหยุดยากเนื่องจากเลือดแข็งตัวช้ากว่าปกติ)โดยแพทย์จะให้ 1- 2 mg.ทางเส้นเลือดดำหรือทางกล้ามเนื้อก่อนผ่าตัด

2.4) ให้อาปฏิชีวนะ ตามการรักษาของแพทย์ก่อนผ่าตัด 2 - 3 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการติดเชื้อให้ systemic antibiotics ซึ่งคลุม gram negative bacilli ด้วย

2.5) เตรียมเลือดที่จะใช้สำหรับผ่าตัดให้พร้อม รวมทั้งผลชันสูตรต่าง ๆ ได้แก่ complete blood count, blood gas ในบางรายพร้อมฟิล์มเอกซเรย์

### 1.4.2 การพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด

การพยาบาลหลังผ่าตัดมีความสำคัญมากเพราะ ทารกอาจเสียชีวิตจากสาเหตุดังต่อไปนี้คือ infection, aspirated pneumonia, perforationของลำไส้และการรั่วของรอยต่อและการตีบของรอยต่อ การพยาบาลทารกหลังผ่าตัดจากโรค gastroschisis และ Small bowel Obstructionให้ได้ผลดี คือ การดูแลร่วมกับสิ่งต่อไปนี้ (มะลิวัลย์ ทะรักษา, 2549; พัชรวาลย์ ตันติเศรษฐ และคณะ, 2551; Wong et al., 1999)

1) จัดท่านอนให้เหมาะสมโดยการจับหน้าตะแคงไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อป้องกันการสำลักน้ำลายหรือเสมหะเข้าปอด และป้องกันไม่ให้ล้มตกไปอุดกั้นทางเดินหายใจ

2) ประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วย ตรวจดูระดับความรู้สึกตัวและการตอบสนอง ตรวจสัญญาณชีพ (Vital signs) โดยวัดอุณหภูมิ النبพัตการหายใจ การเต้นของหัวใจ วัดความดันโลหิต พร้อมลงบันทึกการเปลี่ยนแปลงอย่างละเอียดทุก 15 นาที ในระยะ 1

ชั่วโมง ทุก 30 นาที ใน 2 ชั่วโมงต่อมาและต่อไปเป็นทุก 1-2 ชั่วโมง ถ้าอาการคงที่ที่แล้ว และถ้ามีอาการเปลี่ยนแปลงในทางที่เลวลง ต้องรีบรายงานให้แพทย์ผู้รักษาทราบทันที เพื่อพิจารณาให้การรักษาต่อไป ถ้าอาการดีขึ้นเรื่อยๆ ก็ประเมินทุก 4 ชั่วโมง พร้อมทั้งบันทึกอาการผู้ป่วย

3) คอยสังเกต และให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติ ได้แก่ ชีต ตัวเย็น อัตราและลักษณะการหายใจ การเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และสีผิว อาการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว อาจเป็นข้อบ่งชี้ของการเกิดทางเดินหายใจอุดตัน (Airway obstruction) ปอดแฟบภาวะเลือดออก หรือภาวะ shock จากการเสียเลือดมากในขณะผ่าตัดและได้รับสารน้ำทางเส้นเลือดดำ หรือให้เลือดทดแทนไม่เพียงพอ ถ้ามี monitor สำหรับวัดความดันโลหิต การเต้นของหัวใจและการหายใจ ก็ควรใช้เครื่องนี้บันทึกไว้ตลอดจะช่วยให้ทราบอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและช่วยเหลือได้ทันที่

4) ตรวจสอบการมีเลือดออกของแผลผ่าตัด ถ้ามีเลือดออกมาก ควรตรวจดูค่า hematocrit แล้วรายงานแพทย์

5) ตรวจสอบสายระบายต่าง ๆ ที่ออกจากตัวผู้ป่วย ลงขวดหรือถุงให้เรียบร้อย ได้แก่

5.1) ถ้ามี NG tube ให้ต่อลงขวดให้เรียบร้อยและต่อกับเครื่องดูดความดันต่ำ (Continuous suction)

5.2) ในรายที่ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ ให้ต่อลงถุงใส่ปัสสาวะ (Urine bag)

6) ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายด้วยกระเปาะน้ำร้อน, radiant warmer หรือในรายที่น้ำหนักน้อยให้นำเข้าตู้อบ (Incubator) และปรับอุณหภูมิที่ผนังหน้าท้อง (Servo control) ไว้ที่ 36.5 องศาเซลเซียส (36.3 - 36.8 องศาเซลเซียส) หรือปรับอุณหภูมิตู้อบให้เหมาะสมกับอายุและน้ำหนักของทารก (Neutral thermal environment) เพื่อป้องกันภาวะ hypothermia ซึ่งอาจมีผลทำให้ทารกมีอาการหายใจเร็ว หายใจลำบาก หรือหยุดหายใจ และทำให้อาการของโรครุนแรงเพิ่มขึ้น (วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550)

7) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางเส้นเลือดดำอย่างถูกต้องตามชนิด ปริมาณและอัตราการไหลให้เป็นไปตามแผนการรักษา เพื่อทดแทนปริมาณของน้ำหรือเลือดที่เสียไปในขณะผ่าตัด ถ้าได้รับทดแทนไม่เพียงพอ อาจเกิดอาการ shock ได้ ในรายที่มีการเสียเลือดมาก หรือค่า hematocrit ต่ำ ต้องรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้เลือด (Blood transfusion) การให้เลือดแก่ผู้ป่วยต้องตรวจดูชื่อ ชนิดของเลือดให้ถูกต้องตรงตามกรุปเลือดที่ผู้ป่วยต้องการ

ควบคุมจำนวนหยดให้ได้ตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยในขณะนั้น และสอดคล้องกับการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งสังเกตอาการแพ้เลือด หรือสารน้ำที่ให้ เช่น อาการหนาวสั่น ตัวเย็น ซีด เป็นต้น

8) เปลี่ยนท่าผู้ป่วยโดยพลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิด **hypostatic pneumonia, atelectasis** การเกิดแผลกดทับ และเพื่อให้โลหิตไหลเวียนได้สะดวก

9) ดูดเสมหะให้บ่อย ๆ เพื่อป้องกันทางเดินหายใจอุดตันจากเสมหะและป้องกันการสำลักน้ำลายเข้าปอด ทำให้เกิด **aspirated pneumonia** และ **atelectasis** กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอเพื่อขับเสมหะออกมา โดยการเคาะปอดและดูดเอาเสมหะออก รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยร้อง จะช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดี

10) งดอาหารและน้ำทางปาก ดูแลให้ได้รับสารน้ำหรือสารอาหารทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาโดยถูกต้องตามชนิด ปริมาณ ควบคุมจำนวนหยดให้สม่ำเสมอ สังเกตภาวะขาดน้ำ (**Dehydration**) เช่น ริมฝีปากแห้ง ผิวหนังแห้งเหี่ยว ตาลึก กระหม่อมบวม เป็นต้น รวมทั้งสังเกตภาวะที่มีน้ำคั่งในร่างกาย เนื่องจากได้รับน้ำมากเกินไป อาจเป็นผลให้เกิดหัวใจวายและมีน้ำคั่งในปอดได้ โดยจะมีการหายใจหอบเหนื่อย หัวใจเต้นเร็ว ตาบวม หรือบวมทั้งตัว เป็นต้น ถ้ามีอาการผิดปกติดังกล่าวต้องรายงานแพทย์ผู้รักษา เพื่อพิจารณาเปลี่ยนแปลงการรักษาให้เหมาะสม

11) บันทึกสารน้ำที่ร่างกายได้รับและขับออกมา เพื่อดูความสมดุลว่าปริมาณน้ำที่ได้ไปและขับออกมานั้นมีปริมาณที่พอเหมาะหรือไม่ จนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น โดยบันทึกสิ่งต่อไปนี้

11.1) สารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ

11.2) สิ่งที่ขับออกมา ได้แก่ **gastric** จาก **NG tube** และปัสสาวะ บันทึกทั้ง ปริมาณและสี

12) เฝ้าระวังการหายใจ สังเกตสีผิว เช่น หายใจเร็ว หอบหน้าอกบวม หายใจจุกบาน มีอาการเขียว แสดงว่าอาจมีการอุดตันของทางเดินหายใจจากเสมหะหรือมีปอดอักเสบและ หรือปอดแฟบ ต้องรีบรายงานแพทย์และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยก่อน เช่น การเคาะปอดและดูดเสมหะ การให้ออกซิเจน

13) เตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ รวมทั้งยาสำคัญที่ต้องใช้ให้พร้อมเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันที เมื่อมีภาวะวิกฤต เช่น หายใจลำบากเขียวหรือหยุดหายใจ

14) ส่งเลือดตรวจเพื่อหาค่าความเป็นกรด ด่าง (Blood gas) ในรายที่  
จำเป็นและติดตามผลเพื่อประกอบการรักษาและแก้ไข

15) ป้องกันการติดเชื้อทั่ว ๆ ไป

15.1) จัดให้อยู่ห่างจากผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ อาจให้อยู่ใน incubator  
ในทารกที่คลอดก่อนกำหนด หรือน้ำหนักตัวน้อย

15.2) ดูแลความสะอาดของช่องปากและความสะอาดของร่างกาย  
ทั่วไป เพื่อป้องกันการสะสมของเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งอาจจะทำให้เกิดการติดเชื้อของระบบทางเดิน  
หายใจ และแผลผ่าตัดได้ง่าย

15.3 ดูแลแผลผ่าตัดให้สะอาด ทำแผลโดยใช้หลัก sterile technique  
ในกรณีแผลมีเลือดหรือ discharge ควรรีบทำแผลทันที

จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า เมื่อทารกแรกเกิดมีปัญหาทางสรีรกรรมและ  
ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสรีรกรรมทารกแรกเกิด มีผลกระทบอย่างมากต่อภาวะจิตใจของ  
มารดา มารดาต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในหอผู้ป่วย ไม่สามารถให้การดูแลบุตรอย่าง  
ใกล้ชิดตลอดเวลาได้และส่งผลต่อการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดา พยาบาลจึงต้องดูแลอย่าง  
ใกล้ชิด

## 2. การปฏิบัติบทบาทมารดาและปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแล ทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง

การปฏิบัติบทบาทมารดา หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่มารดาปฏิบัติต่อบุตรซ้ำ ๆ เป็น  
ประจำ (คูมาพร ตังคสมบัติ, 2542) ในการพุ่มพักเลี้ยงบุตร จากการศึกษา พบว่า บทบาท  
มารดาประกอบด้วยเรื่องต่างๆ ดังนี้ การให้นม/อาหาร การดูแลการขับถ่าย การดูแลความสุขสบาย  
ทั่วไปของบุตร การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลผิวหนัง การนอน การส่งเสริมพัฒนาการ  
การจัดการเล่นและกิจกรรม การดูแลสุขภาพการประเมินพฤติกรรมความต้องการของบุตรและการ  
ปกป้องคุ้มครองบุตรให้พ้นจากอันตราย (Simone and Gottlieb, 1987) การอุ้ม การบอมนมและ  
การเปลี่ยนเสื้อผ้าให้บุตร (Mott et al., 1990) การอาบน้ำการเปลี่ยนผ้าอ้อม การประเมินความ  
เจ็บป่วยของทารก การให้ยาวิธีการดูแลเฉพาะโรค การให้ความรักและการกระตุ้นพัฒนาการที่  
เหมาะสม (รัชตะวรรณ โอฟ้าพิริยกุล, 2549)

## 2.1 ความหมายการปฏิบัติบทบาทมารดา

**Mercer (1985)** ให้ความหมายว่าการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดานั้นเป็นการปฏิบัติในการมีปฏิสัมพันธ์ กับบุตรและตอบสนองความต้องการของบุตรได้เหมาะสม ตามสภาพของบุตรขณะนั้น เช่น ขณะที่หิว หรือร้องไห้

**Jensen and Bobak (1985)** กล่าวว่า การปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอด ต้องแสดงออกถึงสัมพันธภาพที่มีต่อบุตร การให้การปกป้อง บำรุงเลี้ยงดูบุตร ซึ่งแสดงออกโดยความตั้งใจ และความต้องการเรียนรู้ในการปฏิบัติภารกิจเลี้ยงดูบุตร เช่น การให้นม การอุ้ม การสวมเสื้อผ้า และการทำความสะอาดร่างกายบุตร เป็นต้น

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาภายหลังคลอด หมายถึง ความรู้สึก ความคิด ในการยอมรับสภาพของบุตร การมีสัมพันธภาพกับบุตร การตอบสนองความต้องการของบุตรได้อย่างเหมาะสม และเป็นการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวเพื่อให้ยอมรับบุตรซึ่งเป็นสมาชิกใหม่ในครอบครัว

จากแนวคิดของ **Jensen and Bobak (1985)** ได้กล่าวถึงบทบาทของมารดาภายหลังคลอดไว้ 3 ช่วงเวลาได้แก่

1. ระยะเวลาแห่งการเริ่มต้น (**Early period**) ระยะเวลานี้จะเกิดขึ้นในระยะแรกภายหลังคลอดบุตร โดยมารดาต้องมีสัมพันธภาพกับบุตรของตน ปรับตัวในการยอมรับบุตรของตนเอง โดยการปรับความคิดเกี่ยวกับบุตรตามความนึกฝันของตนเองเข้าสู่ความเป็นจริง นอกจากนี้มารดาต้องปรับตัวในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร ในระยะนี้มารดาจะมีความตั้งใจในการเรียนรู้และต้องการที่จะเป็นผู้เลี้ยงดูบุตร นอกจากนี้จากการมีบุตรส่งผลให้โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป

2. ในระยะแห่งความมั่นคง (**Consolidation period**) เป็นระยะที่เชื่อมต่อกับระยะแห่งการเริ่มต้น ซึ่งในระยะนี้มารดาจะแสดงถึงความสามารถของตนในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรและมีความรู้สึกไวต่อพฤติกรรมของทารก นอกจากนี้มารดาต้องรวบรวมและสร้างหน่วยของครอบครัวทั้งความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว ทั้งยังเป็นผู้ดูแลบ้านเรือนรวมทั้งมีปฏิสัมพันธ์ให้การช่วยเหลือสมาชิกภายในครอบครัวในงานต่างๆ ตลอดจนการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับสามี เพื่อที่จะดำรงไว้ซึ่งความเป็นครอบครัว

3. ระยะเวลาแห่งการเจริญเติบโต (**Growth period**) เป็นระยะที่ต่อเนื่องไปในระยะยาว โดยมารดาและบุตรจะมีความก้าวหน้าในบทบาทของตนไปเรื่อยๆ สิ่งสำคัญมากที่สุดในระยะนี้คือ



กระบวนการปฏิสัมพันธ์ ระหว่างมารดากับบุตรที่มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาเจริญงอกงามอย่างสม่ำเสมอ

จากแนวคิดของ Jensen and Bobak (1985) ดังกล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยได้สรุปบทบาทหน้าที่ของมารดาคือ การปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาในการดูแลบุตร ประกอบด้วยการมีสัมพันธภาพกับบุตร และปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. การมีสัมพันธภาพกับบุตร เป็นพฤติกรรมและความรู้สึกของมารดา ที่มีต่อบุตร โดยแสดงถึงการให้ความรัก ความผูกพันต่อบุตร ซึ่ง Klaus and Kennell (1982) กล่าวว่า มารดาสามารถแสดงสัมพันธภาพกับบุตร ได้ตั้งแต่วันแรกของการมีชีวิตของบุตร โดยเน้นในช่วงระยะเวลาตั้งแต่บุตรเกิดจนถึงชั่วโมงแรกหลังคลอดซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาที่มารดามีความรู้สึกไวที่สุด และเป็นช่วงระยะเวลาสำคัญที่จะก่อให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกได้โดยมารดาจะแสดงพฤติกรรม การมีสัมพันธภาพกับบุตรด้วยการยอมรับบุตรซึ่งมีปัญหาทางศัลยกรรมตั้งแต่แรกเกิดและจะต้องปรับความคิดเกี่ยวกับบุตรให้ตรงกับความเป็นจริง นอกจากนี้มารดาควรดูแลเอาใจใส่บุตร ให้ความรักความอบอุ่นแก่บุตรมีการคุยกับบุตรมีการสัมผัสจับต้องตัวบุตร มีการมองสบตาบุตร (eye to eye contact) ซึ่งการประสานสายตากับบุตร เป็นสิ่งที่มีผลอย่างมากในการเริ่มต้นพัฒนาความเชื่อมั่น และความสัมพันธ์ที่ทารกมีต่อผู้อื่น เมื่อมารดาและทารกสบตากันจะมีการถ่ายทอดความรู้สึกซึ่งกันและกันทั้งมารดาและทารกจะมีความสุขใจ (Klaus and Kennell, 1982)

2. การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร การที่มารดาได้กระทำและแสดงความรู้สึกที่เหมาะสมในการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อตอบสนองของความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจต่อบุตรในเรื่องดังต่อไปนี้ (วิลินา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550)

### 2.1 การดูแลอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในภาวะปกติ

การควบคุมอุณหภูมิกายทารกแรกเกิดที่วัดทางทวารหนักให้อยู่ที่  $37.0^{\circ}\text{C}$  เพื่อให้การทำงานระดับเซลล์ของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายสามารถทำงานได้อย่างปกติ โดยเฉพาะในทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง การรักษาอุณหภูมิกายมีความสำคัญมาก เนื่องจากทารกมีความสามารถจำกัดในการปรับตัวเพื่อให้อุณหภูมิกายคงที่ ทารกแรกเกิดจะมีขีดจำกัดในการควบคุมอุณหภูมิกาย ทำให้อุณหภูมิกายเปลี่ยนแปลงตามสิ่งแวดล้อมได้ง่าย อาจทำให้ทารกเสี่ยงต่อภาวะตัวเย็นและภาวะความร้อนสูงเกิน ซึ่งทำให้อัตราการเกิดโรค (Morbidity) และอัตราตายในทารกเพิ่มมากขึ้น(รัชตะวรรณ โอฟ้าพิริยกุล, 2545) การดูแลทำได้โดยดูแลให้อุณหภูมิห้องอยู่ที่  $26-28^{\circ}\text{C}$  ดูแลไม่ให้ทารกถูกกระแสลมพัดผ่าน ดูแลเปลี่ยนผ้าอ้อมทุกครั้ง

เป็ยกขึ้น ส่วนทารกที่ไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิกายได้เอง ต้องอยู่ภายใต้ การควบคุมอุณหภูมิ ด้วยอุปกรณ์ให้ความอบอุ่น ป้องกันผิวหนังแห้ง ลอกเป็นขุยและหากการห่อตัวไม่ขัดขวางการ ฝึ่่าสังเกตสีของทารกหรือการรักษา ให้อ่ตัวทารกและใส่หมวกคลุมศีรษะ ทั้งนี้เพราะศีรษะเป็น ส่วนประกอบถึงร้อยละ 20 ของพื้นที่ผิวกายทั้งหมด ศีรษะจึงเป็นแหล่งสูญเสียความร้อนที่ มากที่สุด นอกจากนี้ให้ใส่ผ้าอ้อม เมื่อนำทารกออกจากตู้อบให้สวมเสื้อผ้าและหม่ผ้าให้ (วิชา จีระแพทย์ และ เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550)

## 2.2 การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง

ทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องมีโอกาสเกิดภาวะหยุดหายใจ ทั้งจากอยู่ในระยะหลังผ่าตัด และศูนย์ควบคุมการหายใจยังทำหน้าที่ได้ไม่เต็มที่ การดูแลให้ความ อุ่มตัวของออกซิเจนอยู่ประมาณ 88 - 92 % เพื่อป้องกันความพิการจากการมองเห็นของทารกใน ระยะต่อมา การจัดท่านอนให้คอหงนเล็กน้อย การดูดสารคัดหลั่งในโพรงจมูก การทำความสะอาด โพรงจมูกและการหลีกเลี่ยงการทำให้เยื่อบุโพรงจมูกบวม เพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว และย้งต้องสังเกตลักษณะ สีและปริมาณสารคัดหลั่ง สังเกตการหายใจหอบเหนื่อยปึกจมูกบานมี เสียงครางเวลาหายใจออก (Grunting) หน้าอก/ชายโครงบวม เขียวที่บริเวณผิวหนังริมฝีปากปลาย เล็บมือ เล็บเท้า ซีม ซีด ผิวหนังกลายเป็นร่างแห (Mottling of skin) กระสับกระส่ายหรือการหยุด หายใจที่เป็นอาการ/อาการแสดงของภาวะหายใจล้มเหลวในทารก (รัชตะวรรณ โอฟ้าพิริยกุล, 2545)

## 2.3 การป้องกันการติดเชื้อ

ทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องมีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อได้ง่าย และเป็นอันตรายถึงชีวิต ดังนั้นการป้องกันการติดเชื้อในร่างกายจึงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก ซึ่งทำได้ ด้วยการล้างมือก่อนและหลังจับต้องสัมผัสทารกทุกครั้งอย่างถูกวิธี ไม่ใส่เครื่องประดับที่มีือ ตัดเล็บให้สั้น อุปกรณ์ที่ใช้กับทารกต้องสะอาดและใช้เฉพาะคน และโดยเฉพาะอย่างยิ่งทารกแรก เกิดหลังผ่าตัด ซึ่งมีแผลผ่าตัดหน้าท้อง ผิวหนังค่อนข้างบอบบาง ต้องระวังการเกิดบาดแผล เพราะจะเปิดโอกาสให้เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายทารกได้ง่ายและมารดาควรให้ทารกดูดนมมารดา เนื่องจากน้ำนมมารดาช่วยให้ทารกมีระบบภูมิคุ้มกันโรคที่ดีขึ้น ซึ่งจากการรายงานทั่วโลก พบว่าทารกที่อยู่ในโรงพยาบาลและได้รับน้ำนมแม่มีการติดเชื้อและเกิดภาวะลำไส้ขาดเลือด เฉพาะส่วนน้อยกว่าทารกที่ได้รับนมวัว (วิชา จีระแพทย์และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550)

## 2.4 การดูแลให้อาหาร

ได้แก่ น้่านมแม่และ/หรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ในรายที่เจ็บป่วย ไม่สามารถเริ่มให้นมได้ภายใน 4 ชั่วโมงหลังคลอด ต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แต่ควรหลีกเลี่ยงการงดนมแม่โดยไม่จำเป็น หากทารกดูดนมจากเต้าไม่ได้ ต้องส่งเสริมให้มารดาบีบเก็บน้่านมเพื่อป้อนทารก น้่านมของมารดาที่คลอดทารกระหว่างอายุครรภ์ 28 - 32 สัปดาห์ (Preterm milk) มีโปรตีน แกลีโธแรและแคลอรีสูงกว่าน้่านมมารดาที่คลอดครบกำหนด (Term milk) โดยเฉพาะใน 2 สัปดาห์แรก นอกจากนี้ในนมแม่มยังมี ทอรีน (Taurine) ที่ช่วยพัฒนาระบบประสาทการรับรู้ทางสายตา (Visual function) และยังช่วยพัฒนาทางสติปัญญาและความคิดซึ่งไม่พบในนมวัว (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์และวิณา จีระแพทย์, 2545)

## 2.5 การรักษาเฉพาะโรค

การเจ็บป่วยที่พบบ่อย คือ ภาวะบิลิรูบินในเลือดสูง (Hyperbilirubinemia) ต้องให้การรักษาด้วยการส่องไฟ ต้องดูแลให้ทารกอยู่ใกล้คอมไฟมากที่สุดและป้องกันผิวหนังทารกไหม้ (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์และวิณา จีระแพทย์, 2545)

## 2.6 การส่งเสริมการสร้างสายสัมพันธ์ (Maternal - infant bonding)

ในระยะ 40 นาทีแรกหลังคลอดถือเป็นระยะที่มีความสำคัญมาก เพราะทารกอยู่ในระยะตื่นและสงบ (Quiet alert state) โดยที่ทารกจะลืมตาโผลงและมองจ้อง หากวางทารกอยู่บนอกของมารดาในระยะห่างจากหน้าของมารดาประมาณ 8 นิ้ว ซึ่งเป็นระยะใกล้พอที่ทารกจะมองเห็น จะทำให้เกิดการสัมผัสทางตา (Eye to eye contact) และการสัมผัสทางผิวหนัง (Skin-to-skin contact) ส่งเสริมให้มีการสร้างสายสัมพันธ์ที่ดีระหว่างมารดา/ทารก การให้มารดาได้อยู่กับบุตร ให้มีส่วนร่วมในการดูแล ยังมีผลป้องกันทารกถูกทอดทิ้งและทารกกลับบ้านได้เร็วขึ้นอีกด้วย (วิณา จีระแพทย์และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550)

## 2.7 การดูแลด้านพัฒนาการ (Developmental care)

การดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของทารก จึงครอบคลุมถึงการลดสิ่งกระตุ้นจากสภาพแวดล้อมที่จะทำให้ทารกเป็นอันตราย ต้องมีการส่งเสริมให้ทารกนอนหลับอยู่ในระยะหลับสงบ quiet sleep (Non-REM) มากที่สุด เพราะทำให้ทารกมีความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดสูงและคงที่ การดูแลด้านพัฒนาการประกอบด้วย การควบคุมความสว่าง โดยการปิดไฟบางจุดเป็นเวลาหรือ การคลุมตู้ การควบคุมระดับความดังในหน่วยงาน การจัดท่านอนของทารกให้อยู่ในท่านอนหงายหรือนอนตะแคง ระวังทารกให้น้อยที่สุด จัดกิจกรรมการรักษาให้เสร็จในครั้งเดียว การกระตุ้นจากมารดาเป็นการ

ดูแลแบบส่งเสริมพัฒนาการของทารกที่ตรงกับธรรมชาติมากที่สุด โดยการส่งเสริมให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกตั้งแต่วันแรกที่ทารกเข้ารับการรักษาในหน่วยงาน เช่น เปลี่ยนผ้าอ้อม ป้อนนม ลูบสัมผัสและคุยกับลูก (ธราธิป โคละทัต, 2551)

โดยสรุปหลักการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องเป็นไปเพื่อการเจริญเติบโตทางร่างกาย จิตใจและพัฒนาการของทารกและเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจตามมาภายหลัง ซึ่งหลักการดังกล่าวไม่ต่างกับการดูแลทารกโดยทั่วไป การช่วยเหลือมารดาให้สามารถปฏิบัติบทบาทของตนเองได้นั้น ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ อีกด้วย

## 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติบทบาทมารดา

**อายุ** เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะที่จะจัดการเกี่ยวกับเรื่องราวหรือปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตร่วมกับการรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจ และการตัดสินใจ ซึ่งมีความแตกต่างกันตามพัฒนาการของแต่ละบุคคล (Orem, 1985) ผู้ที่มีอายุมากกว่าย่อมมีโอกาสที่จะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง และได้เห็นแบบอย่างการกระทำของผู้อื่นได้มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย จากการศึกษาพบว่า อายุ 30 ปีขึ้นไปมีวุฒิภาวะเหมาะสมที่จะได้รับความสำเร็จในการเลี้ยงดูบุตรมากที่สุด (Mercer, 1981)

**สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส** เป็นความผูกพันระหว่างสามีภรรยา การที่คู่สมรสมีสัมพันธภาพที่ดี จะทำให้มารดามีความเชื่อมั่นในบทบาทของตนเอง (Stemp et al., 1986) การที่สามีให้ความช่วยเหลือในการแบ่งเบาภาระงานบ้าน ร่วมรับผิดชอบในการเลี้ยงดูบุตร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของการเป็นมารดาของมารดาวัยรุ่น (เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, 2543; อุษษา สุขภาพันธุ์, 2544)

**ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กทารก** ผู้ที่เคยประสบเหตุการณ์ที่เหมือนหรือคล้ายคลึงกันย่อมเกิดการเรียนรู้เหตุการณ์ใหม่ได้เร็วกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ จากการศึกษาพบว่า การมีประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็ก เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกในการแสดงบทบาทมารดา (เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, 2543) และยังพบว่ามารดาที่ได้รับการเตรียมความพร้อม โดยการจัดให้ได้รับประสบการณ์ในการทำบทบาทมารดา การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การใช้คำพูด ชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์ ในการดูแลทารกตลอดก่อนกำหนด จะมีพฤติกรรมการดูแลทารกถูกต้อง เหมาะสมกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมผ่านประสบการณ์ดังกล่าว (สมทรง เค้าฝ้าย, 2541)

**ความรู้/ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของทารก** เป็นความรู้/ความเข้าใจเกี่ยวกับ การแสดงออกของพฤติกรรมทารกในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การร้องไห้ การกินนม การสำรอก การนอนหลับและการขับถ่าย เมื่อมารดามีความเข้าใจในพฤติกรรมของทารก ทำให้มารดาสามารถตอบสนองพฤติกรรมดังกล่าวได้อย่างถูกต้อง ทำให้มารดาเกิดความมั่นใจในการแสดงบทบาทมารดา จากการศึกษาพบว่า การรับรู้พฤติกรรมทารกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอด (Sirikarna, 2000)

**การมีแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือตนเอง** การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายสังคม รวมทั้งครอบครัว จะส่งผลให้บุคคลมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาและความยากลำบากที่เกิดขึ้น จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากมารดาสามารถทำนวยการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก (สิวาพร พานเมือง, 2545)

**การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกขณะอยู่ในโรงพยาบาล** เป็นการช่วยทำให้เกิดประสบการณ์ตรงในการเรียนรู้การทำบทบาทตนเองของมารดา จากการศึกษาพบว่า การพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมซึ่งกันและกันของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะวิกฤตมีส่วนในการส่งเสริมในการปฏิบัติบทบาทมารดา (ปภักร สิงห์กล้า, 2550) และยังพบว่า มารดาในกลุ่มนี้มีความเครียดน้อยกว่ามารดาที่ไม่ได้รับโอกาสดังกล่าว (กมลเนตร ใฝ่ชำนาญ, 2546)

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า จากแนวคิดของ Jensen and Bobak (1985) นั้นได้กล่าวว่า ในระยะแห่งการเริ่มต้นมารดาหลังคลอดจะต้องปรับตัวในการดูแลบุตรทั้งในด้านการมีสัมพันธภาพกับบุตร และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อทารกต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด ซึ่งถ้าพยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือสนับสนุนมารดาในระยะแห่งการเริ่มต้นนี้ ก็จะทำให้มารดาสามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ต่อไปได้อย่างเหมาะสมเพราะพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับมารดาในช่วงหลังคลอด และเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญที่จะช่วยลดความเครียด และส่งเสริมทักษะให้มารดาเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาในขณะที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด พยาบาลควรจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ และการรักษาของทารกแก่มารดาเป็นระยะๆ เพื่อให้มารดาค่อยๆ เกิดการยอมรับสภาพของทารกตามความเป็นจริง และควรเปิดโอกาสให้มารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารกตั้งแต่ระยะแรก โดยคอยให้คำแนะนำช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด เพื่อให้มารดาเกิดทักษะ และความมั่นใจในการให้การดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง

### 3. แนวคิดการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน (Preparatory information)

#### 3.1 ความหมาย

ข้อมูล หมายถึง ข้อเท็จจริงหรือสิ่งที่ถือ หรือยอมรับว่าเป็นข้อเท็จจริงสำหรับใช้เป็น หลักอนุมานหาความจริง หรือคำนวณ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2530)

การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน หมายถึง การให้ข้อมูลที่ได้มีการเตรียมแผนไว้ ล่วงหน้า (ฉวี มากพุ่ม, 2530)

การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน หมายถึง การให้ข้อมูล คำแนะนำตามที่ได้วางแผน ไว้ตลอดจนเปิดโอกาสให้ได้ซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่าง ๆ (พิกุล ตันติธรรม, 2533)

สรุปได้ว่าการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน หมายถึง การให้ข้อมูล รายละเอียด ข้อเท็จจริง และคำแนะนำต่าง ๆ ตามแผนที่ได้วางไว้ล่วงหน้า ตลอดจนเปิดโอกาสให้ซักถาม ปัญหาและข้อสงสัยต่าง ๆ

#### 3.2 คุณลักษณะของข้อมูลที่ดี

Thelma (1960) กล่าวว่าคุณลักษณะที่ดีของข้อมูล ควรมีลักษณะดังนี้

1) ข้อมูลจำเป็น ซึ่งได้แก่ ข้อมูลที่จะทำให้สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง เช่น การวินิจฉัยแผนการรักษา การปฏิบัติตนในภาวะต่าง ๆ เป็นต้น

2) ข้อมูลที่ตอบสนองของความต้องการทางอารมณ์และจิตใจ ซึ่งจะช่วยให้ผ่อนคลาย ความวิตกกังวล ความเคร่งเครียด เช่น การแนะนำสภาพแวดล้อมทางกายภาพของหอผู้ป่วย กฎระเบียบต่าง ๆ ของหอผู้ป่วย เป็นต้น

#### 3.3 การใช้สื่อประกอบการให้ข้อมูล

สื่อประกอบการให้ข้อมูล เป็นวัสดุ อุปกรณ์ และเทคนิควิธีการที่บรรจุเนื้อหาสาระที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งการออกแบบที่จะกระตุ้นให้ผู้รับข้อมูลเข้าใจได้ง่าย เกิดการเรียนรู้ได้เร็วขึ้นสร้างทักษะ เจตคติให้กับผู้รับข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ สื่อที่ดีควรสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การให้ข้อมูล ถูกต้อง ทันสมัย เหมาะกับเนื้อหา และใช้ง่าย ปลอดภัย ประหยัด เหมาะสมกับผู้รับข้อมูล และสิ่งแวดล้อม (จิรพรรณ พิรุณ, 2542) สื่อประกอบการให้ข้อมูลมีหลายประเภท แบ่งโดยอาศัยเทคนิคของสื่อเป็นเกณฑ์ (สมคิด อิศระวัฒน์, 2543) ดังนี้

1) สื่อสิ่งพิมพ์ (Printed media) เป็นสื่อที่อาศัยเทคนิคด้านการพิมพ์บน แผ่นกระดาษ เช่น หนังสือ แผ่นพับ ไปสเตอร์ คู่มือ เป็นต้น ซึ่งมีข้อดี คือ เหมาะสำหรับการอ้างอิง

สามารถอ่านได้ตามความสามารถของแต่ละบุคคล (โสภา กรรณสูต, 2542) แต่มีข้อจำกัด คือ ถ้าจะให้สิ่งพิมพ์ที่คุณภาพดีต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการผลิตสูง และผู้ที่อ่านหนังสือไม่ได้จะเกิดความยุ่งยากในการรับข้อมูล (กิตานันท์ มลิทอง, 2540)

2) สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic media) เป็นสื่อที่อาศัยเทคนิคด้านอิเล็กทรอนิกส์สร้างงานในรูปของเสียงและภาพ สื่อที่ให้เสียง ได้แก่ วิทยุ เครื่องบันทึกเสียง และสื่อที่ให้ทั้งเสียงและภาพ ได้แก่ โทรทัศน์ วิดีโอ สไลด์ประกอบเสียง ภาพยนตร์ และซีดีรอม สื่ออิเล็กทรอนิกส์เป็นสื่อประกอบการให้ข้อมูลที่ดี เข้าใจได้ง่ายและดึงดูดความสนใจ แต่มีข้อจำกัด คือ มีค่าใช้จ่ายสูงและงานกราฟิกที่มีคุณภาพดีจำเป็นต้องใช้ช่างเทคนิคที่มีความชำนาญเป็นพิเศษ (โสภา กรรณสูต, 2542) ปัจจุบันมีการนำเอาสมรรถนะของคอมพิวเตอร์มาใช้ในการนำเสนอสื่อ เช่น ภาพสไลด์โปรแกรมเพาเวอร์พอยท์, สไลด์มัลติมีเดีย เนื่องจากมีความคล่องตัว สามารถกำหนดเนื้อหาได้ตามความต้องการ ผลิตได้ง่าย ประหยัด สะดวก ในการใช้และแก้ไข เป็นการนำเสนอเนื้อหาด้วยภาพสไลด์ในรูปแบบของข้อความ, ภาพและเสียงมีความต่อเนื่องของเนื้อหาเป็นลำดับขั้นตอนของภาพ สามารถเพิ่มสี ภาพ เสียงและการเคลื่อนไหวของข้อมูล จึงเป็นสื่อที่ช่วยดึงดูดความสนใจจากการได้ชมทั้งภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหว นอกจากนี้ยังสามารถกำหนดจุดที่ต้องการทบทวนได้ง่าย เพิ่มความเข้าใจในเนื้อหาของข้อมูล (จรรยา เหนียวเฉลย, 2546)

ในการศึกษาผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องในครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลและอาศัยหลักการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนโดยการให้รายละเอียดข้อเท็จจริงและคำแนะนำต่าง ๆ ตามแผนที่ได้วางไว้ล่วงหน้า ตลอดจนเปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ได้ เพื่อให้มารดาได้รับทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับบุตร จึงจะช่วยให้มารดาคลายความสงสัย และมีความเข้าใจในอาการของบุตรก่อนเข้าเยี่ยม (Balling and McCubbin, 2001) โดยวิธีการใช้คำถามกระตุ้นความคิดของมารดา ร่วมกับการบรรยายภาพและเสียงโดยใช้สไลด์มัลติมีเดียเป็นสื่อประกอบการให้ข้อมูล ซึ่งช่วยให้มารดาเห็นภาพที่ใกล้เคียงกับเหตุการณ์เจ็บป่วยของบุตร รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่ต้องเผชิญขณะเข้าเยี่ยมบุตรในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด และช่วยให้ได้รับเนื้อหาที่ครอบคลุม เป็นขั้นตอน สิ่งเหล่านี้ทำให้มารดาได้มีการคิดไตร่ตรองเกี่ยวกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยของบุตร สามารถแปลข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรได้ดียิ่งขึ้น เกิดความเข้าใจแบบแผนการรักษาได้ชัดเจนขึ้น

### 3.4 หลักการพื้นฐานสำหรับการให้ข้อมูล

หลักการพื้นฐานสำหรับการให้ข้อมูลของพยาบาล (อัจฉรา คงกิตติมากุล, 2545; Knowles, 1990) มีดังนี้

- 1) เป็นเรื่องเดียวกัน การให้ข้อมูลหรือคำอธิบายนั้นจะต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย
- 2) ครอบคลุม ข้อมูลหรือคำอธิบายนั้นต้องใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่าย
- 3) ไม่คลุมเครือ มีความจำเพาะเจาะจง
- 4) กระชับ การให้ข้อมูลหรือคำอธิบายที่ดีต้องมีความชัดเจนและกระชับ เพราะคนเรามีความจำที่จำกัด
- 5) การควบคุมภาษาและความเร็ว การใช้ภาษาท่าทางประกอบ เช่น น้ำเสียง การแสดงออก การเน้นจังหวะที่สำคัญ
- 6) ความถูกต้องแม่นยำ ข้อมูลที่ให้ต้องถูกต้อง เป็นจริง ซึ่งต้องอาศัยความรู้ ไม่ใช่ความเห็นส่วนตัว เป็นการสร้างความเชื่อถือ มั่นใจในการพยาบาล
- 7) การยกตัวอย่างประกอบ จะทำให้การให้ข้อมูลหรือการอธิบายนั้น ง่ายต่อการทำความเข้าใจ และเป็นรูปธรรมมากขึ้น
- 8) การป้อนข้อมูลกลับ เป็นการตรวจสอบว่าการรับรู้ข้อมูลหรือคำอธิบายได้มากน้อยเพียงใด เข้าใจมากน้อยแค่ไหน ถูกต้องหรือไม่ ซึ่งต้องอาศัยการสังเกตจากการแสดงออกของท่าทาง การสบตา การแสดงออกของใบหน้าของผู้ป่วย

### 3.5 ประโยชน์ของการให้ข้อมูล Skipper and Leonard (1975) กล่าวถึงประโยชน์

ของการให้ข้อมูล หรือคำอธิบายไว้หลายประการ พอสรุปได้ ดังนี้

- 1) ช่วยลดความวิตกกังวล หรือความเครียดของครอบครัวผู้ป่วย ช่วยให้เกิดความเข้าใจ สบายใจ
- 2) เกิดความมั่นใจในการดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาล ต่อความเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่ ตลอดจนใช้ความสามารถอย่างเต็มที่เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพเดิมโดยเร็ว
- 3) ช่วยให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาลอย่างดี
- 4) ครอบครัวผู้ป่วยสามารถประเมินประสิทธิภาพของตนได้อย่างสมบูรณ์

### 3.6 ประเภทของข้อมูล

Auerbach, Martelli, and Mercuri (1983) ได้แบ่งข้อมูลออกตามลักษณะของข้อมูลดังนี้



1) ข้อมูลทั่ว ๆ ไป (General information) เป็นข้อมูลทั่ว ๆ ไปที่ให้รายละเอียดกว้าง ๆ เนื้อหาข้อมูลคล้าย ๆ กับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจะได้รับ

2) ข้อมูลเฉพาะ (Specific information) เป็นข้อมูลเฉพาะแต่ละสถานการณ์ที่ผู้ป่วย จะต้องเผชิญ และ พูลศรี เหมือนคิด (2532) แบ่งข้อมูลออกตามรายละเอียดของข้อมูล ดังนี้

- 2.1) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค หรือเหตุผลของการรักษา
- 2.2) ข้อมูลรายละเอียดขั้นตอนการตรวจรักษาที่จะได้รับ
- 2.3) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นจากการตรวจรักษา
- 2.4) ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญกับเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น

Leventhal and Johnson (1983) กล่าวว่า การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเป็นหลักการเตรียมบุคคลที่จะพบเหตุการณ์ที่เป็นความเครียด โดยมีจุดเริ่มมาจากงานของพยาบาลชื่อ Jean E. Johnson และคณะ ที่เป็นการอธิบายประสบการณ์เฉพาะเกี่ยวกับเหตุการณ์เฉพาะของการรักษา มีจุดสำคัญคือการใช้คำที่เป็นนามธรรม ชัดเจนไม่คลุมเครือ ในการอธิบายทิศทางหรือลักษณะของเหตุการณ์โดย Leventhal and Johnson (1983) แบ่งข้อมูลออกตามเนื้อหาของข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจะได้รับ (Procedure information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น มีการอธิบายเป็นลำดับขั้นตอน และวิธีการเผชิญต่อภาวะคุกคาม (Coping information) ที่บอกถึงวิธีการต่าง ๆ ที่ควรปฏิบัติ อันจะเกิดผลดีในสภาวะที่ต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามต่าง ๆ

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ป่วยอาจจะต้องประสบ (Sensory information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้น โดยอธิบายถึงความรู้สึกของมารดาผู้ป่วยคนอื่น ๆ ที่เคยประสบมาแล้วจากสถานการณ์เดียวกัน ซึ่งความรู้สึกนี้จะรับรู้โดยผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยของ Leske (2002) พบว่าข้อมูลที่ครอบครัวผู้ป่วยต้องการได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา และสภาพของผู้ป่วย ตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับความผาสุกของผู้ป่วย เช่น สัญญาณชีพ ความสุขสบายหรือความเจ็บปวด การกินได้นอนหลับของผู้ป่วย และพบว่าสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยท่ามกลางเครื่องมือที่ทันสมัย เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความกลัวความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น

การให้ข้อมูลเป็นสิ่งที่ตรงกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย โดยข้อมูลที่เป็นจริง และทันเหตุการณ์ (Rodgers, 1983) การใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ชัดเจนไม่คลุมเครือ ตรงกับ เป้าหมายของครอบครัวผู้ป่วย (Hodovanic et al., 1984) จะช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถ ประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ทำให้มีเวลาในการเตรียมตัวที่จะพบกับ สถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น เตรียมคิดหาแนวทางในการเผชิญปัญหาไว้ล่วงหน้า สามารถควบคุม สถานการณ์ได้ทำให้เกิดการประเมินสถานการณ์ใหม่ในทางที่ดีขึ้น นอกจากนี้ที่กล่าวว่าแหล่ง ประโยชน์ที่มากและเพียงพอจะทำให้บุคคลในภาวะวิกฤตสามารถเผชิญเหตุการณ์ต่างๆได้ดีขึ้น และสามารถแก้ไขปัญหาหรือปรับตัวได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ โดยแหล่งประโยชน์ที่ บุคคลจะดึงมาใช้ในการเผชิญความเครียดจะครอบคลุมใน 6 ลักษณะคือ การมีสุขภาพและ พลังงาน (Health and energy) การมีความเชื่อด้านบวก (Positive belief) การมีทักษะในการ แก้ปัญหา (Problem - solving skills) การมีทักษะทางสังคม (Social skills) การมีการสนับสนุน ทางสังคม (Social support) และการมีทรัพยากรวัตถุ (Material resources) (Riedel, 1998)

Lazarus and Folkman (1984) แบ่งแหล่งประโยชน์ออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1. แหล่งประโยชน์จากภายในตน (Personal resources) ได้แก่ การมีสุขภาพ และพลังงาน การมีทักษะในการแก้ปัญหา การมีทักษะทางสังคม และการมีความเชื่อด้านบวก
2. แหล่งประโยชน์จากสิ่งแวดล้อม (Environmental resources) ได้แก่ การมีการ สนับสนุนทางสังคม การมีแหล่งประโยชน์ด้านวัตถุ

Leske (2002) ได้ศึกษาเรื่องความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต กล่าวว่า ในภาวะวิกฤตเช่นนี้ครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญที่ให้การดูแล พวกเขาในการชี้แนะถึงแหล่งประโยชน์ที่มี หรือสามารถหาได้เพื่อใช้ในการเผชิญสถานการณ์และ แก้ไขปัญหาโดยในสถานการณ์เช่นนี้ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น แต่กลับห่างไกลจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมเดิมที่เคยอยู่ และมีข้อจำกัดในการคิดแก้ไขปัญหา จากที่กล่าวมาข้างต้นการที่มารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการรักษาของบุตรที่ไม่เพียงพอส่งผลกระทบต่อมารดาทั้งด้านจิตใจและ อารมณ์ ทำให้การรับรู้และความสามารถในด้านต่างๆลดลง ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติบทบาทมารดา และการสร้างสัมพันธภาพกับทารก เนื่องจากมารดาเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับบุตรมากที่สุด และเป็นผู้มี บทบาทสำคัญในการอบรมเลี้ยงดู ให้ความรักความเอาใจใส่ และให้การปกป้อง ช่วยเหลือบุตร ดังนั้นพยาบาลจึงควรช่วยเหลือมารดาโดยการให้มารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดและ จะช่วยส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทมารดาได้อย่างเหมาะสม

#### 4. แนวคิดการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล

มีผู้อธิบายแนวคิดการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล ไว้ดังนี้

**Stull and Deatrck (1986)** ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองว่าผู้ปกครองปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยทางตรง ได้แก่ การดูแลกิจกรรมที่ทำประจำและการดูแลทางด้านจิตใจเมื่อได้รับกิจกรรมการพยาบาล ทางอ้อม ได้แก่ การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรที่มสุขภาพ

**Callery and Smith (1991)** ได้กล่าวถึง การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองว่าเป็นการที่ผู้ปกครองได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลเด็กป่วยเป็นประจำ โดยมีพยาบาลเป็นผู้คอยให้การช่วยเหลือ

**Schepp (1995)** ได้อธิบายการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองว่า คือ การที่ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติและปรารถนาจะปฏิบัติ 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ทำประจำ การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมการพยาบาล การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการดูแลเด็กป่วย และถ้าหากว่าสิ่งที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติกับสิ่งที่ผู้ปกครองปรารถนาจะปฏิบัติไม่ตรงกันจะส่งผลทำให้ผู้ปกครองเกิดความเครียดเพิ่มขึ้น

**Brownlea (อ้างในถึง Coyne, 1996)** ได้กล่าวถึง การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองว่าเป็นการที่ผู้ปกครองได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย หรือสามารถให้คำปรึกษาในเรื่องการดูแลเด็กป่วยได้

**Neill (1996)** ได้กล่าวถึง การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง คือ การที่ผู้ปกครองได้รับอนุญาตให้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย หรือประเมินผลการดูแล หรือให้คำปรึกษาในการดูแลเด็กป่วย

แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองดังกล่าวข้างต้นมีทั้งการกล่าวถึงการมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติ (**Brownlea อ้างในถึง Coyne, 1996; Callery and Smith, 1991; Neill, 1996; Schepp, 1995**) และการมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองปรารถนาที่จะปฏิบัติ (**Schepp, 1995; Stull and Deatrck, 1986**) และองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ได้แก่ การมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมที่ทำประจำ (**Callery and Smith, 1991; Schepp, 1995; Stull and Deatrck, 1986**) ด้านกิจกรรมการพยาบาล (**Schepp, 1995; Stull and Deatrck, 1986**) และด้านการแลกเปลี่ยน

ข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล (Schepp, 1995; Stull and Deatrick, 1986) และด้านการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย (Neill, 1996; Schepp, 1995) ซึ่งตรงกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของ Schepp (1995) ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการมีส่วนร่วมนี้มาใช้เป็นกรอบในการศึกษา เนื่องจากมีกิจกรรมหรือเหตุการณ์ที่ครอบคลุมเนื้อหาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีปัญหาและได้รับการผ่าตัดหน้าท้องโดยแบ่งออกเป็นด้านต่างๆ ชัดเจน

#### 4.1 แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของ Schepp (1995)

Schepp (1995) ได้กล่าวถึงแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลว่า เป็นการมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติและการมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองปรารถนาที่จะปฏิบัติในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ใน 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ทำประจำ (Routine care participation) การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมการพยาบาล (Technical care participation) การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล (Information sharing participation) และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย (Decision-making participation) และถ้าสิ่งที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับสิ่งที่ผู้ปกครองปรารถนาจะปฏิบัติไม่ตรงกัน จะส่งผลให้ผู้ปกครองเกิดความเครียดได้ โดยกิจกรรมด้านต่างๆ มีรายละเอียดดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำ หมายถึง การที่ผู้ปกครองได้เข้าร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมที่ทำประจำ ในเรื่องการอยู่กับเด็กป่วยขณะที่เด็กป่วยอยู่ในโรงพยาบาลการเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การให้อาหารหรือช่วยเหลือเด็กในการรับประทานอาหาร การอาบน้ำให้เด็กป่วยหรือช่วยเหลือเด็กป่วยอาบน้ำการเปลี่ยนเสื้อผ้าให้เด็กป่วยหรือช่วยเหลือเด็กป่วยเปลี่ยนเสื้อผ้า และการเปลี่ยนผ้าปูที่นอนให้เด็กป่วย

2. การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมการพยาบาล หมายถึง การที่ผู้ปกครองได้เข้าร่วมในการดูแลเมื่อเด็กป่วยได้รับกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในเรื่องการอยู่กับเด็กป่วยและช่วยเหลือเด็กป่วยในระหว่างที่ได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาลที่ทำประจำ เช่น การวัดอุณหภูมิ หรือความดันโลหิต การตรวจร่างกาย การอยู่กับเด็กป่วยและช่วยเหลือเด็กป่วยในระหว่างที่ได้รับการตรวจรักษา เช่น การแทงเข็มให้สารน้ำทาง

หลุดเลือดดำหรือการเจาะเลือด การปลอบโยนเด็กป่วยในระหว่างที่ได้รับการตรวจรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด การไปส่งเด็กป่วยเพื่อรับการตรวจพิเศษที่ไม่ทำในห้องพักของเด็กป่วย เช่น เอกซเรย์ และการเป็นผู้ทำการดูแลพิเศษที่เด็กป่วยต้องได้รับ เช่น การเปลี่ยนผ้าพันแผล เป็นต้น

3. การมีส่วนร่วมด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาลหมายถึง การที่ผู้ปกครองได้มีโอกาสให้หรือรับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลรักษาพยาบาลเด็กป่วยร่วมกันกับบุคลากรพยาบาล ในเรื่องการสอบถามเกี่ยวกับการตรวจหรือการรักษาที่เด็กป่วยได้รับ การให้บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทุกอย่างที่เด็กป่วยได้รับ การได้รับการแจ้งให้ทราบเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับแผนการรักษาของเด็กป่วยและการได้รับการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กป่วยตามความเป็นจริง

4. การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย หมายถึง การที่ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย ในเรื่องการเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจและการรักษาที่บุตรได้รับ การเลือกเป็นผู้อธิบายกิจกรรมการรักษายาบาลแก่เด็กป่วยก่อนที่เด็กป่วยจะได้รับกิจกรรมนั้นๆ การเป็นผู้เลือกบุคลากรพยาบาลที่ดูแลเด็กป่วย การเป็นผู้ตัดสินใจว่าใครควรเยี่ยมเด็กป่วย การเลือกเป็นผู้วัดอุณหภูมิให้เด็กป่วย และการให้บุคลากรพยาบาลขออนุญาตผู้ปกครองก่อนที่จะปลุกเด็กป่วยให้ตื่น

จากแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล ทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดของ Schepp (1995) เป็นแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในภาวะที่เด็กเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงเป็นการสนับสนุนให้ผู้ปกครองได้มีโอกาสมีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพทารก สำหรับการเจ็บป่วยของทารกที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางศัลยกรรมและต้องได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง การส่งเสริมให้มารดาเด็กป่วยได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทั้ง 4 ด้าน ตามแนวคิดของ Schepp (1995) ในขณะที่เด็กเจ็บป่วยอยู่โรงพยาบาลอย่างมีแบบแผน มีโอกาสได้ฝึกทักษะโดยการได้ปฏิบัติจริง โดยมีพยาบาลคอยสนับสนุนให้ได้รับข้อมูลที่เพียงพอสำหรับการตัดสินใจและให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด จะมีผลอย่างยิ่งต่อความเครียดของมารดาและการปฏิบัติบทบาทของมารดาในการดูแลทารกที่ถูกต้องเหมาะสมรวมทั้งความรู้ที่ได้รับจากการแลกเปลี่ยนความรู้กับบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลก็สามารถที่จะนำไปใช้ได้อย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งส่งผลที่ดีต่อภาวะสุขภาพของทารกต่อไป

## 4.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งสามารถจำแนกปัจจัยออกเป็น 4 ด้าน มีรายละเอียดดังนี้

### 4.2.1 ปัจจัยด้านเด็กป่วย

4.2.1.1 อายุของเด็กป่วย อายุของเด็กป่วยมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล เด็กที่มีอายุน้อยมาก จะมีความต้องการพึ่งพาบุคคลอื่นมาก ทำให้ผู้ปกครองต้องให้การดูแลเด็กป่วยมากขึ้น จากการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองเด็กป่วยจะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่อายุน้อยมากกว่าเด็กป่วยอายุมาก (Schepp, 1993; Newton, 2000; Kristensson-Hallstrom, 2000) นอกจากนี้ผู้ปกครองของเด็กป่วยอายุน้อยปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำมากกว่าเด็กป่วยที่อายุมาก (Kristensson - Hallstrom, 1999; Balling and Mc Cubbin, 2001)

4.2.1.2 ธรรมชาติการเจ็บป่วย การศึกษาพบว่าระดับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเกี่ยวข้องกับธรรมชาติของการเจ็บป่วยของเด็ก ได้แก่ การเจ็บป่วยเฉียบพลัน เรื้อรัง และวิกฤต (Snowdon and Gottlieb, 1989) การศึกษาพบว่าทั้งผู้ปกครองผู้ป่วยเฉียบพลัน เรื้อรัง และวิกฤต ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย แต่มีหลายการศึกษารายงานว่าผู้ปกครองจะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังมากกว่าเด็กป่วยที่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือวิกฤต (Kristensson - Hallstrom, 1999; Balling and Mc Cubbin, 2001)

4.2.1.3 ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล พบว่าผู้ปกครองจะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยเพิ่มมากกว่าเมื่อเด็กป่วยอยู่ในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น (Kristensson - Hallstrom, and Elander, 1994; Casey, 1995)

4.2.1.4 จำนวนครั้งที่รับการรักษาในโรงพยาบาล มีการศึกษาพบว่าเด็กที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยมากขึ้น เนื่องจากผู้ปกครองมีความคุ้นเคยกับโรงพยาบาล และกิจกรรมการรักษาพยาบาลต่างๆ ที่เด็กป่วยได้รับ (Brow and Ritchie, 1990)

### 4.2.2 ปัจจัยด้านมารดา

4.2.2.1 อายุ อายุของมารดามีความสัมพันธ์กับวุฒิภาวะ ความสามารถในการแก้ไขปัญหาและการดูแลทารกแรกเกิด (Kapland, 1980; Kristensson-Hallstrom, 1999)

มารดาที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่และมีประสบการณ์การมีบุตรเจ็บป่วยจะมีทักษะ มีความสามารถ และมีความสนใจที่จะร่วมดูแลทารกแรกเกิดมากกว่ามารดาที่อยู่ในวัยรุ่น ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นจะมีพัฒนาการทางความคิดที่ดี มีประสบการณ์ และมีทักษะในการเรียนรู้ (Curley and Wallace, 1992)

#### 4.2.2.2 ระดับการศึกษา มารดาที่มีการศึกษาสูงจะมีความเข้าใจ

เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ทารกได้รับ มีความเข้าใจในสภาพแวดล้อมและลักษณะการทำงานของบุคลากรพยาบาล รวมทั้งมีความสามารถที่จะปฏิบัติตามการมีส่วนร่วมในการดูแลได้ดี มีการศึกษาพบว่ามารดาที่มีการศึกษาสูงสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลได้ดีกว่ามารดาที่มีการศึกษาต่ำ (มณี คุประสิทธิ์, 2539; รุ่งทิพย์ วีระกุล, 2539)

#### 4.2.2.3 เจตคติของมารดา เจตคติของมารดาต่อการมีส่วนร่วมในการ

ดูแลทารกแรกเกิดมีผลโดยตรงต่อการมีส่วนร่วมของมารดา (Coyne, 1996; Palmer, 1993) เนื่องจากปัญหาสุขภาพรวมทั้งการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ทำให้มารดารับรู้ว่ามีบุตรมีความเจ็บป่วย และอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ และตนเองก็ไม่สามารถให้การดูแลได้ เพราะเกรงว่าหากตนเองเข้าไปสัมผัสหรือให้การดูแล อาจทำให้ทารกได้รับอันตรายและมีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้น มารดาจึงไม่กล้าที่จะมีส่วนร่วมดูแล (Holditch-David, and Miles, 2000)

#### 4.2.2.4 ประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีปัญหาศัลยกรรมและ

ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิดมารดาที่มีประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องมาก่อนจะมีความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วย ลักษณะการทำงานของบุคลากรพยาบาล สภาพความเจ็บป่วยตลอดจนการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ทำให้มารดาสามารถปรับตัวได้ดีมีความมั่นใจ กล้าและกระตือรือร้นที่จะมีส่วนร่วมในการดูแล (Rowlandson et al., 1986; Whaley and Wong, 1991)

### 4.2.3 ปัจจัยด้านบุคลากรพยาบาล

#### 4.2.3.1 เจตคติของบุคลากรพยาบาล เนื่องจากลักษณะการทำงานของ

บุคลากรพยาบาลที่จะต้องเฝ้าสังเกตและติดตามอาการของทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาและมุ่งเน้นไปที่การป้องกันไม่ให้เกิดทารกแรกเกิดเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตทำให้บุคลากรพยาบาลไม่เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแล และคิดว่าการมีส่วนร่วมของมารดาเป็นอุปสรรคต่อการทำงาน (Brown and Ritchie, 1989)

#### 4.2.3.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของ

บุคลากรพยาบาล หากบุคลากรพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลโดยยึดครอบครัว

เป็นศูนย์กลาง ก็จะส่งเสริมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องได้ (Ahmann, 1994; Daneman, Macaluso and Guzzetta, 2003)

**4.2.3.3** ทักษะการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรพยาบาลกับมารดาของทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องเกิดทักษะการติดต่อสื่อสารถือว่าเป็นทักษะที่จำเป็นของบุคลากรพยาบาลซึ่งจะช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลของมารดาได้ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่ทารกแรกเกิดได้รับตามความเป็นจริงดังที่ Neill (1996) กล่าวว่า การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล

**4.2.3.4** สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรพยาบาลกับมารดา เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อความร่วมมือในการมีส่วนร่วมในการดูแล (Newton, 2000) สัมพันธภาพที่ดีจะทำให้มารดามีความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคลากรพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องและทำให้มารดามีความกล้าที่จะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและให้ข้อมูลที่เป็นต่อการรักษาพยาบาลมากขึ้น (Palmer, 1993)

#### 4.2.4 ปัจจัยด้านนโยบายของหน่วยงาน

หอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแต่ละแห่งมีความแตกต่างกันในการให้มารดามีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีปัญหาเจ็บป่วย โรงพยาบาลบางแห่งอนุญาตให้มารดาอยู่เฝ้าทารกแรกเกิดตลอดเวลา และให้มารดาได้ร่วมดูแลในกิจกรรมต่างๆ โรงพยาบาลบางแห่งมารดาไม่ได้เฝ้าทารกแรกเกิดตลอดเวลาแต่เข้าเยี่ยมได้ตามเวลา และที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด ในแต่ละครั้งของการเข้าเยี่ยมมารดาก็มีโอกาสได้ร่วมดูแลในบางกิจกรรมเนื่องจากลักษณะการทำงานของบุคลากรพยาบาลที่ต้องเฝ้าสังเกตและติดตามอาการของทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องอย่างใกล้ชิด ประกอบกับหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิดยังไม่ีแนวปฏิบัติกรให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องทำให้มารดาไม่ได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ซึ่งหากหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิดของแต่ละโรงพยาบาลเห็นความสำคัญของการให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง และนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างจริงจังมากขึ้น จะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อทารกแรกเกิด มารดา และบุคลากรพยาบาล (Kawik, 1996) แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยด้วยกัน เช่น โครงสร้างของหน่วยงาน นโยบายของหน่วยงาน กฎระเบียบการเข้าเยี่ยมของหน่วยงาน หรือ สัดส่วนอัตรากำลังของบุคลากรพยาบาลต่อจำนวนทารกแรกเกิดที่มีปัญหาทางศัลยกรรม

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังไม่มีรายงานการศึกษาการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องโดยตรง แต่มีการศึกษาการเป็นหุ้นส่วนในการดูแล



ทารกแรกเกิดป่วยหนักร่วมกันระหว่างมารดากับพยาบาลและแพทย์ในหออภิบาลทารกแรกเกิด (Bruns and McColum, 2002) ผลจากการศึกษาการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยเรื้อรังพบว่า มารดาบางส่วนได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดในเรื่อง กิจวัตรประจำวัน กิจกรรมการ รักษาพยาบาล และการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างมารดากับพยาบาล และ แพทย์ นอกจากนี้มี การศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของ นิชกานต์ ไชยชนะ (2545) และการมีส่วนร่วมผู้ปกครองในการดูแลเด็ก ป่วย ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนของ อัมพร รอดสุทธิ (2547) ซึ่งพบว่า ผู้ปกครอง ส่วนใหญ่ได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลทั้ง 4 ด้านน้อยกว่าที่ปรารถนาจะปฏิบัติ แต่จากการ ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังไม่มีการศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรก เกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิดด้วย เหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องว่า มีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องเพียงใด เพื่อช่วยให้บุคลากรพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วม ของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด และใช้เป็นแนวทางในการ ประเมินการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง เพื่อประกอบ ในการแผนการให้ข้อมูลและการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิด รวมทั้งเป็นข้อมูล พื้นฐานในการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในประเด็นอื่นต่อไป

## 5. การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น สามารถสร้างเป็นแผนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน และการมีส่วนร่วมของมารดาได้ดังนี้

**5.1 การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลสร้าง สัมพันธภาพกับมารดาโดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ พัฒนาความไว้วางใจในตัว พยาบาล และให้ข้อมูลกับมารดาตามแนวคิดการเตรียมบุคคลที่จะพบกับเหตุการณ์ที่เป็น ความเครียดด้วยการให้ข้อมูลของ Leventhal and Johnson (1983) ประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูล ด้านกระบวนการ (Procedure information) ในเรื่องสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา สภาพแวดล้อมทั่วไป อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน กิจกรรม การพยาบาล กฎระเบียบและข้อควรปฏิบัติต่าง ๆ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด และ 2) การให้ข้อมูลด้านความรู้สึก (Sensory information) ได้แก่ การบอกถึงสภาพและเหตุการณ์ที่ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจะได้รับรู้ผ่านประสาทสัมผัส เช่น มองเห็น ได้ยิน สัมผัส ลิ้มรส และได้

กลิ่น เช่น ภาพของทารกแรกเกิดก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง เสียงเตือนต่างๆ ของเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารกแรกเกิดและการได้เดินสำรวจสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมทารกแรกเกิดก่อนเข้าเยี่ยมจริง

## 5.2 การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ประกอบด้วย

### 5.2.1 การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำ

หมายถึง การที่ผู้ปกครองได้เข้าร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมที่ทำประจำตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของ Schepp (1995) ได้แก่ การเข้าเยี่ยมและการเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด เช่น การอาบน้ำ การเปลี่ยนผ้าปูนอนในตู้อบหรือในเบาะนอน การให้นมหรือการเปลี่ยนผ้าอ้อม

### 5.2.2 การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลด้านกิจกรรมการพยาบาล

หมายถึง การที่มารดาได้เข้าร่วมในการดูแลเมื่อเด็กป่วยได้รับกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของ Schepp (1995) ได้แก่ การที่มารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลเมื่อทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องได้รับกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด ในเรื่องการอยู่กับทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง และช่วยเหลือในระหว่างที่ได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาลที่ทำประจำ เช่น การวัดอุณหภูมิ หรือความดันโลหิต การอยู่กับทารกและช่วยเหลือในระหว่างที่ได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาล เช่น การแทงเข็มให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือการเจาะเลือด การปลอบโยนในระหว่างที่ได้รับการตรวจรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด การไปส่งตรวจพิเศษที่ไม่ทำในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด

### 5.2.3 การมีส่วนร่วมของมารดาด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างมารดาและบุคลากรพยาบาล

หมายถึง การที่ผู้ปกครองได้มีโอกาสให้หรือรับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลรักษาพยาบาลเด็กป่วยร่วมกันกับบุคลากรพยาบาล ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของ Schepp (1995) ได้แก่ การให้บุคลากรพยาบาลอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การให้บุคลากรพยาบาลแจ้งให้ทราบเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับแผนการรักษาการให้บุคลากรพยาบาลแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยตามความเป็นจริง และการสอบถามเกี่ยวกับการตรวจหรือการรักษา

### 5.2.4 การมีส่วนร่วมของมารดาด้านการตัดสินใจในการดูแล

หมายถึง การที่ผู้ปกครองมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วยตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองใน

การดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของ Schepp (1995) ได้แก่ การที่ผู้ปกครองมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องในเรื่องเกี่ยวกับการตรวจและการรักษา การเป็นผู้ตัดสินใจว่าใครควรเยี่ยม และการเลือกเป็นผู้วัดอุณหภูมิให้ทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง

### 5.3 การประเมินการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยยังไม่พบรายงานเกี่ยวกับวิธีการประเมินหรือเครื่องมือประเมินการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องแต่มีเครื่องมือการประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลดังนี้

1. แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง (The Parental Participation Scale: PPS) ของ Stull and Deatrick(1986) และ Deatrick, Stull, Dixon, Puczynski and Jackson (1986) ซึ่งประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยโดยตรงและโดยอ้อม ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยในกิจกรรมการดูแลโดยตรง ได้แก่ กิจกรรมการเล่น เวลาเงียบๆ ความสุขสบายทั่วไป ความดูแลด้านร่างกายก่อนผ่าตัด ความดูแลด้านร่างกายหลังผ่าตัด การบ้านของเด็กป่วย และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยในกิจกรรมโดยอ้อม ได้แก่ การเป็นผู้ปกครอง การปรึกษาหารือกับบุคลากรพยาบาล และกิจกรรมเพิ่มเติมที่ผู้ปกครองได้ใช้ในการดูแลเด็กป่วย ได้แก่ การใช้เวลากับเด็กป่วยรายอื่น การใช้เวลากับผู้ปกครองอื่น และการมีเวลาส่วนตัว โดยมีการระบุของผู้ปกครองว่ามีหรือไม่มีความต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย จะเห็นได้ว่าแบบประเมินนี้มีการกล่าวถึงการมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองปรารถนาจะปฏิบัติเพียงด้านเดียว และแบ่งการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองออกเพียง 3 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านกิจกรรมการพยาบาล และด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล นอกจากนี้ลักษณะของแบบประเมินยังเป็นแบบให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ ทำให้ไม่ทราบว่าแท้จริงแล้วผู้ปกครองปรารถนาจะปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลมากหรือน้อยเพียงใด ดังนั้นการนำแบบประเมินนี้ไปใช้ประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองจึงอาจไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร

2. แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วย (The Index Parent Participation: IPP) ของ Melnyk (1994) เป็นการประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กระหว่างที่เด็กอยู่ในโรงพยาบาลด้านกิจกรรมการพยาบาล โดยการถามผู้ปกครองใน

24 ชั่วโมงแรกซึ่งกิจกรรมบางอย่างผู้ปกครองอาจจะยังไม่ได้ปฏิบัติ ดังนั้นการนำแบบประเมินนี้ไปใช้ประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองจึงอาจทำให้ได้ข้อมูลไม่เพียงพอ

3. แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล ประกอบด้วยแบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติ (The Parental Actual Participation Scale: PAPS) และแบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลที่ผู้ปกครองปรารถนาที่จะปฏิบัติ (The Parental Preferred Participation Scale: PPPS) ของ Schepp (1995) ซึ่งได้พัฒนามาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1992 โดยการศึกษาเชิงสำรวจกับผู้ปกครองของเด็กป่วยจำนวน 30 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้เหตุการณ์ที่ผู้ปกครองต้องการมีส่วนร่วมเมื่อเด็กป่วยเข้ารับการรักษาทั้งหมด 56 เหตุการณ์ และได้นำข้อมูลมาหาความเที่ยงของเนื้อหาจากผู้ปกครองของเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 5 ราย ผู้บริหารพยาบาลเด็กจำนวน 5 ราย และผู้ปฏิบัติการพยาบาลเด็กจำนวน 5 ราย ได้ตัวแทนที่มีความชัดเจนของเหตุการณ์ 24 เหตุการณ์ และมีการพัฒนาลักษณะคำถามเป็นมาตราวัดระดับคะแนน 4 ระดับ ต่อมาในปี ค.ศ. 1995 Schepp ได้นำแบบประเมินดังกล่าวมาตรวจสอบคุณภาพกับกลุ่มตัวอย่างมารดาของเด็กที่มีความเจ็บป่วยเฉียบพลันจำนวน 458 ราย โดยการหาความเที่ยงตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) ด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) ได้แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองใน 4 ด้าน ทั้งที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติและปรารถนาที่จะปฏิบัติ คือ การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านกิจกรรมการพยาบาล ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล และด้านการตัดสินใจในการดูแล ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยรวมเท่ากับ .87 รายด้านอยู่ในช่วง .88 - .89 และค่าคงที่โดยการวัดซ้ำ (Test-retest) เท่ากับ .95

ต่อมา Balling and McCubbin (2001) ได้นำแบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่ผู้ปกครองปรารถนาที่จะปฏิบัติในโรงพยาบาลของ Schepp (1995) มาศึกษากับกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองของเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังจำนวน 121 ราย โดยมีค่าความเชื่อมั่นจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยรวมเท่ากับ .87 และรายด้านอยู่ในช่วง .89-.95 และต่อมา นิชกานต์ ไชยชนะ (2545) ได้แปลย้อนกลับแบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติและปรารถนาที่จะปฏิบัติในโรงพยาบาลของ Schepp (1995) และนำมาทดสอบกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองของเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังจำนวน 23 ราย โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยรวมเท่ากับ .87

และรายด้านอยู่ในช่วง .77 - .83 และค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่ผู้ปกครองปรารถนาที่จะปฏิบัติจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมเท่ากับ .86 และรายด้านอยู่ในช่วง .77 - .85 ต่อมา อัมพร รอดสุทธิ (2547) ได้นำแบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติและปรารถนาที่จะปฏิบัติในโรงพยาบาลของ Schepp (1995) ซึ่งแปลโดยนิชกานต์ ไชยชนะ (2545) และนำมาทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองของเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 21 ราย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติ โดยรวมเท่ากับ .82 และรายด้านทั้ง 4 ด้านอยู่ในช่วง .70 - .81 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่ผู้ปกครองปรารถนาที่จะปฏิบัติโดยรวมเท่ากับ .84 และรายด้านอยู่ในช่วง .71 - .86 จึงถือได้ว่าเครื่องมือแบบประเมินนี้สามารถใช้กับพ่อแม่ทารกที่ป่วยได้

เนื่องจากในการศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของ Schepp (1995) เป็นกรอบแนวคิด และใช้แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล Schepp (1995) ซึ่งแปลโดย นิชกานต์ ไชยชนะ (2545) และผู้วิจัยนำมาดัดแปลงภาษาให้เหมาะสมกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง

## 6. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง

การคลอดบุตรที่มีปัญหาทางศัลยกรรมและต้องผ่าตัดหน้าท้อง มีผลกระทบต่อการปฏิบัติบทบาทมารดา เนื่องจากภายหลังคลอด มารดาและทารกจะถูกแยกจากกันทันที อยู่ในระยะที่ไวต่อการสร้างความผูกพันระหว่างมารดาและทารกเป็นอย่างมาก ซึ่งจะทำให้มารดารู้สึกว่าคุณค่าของตนเองลดลง เนื่องจากรู้สึกว่าทารกจะรอดได้ต้องพึ่งพาอุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ต้องอยู่ภายใต้การตัดสินใจและการกำกับควบคุมเฉพาะจากบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น ทำให้มารดาขาดความมั่นใจที่จะเลี้ยงดูทารกในระยะต่อมา กลายเป็นมารดาไม่กล้ารับผิดชอบในการเลี้ยงดูทารกและคอยแต่จะพึ่งพาขอความช่วยเหลือ จากบุคลากรทางการแพทย์ตลอดเวลา (สาธิต โหตระกิตย์, 2542) การสนับสนุนให้มารดามีส่วนร่วมในการปฏิบัติบทบาทมารดาในขณะที่บุตรยัง

ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล จะช่วยสร้างความมั่นใจให้แก่มารดาว่าจะสามารถดูแลบุตรของตนเองในระยะต่อ ๆ ไปได้ (โครงการสายใยแห่งรัก, 2549)

พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญทั้งในด้านการรักษาสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการฟื้นฟูสุขภาพให้กับบุคคล เพื่อให้บุคคลสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลที่อยู่ในความดูแลได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะทารกแรกเกิดซึ่งยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยเฉพาะภาวะสุขภาพจากมารดา ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการให้คำแนะนำ และส่งเสริมมารดาในการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลบุตรที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง มีดังนี้คือ

**1. บทบาทในการดูแล** เป็นบทบาทอิสระที่สามารถปฏิบัติได้เองตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยการช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีแก่ทารกทั้งในลักษณะของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลเพื่อป้องกันอันตราย หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยช่วยเหลือให้มารดาสามารถปรับตัวต่อภาวะและข้อจำกัดต่างๆ เป็นรายบุคคล กระตุ้นให้แสดงออกถึงความรู้สึก กระตุ้นให้มารดาเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และเกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาลรวมทั้งการกระตุ้นให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตร โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลเป็นหลัก

**2. บทบาทด้านการวางแผนด้านการรักษาพยาบาล** เป็นบทบาทที่ต้องร่วมมือแพทย์และสหสาขาวิชาชีพอื่นในทีมรักษาพยาบาล รวมทั้งการวางแผนให้การพยาบาล โดยต้องประเมินสภาพของทารกเพื่อกำหนดปัญหา จัดลำดับความสำคัญ กำหนดวัตถุประสงค์ของการวางแผนให้สอดคล้องกับความต้องการของปัญหานั้น จึงทำให้การดูแลเป็นระบบ การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพ ประหยัดค่าใช้จ่าย

**3. บทบาทด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ** เป็นบทบาทที่สำคัญโดยเฉพาะการดูแลทารกแรกเกิดที่มีปัญหาทางศัลยกรรมและต้องได้รับการผ่าตัด โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนให้มารดาเห็นความสำคัญของการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และส่งเสริมสายสัมพันธ์มารดาและทารกนำไปสู่การดูแลทารกที่ถูกต้องเหมาะสม

**4. บทบาทด้านการสอนและให้คำแนะนำ** โดยการให้ความรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งการสอนจะเป็นวิธีการช่วยเหลือให้มารดาได้พัฒนาความรู้และทักษะ เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลบุตร ซึ่งในการสอนพยาบาลจำเป็นต้องประเมินความต้องการการเรียนรู้และความ

พร้อมของมารดา เนื้อหาที่สอนมีการวางแผนการสอนเป็นรายบุคคลและตรงตามปัญหาที่แท้จริงของมารดา

**5. บทบาทในการเป็นที่ปรึกษา** การทารกแรกเกิดเจ็บป่วย ทำให้มารดาเกิดความเครียดวิตกกังวล พยาบาลจำเป็นต้องใช้บทบาทของการเป็นที่ปรึกษาร่วม โดยการรับฟังและให้ข้อมูลที่ชัดเจน สัมผัส และเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก โดยการให้ข้อมูลในการดูแลบุตรรวมทั้งทางเลือกในการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่เหมาะสมกับมารดาแต่ละราย

**6. บทบาทด้านผู้ประสานงาน** เพื่อให้การรักษาพยาบาลครอบคลุมเป็นองค์รวม พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นๆ ทั้งนี้เพราะพยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับทารกและมารดามากที่สุด และเป็นผู้ให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของทารกและมารดา พยาบาลจึงต้องทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพและทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อร่วมกัน ช่วยเหลือ สนับสนุนทารกและมารดา โดยเฉพาะการปฏิบัติบทบาทมารดาในการเลี้ยงดูบุตรที่ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

**7. บทบาทด้านการวิจัย** พยาบาลต้องเป็นผู้มีความคิดริเริ่มในการพัฒนาสิ่งใหม่ๆ ซึ่งต้องอาศัยการวิจัย ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยมาพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล และการบริหารงาน การพยาบาลให้มีประสิทธิภาพโดยเฉพาะในกลุ่มทารกแรกเกิดที่มีปัญหาโรคทางศัลยกรรม พยาบาลจึงต้องทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลต่างๆ ในหน่วยงานอย่างเป็นระบบ ชี้บ่งถึงปัญหาทางการพยาบาลหรือปัญหาการบริการสุขภาพให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบ กระทำหรือร่วมมือในการทำวิจัยทางคลินิก ศึกษางานวิจัยต่างๆ และนำมาประกอบในการกำหนดมาตรฐานการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางศัลยกรรมและต้องผ่าตัด

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง เป็นบทบาทที่สำคัญยิ่งในการส่งเสริมและดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ดังนั้นพยาบาลต้องพัฒนาตนเองให้มีความรู้ ความสามารถให้เพิ่มขึ้นเพื่อให้การปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

## 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยที่เกี่ยวกับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

ณัฐพร ตระการพงษ์ และ สิริไศภิต ทิพนาค (2540) ที่ศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาลของบิดามารดาที่มีบุตรพิการรักษาในหอผู้ป่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิดโรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดาหรือมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิด โดยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 60 ราย ตั้งแต่เดือนกรกฎาคมถึงตุลาคม 2539 วัดความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล 3 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่า บิดามารดาของผู้ป่วยมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นในแต่ละครั้งที่ได้รับข้อมูลอย่างเป็นระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชุลีกร ด้านยุทธศิลป์ (2541) ศึกษาผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลและการปรับตัวในบทบาทการเป็นมารดาของมารดาคลอดบุตรก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครรภ์แรกที่คลอดบุตรก่อนกำหนดในโรงพยาบาลรามาริบัติ แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน และกลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวัดผลก่อน และหลังการทดลองซึ่งผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐานคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนทดลอง แต่กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานคะแนนความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนการปรับตัวในบทบาทการเป็นมารดาภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานคะแนนการปรับตัวในบทบาทการเป็นมารดา สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 แต่กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานคะแนนความแตกต่างของคะแนนการปรับตัวในบทบาทการเป็นมารดา ก่อนและหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

พรประภา โฉจนะวงจรร (2541) ศึกษาการได้รับข้อมูล โดยใช้คู่มือรูปภาพประกอบคำบรรยายก่อนเข้าเยี่ยมบุตรในหออภิบาลทารกแรกเกิด เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด และสัมพันธ์ภาพของมารดาและทารกระหว่างกลุ่มมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด ที่ได้รับข้อมูล โดยใช้คู่มือรูปภาพประกอบคำบรรยายก่อนเข้าเยี่ยมบุตรในหออภิบาลทารกแรกเกิด (กลุ่มทดลอง) กลุ่มมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้าเยี่ยมบุตรในหน่วยบริบาลทารกแรกเกิดตามปกติ (กลุ่มควบคุม) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ระดับความเครียดและแบบวัดสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารก ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มมารดาที่ได้รับข้อมูล โดยใช้คู่มือรูปภาพประกอบคำบรรยายก่อนเข้าเยี่ยมทารกเกิดก่อนกำหนดมีคะแนนระดับ



ความเครียดน้อยกว่ากลุ่มมารดาที่เข้าเยี่ยมทารกเกิดก่อนกำหนดตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกสูงกว่ากลุ่มมารดาที่เข้าเยี่ยมทารกเกิดก่อนกำหนดตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คณิต ฅ พัทลุง (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการให้ข้อมูลในการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลทารกของมารดาทารกที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบวัยทารกอายุ 1 เดือน- 1 ปี จำนวน 40 คน ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกของมารดาทารกป่วยด้วยโรคปอดอักเสบที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการให้ข้อมูลในการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกของมารดาทารกป่วยด้วยโรคปอดอักเสบที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการให้ข้อมูลในการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Kirschbaum (1990) ศึกษาความต้องการของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กก่อนย้ายออกจากหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมจำนวน 41 ราย พบว่าความต้องการที่บิดามารดาส่วนใหญ่ต้องการคือ ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของบุตรมากที่สุด และเกือบครึ่งหนึ่งต้องการพูดคุยกับพยาบาลทุกวัน

Aimin (1999) ที่ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลในกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

### งานวิจัยที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดา

วิชรภรณ์ เขียววัฒนา (2536) ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมมารดาให้มีส่วนร่วมในการให้นมบุตรคลอดก่อนกำหนด ขณะบุตรอยู่โรงพยาบาลต่อความพึงพอใจของมารดาและระยะเวลาในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของทารกคลอดก่อนกำหนด ที่คลอดในโรงพยาบาลหรือพยาบาล จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการให้นมบุตรขณะที่บุตรอยู่โรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า มารดากลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการให้นมบุตรขณะ

อยู่โรงพยาบาลมีความพึงพอใจการมีส่วนร่วมให้มนบุตรขณะบุตรอยู่โรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ณิกานต์ ไชยชนะ (2545) ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติ และปรารถนาจะปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่าผู้ปกครองทั้งหมดปรารถนาที่จะปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กโดยรวม ร้อยละ 76.6 และปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านกิจกรรมการพยาบาล และด้านแลกเปลี่ยนข้อมูลในระดับดีมากคือ ร้อยละ 85.5 75.9 และ 91.7 ตามลำดับ และร้อยละ 56.6 ปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจในระดับปานกลางและการมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติ และปรารถนาจะปฏิบัติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

กมลเนตร ใฝ่ชำนาญ (2546) ศึกษาผลของการให้มารดามีส่วนร่วมซึ่งกันและกันกับพยาบาลในการดูแลบุตรที่เกิดก่อนกำหนดต่อความเครียดของมารดา กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาและทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหน่วยบริบาลทารกแรกเกิดโรงพยาบาลเลยจำนวน 30 ราย โดยมารดากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องอายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษาของมารดา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แผนการให้มารดามีส่วนร่วมซึ่งกันและกันกับพยาบาลในการดูแลบุตรที่เกิดก่อนกำหนดในหน่วยบริบาลทารกแรกเกิด คู่มือประกอบการเตรียมความพร้อมมารดา แบบประเมินความรู้ ทักษะและความพร้อมของมารดา และแบบสังเกตพฤติกรรมสัมพันธภาพระหว่างมารดา และทารกแบบสัมพันธระดับความเครียดของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจากมารดาเข้าเยี่ยมบุตรในหออภิบาลทารกแรกเกิด ผลการวิจัยพบว่ามารดากลุ่มทดลองที่ได้มีส่วนร่วมซึ่งกันและกันกับพยาบาลในการดูแลบุตรที่เกิดก่อนกำหนดในหน่วยบริบาลทารกแรกเกิดมีความเครียดน้อยกว่ามารดากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p = .011$ )

Curley (1988) และ Curley and Wallace (1992) ได้ศึกษาผลของการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมซึ่งกันและกันในการดูแล (NMPMC) ต่อความเครียดของบิดามารดา ที่มีบุตรป่วยในหอผู้ป่วยหนักโดยใช้แนวคิดความเครียดเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย ทฤษฎีวิถีชีวิตของ Hill's ABCX และแนวคิดการมีส่วนร่วม (Mutual participation) ตามรูปแบบ NMPMC (Nursing mutual participation model of care) ของ Brody โดยปรับจากของ Szasz and Hollender ผลการวิจัยพบว่า บิดามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามแนวคิดการมีส่วนร่วมซึ่งกันและกันในการดูแลมีระดับความเครียดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**Kristensson-Hallstrom (2000)** ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่อยู่ในโรงพยาบาลในผู้ปกครองจำ นวน 40 รายของตึกศัลยกรรม พบว่าผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเบื้องต้นในเรื่อง ความสะอาดของร่างกาย และการให้อาหารและเชื่อว่าผู้ปกครองสามารถปฏิบัติสิ่งที่คุ้นเคยที่เคยทำ ที่บ้าน ซึ่งกิจกรรมต่างๆ ดังกล่าว ผู้ปกครองเต็มใจและสามารถให้การดูแลเด็กป่วย

**Balling and McCubbin (2001)** ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังจำ นวน 121 ราย พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านกิจกรรมที่ทำ ประจำ ในระดับมากเป็นอันดับ 3 รองจากด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและด้านกิจกรรมการพยาบาลตามลำดับ จะเห็นได้ว่า ผู้ปกครองปรารถนาจะปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านกิจกรรมที่ทำ ประจำ ในเรื่อง การช่วยเหลือให้ได้รับความสุขสบาย การรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดของร่างกาย และการขับถ่าย

**Polkki et al. (2002)** ได้ศึกษาเรื่อง ความเห็นของพ่อแม่เด็กต่อการมีส่วนร่วมในการช่วยลดความเจ็บปวดของบุตรและข้อเสนอแนะที่ให้แก่อุ้ใช้บริการสุขภาพ (Parental views on Participation in their child pain relief measures and recommendations to health care providers) จากผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 192 คน พบว่าบิดามารดาของเด็กที่มีอาการเจ็บปวดทางศัลยกรรม มีความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรเพื่อลดอาการเจ็บปวดทางศัลยกรรมถึง 98 % และพบว่าบิดามารดาส่วนมากเสนอแนะให้บุคลากรทางสุขภาพจัดเตรียมการให้ข้อมูลในการดูแลบุตรเพื่อลดอาการเจ็บปวดทางศัลยกรรมให้แก่บุตร

### งานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติบทบาทมารดา

ฟองคำ ติลกสกุลชัย และ นิลุบล รุจิรประเสริฐ (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การสนับสนุนทางสังคม กับการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในมารดาที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ซึ่งเข้ารับการรักษาในหน่วยดูแลทารกแรกเกิดที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จำนวน 60 คน ผลการศึกษา พบว่า ความเครียดของมารดาที่เกิดจากสภาพแวดล้อมในหน่วยดูแลทารกแรกเกิด ลักษณะและพฤติกรรมของบุตรที่ปรากฏมีความสัมพันธ์ทางลบกับความมั่นใจในการกระทำบทบาทการเป็นมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดิษยา กมลสุนทร (2539) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของหญิงครรภ์แรก ซึ่งศึกษาในหญิงครรภ์แรกคลอดบุตรแล้ว

24 ชั่วโมง ณ โรงพยาบาลมหาสารคามนครราชสีมา จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านวัตถุ และ ด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในช่วงเวลาตั้งครรภ์ของหญิงครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ลาวัลย์ ไบมณฑา (2545) ได้ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการแสดงบทบาทการเป็นมารดา กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่ตึกสูติกรรมหลังคลอดโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ ระหว่างเดือนก.ค. 2544 ถึงเดือน มี.ค. 2545 จำนวน 60 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่แบบสัมภาษณ์การทำกิจวัตรประจำวัน ในช่วงเวลาที่ 12 24 และ 48 หลังการผ่าตัดและแบบวัดการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในวันที่ 3 หลังการผ่าตัด ผลการวิจัยพบว่าคะแนนการแสดงบทบาทการเป็นมารดาของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัทมกร สิงห์กล้า (2550) ได้ศึกษาผลของการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมซึ่งกันและกันของมารดาต่อบทบาทมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะวิกฤตเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่คลอดทารกเกิดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤตในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนสิงหาคม ปี 2550 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนบทบาทมารดา ภายหลังจากทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และค่าเฉลี่ยคะแนนบทบาทมารดาของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Miles and Carter (1983) ได้ศึกษาในบิดามารดาเด็กในไอซียู พบว่า พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่มีส่วนช่วยให้บิดามารดาได้อยู่ใกล้เด็ก และทำให้เด็กมีความมั่นใจได้ว่าจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งมารดามีความต้องการการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ การสนับสนุนในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำบทบาทหน้าที่ของมารดา ในการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรเท่าที่จะสามารถทำได้ เช่น การให้ออกาสสร้างสัมพันธภาพกับบุตร การอุ้ม ปลอดภัยน พุดคุยสัมผัส เปลี่ยนผ้าอ้อม ให้นม

Hunter et al. (1987) ศึกษา พบว่า มารดามากกว่าครึ่งหนึ่งมีความต้องการในการแสดงบทบาทการเป็นมารดา เช่น การอยู่กับบุตรและปลอดภัยบุตรขณะและภายหลังที่บุตรได้รับการตรวจรักษา การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลบุตรขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากแพทย์หรือพยาบาล การมีส่วนร่วมหรือการรับรู้ในการวางแผนการรักษานบุตร และการช่วยดูแล

ด้านร่างกายแก่บุตร เป็นต้น ซึ่งหากมารดาไม่สามารถแสดงบทบาทดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม อาจทำให้สัมพันธภาพระหว่างมารดา และทารกเป็นไปได้ไม่ดี นำไปสู่การเกิดการเลี้ยงดูที่ไม่ดี

Miles (1992) ศึกษาถึงความสัมพันธ์เกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรมของทารก และการสูญเสียบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต ในความเป็นจริง ความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกเป็นสิ่งที่ทำให้มารดาเกิดความเครียด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการแสดงบทบาทการเป็นมารดา โดยลักษณะของการถูกลดบทบาทการเป็นมารดาที่ถือว่าเป็นความยากในการแสดงบทบาทการเป็นมารดามากที่สุด คือ การไม่รู้ว่าจะให้ การช่วยเหลือเด็กอย่างไรจึงจะดีที่สุด การไม่สามารถที่จะลดความกลัวของทารกให้น้อยที่สุดได้ และการไม่สามารถปกป้องบุตรจากการได้รับความเจ็บปวดได้ จากบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ มารดารู้สึกหมดหวังที่จะช่วยเหลือบุตร

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าพยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับมารดาในช่วงหลังคลอดและเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมทักษะให้มารดาเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทมารดาในขณะที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการรักษาของทารกแก่มารดาเป็นระยะๆ เพื่อให้มารดาเกิดการยอมรับลักษณะของทารกตามความเป็นจริง และส่งเสริมให้มารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารกตั้งแต่ระยะแรก โดยการให้คำแนะนำช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด เพื่อให้มารดาเกิดทักษะและความมั่นใจในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้จัดทำแผนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การพยาบาลทารกและส่งเสริมให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเพื่อส่งผลต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกที่ถูกต้องเหมาะสม จากการใช้แนวคิดการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดามาเป็นกรอบแนวคิดผู้วิจัยจึงได้สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา

เป็นแผนการพยาบาลที่ผสมผสานแนวคิดการให้ข้อมูลของ Leventhal and Johnson (1983) และแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Schepp (1995) ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1** การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน โดยครอบคลุมแนวคิดการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนของ Leventhal and Johnson (1983) ประกอบไปด้วย

1) การให้ข้อมูลด้านกระบวนการ การให้ข้อมูลเรื่อง สภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา สภาพแวดล้อมทั่วไป อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน กิจกรรมการพยาบาล กฎระเบียบและข้อควรปฏิบัติ

2) การให้ข้อมูลด้านความรู้สึก การให้ข้อมูลเรื่อง สภาพและเหตุการณ์ที่รับรู้ผ่านประสาทสัมผัส ภาพของทารกแรกเกิดก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง เสียงเตือนของเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้กับทารก

**กิจกรรมที่ 2** การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง โดยครอบคลุมแนวคิดการมีส่วนร่วมทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดของ Schepp (1995) ประกอบด้วย

1) การดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำ โดย การโอบอุ้มสัมผัส การเล่นกับบุตร การได้กล่อมบุตรก่อนนอน การให้นมหรือน้ำ การเช็ดตัวให้บุตร การจัดหาเสื้อผ้าสำหรับทารก

2) การดูแลด้านกิจกรรมการพยาบาล โดยการอยู่กับทารกและช่วยเหลือในระหว่างที่ได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาล เช่น ช่วยจับทารกขณะทำแผลผ่าตัด เจาะเลือด

3) การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างมารดาและบุคลากรพยาบาล โดยการให้บุคลากรพยาบาลอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และมารดาสอบถามเกี่ยวกับแผนการตรวจรักษา

4) การตัดสินใจในการดูแล โดย การที่มารดามีส่วนร่วมตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับการตรวจและการรักษา การเป็นผู้ตัดสินใจว่าใครควรเยี่ยม

**กิจกรรมที่ 3** ประเมินและติดตามผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา ในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ในวันที่ 5 ของการเข้าเยี่ยม

การปฏิบัติ  
บทบาทการ  
เป็นมารดา  
1) การมี  
สัมพันธภาพ  
กับบุตร  
2) การปฏิบัติ  
กิจกรรมการ  
ดูแลบุตร  
(Jensen and  
Bobak,  
1985)

## แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาถึงผล การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในการ ดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง เป็นการศึกษาระบบสองกลุ่มวัดครั้งเดียว (The Posttest - Only With Nonequivalent Groups) ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้ (Burns and Grove, 1997 อ้างถึงใน รัตนะศิริ ทาโต, 2551)

กลุ่มทดลอง	X	O <sub>1</sub>
กลุ่มควบคุม		O <sub>2</sub>

โดย

- X หมายถึง การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา
- O<sub>1</sub> หมายถึง การวัดการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการ ผ่าตัดหน้าท้องหลังการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของ มารดา
- O<sub>2</sub> หมายถึง การวัดการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการ ผ่าตัดหน้าท้องหลังได้รับการพยาบาลตามปกติของมารดา

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ประชากรของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ มารดาที่มีทารกแรกเกิดที่มีปัญหาศัลยกรรม และได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด

**กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ มารดาของทารกแรกเกิดที่มีปัญหา ศัลยกรรมและได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เป็นการเลือกตัวอย่างตามสะดวก (Convenience

sampling) จำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือก เข้าร่วมในการวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้

- มารดา:**
1. เป็นมารดาที่บุตรมีปัญหาทางศัลยกรรมและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหน้าท้องและทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด
  2. มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีความผิดปกติที่วินิจฉัยได้และเป็นอันตรายต่อชีวิต รวมทั้งไม่เป็นโรคติดต่อที่สามารถแพร่เชื้อได้และเป็นอันตรายต่อทารก
  3. ไม่มีความผิดปกติของการได้ยิน
  4. พูด ฟัง อ่านภาษาไทยเข้าใจ และสามารถให้ข้อมูลได้
  5. มาเยี่ยมทารกขณะทารกพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยตัวเอง
  6. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้
- ทารก:**
1. เป็นทารกแรกเกิดที่มีปัญหาทางศัลยกรรม อายุอยู่ในช่วงแรกเกิด - 30 วัน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างอื่นร่วมด้วย และได้รับการผ่าตัดหน้าท้องภายหลังเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด 1 สัปดาห์
  2. ไม่มีความพิการ และความผิดปกติสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต ได้แก่ ปาก แหว่งเพดานโหว่ และโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
  3. มารดาทารกและแพทย์เจ้าของไข้อนุญาตให้เข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

- มารดา :**
1. มีอาการแทรกซ้อนภายหลังคลอด ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอด ล้วงรก มีไข้แผลติดเชื้อ มีภาวะซีมเศร้ารุนแรง หรือความผิดปกติที่ไม่สามารถให้การดูแลทารกได้ในระหว่างได้รับแผนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา
  2. มารดาได้รับแผนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาไม่ครบทุกขั้นตอน
- ทารก :**
1. ทารกมีอาการเปลี่ยนแปลงถึงขั้นภาวะวิกฤตระหว่างที่มารดาได้รับแผนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา เช่น หายใจเหนื่อย เหงื่อ หยุดหายใจ หรือ ต้องใส่ท่อช่วยหายใจหรือเสียชีวิตระหว่างการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีมารดาหรือทารกที่ต้องคัดออกจากการทดลอง



### การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ควรมีกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยที่สุดกลุ่มละ 15 ราย (Polit and Hungler, 1999) และเพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเข้าใกล้โค้งปกติ และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรที่ดี (Burns and Grove, 2001) ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 40 ราย ประกอบด้วยกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย

### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบการเลือกตัวอย่างตามสะดวก (Convenience sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 ราย ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมไว้ก่อน 20 ราย เพื่อรอกกลุ่มตัวอย่างในการทดลองที่จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมเรียบร้อยแล้ว เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เนื่องจากผู้ปกครองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีโอกาสพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันและส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนภายในได้ และป้องกันผลทางด้านจิตใจของมารดาในกลุ่มควบคุม ที่อาจเกิดขึ้นจากการเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง นอกจากนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองโดยการจับคู่ (Matched pair) ในด้านอายุและประสบการณ์ในการดูแลบุตร เนื่องจากการศึกษา พบว่า อายุ 30 ปีขึ้นไปมีคุณภาพเหมาะสมที่จะได้รับความสำเร็จในการเลี้ยงดูบุตรมากที่สุด (Mercer, 1981) และการมีประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตร เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกในการปฏิบัติบทบาทมารดา (เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, 2543) และเพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จึงจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมก่อนจนครบจำนวน 20 ราย และจึงจัดกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย หลังเข้ากลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย มีรายละเอียดดังตารางแสดงข้อมูลคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจำแนกตาม อายุ และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร และ ตารางแสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 อายุ และ ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตรของมารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องของมารดาในกลุ่มควบคุม และ มารดาในกลุ่มทดลอง

คู่ที่	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	อายุ (ปี)	ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร	อายุ (ปี)	ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร
1.	19	ไม่เคย	15	ไม่เคย
2.	17	ไม่เคย	16	ไม่เคย
3.	17	ไม่เคย	18	ไม่เคย
4.	18	เคย	19	เคย
5.	24	ไม่เคย	23	ไม่เคย
6.	27	ไม่เคย	29	ไม่เคย
7.	28	เคย	26	เคย
8.	24	ไม่เคย	29	ไม่เคย
9.	20	ไม่เคย	24	ไม่เคย
10.	26	ไม่เคย	21	ไม่เคย
11.	23	ไม่เคย	24	ไม่เคย
12.	28	เคย	27	เคย
13.	25	เคย	21	เคย
14.	28	เคย	22	เคย
15.	30	ไม่เคย	32	ไม่เคย
16.	33	ไม่เคย	32	ไม่เคย
17.	35	ไม่เคย	33	ไม่เคย
18.	36	เคย	37	เคย
19.	30	ไม่เคย	32	ไม่เคย
20.	35	ไม่เคย	38	ไม่เคย

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ประสบการณ์ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคทางศัลยกรรมต้องได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง และ ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร (n = 40) ของกลุ่มควบคุม และ กลุ่มทดลอง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ (ปี)</b>						
น้อยกว่า 20 ปี	4	20	4	20	8	20
20 - 29 ปี	10	50	10	50	20	50
30 - 40 ปี	6	30	6	30	12	30
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>						
ประถมศึกษา	5	25	4	20	9	22.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	15	7	35	10	25
มัธยมศึกษาตอนปลาย	9	45	3	15	12	30
ปริญญาตรี	2	10	5	25	7	17.5
ปริญญาโทขึ้นไป	-	-	1	5	1	2.5
อื่น ๆ (ปวส.)	1	5	-	-	1	2.5
<b>อาชีพ</b>						
แม่บ้าน	5	25	8	40	13	32.5
ค้าขาย	2	10	1	5	3	7.5
รับจ้างทั่วไป	10	50	5	25	15	37.5
รับราชการ	-	-	1	5	1	2.5
รัฐวิสาหกิจ	-	-	3	15	3	7.5
กำลังศึกษา	-	-	2	10	2	5
ธุรกิจส่วนตัว	2	10	-	-	2	5
อื่น ๆ	1	5	-	-	1	2.5

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ประสบการณ์ในการดูแล</b>						
<b>บุตรที่ป่วยโดยโรค</b>						
<b>ศัลยกรรมและได้รับการ</b>						
<b>ผ่าตัด</b>						
เคยมีประสบการณ์	1	5	-	-	1	2.5
ไม่เคยมีประสบการณ์	19	95	20	100	39	97.5
<b>ประสบการณ์ในการเลี้ยง</b>						
<b>บุตร</b>						
เคยมีประสบการณ์	6	30	6	30	12	30
ไม่เคยมีประสบการณ์	14	70	14	70	28	70

## เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่** การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา ประกอบด้วย

- 1.1 แผนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา
- 1.2 สไลด์มัลติมีเดียเรื่อง "การเตรียมมารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน"
- 1.3 คู่มือสำหรับมารดาที่บุตรได้รับการผ่าตัดหน้าท้องในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด

**1.1 แผนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา** ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดในการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาโดยครอบคลุม แนวคิดการให้ข้อมูลของ Leventhal and Johnson (1983) และแนวคิดการมีส่วนร่วมของมารดาของ Schepp (1995) รวมทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่มีขั้นตอนดังนี้

**1.1.1** ศึกษาเอกสาร ตำรา บทความ ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการให้ข้อมูล แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว และการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง

**1.1.2** สร้างแผนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาตามแนวคิดการให้ข้อมูลของ Leventhal and Johnson (1983) ได้แก่ การให้ข้อมูลด้านกระบวนการให้ข้อมูลด้านความรู้สึก และตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลตามแนวคิดของ Schepp (1995) ที่มารดาสามารถมีส่วนร่วมได้ในขณะดูแลบุตรขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ในด้าน การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมการพยาบาล การมีส่วนร่วมใน ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบิดามารดาและบุคลากรทางการแพทย์ การมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจการดูแลบุตรผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของมารดาในการดูแลบุตรร่วมกับสามีและฝึกมารดาให้ปฏิบัติหน้าที่มารดาที่มีการปฏิบัติบทบาทมารดาที่ถูกต้องเหมาะสมจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของทารก การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลในกิจกรรมที่มารดาสามารถมีส่วนร่วมได้ ดังนี้คือ

### กิจกรรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

วันที่ 1 มารดามาเยี่ยมครั้งแรก ผู้วิจัยเข้าพบมารดาเป็นรายบุคคลก่อนที่มารดาเข้าเยี่ยมทารก พร้อมทั้งแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพมารดา และขอความร่วมมือในการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมในการวิจัย เปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งให้อ่านเอกสาร ข้อมูล สำหรับกลุ่มตัวอย่าง (Patient/participation information sheet) เมื่อมารดายินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงให้มารดาเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย (Informed consent form) หลังจากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของมารดาและทารก (ใช้เวลารายละประมาณ 20 นาที) จากนั้นเป็นการเข้าร่วมกิจกรรม

ตามแผนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยอธิบายถึงกิจกรรมที่มารดาในกลุ่มทดลองจะได้รับโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเฉพาะในวันแรกที่มารดาเข้าเยี่ยมและการมีส่วนร่วมของมารดาใน วันที่ 1 - วันที่ 5 โดยมีรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมดังนี้คือ

1. ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล เรื่อง การเตรียมมารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน โดยการให้ข้อมูลด้วยวิธีสไลด์มัลติมีเดีย เป็นภาพและเสียงประกอบคำบรรยาย ที่ใช้ในการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ประกอบด้วย

1) การให้ข้อมูลด้านกระบวนการ เป็นการให้ข้อมูลในเรื่องสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา สภาพแวดล้อมทั่วไป อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน กิจกรรมการพยาบาล กฎระเบียบและข้อควรปฏิบัติต่าง ๆ ในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมทารกแรกเกิด

2) การให้ข้อมูลด้านความรู้สึก เป็นการให้ข้อมูลในเรื่องสภาพและเหตุการณ์ที่มารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง จะได้รับรู้ผ่านประสาทสัมผัส เช่น มองเห็น ได้ยิน สัมผัส ลิ้มรส และได้กลิ่น เช่น ภาพของทารกแรกเกิดก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง เสียงเตือนต่างๆ ของเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารกแรกเกิดและการได้เดินสำรวจสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิดก่อนเข้าเยี่ยมจริงมีเนื้อหาครอบคลุม และสอดคล้องกับแผนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา (ใช้เวลารายละเอียดประมาณ 30 นาที)

2. ผู้วิจัยมอบเอกสารคู่มือ สำหรับมารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิดเพื่อให้มารดาไว้ทบทวนและเป็นแนวทางในการดูแลทารกต่อไป

3. ให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเพื่อให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของมารดาให้ครบทั้ง 4 ด้าน คือ

- 1) การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ทำประจำ
- 2) การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมการพยาบาล
- 3) การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากร
- 4) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลทารก

ต่อมาผู้วิจัยจะเข้าไปซักถามพูดคุยถึงกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรค ให้การช่วยเหลือในกิจกรรมที่มารดายังขาดความมั่นใจและปฏิบัติไม่ถูกต้อง และเสริมแรงโดยการกล่าวคำชมมารดาเมื่อมารดาปฏิบัติกิจกรรมการมีส่วนร่วมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (ใช้เวลา รายละเอียดประมาณ 60 นาที)

วันที่ 2 - วันที่ 4 เป็นกิจกรรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของมารดาให้ครบทั้ง 4 ด้าน ต่อเนื่องจากวันที่ 1 พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาพร้อมกันและให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลที่เพียงพอ ทารก หลังจากนั้นผู้วิจัยจะจัดส่งเสริมสนับสนุนให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องต่อไป (ใช้เวลารายละเอียดประมาณ 60 - 90 นาที/วัน)

วันที่ 5 ประเมินและติดตามผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกของมารดา หลังจากการจัดกิจกรรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา ผู้วิจัยได้แจ้งระยะเวลาสิ้นสุดการวิจัยและให้มารดาประเมินการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาโดยให้มารดาทำแบบสอบถาม 2 ชุด คือ แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่บุตรได้รับการผ่าตัดหน้าท้องและแบบประเมินการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง (ใช้เวลารายละเอียดประมาณ 30 นาที)

**1.2 สไลด์มัลติมีเดียเรื่อง "การเตรียมมารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน"** มีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมความพร้อมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง เป็นภาพและเสียงประกอบคำบรรยาย ที่ใช้ในการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ให้แก่มารดาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด ประกอบด้วยหัวข้อที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมทั่วไป อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด การปฏิบัติตนขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการให้ข้อมูลของ Leventhal and Johnson (1983) และตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลตามแนวคิดของ Schepp (1995) ที่มารดาสามารถมีส่วนร่วมได้ในขณะดูแลทารกที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีเนื้อหาครอบคลุม และสอดคล้องกับแผนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา

**1.3 คู่มือสำหรับมารดาที่มีบุตรที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด** มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติตนของมารดาในการเข้าเยี่ยมบุตร และการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลบุตรที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง เป็นเอกสารที่มีรายละเอียดในเรื่องเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมทั่วไป อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม

ทารกแรกเกิด การปฏิบัติตนขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวความคิดการให้ข้อมูลของ Leventhal and Johnson (1983) และตามแนวความคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลตามแนวคิดของ Schepp (1995) มีเนื้อหาครอบคลุม และสอดคล้องกับแผนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่มีบุตรได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (บังอร ต้อยติง, 2543) โดยศึกษาจากแนวความคิดการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดา ของ Jensen and Bobak (1985) ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของทารกและมารดา ซึ่งประกอบด้วย

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทารก ประกอบไปด้วยรายชื่อ อายุ น้ำหนัก การวินิจฉัยโรคแรกพบ วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ชนิดการผ่าตัด รวมเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

2) ข้อมูลทั่วไปของมารดา ประกอบไปด้วยอายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ประสบการณ์ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคทางศัลยกรรมและได้รับการผ่าตัด ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาที่มีบุตรได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ซึ่งพัฒนามาจากแนวความคิดการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดา ของ Jensen and Bobak (1985) โดยดัดแปลงมาจากการศึกษาสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อย ของ บังอร ต้อยติง (2543) จำนวน 30 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามในด้านบวกทั้งหมด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) การมีสัมพันธภาพกับบุตร	จำนวน	17	ข้อ
2) การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร	จำนวน	13	ข้อ

โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เป็นความจริงเลย จนถึง เป็นความจริงมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

คะแนน  
ไม่เป็นความจริงเลย = 1

ระดับการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลบุตร  
ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความรู้สึกความคิดหรือ  
การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรของผู้ตอบเลย (0-24%)



เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย = 2	ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกความคิดหรือ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรของผู้ตอบบ้างเล็กน้อย (25- 49%)
เป็นความจริงปานกลาง = 3	ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกความคิดหรือ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรของผู้ตอบปานกลาง (50-74%)
เป็นความจริงเป็นส่วนมาก = 4	ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกความคิดหรือ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรของผู้ตอบเป็นส่วนมาก (75-89%)
เป็นความจริงมากที่สุด = 5	ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกความคิดหรือ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรของผู้ตอบมากที่สุด (90-100%)

เกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันแล้วนำไปหา  
ค่าเฉลี่ย โดยใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ย ดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542)

ค่าคะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
1.00-1.49	การปฏิบัติบทบาทมารดาอยู่ในระดับน้อยที่สุด
1.50-2.49	การปฏิบัติบทบาทมารดาอยู่ในระดับน้อย
2.50-3.49	การปฏิบัติบทบาทมารดาอยู่ในระดับปานกลาง
3.50-4.49	การปฏิบัติบทบาทมารดาอยู่ในระดับมาก
4.50-5.00	การปฏิบัติบทบาทมารดาอยู่ในระดับมากที่สุด

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินการมีส่วนร่วมของมารดาตาม  
แนวคิดของ Schepp ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของ  
ผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลตามแนวคิดของ Schepp โดยปรับปรุงมาจากแบบ  
วัดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังขณะรับการรักษาใน  
โรงพยาบาล ของ นิชกานต์ ไชยชนะ (2545) โดยปรับข้อความให้เหมาะสมและสอดคล้องกับ  
กิจกรรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง โดยประเมิน  
ในขณะที่ทารกได้รับการผ่าตัดหน้าท้องและพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในวันที่ 5 เป็นแบบประเมิน  
โดยให้มารดาตอบว่ามีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นมากน้อยเพียงใด เพื่อให้ตรวจสอบว่า ภายหลังจาก

ให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกซึ่งมารดาสามารถปฏิบัติได้ มารดามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมนั้นมากน้อยเพียงใด ซึ่งแบบประเมินครอบคลุมการมีส่วนร่วมของมารดาตามแนวคิดของ Schepp ทั้ง 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ทำประจำ การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมการพยาบาล การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างมารดากับบุคลากรพยาบาล และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการดูแลทารก โดยลักษณะของข้อคำถามทั้งหมดเป็นลักษณะข้อคำถามด้านบวก ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามในด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลในกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ จำนวน 5 ข้อ ข้อคำถามด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมการพยาบาล จำนวน 6 ข้อ ข้อคำถามในด้านการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างมารดากับบุคลากรพยาบาล จำนวน 4 ข้อ และข้อคำถามด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลเด็กป่วยจำนวน 4 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 19 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่ได้ปฏิบัติ จนถึงได้ปฏิบัติทุกครั้ง โดยมีเกณฑ์ดังนี้คือ

ไม่ได้ปฏิบัติ	หมายถึง	1	คะแนน
ได้ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	2	คะแนน
ได้ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	หมายถึง	3	คะแนน
ได้ปฏิบัติทุกครั้ง	หมายถึง	4	คะแนน

คะแนนรวมมากแสดงว่ามารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องมาก และถ้าคะแนนรวมน้อยแสดงว่ามารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องน้อย โดยมีการแบ่งเกณฑ์คะแนนดังนี้

#### เกณฑ์การประเมินการกำกับการทดลอง

คะแนนการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง จากแบบสอบถามจำนวน 19 ข้อคำถาม ซึ่งแต่ละข้อมีมาตรวัด 4 ระดับ ดังนั้นคะแนนจะอยู่ในช่วง 19-76 คะแนน ผู้วิจัยแบ่งคะแนนแบบอิงเกณฑ์เป็น 4 ระดับได้ดังนี้

ช่วงคะแนน	คิดเป็นร้อยละ	ระดับคะแนน
19 - 45	50-59	ขั้นต่ำ
46 - 53	60-69	ปานกลาง
54 - 60	70-79	ดี
61 - 76	80-100	ดีมาก

เกณฑ์ที่ยอมรับว่า มารดาผ่านเกณฑ์การประเมินการกำกับการตลาด คือ คะแนนต้องมากกว่า 61 คะแนน จากคะแนนเต็ม 76 คะแนน คิดเกณฑ์ร้อยละ 80 ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง สำหรับการศึกษาครั้งนี้มารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องทั้ง 20 คน ได้คะแนนการมีส่วนร่วมของมารดาผ่านเกณฑ์ 80 % ทั้งหมด

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

#### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยผู้วิจัยนำเนื้อหาในส่วนของ แผนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา บทสไลด์มัลติมีเดียเรื่อง "การเตรียมมารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน" และคู่มือสำหรับมารดาที่บุตรได้รับการผ่าตัดหน้าท้องในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหา และภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน และ พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลเด็ก (APN) จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ความครอบคลุม ความสอดคล้อง ความถูกต้องของเนื้อหา รวมทั้งความชัดเจนของการใช้ภาษา หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีคำแนะนำและข้อเสนอแนะในการแก้ไขและปรับปรุงดังนี้

1.1.1 แผนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา ควรมีการปรับปรุงดังนี้คือ 1) การกำหนดวัตถุประสงค์ในการให้ข้อมูลควรเพิ่มข้อความ "ในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง" ในวัตถุประสงค์ทุกข้อเพื่อให้เกิดความชัดเจนขึ้นไม่คลุมเครือ 2) เนื้อหาการให้ข้อมูลที่ควรเพิ่ม เหตุผลของการปฏิบัติกิจกรรมแต่ละอย่างเพื่อให้มารดาตระหนักถึงความสำคัญและนำไปปฏิบัติ การบิบบเก็บน้ำนมมารดา และเวลาที่เหมาะสมในการดูแล 3) ให้เพิ่มภาพในสื่อการให้ข้อมูล คือ ภาพขั้นตอนการล้างมือ และภาพมารดาใส่เสื้อกาวน์เปลี่ยนรองเท้านก่อนเข้าเยี่ยมทารก

1.1.2 สไลด์มัลติมีเดียเรื่อง "การเตรียมมารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน" ในเรื่องภาพควรมีภาพเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิดที่ถ่ายพร้อมกันบริเวณหน้าหอผู้ป่วยและภาพทารกที่หายเป็นปกติหรือทารกที่มีสุขภาพดีเพื่อให้มารดารู้สึกดี ส่วนในด้านของเสียงควรปรับคำว่า "ต้อบทารก" เป็น "ตู้เพื่อให้ความอบอุ่นแก่ทารก"

1.1.3 คู่มือสำหรับมารดาที่บุตรได้รับการผ่าตัดหน้าท้องในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด ในด้านรูปประกอบเนื้อหาให้ระบุสิ่งต่างๆที่ต้องการให้ทราบในแต่ละรูป เช่น แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่ และเพิ่มรูปภาพคือ อ่างล้างมือ, น้ำยาล้างมือ, ผ้าเช็ดมือ, ที่ทิ้งผ้าเช็ดมือ, ถังทิ้งเสื่อคลุมที่ใช้แล้ว, ภาพบริเวณที่ให้สารน้ำและภาพถุงสำหรับบีบเก็บน้ำนมมารดาที่ระบุชื่อ-สกุล วัน เดือน ปี เวลาที่เก็บนมมารดา

จากนั้นนำเครื่องมือดังกล่าวมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อ ตรวจสอบความสมบูรณ์อีกครั้งหนึ่ง และนำไปทดลองใช้กับมารดาที่มีบุตรได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่มีสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 30 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจของมารดาและความชัดเจนของภาษาที่ใช้ แล้วนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

ผลการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ พบว่า มารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องเข้าใจ สนใจ และให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาเป็นอย่างดี รวมทั้งเสนอว่าควรจัดกิจกรรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา จนกว่าทารกสามารถกลับบ้านได้

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาที่บุตรได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาเนื้อหาตามความเหมาะสมและความครอบคลุมของข้อคำถาม แล้วนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความถูกต้องของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ จำนวน 2 คน และ พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลเด็ก (APN) จำนวน 3 คน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) โดยใช้เกณฑ์ CVI มากกว่า 0.80 (Polit and Hungler, 1999) โดยกำหนดผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างคำถามกับค่านิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังมีความหมายในแต่ละระดับคือ (Hambleton และคณะ, 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณทรากูร, 2550)

ระดับ 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับค่านิยามเลย

ระดับ 2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยาม

ระดับ 3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย  
จึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยาม

ระดับ 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยาม

สูตรการคำนวณค่า  $CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$

ตามสูตรข้างต้นได้ค่า  $CVI$  ของการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาที่บุตรได้รับการผ่าตัด  
หน้าท้อง  $CVI = 1$

1.3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือกำกับการทดลองที่สร้างขึ้น  
นำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณา  
เนื้อหา ความเหมาะสม และความครอบคลุมของข้อคำถาม หลังจากปรับปรุงและแก้ไขแล้ว นำไป  
ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความถูกต้องของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน นำ  
แบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาความตรง  
ตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และใช้เกณฑ์ค่า  $CVI$  มากกว่า .80 (Polit and  
Hungler, 1999) โดยใช้เกณฑ์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเห็นตรงกัน 4 คน จาก  
ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ผลของการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา  $CVI = .94$

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒินำมาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแก้ไขและ  
ปรับปรุงข้อคำถาม เกี่ยวกับการใช้ภาษาที่ใช้ในข้อคำถามบางข้อ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างอ่านแล้ว  
เข้าใจตรงกัน รวมทั้งปรับปรุงข้อคำถามให้มีความกระชับอ่านแล้วเข้าใจยิ่งขึ้น ก่อนนำไปใช้จริง

## 2. การหาความเที่ยง (Reliability)

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดที่  
ได้รับการปรับปรุงและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้ (try out) กับมารดาที่  
บุตรได้รับการผ่าตัดหน้าท้องที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รายที่หอผู้ป่วย  
ศัลยกรรมทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหา  
ค่าความเที่ยง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)  
โดยใช้เกณฑ์ที่ยอมรับได้ที่มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ  $\geq 0.80$  (Burns and Grove, 2001) ได้ค่า  
ความเที่ยงของแบบสอบถามการแสดงการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาในมารดาทารกแรกเกิดที่  
ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องโดยรวมเท่ากับ .89

**2.2 เครื่องมือกำกับการทดลอง** ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามซึ่งเป็นแบบวัดการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่เจ็บป่วยในโรงพยาบาล ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับมารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกันกับกลุ่มที่ทดลองใช้ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (Polit and Hungler, 1999) ใช้เกณฑ์  $\geq .80$  (Burn and Grove, 2001) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85

### ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองตามขั้นตอนโดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการก่อนการทดลอง
2. ขั้นตอนดำเนินการทดลอง
3. ขั้นตอนประเมินผลการทดลอง

#### 1. ขั้นตอนเตรียมการก่อนการทดลอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1.1 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวผู้วิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและตัวอย่างเครื่องมือ ขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์

1.2 เมื่อผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวนและคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยให้กับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยได้ทราบเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

## 2. ขั้นตอนการทดลอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ในขั้นตอนการทดลอง ผู้วิจัยเริ่มทำการทดลองในกลุ่มตัวอย่างมารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ตั้งแต่วันที่ 11 มิถุนายน 2553 ถึง 5 กันยายน 2553 ตามขั้นตอนดังนี้

2.1 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยไปที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิดสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เพื่อทำการสำรวจรายชื่อและศึกษาข้อมูลทางเวชระเบียนผู้ป่วยของทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง จากนั้นทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลจากบิดาของทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ถึงวัน เวลา ที่มารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องจะมาเยี่ยมครั้งแรก เพื่อเตรียมกิจกรรมให้แก่มารดาที่มาเยี่ยมในครั้งแรก โดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา

2.2 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนและระยะเวลาของการทำวิจัย ชี้แจงถึงสิทธิในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย ให้มารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง อ่านใบยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย

2.3 เมื่อได้รับความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยแล้ว พร้อมทั้งลงนามในใบคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องแล้ว ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 20 รายแรก เป็นกลุ่มควบคุมก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contamination)

2.4 เมื่อได้กลุ่มควบคุมครบตามจำนวนแล้ว จึงทำการคัดเลือกกลุ่มทดลองให้มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ (Matched pair) ในเรื่องปัจจัยด้านอายุ และประสบการณ์การดูแลบุตร จนกระทั่งกลุ่มทดลองครบ 20 ราย

2.5 เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเสร็จแล้ว ผู้วิจัยเริ่มทำกิจกรรม โดยมีรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

### การดำเนินการของกลุ่มควบคุม

มารดาของทารกที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องในกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลปกติของพยาบาล และการให้คำแนะนำแก่มารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตร เมื่อได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ที่กระทำโดยพยาบาลวิชาชีพขณะที่ทารกเข้ารับการรักษา รวมทั้งการ

ให้การดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้คำแนะนำเมื่อมารดามีปัญหา หรือให้ความรู้เป็นรายบุคคลตามแผนการให้ความรู้ ซึ่งรายละเอียดในการดำเนินการของกลุ่มควบคุมมีดังนี้

ครั้งที่ 1 วันแรกที่ผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมทารกแรกเกิด หลังจากผู้ป่วยได้รับการพยาบาลหลังผ่าตัดตามกระบวนการหลังผ่าตัด และให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์และมารดามาเยี่ยมครั้งแรก ผู้วิจัยเข้าพบมารดา ครั้งแรกก่อนที่มารดาเข้าเยี่ยมทารก พร้อมทั้งแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพมารดา และขอความร่วมมือในการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมในการวิจัย พร้อมทั้งให้อ่านเอกสารข้อมูล สำหรับกลุ่มตัวอย่าง (Patient/participation information sheet) เมื่อมารดาทารกแรกเกิดยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงให้มารดาเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย (Informed consent form) หลังจากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม บันทึกข้อมูลส่วนตัวของทารกและมารดา (ใช้เวลา 20 นาที)

ครั้งที่ 2 ในวันที่ 5 ของการเข้าเยี่ยมของมารดา ผู้วิจัยแจ้งระยะเวลาสิ้นสุดการทำวิจัยกับมารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องในกลุ่มควบคุม

#### การประเมินผลในกลุ่มควบคุม

ในวันที่ 5 ของการเข้าเยี่ยมของมารดา ผู้วิจัยเข้าพบมารดากลุ่มควบคุมหลังจากนั้นให้มารดาทำแบบสอบถาม 1 ชุด คือ แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดา และจากการเก็บข้อมูลมารดาในกลุ่มควบคุมพบว่า มารดาทุกคนให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามทุกราย โดยใช้เวลารายละประมาณ 30 นาที

#### การดำเนินการของกลุ่มทดลอง

มารดาทารกในกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาซึ่งมีรายละเอียดในการดำเนินการของกลุ่มทดลองดังนี้

วันที่ 1 มารดามาเยี่ยมครั้งแรก ผู้วิจัยเข้าพบมารดาครั้งแรกก่อนที่มารดาจะเข้าเยี่ยมทารก พร้อมทั้งแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพมารดา และขอความร่วมมือในการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมในการวิจัย เปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งให้อ่านเอกสาร ข้อมูล สำหรับกลุ่มตัวอย่าง (Patient/participation information sheet) เมื่อมารดายินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงให้มารดาเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย (Informed consent form) หลังจากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของมารดาและทารก ใช้เวลารายละประมาณ 20 นาที



จากนั้นเป็นการเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา โดยผู้วิจัยอธิบายถึงกิจกรรมที่มารดาในกลุ่มทดลองจะได้รับตามแผนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา และเป็นการเริ่มกิจกรรมการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล เรื่องการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน โดยจัดในห้องประชุมที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ ไม่มีเสียงรบกวน แสงสว่างเหมาะสม อากาศถ่ายเทสะดวก โดยมีรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมดังนี้คือ

1. เริ่มต้นกิจกรรมด้วยการสร้างสัมพันธภาพ โดยการพูดคุยซักถามในเรื่องทั่วไป หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้มารดาได้พูดคุยเกี่ยวกับทารกเพื่อสร้างความคุ้นเคย และเกิดความไว้วางใจ

2. ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล เรื่อง การเตรียมมารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน โดยการให้ข้อมูลด้วยวิธีสไลด์มัลติมีเดีย เป็นภาพและเสียง ประกอบคำบรรยาย ที่ใช้ในการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ประกอบด้วย

1) การให้ข้อมูลด้านกระบวนการ เป็นการให้ข้อมูลในเรื่องสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา สภาพแวดล้อมทั่วไป อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน กิจกรรมการพยาบาล กฎระเบียบและข้อควรปฏิบัติต่าง ๆ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด

2) การให้ข้อมูลด้านความรู้สึก เป็นการให้ข้อมูลในเรื่องสภาพและเหตุการณ์ที่มารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง จะได้รับรู้ผ่านประสาทสัมผัส เช่น มองเห็น ได้ยิน สัมผัส ลิ้มรส และได้กลิ่น เช่น ภาพของทารกแรกเกิดก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง เสียงเตือนต่างๆ ของเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารกแรกเกิดและการได้เดินสำรวจสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิดก่อนเข้าเยี่ยมจริงมีเนื้อหาครอบคลุม และสอดคล้องกับแผนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา (ใช้เวลารายละเอียดประมาณ 30 นาที)

3. ผู้วิจัยมอบเอกสารคู่มือ สำหรับมารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิดเพื่อให้มารดาไว้ทบทวนและเป็นแนวทางในการดูแลทารกต่อไป

4. ให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเพื่อให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของมารดาให้ครบทั้ง 4 ด้าน คือ

1) การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ทำประจำ โดยให้มารดาเข้าเยี่ยมและการเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง การบีบเก็บน้ำนมไว้ให้นบุตร การเปลี่ยนผ้าอ้อมเช็ดทำความสะอาดหลังบุตรขับถ่าย การเปลี่ยนผ้าปูที่นอนให้นบุตร การอุ้ม

ปลอดภัย สัมผัสสุขภาพและลำตัว การทาน้ำมันมะกอกและหวีผมให้บุตรหลังเช็ดตัวหรืออาบน้ำ การส่งเสริมพัฒนาการโดยการเปิด - ปิดตู้อบเบาๆ การวางนิ้วมือให้ทารกกำ การเรียกชื่อหรือพูดซ้ำๆ กับบุตรอย่างนุ่มนวล การคอยสังเกตอาการ และความต้องการของบุตร การล้างมือก่อน และหลังสัมผัสบุตร

2) การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมการพยาบาล โดยให้มารดามีส่วนร่วม การสังเกตพยาบาลจัดทำนอนให้ทารก การช่วยอุ้มหรือจับบุตรในระหว่างที่บุตรได้รับการพยาบาล ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ การแทงเข็มให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเจาะเลือด ทำความสะอาดแผลผ่าตัด การดูแลแผล และ การให้ยา

3) การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างมารดาและบุคลากร โดยให้มารดามีส่วนร่วมในการสอบถามแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจรักษาที่บุตรได้รับจาก พยาบาล และ แพทย์

4) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลทารก โดยให้มารดามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจหรือรักษาที่บุตรได้รับ การตัดสินใจว่าใครควรได้เข้าเยี่ยม

ต่อมาผู้วิจัยเข้าไปซักถามพูดคุยถึงกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรค พบว่ามารดา 13 ราย มีความกังวลในการบีบเก็บน้ำนมเนื่องจากน้ำนมมีปริมาณน้อยและบีบเก็บไม่ถูกวิธี และมารดา 5 ราย เช็ดทำความสะอาดหลังบุตรขับถ่ายไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยให้การช่วยเหลือในกิจกรรมที่มารดา ยังขาดความมั่นใจและปฏิบัติไม่ถูกต้อง และเสริมแรงโดยการกล่าวคำชมมารดาเมื่อมารดาปฏิบัติกิจกรรมการมีส่วนร่วมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (ใช้เวลารายละเอียดประมาณ 60 นาที)

วันที่ 2 - วันที่ 4 เป็นกิจกรรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของมารดาให้ครบทั้ง 4 ด้าน ต่อเนื่องจากวันที่ 1 พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันและให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลที่เดียวของทารก หลังจากนั้นผู้วิจัยจะพูดส่งเสริมสนับสนุนให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องต่อไป และพบว่ามารดาทุกรายที่ได้รับข้อมูล ได้รับการแนะนำและการสาธิต มีความกระตือรือร้น ใส่ใจในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง โดยมาเยี่ยมและดูแลทารกอย่างสม่ำเสมอทุกวัน (ใช้เวลารายละเอียดประมาณ 60 - 90 นาที/วัน)

#### **การประเมินผลในกลุ่มทดลอง**

วันที่ 5 ของการเข้าเยี่ยมของมารดา ประเมินและติดตามผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน และการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกของมารดา หลังจากการจัดกิจกรรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา ผู้วิจัยได้แจ้งระยะเวลาสิ้นสุดการวิจัยและให้มารดาประเมินการ

ให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาโดยให้มารดาทำแบบสอบถาม 2 ชุด คือ แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่บุตรได้รับการผ่าตัดหน้าท้องและแบบประเมินการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง (ใช้เวลารายละเอียด 30 นาที)

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สิทธิ์ทดลองในการวิจัย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ในการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นสิ่งสำคัญ โดยเริ่มจากเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพ อธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ว่าจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาพยาบาลหรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลที่ได้ในการวิจัยครั้งนี้จะถือเป็นความลับ และนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่างสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาและสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การวิจัยจะเสร็จสิ้นลงโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient/ participant information sheet) เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมวิจัยจึงให้ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งมีรายละเอียดการวิเคราะห์ดังนี้

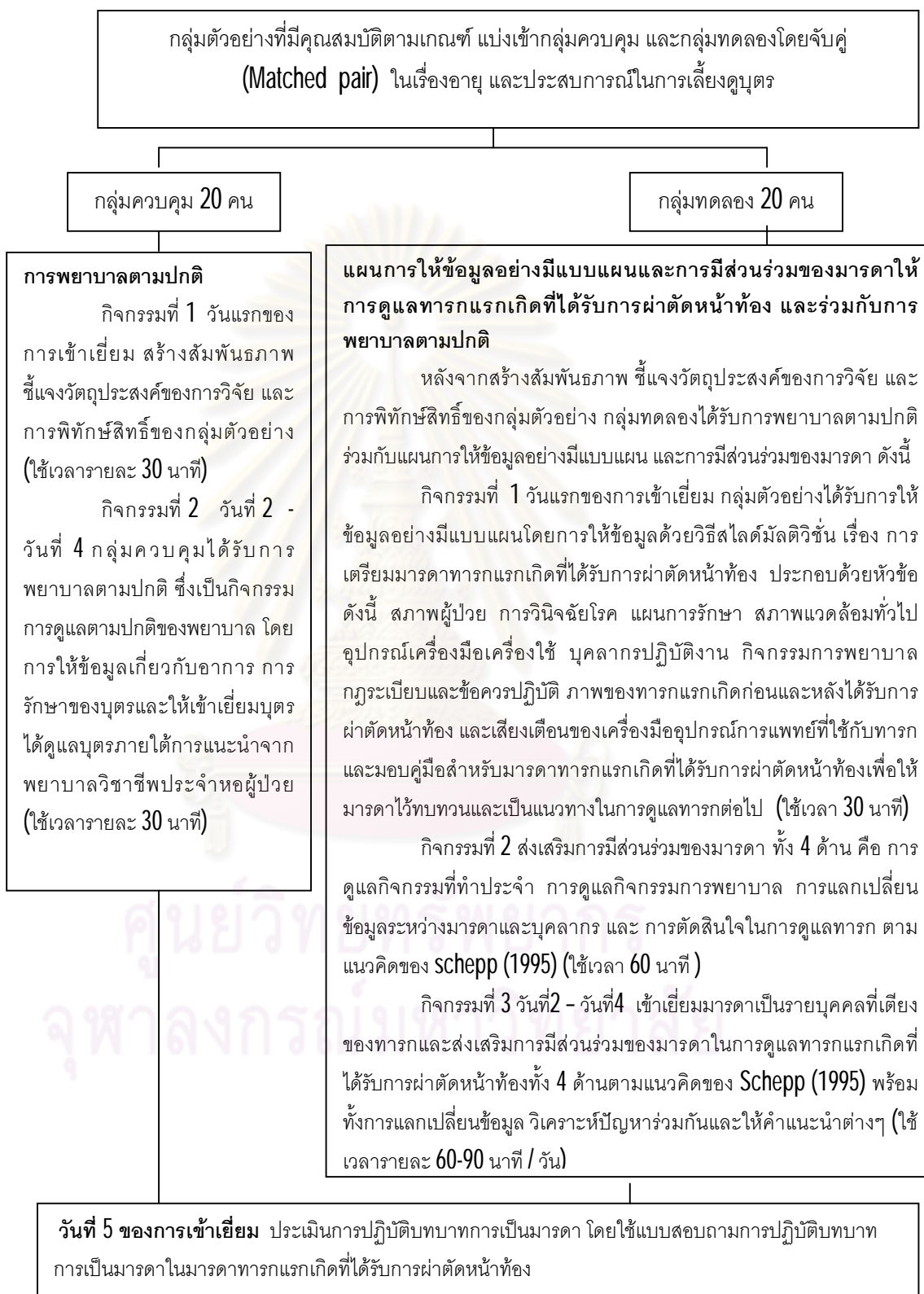
1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติพื้นฐาน คือ การแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ
2. วิเคราะห์การปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องของกลุ่มที่ได้รับแผนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากการหาค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทดสอบโดยใช้สถิติที (t-Statistics)



ศูนย์วิทยพัชกร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สรุปวิธีการดำเนินการวิจัย



### แผนภูมิที่ 2 ขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดครั้งเดียว (The Posttest - Only With Nonequivalent Groups) เพื่อศึกษาถึงผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง โดยศึกษาในมารดาของทารกแรกเกิดที่มีปัญหาศัลยกรรมและได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิดสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีจำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาจำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 20 ราย นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ตอนที่ 1 การศึกษาการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา นำเสนอ ตารางที่ 3-5

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ระหว่าง มารดากลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา กับมารดากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ นำเสนอ ตารางที่ 6

ผลการวิจัยเสนอตามตารางดังต่อไปนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 การศึกษาการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา นำเสนอตารางที่ 3 - 5

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การปฏิบัติบทบาทมารดา	กลุ่มทดลอง (n=20)			กลุ่มควบคุม (n=20)		
	X	SD	ระดับ	X	SD	ระดับ
การมีสัมพันธภาพกับบุตร	4.82	0.22	มากที่สุด	4.36	0.46	มาก
การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร	4.67	0.26	มากที่สุด	3.45	0.68	ปานกลาง
รวม	4.76	0.20	มากที่สุด	3.97	0.49	มาก

จากตารางที่ 3 การปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ในมารดากลุ่มทดลอง อยู่ในระดับ มากที่สุด ( $X = 4.76$ ) และในมารดากลุ่มควบคุม อยู่ในระดับ มาก ( $X = 3.97$ )

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ด้านสัมพันธภาพกับบุตรจำแนกเป็นรายข้อระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การปฏิบัติบทบาทมารดา	กลุ่มทดลอง (n=20)			กลุ่มควบคุม (n=20)		
	X	SD	ระดับ	X	SD	ระดับ
<b>ด้านสัมพันธภาพกับบุตร</b>						
1. บุตรเป็นเด็กน่ารัก	4.05	0.99	มาก	4.70	0.47	มากที่สุด
2. บุตรมีส่วนคล้ายฉัน	3.65	1.04	มาก	4.80	0.41	มากที่สุด
3. ตีใจที่ได้มองดูบุตร	4.85	0.36	มากที่สุด	4.90	0.30	มากที่สุด
4. จำได้เด็กคนไหนเป็นบุตรฉัน	4.60	0.59	มากที่สุด	4.90	0.30	มากที่สุด
5. มีการปลอบโยนบุตร	4.05	0.94	มาก	4.75	0.44	มากที่สุด
6. คิดถึงบุตร	4.80	0.41	มากที่สุด	4.90	0.30	มากที่สุด
7. บุตรเป็นคนสำคัญ	4.60	0.68	มากที่สุด	4.85	0.36	มากที่สุด
8. มีการสัมผัสบุตรอย่างแผ่วเบา	4.05	1.19	มาก	4.90	0.30	มากที่สุด
9. อยู่ใกล้ชิดกับบุตร	4.65	0.58	มากที่สุด	4.90	0.30	มากที่สุด
10. อยากให้บุตรลืมตาดู	4.50	0.68	มากที่สุด	4.70	0.47	มากที่สุด
11. รู้สึกสบายใจเมื่อสัมผัสบุตร	4.45	0.82	มาก	4.95	0.22	มากที่สุด
12. อยากจะกอดบุตร	4.70	0.47	มากที่สุด	4.95	0.22	มากที่สุด
13. ยิ้มและพูดคุยกับบุตร	4.05	1.14	มาก	4.65	0.48	มากที่สุด
14. เหมือนเด็กอ่อนทั่วไป	3.85	1.08	มาก	4.55	0.51	มากที่สุด
15. ตั้งชื่อให้บุตร	4.10	1.25	มาก	4.75	0.44	มากที่สุด
16. พอใจที่บุตรเป็นหญิงหรือชาย	4.45	0.82	มาก	4.90	0.30	มากที่สุด
17. บุตรจะเป็นหญิงหรือชายก็รัก	4.80	0.41	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด

จากตารางที่ 4 ค่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องในด้านการมีสัมพันธภาพกับบุตรจำแนกเป็นรายข้อพบว่า ในกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับมากที่สุดจำนวน 8 ข้อและในระดับมากจำนวน 9 ข้อ ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ทุกข้ออยู่ในระดับมากที่สุดทั้งจำนวน 17 ข้อ



ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ด้านปฏิบัติการกรรมการดูแลบุตรจำแนกเป็นรายข้อระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง

การปฏิบัติบทบาทมารดา	กลุ่มทดลอง (n=20)			กลุ่มควบคุม (n=20)		
	X	SD	ระดับ	X	SD	ระดับ
<b>ด้านปฏิบัติการกรรมการดูแลบุตร</b>						
1. ต้องการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่	4.00	0.72	มาก	4.80	0.41	มากที่สุด
2. บีบนมมาให้บุตร	3.65	1.30	มาก	4.70	0.47	มากที่สุด
3. ช่วยให้บุตรหลับ	3.75	1.29	มาก	4.70	0.47	มากที่สุด
4. เปลี่ยนผ้าอ้อมให้บุตร	3.35	1.56	ปานกลาง	4.75	0.44	มากที่สุด
5. ทาน้ำมันมะกอกให้บุตร	1.85	1.30	น้อย	4.00	0.45	มาก
6. สัมผัสบุตรอย่างแผ่วเบา	4.30	0.80	มาก	4.85	0.36	มากที่สุด
7. วางนิ้วให้บุตรกำ	3.55	1.39	มาก	4.50	0.51	มาก
8. เรียกชื่อบุตร	3.90	1.21	มาก	4.80	0.41	มากที่สุด
9. ทำความสะอาดให้บุตร	2.30	1.52	น้อย	4.55	0.51	มากที่สุด
10. คอยสังเกตอาการบุตร	3.60	1.18	มาก	4.75	0.55	มากที่สุด
11. ทามอาการเปลี่ยนแปลงบุตร	3.80	1.00	มาก	4.75	0.44	มากที่สุด
12. บอกได้ว่าบุตรต้องการอะไร	2.65	1.18	ปานกลาง	4.60	0.50	มากที่สุด
13. ล้างมือก่อนสัมผัสบุตร	4.15	0.93	มาก	5.00	0.00	มากที่สุด

จากตารางที่ 5 ค่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องในด้านปฏิบัติการกรรมการดูแลบุตรจำแนกเป็นรายข้อพบว่า ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากจำนวน 9 ข้อและในระดับปานกลาง, ระดับน้อย ระดับละ 2 ข้อ ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุดจำนวน 11 ข้อ และในระดับมากจำนวน 2 ข้อ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง จำแนกตามด้าน ระหว่างมารดากลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา กับมารดากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติภายหลังการทดลอง

การปฏิบัติบทบาทมารดา	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		t	p-value
	X	SD	X	SD		
การมีสัมพันธภาพกับบุตร	4.82	0.22	4.36	0.46	3.99	.000
การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร	4.67	0.26	3.45	0.68	7.40	.000
รวม	4.76	0.20	3.97	0.49	6.62	.000

จากตารางที่ 6 พบว่าการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง มารดากลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาดีกว่า มารดากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการมีสัมพันธภาพกับบุตร และด้านการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรการปฏิบัติบทบาทมารดา ของมารดากลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา ดีกว่ามารดากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง โดยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดครั้งเดียว (The Posttest - Only With Nonequivalent Groups) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องระหว่างมารดากลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนและมีมีส่วนร่วมของมารดากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มควบคุม คือ มารดากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ และ กลุ่มทดลอง คือ มารดากลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนและมีมีส่วนร่วมของมารดา

สมมติฐานของการวิจัย ภายหลังจากทดลองมารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง กลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องมีการปฏิบัติบทบาทมารดาดีกว่ากลุ่มมารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ มารดาของทารกแรกเกิดที่มีปัญหาศัลยกรรมได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบการเลือกตัวอย่างตามสะดวก (Convenience sampling) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และ กลุ่มทดลอง 20 ราย โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมไว้ก่อน 20 ราย เพื่อรอกกลุ่มตัวอย่างในการทดลองที่จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมเรียบร้อยแล้ว เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ (Matched pair) ในด้านอายุ และ ประสบการณ์ในการดูแลบุตร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แผนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา สไลด์มัลติมีเดียเรื่อง "การเตรียมมารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน" และ คู่มือสำหรับมารดาที่บุตรได้รับการผ่าตัดหน้าท้องในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินการมีส่วนร่วมของมารดา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึก

ข้อมูลส่วนตัวของทารกและมารดา แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดา ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาเท่ากับ .89

### การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิดสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ตั้งแต่วันที่ 19 เมษายน 2553 ถึง 15 กันยายน 2553 ตามขั้นตอนดังนี้

1. ขออนุญาตทำการสำรวจรายชื่อและศึกษาข้อมูลทางเวชระเบียนผู้ป่วยของทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง จากนั้นทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะจัดมารดาและทารก จำนวน 20 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุมก่อน และ 20 รายหลังเข้ากลุ่มทดลอง

2. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและระยะเวลาของการทำวิจัย ชี้แจงถึงสิทธิในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย ให้มารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง อ่านใบยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย

- 2.1 เมื่อได้รับความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยแล้ว พร้อมทั้งลงนามในคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องแล้ว ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 20 รายแรก เป็นกลุ่มควบคุมก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contamination)

- 2.2 เมื่อได้กลุ่มควบคุมครบตามจำนวนแล้ว จึงทำการคัดเลือกกลุ่มทดลองให้มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ (Matched pair) ในเรื่องปัจจัยด้านอายุ และประสบการณ์การดูแลทารกแรกเกิด จนกระทั่งกลุ่มทดลองครบ 20 ราย โดยมีรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

### การดำเนินการของกลุ่มควบคุม

มารดาของทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องในกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลตามปกติของพยาบาล และการให้คำแนะนำแก่มารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตรเมื่อได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ที่กระทำโดยพยาบาลวิชาชีพขณะที่ทารกเข้ารับการ

รักษา รวมทั้งการให้การดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้คำแนะนำเมื่อมารดามีปัญหา หรือให้ความรู้เป็นรายบุคคลตามแผนการให้ความรู้ ซึ่งรายละเอียดในการดำเนินการของกลุ่มควบคุมมีดังนี้

ครั้งที่ 1 วันแรกที่ผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมทารกแรกเกิด หลังจากผู้ป่วยได้รับการพยาบาลหลังผ่าตัดตามกระบวนการหลังผ่าตัด และให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ มารดามาเยี่ยมครั้งแรก ผู้วิจัยเข้าพบมารดา ครั้งแรกก่อนที่มารดาจะเข้าเยี่ยมทารก พร้อมทั้งแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับมารดา และขอความร่วมมือในการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมในการวิจัย พร้อมทั้งให้อ่านเอกสารข้อมูล สำหรับกลุ่มตัวอย่าง (Patient/participation information sheet) เมื่อมารดาทารกแรกเกิดยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงให้มารดาเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย (Informed consent form) หลังจากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของทารกและมารดา ใช้เวลารายละประมาณ 20 นาที

ครั้งที่ 2 เข้าเยี่ยมของมารดาในวันที่ 5 ผู้วิจัยแจ้งระยะเวลาสิ้นสุดการทำวิจัย หลังจากนั้นให้มารดาทำแบบสอบถาม 1 ชุด คือ แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาใช้เวลา รายละเอียดประมาณ 20 นาที

### การดำเนินการของกลุ่มทดลอง

มารดาทารกในกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับกาให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาซึ่งมีรายละเอียดในการดำเนินการของกลุ่มทดลองดังนี้

วันที่ 1 มารดามาเยี่ยมครั้งแรก ผู้วิจัยจะเข้าพบมารดาครั้งแรกก่อนที่มารดาจะเข้าเยี่ยมทารก พร้อมทั้งแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และขอความร่วมมือในการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมในการวิจัย เปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งให้อ่านเอกสาร ข้อมูล สำหรับกลุ่มตัวอย่าง (Patient/participation information sheet) เมื่อมารดายินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงให้มารดาเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย (Informed consent form) หลังจากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของมารดาและทารก ใช้เวลารายละประมาณ 20 นาที

จากนั้นมารดาเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา โดยผู้วิจัยอธิบายถึงกิจกรรมที่มารดาในกลุ่มทดลองจะได้รับตามแผนการให้ข้อมูล

อย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา และเป็นการเริ่มกิจกรรมการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล เรื่องการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาโดยมีรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมดังนี้คือ

1. เริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพ โดยการพูดคุยซักถามในเรื่องทั่วไป หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้มารดาได้พูดคุยเกี่ยวกับทารกเพื่อสร้างความคุ้นเคย และเกิดความไว้วางใจ

2. ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล เรื่อง การเตรียมมารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา โดยการให้ข้อมูลด้วยวิธีสไลด์มัลติวิชั่น เป็นภาพและเสียงประกอบคำบรรยาย ประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลด้านกระบวนการ เป็นการให้ข้อมูลในเรื่องสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา สภาพแวดล้อมทั่วไป อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน กิจกรรมการพยาบาล กฎระเบียบและข้อควรปฏิบัติต่างๆ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิดและ 2) การให้ข้อมูลด้านความรู้สึก เป็นการให้ข้อมูลในเรื่องสภาพและเหตุการณ์ที่มารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง จะได้รับรู้ผ่านประสาทสัมผัส เช่น มองเห็น ได้ยิน สัมผัส ลิ้มรส และได้กลิ่น เช่น ภาพของทารกแรกเกิดก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง เสียงเตือนต่างๆ ของเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารกแรกเกิดและการได้เดินสำรวจสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิดก่อนเข้าเยี่ยมจริงมีเนื้อหาครอบคลุม และสอดคล้องกับแผนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา (ใช้เวลารายละเอียดประมาณ 30 นาที)

3. ผู้วิจัยมอบเอกสารคู่มือ สำหรับมารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิดเพื่อให้มารดาไว้ทบทวนและเป็นแนวทางในการดูแลทารกต่อไป

4. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง โดยหลังจัดกิจกรรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา ต่อมาผู้วิจัยจะเข้าไปซักถามพูดคุยถึงกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรค ให้การช่วยเหลือในกิจกรรมที่มารดา ยังขาดความมั่นใจและปฏิบัติไม่ถูกต้อง และเสริมแรงโดยการกล่าวคำชมมารดาเมื่อมารดาปฏิบัติกิจกรรมการมีส่วนร่วมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (ใช้เวลารายละเอียดประมาณ 60 นาที)

วันที่ 2 - วันที่ 4 เป็นกิจกรรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของมารดาให้ครบทั้ง 4 ด้าน ต่อเนื่องจากวันที่ 1 พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาพร้อมกันและให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลที่เพียงพอ ทารก หลังจากนั้นผู้วิจัยจะพูดส่งเสริมสนับสนุนให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องต่อไป (ใช้เวลารายละเอียดประมาณ 60 - 90 นาที/วัน)

วันที่ 5 ประเมินและติดตามผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกของมารดา หลังจากการจัดกิจกรรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา ผู้วิจัยได้แจ้งระยะเวลาสิ้นสุดการวิจัยและให้มารดาประเมินการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาโดยให้มารดาทำแบบสอบถาม 2 ชุด คือ แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่บุตรได้รับการผ่าตัดหน้าท้องและแบบประเมินการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง (ใช้เวลารายละเอียดประมาณ 30 นาที)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งมีรายละเอียดการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติพื้นฐาน คือ การแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ
2. วิเคราะห์การปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องของกลุ่มที่ได้รับแผนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากการหาค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทดสอบโดยใช้สถิติที่ (T- statistics)

### สรุปผลการวิจัย

1. การปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ในมารดาที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาอยู่ในระดับดี
2. การปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง มารดาที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา ดีกว่า มารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

### 1. ศึกษาการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องจากการได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนและมีมีส่วนร่วมของมารดา

ผลจากการศึกษาพบว่ามารดาที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดามีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุตรจำแนกเป็นรายข้อคำถาม อยู่ในระดับมากที่สุดจำนวน 17 ข้อ ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติบทบาทมารดาในด้านปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรจำแนกเป็นรายข้อ อยู่ในระดับมากที่สุดจำนวน 11 ข้อ และในระดับมากที่สุดจำนวน 2 ข้อ

เนื่องจากสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกเป็นความรู้สึก และอารมณ์ที่มารดาและทารกมีความรัก และยอมรับซึ่งกันและกัน เป็นกระบวนการทางจิตใจในระดับจิตสำนึกที่มีการรับรู้แล้วเกิดความรู้สึก หรืออารมณ์ที่ส่งผลถึงขั้นการแสดงพฤติกรรม การที่มารดาสามารถรับรู้ที่กำลังตั้งครรภ์ รับรู้การเจริญเติบโตของทารกจากขนาดครรภ์ที่ใหญ่ขึ้น และการรู้สึกได้ถึงทารกดิ้น ได้ยินเสียงหัวใจทารก การรับรู้เหล่านี้กระตุ้นให้มารดาเกิดความผูกพันกับบุตร ประกอบกับบทบาทการเป็นมารดาเป็นที่สิ่งที่สังคมคาดหวัง และหล่อหลอมให้มีในตัวบุคคล ดังนั้นการศึกษาคะแนนการปฏิบัติบทบาทมารดาด้านการมีสัมพันธภาพกับบุตรจำแนกเป็นรายข้ออยู่ในระดับมากที่สุดจำนวน 17 ข้อ เนื่องจากมารดาในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นมารดาครรภ์แรกที่คาดหวังว่าบุตรที่คลอดออกมามีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง แต่เมื่อคลอดทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยและต้องรักษาด้วยการผ่าตัดหน้าท้อง มารดาเกิดความสงสัยสารบุตร อยากสัมผัส อยากใกล้ชิดบุตร และจากแบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง คำถามด้านการมีสัมพันธภาพกับบุตร ซึ่งลักษณะคำถามบางข้อเป็นการถามความรู้สึก ความคิดของมารดาที่อยากให้ทารกตอบสนอง หรือสิ่งที่มารดาอยากกระทำกับบุตรเมื่อมาเยี่ยมบุตร ทำให้คะแนนด้านการมีสัมพันธภาพกับบุตรรายข้อ อยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ

เนื่องจากสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิดและการรักษาที่ทารกได้รับ เป็นอุปสรรคต่อการมีสัมพันธภาพและการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลทารกของมารดา ซึ่งทารกต้องอยู่ในตู้อบที่มีอุปกรณ์ต่างๆ ติดอยู่ตามร่างกายทารก ไม่มีสถานที่ที่เป็นสัดส่วนให้มารดาและทารก



ได้อยู่ตามลำพัง ทำให้มารดาไม่กล้าแสดงบทบาทมารดา ซึ่งผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้มารดาได้แสดงความรู้สึกและการระบายออกอย่างเหมาะสมและซักถามถึงความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลบุตรของมารดา โดยพิจารณาร่วมกันว่ากิจกรรมใดที่มารดามีส่วนร่วม และกิจกรรมใดที่มารดาสามารถปฏิบัติร่วมกับพยาบาลได้ ซึ่งกิจกรรมที่มารดาสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรได้แก่ การบีบเก็บน้ำนมไว้ให้บุตร การเปลี่ยนผ้าอ้อมเช็ดทำความสะอาดหลังบุตรขับถ่าย การเปลี่ยนผ้าปูที่นอน การสัมผัสลูบแขนขาและตบกันเบาๆ การส่งเสริมพัฒนาการโดยการเปิด - ปิดตู้อบเบาๆ การวางนิ้วให้บุตรกำ การเรียกชื่อ หรือพูดซ้ำๆ กับบุตรอย่างนุ่มนวล การคอยสังเกตอาการและความต้องการของบุตร การล้างมือก่อนและหลังสัมผัสบุตร ส่วนกิจกรรมที่มารดามีส่วนร่วมกับพยาบาลได้แก่ การช่วยเหลือบุตรในระหว่างที่บุตรได้รับการตรวจสัญญาณชีพ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ทำความสะอาดแผลผ่าตัด การดูแลแผล โดยการใช้ผ้าปิดแผลและพุดปิดรอยแผล การสอบถามเกี่ยวกับการตรวจรักษาที่บุตรได้รับจากบุคลากรพยาบาล การตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจหรือรักษาที่บุตรได้รับ เป็นต้น ทำให้มารดามีความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทมารดาขณะที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ซูลิกร ด่านยุทธศิลป์ (2541) ซึ่งศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลและการปรับตัวในบทบาทการเป็นมารดาของมารดาคลอดบุตรก่อนกำหนด ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานคะแนนการปรับตัวในบทบาทการเป็นมารดา สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Miles and Carter (1983) ได้ศึกษาในบิดามารดาเด็กในไอซียู พบว่าพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่มีส่วนช่วยให้บิดามารดาได้อยู่ใกล้เด็ก และทำให้เด็กมีความมั่นใจได้ว่าจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งมารดามีความต้องการการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ การสนับสนุนในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำบทบาทหน้าที่ของมารดา ในการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรเท่าที่จะสามารถทำได้ เช่น การให้โอกาสสร้างสัมพันธภาพกับบุตร การอุ้ม ปลอดภัย พุดคุยสัมผัส เปลี่ยนผ้าอ้อม ให้นม เป็นต้น

## 2. เปรียบเทียบการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องระหว่างมารดาในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนและมีส่วนร่วมของมารดา กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลจากการศึกษาพบว่าการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง มารดาในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา ดีกว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ เมื่อพิจารณา

รายด้าน พบว่าด้านการมีสัมพันธภาพกับบุตร และด้านการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรมีการปฏิบัติบทบาทมารดา ของมารดาในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา ดีกว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่ากิจกรรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา สามารถส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง

ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า และการคลอดเปรียบเสมือนพลังสำคัญที่ทำให้มารดาแสดงความรู้สึกต่อทารกออกมาตามความเป็นจริงในช่วงเวลาสั้นๆ ประมาณ 30-45 นาทีหลังคลอดทันทีที่จะเป็นช่วงที่มารดาที่มีความรู้สึกไวเกี่ยวกับบุตร (Sensitive period) ซึ่ง Klause and Kennell (1982) ค้นพบว่าเป็นช่วงเวลาที่สำคัญในกระบวนการสร้างความผูกพันระหว่างมารดากับทารกเปรียบเสมือนสายเชื่อมโยงให้มารดาและทารกเข้าหากัน และยังเชื่อว่าถ้าส่งเสริมให้มารดาและทารกมีปฏิสัมพันธ์กันในช่วงเวลา Sensitive period นี้จะมีความสำคัญต่อการสร้างความผูกพันในระยะต่อไป แต่ในกรณีของมารดาที่คลอดทารกที่มีปัญหาทางศัลยกรรมและต้องผ่าตัดหน้าท้องมักมีอุปสรรคหลายประการมาขัดขวางการสร้างความรัก ความผูกพันระหว่างมารดากับทารกทารกที่มีปัญหาทางศัลยกรรมและต้องผ่าตัดหน้าท้องส่วนใหญ่ต้องแยกจากมารดาตั้งแต่แรกคลอด เพื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด ทำให้มารดาไม่มีโอกาสได้เห็นหรือสัมผัสโอบกอดทารกในระยะแรกเกิด และจากการที่ทารกแรกเกิดที่มีปัญหาทางศัลยกรรมและต้องผ่าตัดหน้าท้อง ทำให้มารดาไม่กล้าอุ้ม ไม่กล้าสัมผัส เนื่องจากกลัวบุตรปวดแผลผ่าตัด กลัวบุตรติดเชื้อโรคต่างๆ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงจัดกิจกรรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ให้กับมารดาหลังคลอดปกติ และมารดาหลังผ่าตัดในระยะแรก ถึงแม้จะมีอาการปวดแผล แต่เมื่อทุเลาจากการปวดแผลแล้ว มารดาก็สามารถปฏิบัติบทบาทมารดาได้ทันทีโดยการไปเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด ดังเช่นแนวคิดของ Bobak and Jensen (1987) กล่าวว่าในระยะแห่งการเริ่มต้น (Early period) มารดาจะปรับตัวในการเลี้ยงดูบุตรทั้งในด้านการมีสัมพันธภาพกับบุตร การยอมรับบุตร และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร ได้แก่ การให้นมบุตร การทำความสะอาดร่างกายของบุตร การขับถ่าย การสัมผัสการให้ความรักความอบอุ่นการปกป้องคุ้มครองบุตรให้พ้นจากอันตราย การส่งเสริมพัฒนาการแก่บุตร รวมทั้งการตอบสนองความต้องการของบุตรได้อย่างเหมาะสม ซึ่งผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพได้พูดสะท้อนให้มารดาระลึกถึงความสำคัญคุณค่าบทบาทการเป็นมารดาส่งเสริมให้มารดาและครอบครัวยอมรับ เข้าใจและให้การดูแลบุตรที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางศัลยกรรม

และต้องผ่าตัดหน้าท้อง และเปิดโอกาสให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรครอบคลุมตามแนวคิดทั้ง 4 ด้านของ Schepp (1995) แนะนำให้มารดารู้จักแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ให้การดูแลบุตร สังเกตพฤติกรรมมารดามีสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก ประเมิน และค้นหาระดับความต้องการข้อมูล และความถี่ของการติดต่อของมารดาที่ปรารถนาจะดูแลบุตร ชักถามถึงความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลบุตรของมารดา ร่วมให้คำปรึกษาแก่มารดาที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติบทบาทมารดา โดยจากการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของมารดาในครั้งนี้พบว่ามารดาทุกรายได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่มารดามีส่วนร่วม และกิจกรรมที่มารดาสามารถปฏิบัติร่วมกับพยาบาลได้

ซึ่งจากการหลังการทดลองครั้งนี้พบว่ากิจกรรมที่มารดาสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ได้แก่ การบีบเก็บน้ำนมไว้ให้บุตร การเปลี่ยนผ้าอ้อมเช็ดทำความสะอาดหลังบุตรขับถ่าย การเปลี่ยนผ้าปูที่นอนให้บุตร การอุ้มปลอบโยนสัมผัสลูบแขนขาและลำตัว การทาน้ำมันมะกอก และหิวผมให้บุตรหลังเช็ดตัวหรืออาบน้ำ การส่งเสริมพัฒนาการโดยการเปิด- ปิดตู้อบเบาๆ การวางนิ้วมือให้ทารกกำ การเรียกชื่อ หรือพูดซ้ำๆ กับบุตรอย่างนุ่มนวล การคอยสังเกตอาการ และความต้องการของบุตร การล้างมือก่อน และหลังสัมผัสบุตร การสอบถามเกี่ยวกับการตรวจรักษาหรือการรักษาที่บุตรได้รับ การตัดสินใจว่าใครควรเข้าเยี่ยมบุตร ส่วนกิจกรรมที่มารดาสามารถมีส่วนร่วมกับการพยาบาล ได้แก่ การมีส่วนร่วมกับการพยาบาลอาบน้ำเช็ดทำความสะอาดร่างกายให้ทารก การช่วยพยาบาลจัดท่านอน การช่วยอุ้มหรือจับบุตรในระหว่างที่บุตรได้รับการพยาบาล ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ การแทงเข็มให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเจาะเลือดทำความสะอาดแผลผ่าตัด การดูดเสมหะ และการให้ยา ตามความเหมาะสม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวสามารถส่งผลให้มารดามีการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ กมลเนตร ใฝ่ชำนาญ (2546) คือผลของการให้มารดามีส่วนร่วมซึ่งกันและกันกับพยาบาลในการดูแลบุตรที่เกิดก่อนกำหนดต่อความเครียดของมารดา ผลการวิจัยพบว่ามารดากลุ่มทดลองที่ได้มีส่วนร่วมซึ่งกันและกันกับพยาบาลในการดูแลบุตรที่เกิดก่อนกำหนดในหน่วยบริบาลทารกแรกเกิดมีความเครียดน้อยกว่ามารดากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p = .011$ ) และ Kristensson-Hallstrom (2000) ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่อยู่ในโรงพยาบาลในผู้ปกครองจำ นวน 40 รายของตึกศัลยกรรม พบว่าผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเบื้องต้นในเรื่อง ความสะอาดสบาย ความสะอาดของร่างกาย และการให้อาหารและเชื่อว่า

ผู้ปกครองสามารถปฏิบัติสิ่งที่คุ้นเคยที่เคยทำที่บ้าน ซึ่งกิจกรรมต่างๆ ดังกล่าว ผู้ปกครองเต็มใจ และสามารถให้การดูแลเด็กป่วย

ซึ่ง Rubin (1997) กล่าวว่า Taking-hold-phase จะเกิดในช่วง 3 - 10 วัน ซึ่งอยู่ในช่วงวันที่ 3 ของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา มารดาจะเป็นตัวของตัวเอง สามารถควบคุมสมดุลของระบบต่างๆ ในร่างกายได้ ร่างกายมีการกลับสู่สภาพที่แข็งแรง และมีพลังเพียงพอในการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดา มารดาจะทวงสิทธิ์ของหน้าที่บทบาทการเป็นมารดาของตนกลับคืนมา มีความต้องการการทำหน้าที่บทบาทการเป็นมารดา หลังจากได้รับการตอบสนองความต้องการในระยะ Taking in อย่างครบถ้วน มารดาจะเริ่มมีความกระตือรือร้นที่จะจัดการกับตนเองและสามารถตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ อันเป็นภาระหน้าที่ของมารดาได้ตามความต้องการของมารดา โดยการกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้ และฝึกทักษะการดูแลบุตร จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภายหลังจากทดลองมารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง กลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง มีคะแนนการปฏิบัติบทบาทมารดาด้านการมีสัมพันธภาพกับบุตร และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาสามารถทำให้มารดามีการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องดีกว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งจากการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้

#### 1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

บุคลากรควรนำแนวคิดการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดามาช่วยส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทมารดา ส่งเสริมให้มารดาที่มีความรู้ ทักษะและความพร้อมในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ดังนั้นพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางศัลยกรรมควรนำการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน โดยให้ข้อมูลด้วยวิธีสไลด์มัลติมีเดีย และ คู่มือ ร่วมกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิด มาพัฒนาเนื้อหา รูปแบบ และระยะเวลา โดยใช้แนวคิดการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาในการจัดกิจกรรม

## 2. ด้านบริหารทางการพยาบาล

ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายในการพัฒนานุคลากรทางการพยาบาล เช่นพยาบาลจบใหม่ โดยการจัดฝึกอบรมบุคลากร เพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด ผลกระทบต่อมารดา และทารก โดยเน้นถึงการพยาบาลที่ส่งเสริมให้มารดามีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก ให้มารดามีความรู้ และทักษะ ความพร้อมในการดูแลบุตร และควรมีการประสานความร่วมมือ ทำความเข้าใจข้อตกลงร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิดและตึกหลังคลอด เพื่อให้เป็นที่ยอมรับ และเป็นแนวทางในการปฏิบัติเดียวกัน

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

ควรมีการศึกษาการปฏิบัติบทบาทมารดาในกลุ่มทารกแรกเกิดตามสภาวะการเจ็บป่วย เช่น ทารกที่ต้องผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ซับซ้อนถ่ายทางหน้าท้อง ทารกที่ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ (TPN, PPN)

ศูนย์วิทยพัชกร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กมลเนตร ไผ่ชำนานู. (2546). ผลของการให้มารดามีส่วนร่วมซึ่งกันและกันกับพยาบาลในการดูแลบุตรที่เกิดก่อนต่อความเครียดของมารดา. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.  
กวรรณิการ์ วิจิตรสุนทร. (2550). การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: ปัญหา อุปสรรค และการช่วยเหลือ.  
ใน ชาญชัย วันทนาศิริ, วิทยา ถิฐาพันธ์, ปราโมทย์ ไพรสวรรณา และสุนทร อ้อเผ่าพันธุ์  
(บรรณาธิการ), **เวชศาสตร์ปริกำเนิด**. กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น.  
กิดานันท์ มลิทอง. (2540). **เทคโนโลยีทางการศึกษาและนวัตกรรม**. กรุงเทพมหานคร:  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.  
เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2536). **การดูแลระบบหายใจในทารกแรกเกิด**. กรุงเทพมหานคร:  
เรือนแก้วการพิมพ์.  
เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวีณา จีระแพทย์. (2545). **หลักการ การดูแลทารกแรกเกิด  
ขั้นพื้นฐาน**. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.  
คณิต ฅ พัทลุง. (2549). **ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการให้ข้อมูลในการ  
มีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมทารกดูแลทารกของมารดาทารกที่ป่วยด้วย  
โรคปอดอักเสบ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.  
จรรยา วิทชะสุภกร. (2539). **แบบจำลองสาเหตุของภาวะการดูแลในบิดามารดาฐานะ  
ผู้รับผิดชอบบุตรที่ป่วยเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชา  
พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.  
จรรยา เหนียมนเฉลย. (2546). **สื่อประสมในเทคโนโลยีการศึกษา**. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.  
จิรพรรณ พีระวุฒิ. (2542). **สื่อการเรียนพยาบาลทางการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: โอเอส  
พรินติ้ง.  
จุฑารัตน์ มีสุขโข. (2540). **ความต้องการข้อมูลและการช่วยเหลือสนับสนุนของมารดา  
ทารกคลอดก่อนกำหนด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่  
และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ฉวี มากพุ่ม. (2530). ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชวลีกร ด่านยุทธศิลป์. (2541). ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวล และการปรับตัวในบทบาทการเป็นมารดาของมารดาคลอดบุตรก่อนกำหนด โรงพยาบาลรามาริบัติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาล สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณิชกานต์ ไชยชนะ. (2545). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วย เรื้อรังขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณัฐพร ตระการพงษ์ และ สิริโคภิต ทิพนาค. (2540). ผลของการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบต่อ ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของบิดามารดาที่มีบุตรพิการในหอผู้ป่วยบำบัดพิเศษ ทารกแรกเกิดโรงพยาบาลรามาริบัติ. วารสารรามาริบัติ 3 (3): 274 – 284.
- ดิษยา กมลสุนทร. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวต่อการเป็นมารดาของหญิงครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชา สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ หลีควน. (2547). ผลของการให้ความรู้แก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก โดยใช้ กระบวนการกลุ่มต่อความรู้และการตอบสนองสื่อสัญญาณของทารก. วิทยานิพนธ์ ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย บูรพา.
- ทัศนีย์ ตรีศายลักษณ์. (2542). ผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดา-ทารกต่อความผูกพัน ระหว่างมารดา-ทารกและการเจริญเติบโตของทารกคลอดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธราธิป โคละทัตและสุนทร อ้อเผ่าพันธ์. (2542). Neonatology for Pediatricians. กรุงเทพมหานคร: พีเอลฟีอิง.
- ธราธิป โคละทัต. (2551). การบูรณาการระบบดูแลสุขภาพมารดาและทารก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

- เนตรทอง ทะยา, วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, และ รัตนชฎาวรรณ อุ่นาค. (2545). **ความต้องการและการได้รับการตอบสนองของมารดาทารกที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด**. รายงานการวิจัย. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. บังอร ต้อยติ่ง. (2542). **สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. (2550). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ต.
- ประคอง กรรณสูต. (2542). **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ด้านสุทธาการพิมพ์.
- ปัทมกร สิงห์กล้า. (2550). **ผลของการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมซึ่งกันและกันของมารดาต่อความเครียดและบทบาทมารดาในการดูแลเด็กก่อนกำหนดที่มีภาวะวิกฤต**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประพุทธิ์ ศิริบุญย์. (2540). **คำจำกัดความและภาพรวมของปัญหา**. ใน วันดี วราวิทย์, ประพุทธิ์ ศิริบุญย์ และสุรางค์ เจียมจรรยา (บรรณาธิการ), **ตำรากุมารเวชศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติกลิซซิ่ง.
- ปาริชาติ ศิลประเสริฐ. (2542). **ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการเผชิญความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดในหน่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรประภา โฉมระวงศกร. (2541). **เปรียบเทียบผลการให้ข้อมูลมารดาก่อนเข้าเยี่ยมทารกเกิดก่อน กำหนดต่อระดับความเครียดและสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงเพชร ยัพัฒน์พันธ์. (2540). **ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



- พัชรวาลย์ ตันติเศรฐ์ และคณะ. (2551). ปัญหาทางศัลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก. กลุ่มงานวิชาการพยาบาลกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.
- พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์. (2544). การดูแลทารกแรกเกิด. ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: ชัยเจริญ.
- พูลศรี เหมือนคิด. (2532). ผลของการเตรียมโดยการให้ข้อมูลต่อปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยระหว่างการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพบุลย์ สุทธิวรรณ. (2536). กุมารศัลยศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- ฟองคำ ติลกสกุลชัย และนิลนิต รุจิระประเสริฐ. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การสนับสนุนทางสังคม กับการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในมารดาที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย. วารสารพยาบาล 45 (4): 38-49.
- มณี คูประสิทธิ์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลเด็กของบิดามารดากับภาวะสุขภาพของเด็กวัย 5 ขวบปีแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัย สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มะลิวัลย์ ทะรักษา. (2549). การพยาบาลและการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยทารกแรกเกิดเพื่อทำผ่าตัด. กลุ่มงานวิชาการพยาบาลกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.
- มะเดื่อ เสมอ. (2527). เทคนิคการให้บริการสารสนเทศ. วารสารแนะแนว 18: 7-12.
- เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร. (2543). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของการเป็นมารดาในระยะตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท บัณฑิตวิทยาลัย สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รังสรรค์ นิรามิษ, ไมตรี อนันต์โกศล และสุขวัฒน์ วัฒนาริษฐาน. (2547). กุมารศัลยศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพริ้นติ้ง.
- รัชตะวรรณ โอฟ้าพิริยกุล. (2549). กว่าจะรักและผูกพันกัน: การพัฒนาความรู้สึกรักใคร่ผูกพันของมารดาต่อบุตรคลอดก่อนกำหนดในหน่วยงานบริหารทารกแรกเกิด วิทยานิพนธ์ปริญญาโท บัณฑิตวิทยาลัย สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- รัตน์ศิริ ทาโต. (2551). การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์:แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุจา ภูไพบูรณ์. (2541). การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: วี เจ พรินต์ติ้ง.
- รุ่งทิพย์ วีระกุล. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลาวัลย์ ไบมณฑา. (2545). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการแสดงบทบาทการเป็นมารดา. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณวิมล คงสุวรรณ. (2544). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของญาติขณะรอรับการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วราภรณ์ แสงทวีสิน, วิบูลย์ กาญจนพัฒน์กุล และสุทร อ้อเผ่าพันธ์. (2550). ปัญหาทารกแรกเกิด. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- วัจมาย สุขวนวัฒน์. (2541). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้พฤติกรรมทารกสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส และการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัชรภรณ์ เชี่ยววัฒนา. (2536). ผลของการส่งเสริมให้มารดามีส่วนร่วมในการให้นมบุตรคลอดก่อน กำหนดขณะบุตรอยู่โรงพยาบาลต่อความพึงพอใจของมารดา และระยะเวลาในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิชัย พันธุ์ศรีมังกร. (2549). Neonatal Colonic Obstruction. ใน โสภณ จิรศิริธรรม (บรรณาธิการ), ตำราศัลยศาสตร์ฉุกเฉินหลักการและแนวทางปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร.
- วีณา จีระแพทย์. (2543). การควบคุมอุณหภูมิกายของทารกแรกเกิด. ใน สรายุทธ สุภาพวรรณชาติ (บรรณาธิการ), Advanced Neonatal Mechanical Ventilation and Neonatal Respiratory Intensive Care. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส แอนด์ กราฟฟิค.

วีณา จีระแพทย์ และ เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2550). Patient safety in neonatal practice.

ใน สุนทร อ้อเผ่าพันธุ์ (บรรณาธิการ), *Neonatology 2007*. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.  
ศศิธร สันหนักดี, สุธิศา ล่ามข้าง และมาลี เอื้ออำนวย. (2548). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูล  
และอารมณ์ต่อพฤติกรรมความผูกพันระหว่างมารดาทารกของมารดาทารกเกิดก่อน  
กำหนด. *Nursing Journal 32 (2): 23-30*.

ศักดิ์ดา ภัทรภิญโญกุล. (2545). **กุมารศัลยศาสตร์ สงขลานครินทร์**. หน่วยกุมารศัลยศาสตร์  
ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์: สิ่งพิมพ์ศัลยศาสตร์.

ศิริกมล กันศิริ. (2550). **การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อเสริมสร้าง  
พลังอำนาจมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาเวชปฏิบัติทั่วไป บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สมคิด อิศระวัฒน์. (2543). **การสอนผู้ใหญ่**. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาศึกษาศาสตร์  
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมทรง คำฝาย. (2541). **ผลการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการ  
ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดและพฤติกรรมการดูแลทารก**. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สรายุทธ สุภาพรชนชาติ. (2540). **ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย**. ใน วันดี วราวิทย์, ประพุทธ  
ศิริปูลงษ์ และสุรางค์ เจียมจรรยา (บรรณาธิการ), **ตำรากุมารเวชศาสตร์**.  
กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติกลิซซิ่ง.

สาธาณสุข, กระทรวง. (2550). **สถิติกระทรวงสาธารณสุข**. กรมอนามัย: กระทรวง  
สาธารณสุข.

สิริกานต์ แรงกสิกร. (2548). **ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความเครียดและการ  
ปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดเข้ารับการ  
รักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ  
พยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สิวพร พานเมือง. (2545). **ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนจากมารดาต่อการ  
ปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก**. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุกัญญา ทักษะพันธุ์. (2545). การให้สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์. ใน สุกัญญา ทักษะพันธุ์ (บรรณาธิการ), **คู่มือทารกแรกเกิด**. กรุงเทพมหานคร: คลังนานาวิทยา.
- สุรีย์รัตน์ ชลันธรและมณีรัตน์ ภาคฐป. (2546). ผลการสัมผัสจากมารดาต่อการเจริญเติบโตของทารกคลอดก่อนกำหนด และความผูกพันระหว่างมารดา-ทารก. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 11(2): 57-68.**
- โสภา กรรณสูต. (2542). การผลิตสื่อการเรียนการสอนทางการพยาบาล. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โสภา ผดุงสิทธิโชค. (2543). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา เรื่องการเลี้ยงดูทารกน้ำหนักน้อย โดยนำทฤษฎีเชื่อมโยงของธอร์นไคค์มาประยุกต์ใช้ สำหรับมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษา ณ ดิการกน้ำหนักตัวน้อย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- โสภิต สุวรรณเวลา. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัจฉรา คงกิตติมากุล. (2545). ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาความเป็นเลิศในพฤติกรรมบริการด้านการให้ข้อมูลทางการพยาบาลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมทั่วไป. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัมพร รอดสุทธิ. (2547). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วย ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2542). การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ชันด์าร์การพิมพ์.
- อุษา สุขภาพันธุ์. (2544). สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส พฤติกรรมทารก และความเครียดในบทบาทของมารดาที่มีบุตรคนแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุไรวรรณ โชติเกียรติ. (2551). Fluid electrolytes management in neonates. ใน พัชรวาลย์ ตันติเศรษฐ และคณะ. (บรรณาธิการ), **การพยาบาลทารกแรกเกิด**. กลุ่มงานวิชาการพยาบาลกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.

## ภาษาอังกฤษ

- Affleck, G., Tennen, H., and Rowe, J. (1991). *Infants in crisis: How parents cope with newborn intensive care and its aftermath*. New York: SpringerVerlag.
- Ahmann, E. (1994). Family-centered care, the time has come. *Pediatric Nursing* 20(1): 52-53.
- Ahmann, E. (1994). Family-centered care: Shifting orientation. *Pediatric Nursing* 20: 113 -117.
- Aimin, G. (1999). Effect of information support on anxiety among family members of critical ill patients. *Mater's Thesis, Department of nursing science in medical and surgical nursing Graduate School Chiang Mai University*.
- American Academy of Pediatrics. (2003). Institute for family - centered care family - centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics* 112: 691- 696.
- Ashcraft, K. W. (2000). *Pediatric Surgery*. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Auerbach, S. M., Martelli, M., and Mercuri, L. G. (1983). Anxiety, information, interpersonal impact and adjustment to a stressful health care situation. *Journal of Personality and Social Psychology* 44: 1284-1296.
- Balling, K., and Mc Cubbin, M. (2001). Hospitalized children with chronic illness parental caregiving' needs and valuing parental expertise. *Journal of Nursing* 45: 107-109.
- Barnard, K. E., Hammond, M. A., Booth, C. L., Bee, H.L., Mitchell, S. K., and Spieker, S. I. (1989). Measurement and meaning of parent-child interaction. *Applied Development Psychology* 3: 39-79.
- Bell, P. L. (1997). Adolescent mothers' perceptions of the neonatal intensive care unit environment. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing* 11(1): 77- 84.
- Benfield, D. G., Leib, S. A., and Reuter, J. (1976). Grief response of parents after referral of the critically ill newborn to regional center. *England Journal of Medicine* 94: 975-978.
- Blackburn, S. (1982). The neonatal intensive care: A high risk environment. *American Journal of Nursing* (November): 1708-1712.

- Blackburn, S. (1986). Problems of preterm infants after discharge. *JOGNN* 24(1): 43-49.
- Blackburn, S., and Loper, D. L. (1992). *Maternal, fetal and neonatal physiology: A clinical perspective*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Brown, J., and Ritchie, J. A. (1989). Nurses' perception of their relationship with parents. *Maternal Child Nursing Journal* 18: 79-93.
- Brown, J., and Ritchie, J. A. (1990). Nurses perceptions of parent and nurse roles In caring for hospitalized children. *Children Health Care* 19: 28-36.
- Browne, J. V., Talmi, A. (2005). Family - based intervention to enhance infant - parent relationship in the neonatal intensive care unit. *Journal Pediatric Psychological* 30(8): 667-77.
- Bruns, D. A., and McColum, A. T. (2002). Partnerships between mothers and professional in the nicu: Caregiving, information exchange and relationships. *Neonatal Network* 21(7): 15-23.
- Burns, N., and Grove, S. K. (2001). *The practice of nursing research: Conduct, Critique, & Utilization*. 4<sup>th</sup> ed. New York: W. B. Saunders.
- Callery, P., and Smith, L. (1991). A study of role negotiation between nurses and the parents of hospitalization children. *Journal of Advanced Nursing* 16: 772-781.
- Carpenito, L. (1995). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice*. Philadelphia: Lippincott.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: Influences on involvement of informal cares. *Journal of Pediatric Nursing* 12: 214-222.
- Chavez, C. W., and Faber, L. (1987). Effect of education orientation program on family members who visit their significant other in intensive care unit. *HEART & LUNG* 16(1): 92-99.
- Cho, J., Holdith-Davis, D., and Miles, M. S. (2008). Effects of maternal depressive symptoms and infant gender on the interactions between mothers and their medically at risk infants. *Journal of Obstetric Gynaecol Neonatal Nurse* 37(1): 58-70.

- Coyne, I. T. (1996). Parental participation: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 23: 733-740.
- Curley, M. A. Q. (1988). Effect of the nursing mutual participation model of care on parental stress in the pediatric intensive care unit. *Heart & Lung* 17(6): 682 - 688.
- Curley, M. A. Q., and Wallance, J. (1992). Effect of the nursing mutual participation model of care on parental stress in the pediatric intensive care unit - a replication. *Journal of Pediatric Nursing* 7(6): 377-358.
- Curley, M. A. Q. (1997). Mutuality - an expression of nursing presence. *Journal of Advanced Nursing* 29(4): 208-213.
- Daneman, S., Macaluso, J., and Guzzetta, C. E. (2003). Healthcare providers attitudes toward parent participation in the care of the hospitalized child. *Journal of the Society of Pediatric Nurse* 8: 90-98.
- Darbyshire, P. (1995). Family-centered care within contemporary british paediatric nursing. *British Journal of Children's Nursing* 1: 31-33.
- Dellvel L., Samuelsson L., Tallborn A., Fasth A., and Hallberg, L. R. (2006). Stress and welling among parents of children with rare diseases: A prospective intervention study. *Journal of Advance Nursing* 53(4): 392-402.
- Devitt, Patric. (2002). Coping strategies of mothers of children with cystic fibrosis. *Pediatric Nursing* 14: 12-14.
- DeVries, P. A. (1980). The pathogenesis of gastroschisis and omphalocele. *Journal of Pediatric Surg* 15: 245-251.
- Dickason, E. J., Schult, M. O., and Hilverman, B. L. (1990). *Maternal infant nursing care*. St. Louis: C. V. Mosby.
- Doering, L. V., Moser, D. K., and Dracup, K. (2000). Correlates of anxiety, hostility, depression, and psychosocial adjustment in parents of nicu infants. *Neonatal Network* 19(5): 15-23.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: W. W. Norton.

- Evens, M. A. (1994). An investigation into the feasibility of parental participation in the nursing care of their children. *Journal of Advanced Nursing* 20(3): 477-482.
- Friedman, M. M. (1986). *Family nursing: Theory and assessment*. 2<sup>nd</sup> ed. Connecticut: Appleton Century Crofts.
- Gale, G., Franck, L. S., Kools, S., and Lynch, M. (2004). Parents' perceptions of their infants' pain experience in the nicu. *Int Journal Nurse Studies* 41(1): 51-8.
- Gennaro, S. (1988). Postpartal anxiety and depression in mothers of term and preterm infant. *Nursing Research* 37: 82-85.
- Gray, S. W., Skandalakis, J. E. (1986). *Embryology for surgeon*. Philadelphia: W.B. Sauder.
- Grob, M. (1963). Conservative treatment of exomphalos. *Arch Dis Child* 38: 148-50.
- Hazinski, M. F. (1992). *Nursing care of the critically ill child*. 2<sup>nd</sup> ed. St. Louis: Mosby year book.
- Heuer, L. (1993). Parent stressors in a pediatric intensive care unit. *Pediatric Nursing* 19(2): 128-131.
- Hickey, M. (1993). Psychosocial needs of families. In *critical care nursing*. Pennsylvania: W. B. Saunders.
- Hodovanic, B. H., Reardon, D., Recse, W., and Hedges, B. (1984). Family crisis intervention program in the medical intensive care unit. *Heart & Lung* 13(3): 243-249.
- Holditch-Davis, D., and Miles, M. S. (2000). Mother stories about their experiences in neonatal intensive care unit. *Neonatal Network* 19: 13-21.
- Hunsberger, M. (1989). Impact of acute illness. In Foster, R. R., Hunsberger, M. M., and Anderson, J. T. (Eds.). *Family-centered nursing care of children*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Jacopson, S. F. (1981). Stress: Child, family, and staff. In Vestal, K. W. (Ed.). *Pediatric Critical Care Nursing*. New York: John Wiley & Sons.
- Jamerson, P. A., et al. (1996). The experiences of families with a relative in the intensive care unit. *Journal of Heart & Lung* 25(6): 467 - 473.



- Jensen, M. D., and Bobak, M. I. (1985). *Maternity & gynecological care: The nursing and the family*. 3<sup>rd</sup> ed. St. Louis: C. V. Mosby.
- Kapland, H. I. (1980). *Comprehensive text book of psychiatry*. 3<sup>rd</sup> ed. Baltimore: Wikins.
- Kasper, J. W., and Nyamathi, A. M. (1988). Parent of children in the pediatric intensive care unit: What are their needs. *Heart & Lung* 17: 574-581.
- Kawik, L. (1996). Nurses' and parents' perception of participation and partnership in caring for a hospitalized child. *British Journal of Nursing* 5: 430-434.
- Kenner, C., and Thigper, J. L. (2003). Assessment and management of the gastrointestinal system: *Comprehensive neonatal nursing*. 3<sup>rd</sup> ed. St. Louis: Saunders.
- Kim, T. (2000). A study on the perceived stress level of mothers in the neonatal intensive care unit patients. *Korean Journal Child Health Nurse* 6(2): 224-239.
- Kimura, K., Tsugawa, C., and Ogawa, K. (1977). Diamond - shaped anastomosis for congenital duodenal obstruction. *Arch Surg* 122: 1262-1263.
- Kirschbaum, M. S. (1990). Needs of parents of critically ill children. *Dimensions of Critical Care Nursing* 9: 344-352.
- Klause, M. H., and Kennell, J. H. (1982). *Parent-Infant bonding*. 2<sup>nd</sup> ed. St. Louis: Mosby.
- Kristensson-Hallstrom, I., and Elander, G. (1994). Parental participation in the care of hospitalized children. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 8: 149-154.
- Kristensson-Hallstrom, I. (1999). Strategies for feeling secure influence parent participation in care. *Journal of Clinical Nursing* 8: 586-592.
- Kristensson-Hallstrom, I. (2000). Parental participation in the pediatric surgical care. *AORN Journal* 71: 1021-1033.
- Kurczynski, T. W. (1992). *Congenital malformations*. St. Louis: Mosby.
- LaMontagne, L. L., and Pawlak, R. (1990). Stress and coping of parents of children in a pediatric intensive care unit. *Heart & Lung* 19: 416 - 421.

- Lazarus, R. S., and Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leitch, D. B. (1999). Mother-infant interaction: Achieving synchrony. *Nursing Research* 48: 5-58.
- Leske, J. S. (2002). Intervention to decrease family anxiety: Protocols for practice. *Critical Care Nurse* 22 (6): 61-65.
- Leventhal, H., and Johnson, J. E. (1983). Laboratory and field experimentation: Development of a theory of self-regulation. In Wooldridge, P. J., Schmitt, M. H., Skipper, J. K., and Leonard, R. C. (Eds.). *Behavioral science and nursing theory*. St. Louis: Mosby.
- Louw, J. H. (1955). Resection and end to end anastomosis in the management of atresia and stenosis of small bowel. *Surgery* 62: 940-950.
- Lynn, H. B. (1980). Espinass EE: Intestinal atresia. *Arch Surg* 79: 757-765.
- McHaffie, H. E. (1992). Social support in the neonatal intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing* 17(1): 279-287.
- Melnyk, B. N. (1994). Coping with unplanned children hospitalized: Effect of information at interventions on mothers and children. *Nursing Research* 43: 50 - 55.
- Melnyk, B. M., et al. (2006). Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the creating opportunities for parent empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: A randomized, controlled trial. *Journal of Pediatrics Nursing* 118(5): 1414-1427.
- Mercer, R. T. (1981). A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. *Nursing Research* 30 (March-April): 73-77.
- Mercer, J. (1985). *Infant development: Multidisciplinary introduction*. Pacific Grove: Brooks cole.
- M., and Oh, W. (1994). Family-based intervention improves maternal psychological well-being and feeding interaction of preterm infants. *Pediatrics* 93 (2): 241-246.
- Miklos, A. B., and Creehan, P. A. (1996). Hypothermia. In Simpson, K. R., and Creehan, P. A. (Eds.). *Perinatal nursing*. Philadelphia: Lippincott Raven.

- Miles, M. S., and Carter, M. C. (1983). Assessing parental stress intensive care units. *Journal of Maternal Child Nursing* 8: 354-360.
- Miles, M. S. (1992). The stress response of mothers and fathers of preterm infant. *Research in Nursing & Health* 15: 261-269.
- Miles, M. S. (1989). Parent of critically ill premature infants: Sources of stress. *Critical Care Nursing Quarterly* 12: 69-74.
- Mott, S. R., James, S. R., and Sperhac, A. M. (1990). *Nursing Care of Children and Families*. 2<sup>nd</sup> ed. California: Addison-Wesley.
- Newton, M. S. (2000). Family - centered care: Current realities in parent participation. *Pediatric Nursing* 26: 164-168.
- Neill, S. J. (1996). Parent participation 1: Literature review and methodology. *British Journal of Nursing* 5: 34-40.
- Niramis, R., Watanatittan, S., Suwatanaviroj, A. (1996). Malrotation of the intestine in childhood. *Thai Journal Surg* 17: 60-67.
- Olds, S. B., London, M. L., and Ladewig, P. W. (2000). *Maternal newborn nursing: A family and community-based approach*. 6<sup>th</sup> ed. California: Wesley Nursing.
- Orem, D. E. (1985). *Nursing: Concepts of practice*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw-Hill.
- Osborn, D. (1998). Asphyxia. Available: Royal Prince Alfred Hospital.
- Palmer, S. J. (1993). Care of sick children by parents: A meaningful role. *Journal of Advanced Nursing* 18: 185-191.
- Polit, D. F., and Hunger, B. P. (1999). *Nursing research: Principle and method*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott.
- Polkki, T., Pietila, Anna-Maija., Vehvilainen-Julkunen., and Laukkala, H. P. (2002). Parental views on participation in their child pain relief measures and recommendations to health care providers. *Journal of Pediatric Nursing* 17(4): 270-278.
- Recder, S. J., and Martin, L. L. (1987). *Maternity nursing: Family newborn and women's health care*. Philadelphia: J. B. Lippincott.

- Reichman, F., Sara, R., and Miller, A. (2000). Stress appraisal and coping in mother of NICU infants. *Children's Health Care* 29: 279 - 284.
- Rickham, P. P., Lister, J., Irving, I. M. (1987). *Neonatal surgery*. London: Butterworths.
- Rodgers, C. D. (1983). Needs of relative of cardiac surgery patients during the critical care phase. *Focus on Critical Care* 10: 50-53.
- Rosalind, G. L. Lau. (2001). Stress experiences of parents with premature infants in a special care nursery. Doctoral dissertation, Department of movement, recreation and performance faculty of Human development Victoria University.
- Rosalind, Lau., and Carol, A. Morse. (2003). Stress experiences of parents with premature infants in a special care nursery. *Stress and Health* 9(2): 69-78.
- Rowlandson, P. H., Davies, M. M., Cleary, J., Gray, O. P., and Sainsbury, C. P. Q. (1986). Care by parent of their children in hospital. *Archives of Disease in Childhood* 61: 612-615.
- Rubin, R. (1967). Attainment of the maternal role. *Nursing Research* 16 (3): 324 - 346.
- Sabo, K. A., et al. (1989). ICU family support group sessions: family members' perceived benefits. *Applied Nursing Research* 2(2): 82 - 89.
- Schepp, K. (1992). Correlates of mothers who prefer control over their hospitalized children's care. *Journal of Pediatric Nursing* 7: 83-89.
- Schepp, K. G., and Clark, D. (1993). Parental differences between preferred and actual control over child's care. *Communicating Nursing Research* 26: 204.
- Schepp, K. (1995). Psychometric assessment of the preferred participation scale for parent of hospitalized children. Unpublished manuscript, University of Washington, School of Nursing, Seattle: WA.
- Schuster, S. R. (1967). A new method for the staged repair of large omphalocele. *Surg Gynecol Obstet* 12: 837- 850.
- Shaw, A. (1975). The myth of gastroschisis. *Journal Pediatr Surg* 10: 235-244.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., and Campdell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. United States of America: Houghton Mifflin.

- Simone, L. D., and Gottlieb, L. N. (1987). Construct validation of perceived maternal task performance scale. *Nursing Papers/Perspectives in Nursing* 19(4): 20-35.
- Sirikarna, S. (2000). Relationship among personal factors, social support perception of maternal competence, perception of newborn behaviors and maternal role adaptation of postpartum mothers. Master's Thesis, Department of Maternity and Newborn Nursing Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Skipper, J. K., and Leonard, R. C. (1975). *Social interaction and patient care*. Philadelphia: Lippincott.
- Snowdon, A. W., and Gottlieb, L. N. (1989). The maternal role in the pediatric intensive care unit and hospital ward. *Maternal Child Nursing Journal* 18: 97-115.
- Stemp, P. S., Tumer, R. J., and Nohs, S. (1986). Psychological distress in the postpartum period: The significance of social support. *Journal of Marriage and the Family* 38: 15-28.
- Stovroff, M. A., and Gerald, W. (2003). Omphalocele and gastroschisis. In Siegler, M. M., Azizkhan, R. G., and Weber, T. R. (Eds.). *Operative Pediatric Surgery*. United States of America: McGraw – Hill companies.
- Strauch, E. D., and Laurence, J. (2003). Intestinal Atresia. In Siegler, M. M., Azizkhan, R. G., and Weber, T. R. (Eds.). *Operative Pediatric Surgery*. United States of America: McGraw – Hill companies.
- Stull, M. K., and Deatrick, J. A. (1986). Measuring parental participation: Part I. Issue in *Comprehensive Pediatric Nursing* 9: 157-165.
- Thelma, I. (1960). Do patient feel lost in a general hospital. *American Journal of Nursing* 60(6): 648-665.
- Thompson, D.E. (1990). *Introduction of maternity and pediatric nursing*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Trause, M. A., and Kramer, L. (1983). The effects of premature birth on parents and their relationship. *Developmental Medicine and Child Neurology* 25: 459-465.
- Ward, K. (2001). Perceived needs of parents of critically ill infants in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *Pediatric Nursing* 27(3): 281-286.

- Whaley, L. F., and Wong, D. L. (1991). Nursing care of infants and children. 4<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby - Year Book.
- Winer, B. J., Brown, D. R., and Michels, K. M. (1991). Statistical principles in experimental design. New York: Mc Graw-Hill.
- Wong, D. L., Hockenberry - Eaton, M., Winkelstein, M. L., Wilson, D., Ahmann, E., and Divo - Thomas, P. A. (1999). Nursing care of infants and children. 6<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby.
- Youngblut, J. M., Jay, S. S. (1991). Emergent admission to the pediatric intensive care unit: Parent concerns. AACN Clin Issue Crit Care Nurse 2(2): 329-37.



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
1. อาจารย์ นันทิกา มิตรสัมพันธ์	อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลกุมารเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
2. อาจารย์ อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี
3. นางเอื้องดอย ตันทพวงศ์	พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็ก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
4. นางสาววรรณิ์ จันทร์มาศ	พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็ก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
5. เรือเอกหญิง จิตสิริ รุ่งใหม่	พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็ก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ  
จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย  
และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ศูนย์วิทยพัชร์พยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0665



คณะกรรมการศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๖๐ เมษายน 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกทม

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนพมล ไชโยธา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวนันทิกา มิตรสัมพันธ์ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลกุมารเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวนันทิกา มิตรสัมพันธ์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทร. 0-2218-9828

ชื่อนิสิต

นางสาวนพมล ไชโยธา โทร. 08-3964-9494

ที่ ศธ 0512.11/ 0665



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๓๐ เมษายน 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนพมล ไชโยธา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีจึงขอเรียนเชิญ นางสาวอัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลเด็ก เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

กำหนดาเรียน

นางสาวอัจฉราวดี ศรียะศักดิ์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทร. 0-2218-9828

ชื่อนิสิต

นางสาวนพมล ไชโยธา โทร. 08-3964-9494

ที่ ศษ 0512.11/ 0665



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๙ เมษายน 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนพมล ไชโยธา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| 1. นางเอื้องคอย ดันทพงษ์ | พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็ก |
| 2. นางสาววรรณิ จันทร์มาศ | พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็ก |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ท่านาเรียน

นางเอื้องคอย ดันทพงษ์ และนางสาววรรณิ จันทร์มาศ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทร. 0-2218-9828

ผู้นิสิต

นางสาวนพมล ไชโยธา โทร. 08-3964-9494

ที่ ศบ 0512.11/ 0663



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทย์กิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๕๐ เมษายน 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพนมด ไซโยธา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประพนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ เรือเอกหญิง จิตสิริ รุ่งใหม่ พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็ก เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

เรือเอกหญิง จิตสิริ รุ่งใหม่

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประพนอม รอดคำดี โทร. 0-2218-9828

ชื่อนิสิต

นางสาวพนมด ไซโยธา โทร. 08-3964-9494



EC.12 T

เลขสารเลขที่ EC.120/2553

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

14 มิถุนายน 2553

เรื่อง	:	แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย
โครงการวิจัย	:	ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับสารน้ำค้ำหน้าท้อง (THE EFFECT OF PREPARATORY INFORMATION PROVISION AND MATERNAL PARTICIPATION ON MATERNAL ROLE PERFORMANC FOR CARING NEWBORN INFANTS WITH EXPLORATORY-LAPAROTOMY)
รหัสโครงการ	:	Document No. 53-066
ผู้ดำเนินการวิจัย	:	นางสาวนพมล ไชโยธธา
สถานที่ดำเนินการวิจัย	:	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ระยะเวลาดำเนินการ	:	1 มิถุนายน 2552 – 30 ตุลาคม 2553
เอกสารที่พิจารณา	:	1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (Proposal version dated, 11 มิถุนายน 2553 ; ฉบับภาษาไทย) 2. เอกสารคำแนะนำหรือแจ้งข้อมูลแก่ผู้วิจัยหรือผู้ถูกญาติ (Participant Information Sheet) 3. ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของอาสาสมัคร (Informed Consent Form) 4. แบบบันทึกข้อมูลของโครงการวิจัย (Case Record Form)

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้พิจารณาโครงการฉบับภาษาไทยแล้ว คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแจ้งจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ ตั้งแต่วันที่ 14 มิถุนายน 2553 ถึงวันที่ 13 มิถุนายน 2554 ทั้งนี้ ท่านต้องรายงานสถานะของโครงการให้คณะกรรมการฯ ทราบทุกปี เพื่ออนุมัติดำเนินโครงการต่อจนกว่าจะหมดอายุโครงการ

(ศ.คลินิกแพทยหญิงอุไรวรรณ ไชตเกียรติ)

กรรมการและประธานกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ศูนย์วิจัยทางการแพทย์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(แพทย์หญิงรัตโนทัย พัดบัวการ)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ศูนย์วิจัยและพัฒนา  
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
Tel./Fax. (+66) 0-2-644-8943

รับรองตั้งแต่วันที่ 14 มิถุนายน 2553 ถึงวันที่ 13 มิถุนายน 2554

แจ้งขอมติที่ประชุม ครั้งที่ 9/2553 วันที่ 7 มิถุนายน 2553



ที่ สธ 0319/ 12891

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
420/8 ถนน ราชวิถี เขต ราชเทวี  
กรุงเทพฯ 10400

18 มิถุนายน 2553

เรื่อง อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้

เรียน นางสาวนพมล ไชยโยธา

สิ่งที่ส่งมาด้วย หนังสืออนุมัติฉบับภาษาไทย จำนวน 1 ฉบับ

ตามที่ท่านเป็นหัวหน้าโครงการวิจัย เรื่อง ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง (THE EFFECT OF PREPARATORY INFORMATION PROVISION AND MATERNAL PARTICIPATION ON MATERNAL ROLE PERFORMANC FOR CARING NEWBORN INFANTS WITH EXPLORATORY-LAPAROTOMY) (Document No.53-066) ได้เสนอโครงการวิจัยดังกล่าว เพื่อให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาอนุมัตินั้น

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้พิจารณาแล้ว มีมติอนุมัติให้ดำเนินการตามโครงการดังกล่าวได้ โดยขอให้อ้างหรือรายงานสถานะ (Format Status) ให้คณะกรรมการฯ ทราบทุก 3 เดือน หรือ 6 เดือน โดยให้เป็นไปตามระเบียบสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ว่าด้วยการดำเนินการวิจัยในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พ.ศ.2552

พร้อมกันนี้ ได้แนบเอกสาร รายละเอียดข้อปฏิบัติอื่นๆ ที่ควรรู้มาพร้อมกับจดหมายฉบับนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบต่อไปด้วย จักเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นางศิริภรณ์ สวัสดิ์วร)

ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

หากมีข้อสงสัย หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม  
กรุณาติดต่อ ศูนย์วิจัยและพัฒนา  
โทร.02-3548333 ต่อ 5211 โทรสาร 02-6448943



## ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมต่อการปฏิบัติบทบาทมารดา  
ในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง

ชื่อผู้วิจัย                   นางสาว นพมล ไชยโยธา นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลเด็ก  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน)   หอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด 420/8  
ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน)  
02-3548333 ต่อ4503 โทรศัพท์มือถือ 083-9649494 E-mail:  
[ctnoppamon@hotmail.com](mailto:ctnoppamon@hotmail.com)

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา
2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง
3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
  - 4.1 ลักษณะของกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นมารดาและทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ทั้งหมด 40 คู่ ซึ่งจะมีการแบ่งกลุ่มของมารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คู่ โดยการได้มาซึ่งกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นการเลือกตัวอย่างตามสะดวก ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมวิจัยของมารดา คือ มารดาหลังคลอดที่มีบุตรมีปัญหาด้านศัลยกรรมและได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง และทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด มารดาต้องมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีความผิดปกติที่วินิจฉัยได้และเป็นอันตรายต่อชีวิต รวมทั้งไม่เป็นโรคติดต่อที่สามารถแพร่เชื้อได้และเป็นอันตรายต่อทารก ไม่มีความผิดปกติของการได้ยิน พูด ฟัง อ่านภาษาไทยเข้าใจ และสามารถให้ข้อมูลได้และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนทารก คือ เป็นทารกแรกเกิดที่มีปัญหาศัลยกรรมตั้งแต่แรกเกิด

และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดหน้าท้อง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด ไม่มีความพิการ และความผิดปกติสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต ได้แก่ ปากแหว่งเพดานโหว่ ปอดเรื้อรัง และโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มารดาทารกและแพทย์เจ้าของไข้อนุญาตให้เข้าร่วมในการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย คือ มารดามีอาการแทรกซ้อนภายหลังคลอด ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอด ล้วงรก มีไข้ แผลติดเชื้อ มีภาวะซีมเศร้ารุนแรง หรือความผิดปกติที่ไม่สามารถให้การดูแลทารกได้ในระหว่างได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาไม่ครบทุกขั้นตอน ส่วนทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง คือ ทารกมีอาการเปลี่ยนแปลงถึงขั้นภาวะวิกฤตระหว่างที่มารดาได้รับแผนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา เช่น หายใจเหนื่อย เชีว หยุดหายใจ หรือต้องใส่ท่อช่วยหายใจหรือเสียชีวิตระหว่างการวิจัย

## 5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 5.1 กลุ่มที่ 1

**กิจกรรมครั้งที่ 1** วันแรกที่ผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด หลังจากผู้ป่วยได้รับการพยาบาลหลังผ่าตัดตามกระบวนการหลังผ่าตัด และให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์และมารดามาเยี่ยมครั้งแรก ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของมารดาและทารก (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที) จากนั้นจะเป็นขั้นตอนการเข้าร่วมกิจกรรม คือ ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล เรื่อง การเตรียมมารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน โดยการให้ข้อมูลด้วยวิธีสไลด์มัลติมีเดีย เป็นภาพและเสียงประกอบคำบรรยาย ที่ใช้ในการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง และผู้วิจัยมอบเอกสารคู่มือสำหรับมารดาทารกที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิดเพื่อให้มารดาไว้ทบทวนและเป็นแนวทางในการดูแลทารกต่อไป (ใช้เวลา 20 นาที)

**กิจกรรมครั้งที่ 2** ให้การมีส่วนร่วมของมารดา โดยหลังจัดกิจกรรมการให้ข้อมูล ชักถามพูดคุยถึงกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรค ให้การช่วยเหลือในกิจกรรมที่มารดายังขาดความมั่นใจและปฏิบัติไม่ถูกต้อง ปฏิบัติกิจกรรมการมีส่วนร่วมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (ใช้เวลาประมาณ 60 นาที)

วันที่ 2 - วันที่ 4 ของการเข้าเยี่ยมของมารดา (ใช้เวลา 60-90 นาที/วัน)

**กิจกรรมครั้งที่ 3** จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน เป็นรายบุคคลที่เตียงของทารกและส่งเสริมกิจกรรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง

วันที่ 5 ของการเข้าเยี่ยมของมารดา (ใช้เวลา 30 นาที)

**กิจกรรมครั้งที่ 4** จัดให้มารดาทำแบบประเมินการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาโดยให้มารดาทำแบบสอบถาม 2 ชุด คือ แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่บุตรได้รับการผ่าตัดหน้าท้องและแบบประเมินการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง

## 5.2 กลุ่มที่ 2

มารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทำแบบสอบถามเช่นเดียวกับมารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ในกลุ่มที่ 1

6. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับและไม่มีผลกระทบต่อการรักษา

7. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหาหรือมีข้อสงสัย สามารถทำการสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดการดำเนินการวิจัย และสามารถติดต่อผู้วิจัย คือ นางสาว นพมล ไชยโยธา ที่เบอร์โทรศัพท์มือถือ 083-9649494 และทาง e-mail : [ctnoppamon@hotmail.com](mailto:ctnoppamon@hotmail.com)

8. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

9. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่มารดาที่มีบุตรที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องในการเข้าร่วมการวิจัย

10. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ศูนย์วิจัยและพัฒนา อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ชั้น 12 โทรศัพท์/โทรสาร 02-6448943 เบอร์โทรศัพท์ภายใน 02-3548333 ต่อ 5210 และ 5211

**หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย**  
(Informed consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

**เลขที่** ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาต่อการปฏิบัติ  
บทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง

ชื่อผู้วิจัย           นางสาว นพมล ไชยโยธา

ที่อยู่ติดต่อ       **420/8 ถ.ราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400**

โทร. **083-9649494**

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด  
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น  
จากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับ  
คำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการ  
วิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วม  
ของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง

ข้าพเจ้าและบุตรมีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้อง  
แจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะ  
นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัว  
ข้าพเจ้าหากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย  
ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ศูนย์วิจัยและพัฒนา  
อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ชั้น 12 โทรศัพท์/โทรสาร **02-6448943** เบอร์โทรศัพท์  
ภายใน **02-3548333** ต่อ **5210** และ **5211**

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึง  
ได้ลงนามในใบยินยอมนี้ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ข้างต้น

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(นางสาว นพมล ไชยโยธา)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

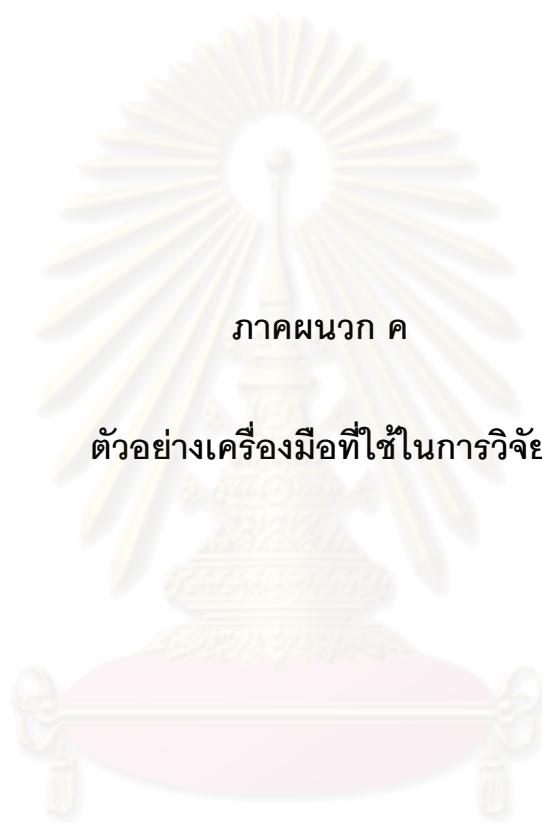
ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ศูนย์วิทยพัชการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย
  - 1.1 แผนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา
  - 1.2 สไลด์มัลติมีเดียเรื่อง " การเตรียมมารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ด้วย การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน"
  - 1.3 คู่มือสำหรับมารดาที่บุตรได้รับการผ่าตัดหน้าท้องในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน
  - 2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของทารกและมารดา
  - 2.2 แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดา
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่
  - 3.1 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของมารดา
  - 3.2 ตารางบันทึกวัน เวลา เข้าร่วมกิจกรรม

**แผนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง**  
**กลุ่มเป้าหมาย** มารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง

**วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อให้มารดามีความรู้และทักษะในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง
2. เพื่อให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด
3. เพื่อส่งเสริมให้มารดามีทักษะในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องตามการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาได้
4. เพื่อเตรียมความพร้อมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องให้มีภาวะสุขภาพ

**สถานที่** หอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด (ส5เอ) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

**วิธีการ**

ให้ข้อมูล คำแนะนำ สนับสนุน ชี้แนะ อำนวยความสะดวก สอน สาธิต และทดลองปฏิบัติตามความรู้ความสามารถและความต้องการของมารดาเป็นรายบุคคล โดยให้มารดามีส่วนร่วมและเรียนรู้การดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง

**ระยะเวลา** 20 - 30 นาที

**ผู้รับผิดชอบ** นางสาว นพมล ไชยโยธา นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก



แผนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม (วิธีการให้ข้อมูล)	สื่อ	การประเมินผล
<p>เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดากับผู้วิจัยและเพื่อให้มารดาให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล</p>	<p><b>ขั้นการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน</b></p> <p>การสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>สวัสดิ์ค๊ะ ดิฉันชื่อพนมล ไชโยธา เป็นนิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จะทำการวิจัยเกี่ยวกับผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมการวิจัย</p> <p>ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง หอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด และการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ท่านได้ระบายนามความรู้สึก ชักถามข้อสงสัย และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ปัญหาซึ่งดิฉันมีความยินดีที่จะตอบคำถาม ข้อสงสัย และให้คำแนะนำแก่ท่านเสมอ</p>	<p>ผู้วิจัยกล่าวทักทายมารดาทารกแรกเกิดด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส พร้อมทั้งแนะนำตนเอง พูดคุยกับมารดาอย่างเป็นกันเอง และขอความร่วมมือในการวิจัย</p> <p>ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการเข้าร่วมการวิจัยพอสังเขป พร้อมทั้งประเมินความพร้อมของมารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องในการเข้าร่วมการวิจัย โดยการสังเกตสีหน้าท่าทาง การพูดได้ตอบกับผู้วิจัย</p>	<p>นามบัตร</p> <p>ผู้วิจัยให้แก่มารดา</p>	<p>- การชักถามและตอบคำถามของมารดาที่มีบุตรได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง</p>
<p>เพื่อให้มารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องได้ทราบลักษณะ และอาการของทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง</p>	<p>ให้ข้อมูลด้านกระบวนการ ด้านความรู้สึก</p> <p>ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย</p> <p>ขณะนี้ทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องกำลังได้รับการช่วยเหลือ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลในเรื่องการเจ็บป่วยของทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องให้แก่มารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องด้วยการอธิบาย พูดคุย และเปิดโอกาสให้ชักถาม</p>		<p>- จากการสังเกตดูความสนใจ</p> <p>- จากการชักถามและตอบคำถามของมารดาที่มีบุตรได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง</p>

## สไลด์มัลติมีเดียเรื่อง

"การเตรียมมารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน"

ลำดับที่	ภาพ	เสียง	เวลา
1	LOGO คณะพยาบาลศาสตร์ (ตราพระแก้ว) CU จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เสียงดนตรี	
2	ข้อความ "การเตรียมมารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการ การผ่าตัดหน้าท้องในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรก เกิด" ภาพของมารดาและบุตรที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด	การเตรียมมารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัด หน้าท้องในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด	
3	ข้อความ "จัดทำโดย นางสาวนพมล ไชยโยธา นิสิต พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผศ. ดร.ประนอม รอดคำดี อาจารย์ที่ปรึกษา"	เสียงดนตรี	
4	ข้อความ "โดยความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ในหอ ผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็ก แห่งชาติมหาราชินี" ภาพ เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด	เสียงดนตรี	
5	ภาพของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	.....	
6	.....	.....	
7	.....	.....	
8	.....	.....	
9	.....	.....	
10	.....	.....	
11	.....	.....	
12	.....	.....	
13	.....	.....	
14	.....	.....	
15	.....	.....	
16	.....	.....	
17	.....	.....	
18	.....	.....	
19	.....	.....	
20	.....	.....	
21	.....	.....	

### ตัวอย่าง คู่มือ

สำหรับมารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด



คู่มือนี้เป็นสมบัติของ.....

.....

จัดทำโดย

นางสาวนพมล ไชโยธธา นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลเด็ก

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ.ดร.ประนอม รอดคำดี อาจารย์ที่ปรึกษา

#### หอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิดคืออะไร

หอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด หรือ หอผู้ป่วย ศ. 5 เอ ตั้งอยู่ชั้นที่ 5 ของอาคารสถาบันสุขภาพเด็กฯ ให้บริการรักษาพยาบาลทารกตั้งแต่แรกเกิด - อายุ 3 เดือน ที่ป่วยด้วยโรคทางศัลยกรรมซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งขณะนี้นัมนตร์ของท่านมีความจำเป็นต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์และพยาบาล ซึ่งเจ้าหน้าที่ทุกท่านมีความเต็มใจที่จะดูแลบุตรของท่านในระหว่างที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างดีที่สุด

ขั้นตอนการดูแลแรกรับ

1. เมื่อผู้ป่วยมาถึงหอผู้ป่วยแพทย์จะสอบถามประวัติการเจ็บป่วย การเลี้ยงดู เพื่อเป็นประโยชน์ในการรักษา
2. พยาบาลจะเลือกมารดาเพื่อใช้ประกอบการรักษาผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยอายุไม่ถึง 1 เดือน
3. แพทย์อธิบายข้อมูลเบื้องต้น ขณะนั้นให้บิดา - มารดาได้รับทราบรวมถึงแผนการรักษา ถ้าไม่เข้าใจสามารถซักถามเพื่อความชัดเจน แพทย์จะอธิบายให้ฟังอีกครั้ง ก่อนลงนามเซ็นใบยินยอมให้การรักษา
4. บิดา - มารดา ติดต่อทำเอกสารเพื่อดำเนินการเกี่ยวกับการใช้สิทธิการรักษา และติดต่อนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อทำบัตรเยี่ยม

### สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด

หอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิดแห่งนี้สามารถรับทารกแรกเกิดไว้ในการดูแลได้ทั้งหมด 25 คน โดยทางเข้าหอผู้ป่วยมีประตู 2 ชั้น เมื่อผ่านประตูชั้นแรกเข้าไปแล้วจะมีที่สำหรับให้ท่านเปลี่ยนรองเท้า ท่านต้องเปลี่ยนรองเท้าที่จัดไว้ให้ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและลดการติดเชื้อ ซ้ายมือของท่านเป็นห้องรับผู้ป่วยรายใหม่จะมีอ่างล้างมือ ท่านต้องล้างมือและเช็ดมือให้แห้งเพื่อลดและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปยังทารก ก่อนผ่านเข้าไปประตูชั้นที่ 2 จะมีชั้นวางเสื้อคลุมสะอาดท่านต้องสวมเสื้อคลุมให้เรียบร้อยก่อนเข้าห้องผู้ป่วยด้านใน เมื่อท่านเข้าไปด้านในห้องแรกด้านซ้ายมือของท่านจะเป็นห้องผู้ป่วย เริ่มจากห้องที่ 3 - ห้องที่ 6 เรียงตามลำดับ และด้านขวามือเป็นที่ทำงานของพยาบาล



มาถึงตรงนี้ ท่านได้รับทราบถึงสิ่งที่ท่านจะได้พบเห็น และได้ยินตลอดจนวิธีการ ปฏิบัติตน ในการเยี่ยมบุตรในหอผู้ป่วยแล้ว ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะทำให้ท่านสบายใจขึ้น และสามารถปฏิบัติตามบทบาทมารดาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป



การเอาใจใส่ดูแลจากท่าน สามารถช่วยให้บุตรของท่านหายเร็วยิ่งขึ้น  
ด้วยความปรารถนาดีจากผู้จัดทำ และเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด

## (ตัวอย่าง) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของทารกและมารดา แบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทารก

รายที่.....

อายุ.....วัน น้ำหนัก .....กรัม

การวินิจฉัยโรคแรกรับ.....

วันที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาล.....

วันที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง.....

ชนิดการผ่าตัด .....

รวมเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล .....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของมารดา

อายุ..... ปี

ระดับการศึกษาสูงสุด  ประถมศึกษา  มัธยมศึกษาตอนต้น  มัธยมศึกษาตอนปลาย

ปริญญาตรี ปริญญาโท ขึ้นไป  อื่นๆ (โปรดระบุ).....

อาชีพ  แม่บ้าน  ค้าขาย  รับจ้างทั่วไป  รับราชการ

รัฐวิสาหกิจ  กำลังศึกษา  ธุรกิจส่วนตัว  อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ประสบการณ์ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคทางศัลยกรรมและได้รับการผ่าตัด

เคย  ไม่เคย

ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร

เคย  ไม่เคย

ศูนย์วิทยุทางการแพทย์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามการแสดงการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาในมารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับ  
การผ่าตัดหน้าท้อง

เลขที่แบบสอบถาม

.....

คำชี้แจง

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ และทำเครื่องหมาย (P) ในช่องที่ตรงกับ ความรู้สึก ความคิด หรือการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรของท่านตามความเป็นจริงมากที่สุด ไม่มี คำตอบใดที่จะถือว่าถูกหรือผิด ไม่มีผลต่อบุตร และตัวท่านเอง คำตอบทั้งหมดจะเป็นแนวทางใน การปรับปรุงการพยาบาล เพื่อช่วยในการส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดา ในมารดา ทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง ดังนั้นขอให้ตอบตามความรู้สึกจริงของท่านในแต่ละ ข้อความ โดยตอบเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ เกณฑ์ในการเลือกคำตอบมีดังนี้

- ไม่เป็นความจริงเลย (1) หมายถึง ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความรู้สึกความคิดหรือ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรของผู้ตอบเลย
- เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย (2) หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกความคิดหรือ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรของผู้ตอบบ้าง เล็กน้อย
- เป็นความจริงปานกลาง (3) หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกความคิดหรือ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรของผู้ตอบปานกลาง
- เป็นความจริงเป็นส่วนมาก (4) หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกความคิดหรือ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรของผู้ตอบเป็น ส่วนมาก
- เป็นความจริงมากที่สุด (5) หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกความคิดหรือ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรของผู้ตอบมากที่สุด

ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่เป็น ความ จริงเลย (1)	เป็น ความ จริงบ้าง เล็กน้อย (2)	เป็น ความ จริง ปาน กลาง (3)	เป็น ความ จริงเป็น ส่วนมาก (4)	เป็น ความ จริงมาก ที่สุด (5)
(0) บุตรของฉันคนนี้เป็นเด็กน่ารัก		<b>P</b>			

ข้อความ	ไม่เป็น ความ จริง เลย	เป็น ความ จริงบ้าง เล็กน้อย	เป็น ความ จริง ปาน กลาง	เป็น ความ จริงเป็น ส่วนมาก	เป็น ความ จริงมาก ที่สุด	หมายเหตุ
<b>การมีสัมพันธภาพกับบุตร</b>						
1. ฉันคิดว่า บุตรของฉันเป็นเด็กน่ารัก						
2. ฉันคิดว่า บุตรมีส่วนคล้ายฉันหรือพ่อของเขา						
3. ฉันดีใจที่ได้มองดู บุตร						
4. ถ้าเอาเด็กหลายๆ คนมารวมกับ บุตรฉัน ฉันบอกได้ว่าเด็กคนไหนเป็น บุตรฉัน						
5. ฉันปลอบโยน บุตรโดยการลูบแขนขาและลำตัว บุตร						
6. ฉันคิดถึง บุตรมากเมื่อไม่ได้อยู่กับ บุตร						
17. ....						
<b>การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร</b>						
1. เมื่อไม่มีข้อห้ามในการให้นม บุตรฉันต้องการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่เหมือนมารดาคนอื่น ๆ						
2. ไม่ว่าฉันจะบีบน้ำนมได้ปริมาณมากหรือน้อยฉันก็จะบีบน้ำนมมาให้ บุตร						
3. ฉันช่วยให้ บุตรหลับ โดยการลูบสัมผัสแขนขา และตบกันเบาๆ						
13. ....						

(ตัวอย่าง)

แบบประเมินการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้อง

**คำชี้แจง** ข้อคำถามต่อไปนี้จะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของท่านในการดูแลบุตรของท่านขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะทราบว่าท่านได้มีส่วนร่วมในการดูแลบุตรของท่านในเรื่องใดบ้าง คำตอบของท่านจะไม่มีถูกหรือผิด โดยในข้อคำถามการมีส่วนร่วมในแต่ละข้อจะมีคำตอบให้ท่านเลือก ตั้งแต่ไม่ได้ปฏิบัติไปจนถึงได้ปฏิบัติทุกครั้ง คำตอบของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

ข้อคำถาม	ไม่ได้ปฏิบัติ (1)	ได้ปฏิบัติ บางครั้ง (2)	ได้ปฏิบัติ เกือบทุกครั้ง (3)	ได้ปฏิบัติ ทุกครั้ง (4)
<b>ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ</b>				
1. ดันช่วยพยาบาลทำความสะอาดร่างกายให้บุตรด้วยตนเอง (อาบน้ำ/เช็ดตัว/เช็ดปาก/เช็ดก้น)				
2. ดันให้บุตรดูคนนมของฉันท/ดูคนนมผสม/บีบเก็บน้านมไว้ให้บุตรมือถัดไปรวมทั้งสังเกตอาการของบุตรหลังได้รับนมได้แก่ การสำรอกนม ท้องอืด				
3. ดันเปลี่ยนผ้าอ้อมให้บุตรหรือช่วยพยาบาลในการเปลี่ยนผ้าอ้อมให้บุตร				
4. ....				
5. ....				



ข้อความ	ไม่ได้ปฏิบัติ (1)	ได้ปฏิบัติ บางครั้ง (2)	ได้ปฏิบัติ เกือบทุกครั้ง (3)	ได้ปฏิบัติ ทุกครั้ง (4)
<b>ด้านกิจกรรมการพยาบาล</b> 1. ช่วยเหลือบุตรในระหว่างที่บุตรได้รับการพยาบาลที่ทำประจำ เช่น การวัด อุณหภูมิ การวัดความดันโลหิต โดยการสัมผัส จับตัวทารกหรือ อุ้มทารก				
2. ช่วยเหลือบุตรในระหว่างที่บุตรได้รับการตรวจรักษา เช่น การแทงเข็มให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเจาะเลือด การเคาะปอดหรือ การดูดเสมหะ โดยการสัมผัส จับตัวทารก หรือ อุ้มทารก				
3. อยู่นอกบุตรในระหว่างที่บุตรได้รับการตรวจรักษา เช่น การแทงเข็มให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเจาะเลือด การเคาะปอดหรือการดูดเสมหะ				
4. อยู่นอกบุตรในระหว่างที่บุตรได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาลที่ทำประจำเช่น การวัด อุณหภูมิ หรือ การวัดความดันโลหิต				
5. .... .....				
6. .... .....				

ข้อคำถาม	ไม่ได้ปฏิบัติ (1)	ได้ปฏิบัติ บางครั้ง (2)	ได้ปฏิบัติ เกือบทุกครั้ง (3)	ได้ปฏิบัติ ทุกครั้ง (4)
<b>ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างมารดา กับบุคลากรพยาบาล</b> 1. ฉันทำความเข้าใจกับข้อมูลที่ได้รับจาก บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทุกอย่างที่บุตร ได้รับ				
2. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับแผนการ รักษาของบุตร ฉันได้รับการแจ้งทุกครั้งและ ขอขอบคุณผู้ที่ให้ข้อมูลทุกครั้ง				
3. ฉันสอบถามเกี่ยวกับการตรวจรักษาหรือ การรักษาที่บุตรได้รับ				
4. ....				
<b>ด้านการตัดสินใจในการดูแล</b> 1. ฉันช่วยตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจหรือการ รักษาที่บุตรได้รับ เช่น การเลือกตำแหน่งที่จะ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเจาะเลือด หรือ เลือกวิธีการรักษาที่บุตรได้รับ				
2. ในขณะที่ฉันเข้าเยี่ยมบุตร พยาบาลได้ถาม ความคิดเห็นฉันว่าควรปลุกบุตรเพื่อทำ กิจกรรมการพยาบาล				
3. ....				
4. ....				





ภาคผนวก ง

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจำแนกตาม อายุ ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร และคะแนนการปฏิบัติบทบาทมารดา

คู่ที่	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		คะแนนการปฏิบัติบทบาทมารดา	
	อายุ (ปี)	ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร	อายุ (ปี)	ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
1.	19	ไม่เคย	15	ไม่เคย	83	141
2.	17	ไม่เคย	16	ไม่เคย	117	128
3.	17	ไม่เคย	18	ไม่เคย	119	139
4.	18	เคย	19	เคย	120	146
5.	24	ไม่เคย	23	ไม่เคย	113	145
6.	27	ไม่เคย	29	ไม่เคย	110	126
7.	28	เคย	26	เคย	92	143
8.	24	ไม่เคย	29	ไม่เคย	130	146
9.	20	ไม่เคย	24	ไม่เคย	112	148
10.	26	ไม่เคย	21	ไม่เคย	132	145
11.	23	ไม่เคย	24	ไม่เคย	135	144
12.	28	เคย	27	เคย	132	146
13.	25	เคย	21	เคย	111	141
14.	28	เคย	22	เคย	103	145
15.	30	ไม่เคย	32	ไม่เคย	138	148
16.	33	ไม่เคย	32	ไม่เคย	124	140
17.	35	ไม่เคย	33	ไม่เคย	123	142
18.	36	เคย	37	เคย	139	149
19.	30	ไม่เคย	32	ไม่เคย	130	146
20.	35	ไม่เคย	38	ไม่เคย	119	148

ตารางที่ 8 แสดงคะแนนการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

มารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องรายชื่อ	คะแนนการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องในกลุ่มทดลอง	
	คะแนน	ร้อยละ
1	71	93
2	70	92
3	72	94
4	71	93
5	72	94
6	72	94
7	72	94
8	75	98
9	65	85
10	64	84
11	68	89
12	71	93
13	70	92
14	66	86
15	73	96
16	72	94
17	66	86
18	75	98
19	73	96
20	64	84

คะแนนการมีส่วนร่วมของมารดาต้องมากกว่า 61 คะแนน จากคะแนนเต็ม 76 คะแนน คิดเกณฑ์ร้อยละ 80 ผ่านเกณฑ์การมีส่วนร่วมของมารดา สำหรับการศึกษาครั้งนี้มารดาทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องทั้ง 20 คน ได้คะแนนการมีส่วนร่วมของมารดาผ่านเกณฑ์ 80 % ทั้งหมด

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวนพมล ไชยโยธา เกิดวันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2518 ที่จังหวัดพัทลุง สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยมหิดลปี พ.ศ. 2542 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2551 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรุงเทพมหานคร สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย