

การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

พริญา มาฟู¹ วราภรณ์ บุญเชียง² และสินีนาง ขาวตระการ^{2*}

¹นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*ผู้รับผิดชอบบทความ

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดา และความต้องการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต รวมถึงศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วม และความต้องการมีส่วนร่วมของมารดา กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาของทารกแรกเกิดวิกฤต จำนวน 53 คน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของมารดาอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่ความต้องการมีส่วนร่วมของมารดาอยู่ในระดับมาก ในรายด้านพบว่าด้านกิจกรรมการพยาบาล มารดามีส่วนร่วมน้อยที่สุด และมีความต้องการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ และการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจในการดูแล พบว่ามารดามีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง และต้องการมีส่วนร่วมในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติจริง และต้องการปฏิบัติ พบว่าการมีส่วนร่วมของมารดาโดยรวม และรายด้านทุกด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงระดับการมีส่วนร่วม และความต้องการมีส่วนร่วมที่แท้จริงของมารดา โดยเฉพาะในด้านกิจกรรมทางการพยาบาล ซึ่งยังจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น บุคลากรควรนำข้อมูลการศึกษาที่ได้นี้ ไปพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของมารดาอย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความต้องการของมารดา

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วมของมารดา ความต้องการมีส่วนร่วมของมารดา ทารกแรกเกิดวิกฤต กิจกรรมการพยาบาล การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์

Involvement of Mothers in High-risk Neonatal Care in the Health Promotion Hospital, Regional Health Promotion Center1, Chiang Mai

ABSTRACT

This study aimed to investigate the involvement of mothers in the care of high-risk neonates at the Health Promotion Hospital, Regional Health Promotion Center 1, Chiang Mai. The objectives were to examine actual maternal involvement, the mothers' desire for involvement, and to compare the differences between the two. The sample included 53 mothers whose newborns were admitted to the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) between December 2024 and March 2025. Data were collected using a structured questionnaire and analyzed using descriptive statistics and a paired t-test.

The findings indicated that overall maternal involvement was at a moderate level, while the desire for involvement was high. In particular, actual participation in nursing care activities was the lowest, whereas the desire to participate in such activities was at a moderate level. For routine care and information exchange and decision-making, mothers demonstrated moderate actual involvement but expressed a high level of desire to participate. A statistically significant difference was found between actual and desired involvement across all domains ($p < 0.001$).

These results highlight the gap between actual and desired maternal involvement in high-risk neonatal care, especially in nursing-related activities. It is recommended that healthcare professionals use these findings to develop appropriate and effective strategies that promote maternal involvement in alignment with their needs, thereby enhancing mothers' understanding of their caregiving roles and improving neonatal outcomes.

Keywords: Maternal involvement, Mothers' desire for involvement, High-risk neonates, Nursing activities, Healthcare professional support.

บทนำ

ภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิดเกิดจากความไม่สมบูรณ์ของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ส่งผลให้ทารกมีแนวโน้มต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง เช่น กลุ่มอาการหายใจลำบาก (Respiratory Distress Syndrome) ภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด (Birth Asphyxia) ภาวะติดเชื้อ (Neonatal Sepsis) ซึ่งภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิดเป็นภาวะที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตและทุพพลภาพ ซึ่งถือเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพและชีวิตของทารกเมื่อแรกคลอด (รัชตะวรรณ โอฬาริยกุล, 2545) ทารกในกลุ่มนี้ต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต (Neonatal Intensive Care Unit : NICU) โดยทารกต้องถูกแยกออกจากการดันทันทีหลังคลอด เพื่อรับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ (เนตรทอง นามพรม และฐิติมา สุขเลิศตระกูล, 2563) จากข้อมูลสถิติของประเทศไทยพบว่าในแต่ละปีมีทารกคลอดมีชีพประมาณ 800,000 ราย โดยร้อยละ 51.71 ของทารกเหล่านี้ต้องได้รับการรักษาใน NICU (รังสินันท์ ขาวนาค และคณะ, 2020) สถานการณ์นี้ส่งผลกระทบต่อทางจิตใจอย่างมากต่อครอบครัว โดยเฉพาะมารดาที่ต้องเผชิญกับความวิตกกังวล ความกลัว และความรู้สึกไม่มั่นใจในบทบาทของตน (พจนารถ สารพัด และยุณี พงศ์จตุรวิทย์, 2566)

การมีส่วนร่วมของบิดา มารดาในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ การที่ผู้ปกครองได้เข้ามามีบทบาทในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้กับเด็กป่วย ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตพบว่ามีผลสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งในแง่ของการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างแม่ ลูก และการลดระดับความเครียดของมารดา (Ionio et al., 2019; Çamur & Sarıkaya Karabudak, 2021) แนวคิดของ Schepp (1995) ได้เสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การมีส่วนร่วมที่ปฏิบัติจริง (Actual Participation) และการมีส่วนร่วมที่ต้องการจะปฏิบัติ (Preferred Participation) ครอบคลุม 4 ด้านหลัก ได้แก่ กิจกรรมที่ทำประจำ กิจกรรมการพยาบาล การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการตัดสินใจร่วมในการดูแล ซึ่งการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองไม่เพียงช่วยเสริมสร้างบทบาทความเป็นมารดา แต่ยังมีผลดีต่อทารกด้วยเช่นกัน อาทิ การเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเพิ่มน้ำหนักตัวของทารก และการลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ (Liu et al., 2018; นัยรัตน์ ดุลยวิจิตร และคณะ, 2563)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ สังกัดกรมอนามัย ได้เข้าร่วมโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ ลูก (The Baby Friendly Hospital Initiative) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2535 ทำหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยเฉพาะทางด้านอนามัยแม่และเด็ก ด้านอนามัยครอบครัว และบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพในทุกกลุ่มวัย (ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่, 2567) โดยพบว่าในปี พ.ศ.2566 ทารกแรกเกิดที่คลอดมีชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ จำนวน 917 ราย มีทารกที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต จำนวน 577 คน คิดเป็นร้อยละ 62.9 ในขณะที่

พ.ศ. 2567 มีทารกคลอดมีชีพเพิ่มขึ้นเป็น 931 ราย โดยมีทารกเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยดังกล่าวจำนวน 636 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.31 ซึ่งพบแนวโน้มที่สูงขึ้นในการเข้ารับบริการในหอทารกแรกเกิดวิกฤตของทารก

โดยทั้งนี้หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้มีการส่งเสริมให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารก และเปิดโอกาสให้มารดาสามารถเข้าเยี่ยมบุตรได้ตลอดเวลา แต่ยังไม่พบรายงานการเข้ามามีส่วนร่วมของมารดา ตลอดจนแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำหน้าที่ให้การดูแลทารกยังไม่ทราบแน่ชัดถึงความต้องการของมารดา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกในการให้บริการอยู่ในปัจจุบัน และความต้องการมีส่วนร่วมของมารดา เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบถึงความแตกต่างกัน และนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นข้อมูลให้ให้บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องได้มีความรู้ ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้นในการมีส่วนร่วมของมารดา นำไปสู่การพัฒนาแนวทางที่ชัดเจนมากขึ้น เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก เพิ่มสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก ลดความรู้สึกละเลยจากกังวลจากการแยกจาก และส่งเสริมบทบาทความเป็นมารดา ทั้งนี้การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกระหว่างเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล จะช่วยเตรียมความพร้อมในการดูแลทารกเมื่อกลับบ้านอย่างมีประสิทธิภาพ ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษานซ้ำของทารก รวมไปถึงทารกได้รับการส่งเสริมพัฒนาการทางร่างกาย และจิตสังคมได้อย่างเหมาะสม

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ มารดาของทารกแรกเกิดภาวะวิกฤตซึ่งเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ระหว่าง เดือนธันวาคม พ.ศ.2567 ถึง มีนาคม พ.ศ.2568

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไม่มีการคำนวณขนาดตัวอย่าง เนื่องจากจำนวนของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตในแต่ละช่วงเวลาไม่แน่นอนและไม่ได้มีจำนวนมาก ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะเป็นมารดาของทารกแรกเกิดภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษานที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ระหว่าง เดือนธันวาคม พ.ศ.2567 ถึง มีนาคม พ.ศ.2568 ทุกรายที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion Criteria)

1) มารดาของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่า 28 วัน ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ให้เข้ารับการรักษาในหอทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2568

2) มารดาที่คลอดทารกครบกำหนด (อายุครรภ์ มากกว่าหรือเท่ากับ 38 สัปดาห์)

3) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

4) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี

5) มีประสบการณ์เข้าเยี่ยมทารกไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง

6) มารดาได้ลงนามยินยอมเพื่อเข้าร่วมในการดำเนินงานวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria)

1) มารดาที่มีทารกที่มีภาวะความผิดปกติรุนแรง หรือภาวะพิการแต่กำเนิด ที่ส่งผลให้ไม่สามารถรับนมแม่แรกเกิดได้

2) มารดาที่มีข้อห้าม หรือข้อจำกัด ในการให้นมแม่

3) มารดาที่มีความผิดปกติหลังคลอดทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ใช้เครื่องมือแบบสอบถามของชนิดา เป๊ะสกุล (2553) โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1) ข้อมูลทั่วไปของมารดา และทารก แบ่งเป็น 2 ส่วน

1.1) ข้อมูลทั่วไปของมารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะของครอบครัว จำนวนลูกที่มีชีวิตอยู่ ชนิดของการคลอด ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ความถี่ในการเข้าเยี่ยมอาการทารก ประวัติการที่เคยมีบุตรป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกเกิด รวมถึงบทบาทของมารดาในการดูแลบุตรระหว่างช่วงเวลานั้น

1.2) ข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ประกอบด้วย อายุครรภ์ อายุปัจจุบัน เพศ น้ำหนักแรกเกิด และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

2) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของมารดา ในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.1) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมที่มารดาได้ปฏิบัติจริง จำนวน 28 ข้อ โดยเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ 3 คือ มีส่วนร่วมเป็นประจำ 2 คือ มีส่วนร่วมเป็นบางครั้ง และ 1 คือ มีส่วนร่วมน้อย หรือแทบไม่ได้ปฏิบัติเลย

2.2) แบบสอบถามความต้องการมีส่วนร่วมของมารดา จำนวน 28 ข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ 3 คือ ต้องการมีส่วนร่วมเป็นประจำ 2 คือ ต้องการมีส่วนร่วมเป็นบางครั้ง และ 1 คือ ต้องการมีส่วนร่วมน้อย

การแปลผล ใช้แบบอิงเกณฑ์โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามและคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณอันตรายภาคชั้น สามารถแบ่งระดับการมีส่วนร่วมออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย ระดับปานกลาง และ ระดับมาก ซึ่งสามารถกำหนดช่วงของค่าเฉลี่ยคะแนนได้ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.67 คะแนน หมายถึง ได้ปฏิบัติจริง หรือมีส่วนร่วมใน ระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.68 - 2.35 คะแนน หมายถึง ได้ปฏิบัติจริง หรือมีส่วนร่วมใน ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 2.36 - 3.00 คะแนน หมายถึง ได้ปฏิบัติจริง หรือมีส่วนร่วมใน ระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Validation of Measurement Tools)

ผู้วิจัยได้พิจารณาเนื้อหาของแบบสอบถามของชนิตา เป๊ะสกุล (2553) ที่จะนำมาใช้ในงานวิจัยครั้งนี้แล้ว พบว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับบริบทการให้บริการ และลักษณะกิจกรรมการพยาบาลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ จึงไม่ได้มีการปรับปรุง หรือแก้ไขข้อคำถามเพิ่มเติม และไม่ได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือซ้ำ

โดยงานวิจัยในครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามของชนิตา เป๊ะสกุล (2553) ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในด้านความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านทารกแรกเกิด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลในสาขาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ 3 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต 1 ท่าน และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้วิธีการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของการมีส่วนร่วมของมารดาที่ปฏิบัติจริงเท่ากับ 0.74 และต้องการปฏิบัติ เท่ากับ 0.84

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1) ขอนหนังสืออนุมัติจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อนำขออนุญาตเก็บข้อมูลกับศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

2) ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดการศึกษาให้กับมารดาของทารกแรกเกิดวิกฤตที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตของชนิตา แป๊ะสกุล (2553) ที่แบ่งแบบสอบถามออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารก และส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของมารดา ที่แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การมีส่วนร่วมที่มารดาได้ปฏิบัติจริง และการมีส่วนร่วมที่มารดาต้องการปฏิบัติ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากมารดาคนเดียวกัน เพียงครั้งเดียว

4) หลังจากการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม และทำการรวบรวมข้อมูลทั้งหมด เพื่อนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ มีวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1) แสดงข้อมูลพื้นฐานของมารดา และทารกแรกเกิด วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2) แสดงข้อมูลเกี่ยวกับระดับการมีส่วนร่วมของมารดา และความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่อยู่ในภาวะวิกฤต วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

3) ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนของการมีส่วนร่วมที่มารดาปฏิบัติจริงกับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤต โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน Paired t-test กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 เอกสารเลขที่ ET043/2567 และจากคณะกรรมการศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เมื่อวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2567 โดยมีรหัสโครงการวิจัยเลขที่ 8/2568

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต

ผลการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 53 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 27.8 ปี (S.D. = 5.16) และส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 39.6) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 52.8) รายได้เฉลี่ยของมารดาอยู่ที่ 11,516.98 บาท (S.D. = 9,282.94) มารดาอาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 100)

ละ 77.4) มีบุตรคนแรก (ร้อยละ 56.5) คลอดปกติ (ร้อยละ 73.5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด (ร้อยละ 96.2) มารดาเข้าเยี่ยมทารกทุกวัน (ร้อยละ 86.8) และไม่มีมารดาเคยมีประสบการณ์การมีลูกเจ็บป่วย และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังแสดงในตาราง 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต (n =53)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1.อายุ		
18 - 20 ปี	5	9.4
21 - 30 ปี	32	60.4
31 - 40 ปี	16	30.2
Mean = 27.83, S.D.= 5.16 (Min = 20 ปี, Max= 40 ปี)		
2.ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้ศึกษา	4	7.6
ประถมศึกษา	8	15.1
มัธยมศึกษา	21	39.6
อนุปริญญา หรือปวส.	5	9.4
ปริญญาตรี	14	26.4
ปริญญาโท	1	1.9
3.อาชีพ		
รับจ้าง	28	52.8
แม่บ้าน	14	26.4
ค้าขาย	8	15.1
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	5.7
4.รายได้ (บาท)		
น้อยกว่า 5,000	12	22.6
5,000 - 9,999	4	7.6
10,000 - 19,999	26	49.1
20,000 - 29,999	8	15.1
30,000 - 39,999	2	3.8
40, 000 - 49,999	0	0.0

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
4.รายได้ (บาท) (ต่อ)		
50,000 ขึ้นไป	1	1.8
Mean = 11,516.98, S.D.= 9,282.94		
5.ลักษณะของครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	41	77.4
ครอบครัวขยาย	12	22.6
6.จำนวนลูกที่มีชีวิตอยู่ (นับรวมลูกตายนี้)		
1 คน	30	56.5
2 คน	15	28.3
3 คน	4	7.6
4 คนขึ้นไป	4	7.6
7.ชนิดการคลอด (ในการคลอดครั้งนี้)		
คลอดปกติ	39	73.5
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	10	18.9
คลอดโดยใช้เครื่องมือ (คีม, เครื่องดูด)	3	5.7
คลอดโดยไม่ได้เตรียมการคลอด (คลอดก่อน ถึง โรงพยาบาล)	1	1.9
8.ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด		
ไม่มี	51	96.2
มี	2	3.8
9.จำนวนครั้งในการเข้าเยี่ยมบุตร		
เยี่ยมทุกวัน	46	86.8
เยี่ยมทุก 2-3วัน	2	3.8
ระบุแน่นอนไม่ได้	5	9.4
10.มีประสบการณ์การมีลูกเจ็บป่วย และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อแรกเกิด		
ไม่มี	53	100.0
มี	0	0.0

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ทั้ง 53 คน พบว่า ทารกแรกเกิดคลอดในช่วงอายุครรภ์ 39 ถึง 39⁺6 สัปดาห์ (ร้อยละ 41.5) มีอายุเฉลี่ย ณ วันที่ทำแบบสอบถาม 3.45 วัน เป็นทารกเพศหญิง (ร้อยละ 58.5) เพศชาย (ร้อยละ 41.5) โดยมีน้ำหนักเฉลี่ยอยู่ที่ 3,244.11 กรัม อยู่ในช่วง 3,000 ถึง 3,499 กรัม (ร้อยละ 45.2) ได้รับการดูแลด้วยการให้ออกซิเจน (ร้อยละ 90.6) ยาปฏิชีวนะ (ร้อยละ 64.2) และได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ (ร้อยละ 5.7) ดังแสดงในตาราง 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต (n = 53 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนคน	ร้อยละ
1.อายุครรภ์ (สัปดาห์)		
38 - 38 ⁺ 6	9	17.0
39 - 39 ⁺ 6	22	41.5
40 - 40 ⁺ 6	17	32.1
41 - 41 ⁺ 6	5	9.4
2.อายุทารก (วัน)		
1	3	5.7
2	14	26.4
3	13	24.5
4	11	20.8
5 วันขึ้นไป	12	22.6
Mean = 3.45, S.D. = 1.539 (Min = 1วัน, Max = 7วัน)		
3.เพศ		
หญิง	31	58.5
ชาย	22	41.5
4.น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)		
2,000 - 2,499	3	5.7
2,500 - 2,999	9	17.0
3,000 - 3,499	24	45.2
3,500 - 3,999	15	28.3
4,000 กรัมขึ้นไป	2	3.8

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนคน	ร้อยละ
4.น้ำหนักแรกเกิด (กรัม) (ต่อ)		
Mean = 3,244.11, S.D.= 429.64 (Min = 2,105 กรัม, Max = 4,100 กรัม)		
5.การรักษาที่ได้รับปัจจุบัน (ตอบได้กว่า 1 ข้อ)		
ออกซิเจน	48	90.6
ยาปฏิชีวนะ	34	64.2
สายยางให้อาหาร	26	49.1
ส่องไฟ	23	43.4
สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (น้ำเกลือ)	20	37.7
เครื่องช่วยหายใจ	3	5.7

ส่วนที่ 3 ระดับของการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตที่มารดาปฏิบัติจริงและมารดาต้องการปฏิบัติ

โดยภาพรวมพบว่า การมีส่วนร่วมที่มารดาปฏิบัติจริงอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 1.79, S.D. = 0.35) และการมีส่วนร่วมที่มารดาต้องการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.39, S.D. = 0.42) ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ มารดามีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 1.93, S.D. = 0.43) และต้องการมีส่วนร่วมในระดับมาก (Mean = 2.44, S.D. = 0.44) ด้านกิจกรรมพยาบาล มารดามีส่วนร่วมระดับน้อย (Mean = 1.40, S.D. = 0.43) และต้องการมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง (Mean = 2.23, S.D. = 0.60) ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจในการดูแล มารดามีส่วนร่วมในระดับปานกลาง (Mean = 2.24, S.D. = 0.51) และต้องการมีส่วนร่วมในระดับมาก (Mean = 2.57, S.D. = 0.42) ดังแสดงในตาราง 3

ตารางที่ 3 ระดับของการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตที่มารดาปฏิบัติจริงและมารดาต้องการปฏิบัติ

ระดับของการมีส่วนร่วมที่มารดาปฏิบัติจริง	ช่วงคะแนน	จำนวน (ร้อยละ)	ระดับของการมีส่วนร่วมที่มารดาต้องการปฏิบัติ	ช่วงคะแนน	จำนวน (ร้อยละ)
โดยภาพรวม			โดยภาพรวม		
มาก	2.43 - 2.73	6 (11.3)	มาก	2.36 - 3.00	31 (58.5)

ระดับของการมี ส่วนร่วมที่ มารดาปฏิบัติ จริง	ช่วงคะแนน	จำนวน (ร้อยละ)	ระดับของการมี ส่วนร่วมที่ มารดาต้องการ ปฏิบัติ	ช่วงคะแนน	จำนวน (ร้อยละ)
โดยภาพรวม (ต่อ)					
ปานกลาง	1.69 - 2.32	30 (56.6)	ปานกลาง	1.68 - 2.32	19 (35.8)
น้อย	1.00 - 1.67	17 (32.1)	น้อย	1.54 - 1.64	3 (5.7)
Mean = 1.79, S.D. = 0.35 (ระดับปานกลาง), Max = 2.73, Min = 1.00			Mean = 2.39, S.D. = 0.42 (ระดับมาก), Max = 3.00, Min = 1.56		
ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ			ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ		
มาก	2.36 - 3.00	9 (17.0)	มาก	2.36 - 3.00	31 (58.5)
ปานกลาง	1.70 - 2.27	29 (54.7)	ปานกลาง	1.82 - 2.27	18 (34.0)
น้อย	1.00 - 1.64	15 (28.3)	น้อย	1.36 - 1.55	4 (7.5)
Mean = 1.93, S.D. = 0.43 (ระดับปานกลาง), Max = 3.00, Min = 1.00			Mean = 2.44, S.D. = 0.44 (ระดับมาก), Max = 3.00, Min = 1.36		
ด้านกิจกรรมพยาบาล			ด้านกิจกรรมพยาบาล		
มาก	2.45 - 2.82	2 (3.8)	มาก	2.36 - 3.00	25 (47.2)
ปานกลาง	1.73 - 2.27	9 (17.0)	ปานกลาง	1.73 - 2.27	16 (30.2)
น้อย	1.00 - 1.64	42 (79.2)	น้อย	1.00 - 1.55	12 (22.6)
Mean = 1.40, S.D. = 0.43 (ระดับน้อย), Max = 2.82, Min = 1.00			Mean = 2.23, S.D. = 0.60 (ระดับปานกลาง), Max = 3.00, Min = 1.00		
ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจใน การดูแล			ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจใน การดูแล		
มาก	2.50 - 3.00	20 (37.7)	มาก	2.50 - 3.00	37 (69.8)
ปานกลาง	1.83 - 2.33	26 (49.1)	ปานกลาง	1.83 - 2.33	13 (24.5)
น้อย	1.00 - 1.67	7 (13.2)	น้อย	1.33 - 1.67	3 (5.7)
Mean = 2.24, S.D. = 0.51 (ระดับปานกลาง), Max = 3.00, Min = 1.00			Mean = 2.57, S.D. = 0.42 (ระดับมาก), Max = 3.00, Min = 1.33		

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตที่มารดาปฏิบัติจริงและต้องการปฏิบัติ

ผลการศึกษาจากการวิเคราะห์ความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มารดาได้ปฏิบัติจริง และมารดาต้องการปฏิบัติทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มเติม พบว่าด้านกิจกรรมการพยาบาลมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนมากที่สุดด้วยเช่นกัน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตที่มารดาปฏิบัติจริง และต้องการปฏิบัติ

การมีส่วนร่วม	การมีส่วนร่วม		ความต้องการมีส่วนร่วม		P-value
	Mean	SD	Mean	SD	
โดยรวม (คะแนนเต็ม 3 คะแนน)	1.79	0.35	2.39	0.42	<0.001*
รายด้าน					
ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ	1.93	0.43	2.44	0.44	<0.001*
ด้านกิจกรรมพยาบาล	1.40	0.43	2.23	0.60	<0.001*
ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจในการดูแล	2.24	0.51	2.57	0.42	<0.001*

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่าการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 1.79, SD = 0.35) โดยด้านที่มารดามีส่วนร่วมมากที่สุด คือด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจในการดูแล (Mean = 2.24, SD = 0.51) แสดงให้เห็นว่าการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับมารดามีผลอย่างมากในการมีส่วนร่วมในด้านนี้ ซึ่งการได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน จะช่วยเพิ่มความมั่นใจและส่งเสริมให้มารดามีบทบาทในการดูแลทารกได้อย่างเหมาะสม (Ferreira & Sivanthan, 2021) นอกจากนี้ การแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับทารก เช่น การเปลี่ยนแปลงแผนการรักษา หรืออาการของทารก อย่างสม่ำเสมอ มีผลช่วยให้มารดามีความรู้สึกไว้วางใจ และช่วยลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น (Çamur & Karabudak, 2021)

สำหรับด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ พบว่ามารดามีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 1.93, SD = 0.43) โดยผลการศึกษาของ ณัชนันท์ ชีวานนท์ (2562) พบว่ามารดาที่มีทารกแรกเกิดวิกฤต และต้องเข้ารับการรักษานในหอทารกแรกเกิดวิกฤต มักมีความเครียด และวิตกกังวลสูง การเข้าเยี่ยมทารกทุกวันมีส่วนช่วยคลายความวิตกกังวล ความกลัว และทำให้มารดาารู้สึกใกล้ชิดกับทารกมากขึ้น ด้านกิจกรรมด้านการพยาบาลเป็นด้านที่มารดามีส่วนร่วมน้อยที่สุด (Mean = 1.40, SD = 0.43) ซึ่งอาจเกิดแผนการรักษาที่ทารกต้องทำหัตถการทางการพยาบาล เช่น การเจาะเลือด การดูดเสมหะ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือการใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมถึงการมีการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ต้องติดตามสัญญาณชีพของทารกตลอดเวลา ทำให้มารดาเกิดความกลัว และไม่มั่นใจในการเข้าไปมีส่วนร่วม (สมสิริ รุ่งอมรรัตน์, 2555; ปรีดา อุ่นเสียม, 2560) ทั้งนี้ยังพบว่ามารดาบางรายรับรู้ว่าการกิจกรรมดังกล่าวควรอยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาล หรือแพทย์เท่านั้น และไม่ได้รับรู้ว่าจะตนเองต้องมีส่วนร่วมในการการเข้าไปดูแลทารก อีกทั้งบุคลากรบางส่วนอาจไม่ได้ให้คำแนะนำที่เพียงพอ หรือเปิดโอกาสอย่างชัดเจนให้มารดาเข้ามามีบทบาทในกิจกรรมเหล่านี้ (นัยรัตน์ ดุลยวิจักขณ์, 2563) จึงส่งผลให้ระดับการมีส่วนร่วมในด้านนี้ อยู่ในระดับน้อยที่สุด

ในส่วนของความต้องการมีส่วนร่วม พบว่ามารดามีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.39, SD = 0.42) โดยเฉพาะในด้านการกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (Mean = 2.44, SD = 0.44) และด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล (Mean = 2.57, SD = 0.42) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความพร้อม และความมุ่งมั่นตั้งใจของมารดาในการดูแลทารก แม้ว่าในกลุ่มตัวอย่างมารดาจะไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตมาก่อนก็ตาม ทั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Liu et al. (2018) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของมารดาช่วยเสริมสร้างให้มารดาได้แสดงบทบาทการเป็นมารดา และลดความกังวล และความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างทารกต้องเข้ารับการรักษา อย่างไรก็ตาม ความต้องการมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมพยาบาลยังคงอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.23, SD = 0.60) สะท้อนให้เห็นถึงความลังเลของมารดา ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากความกลัวจากการเห็นทารกร้องไห้ ขณะได้รับการทำหัตถการทางการแพทย์ (ปราณี ผลอนันต์ et al., 2556) การขาดประสบการณ์ ความรู้ รวมถึงการได้รับการสื่อสารที่ชัดเจนจากบุคลากรที่เพียงพอ ล้วนเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้มารดามีความลังเลใจที่อยากจะเข้ามามีส่วนร่วมในด้านนี้อย่างเต็มที่ (สุธาภินันท์ พรเลิศทวีกุล, 2556)

นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างระดับการมีส่วนร่วมกับความต้องการมีส่วนร่วม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในทุกด้าน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปรีดา อุ่นเสียม (2560) ที่พบว่ามารดาที่มีความต้องการมีส่วนร่วมมากกว่าการที่ได้ปฏิบัติจริง ซึ่งการศึกษายังคงพบว่ามารดาที่มีทารกแรกเกิดมีภาวะวิกฤตนี้ มารดา ยังคงต้องการการส่งเสริมให้เข้ามามีส่วนร่วมอยู่ในทุก ๆ ด้านกิจกรรม ซึ่งไม่ว่าจะเป็นสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ ที่ทารกได้รับการรักษา ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้มารดาเกิดความกังวล และความกลัว (ณัชนันท์ ชีวานนท์,

2562) รวมถึง ปัจจัยพื้นฐานของมารดา กล่าวคือ มารดามีอายุเฉลี่ย 27.83 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา และมีบุตรคนแรก ล้วนเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรู้ ความเข้าใจ และความมั่นใจในการดูแลทารก ซึ่งสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมที่ลดลง (อรทัย แซ่ตั้ง, 2564) อีกทั้งยังพบ มารดาร้อยละ 77.4 มาจากครอบครัวเดี่ยว ซึ่งอาจได้รับการสนับสนุนทางสังคม น้อยกว่ามารดาที่มา จากครอบครัวขยาย จึงพบว่ามีระดับความเครียด ความวิตกกังวลที่มากกว่า รวมถึงการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่น้อยกว่า (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2561; Ferreira & Sivanthan, 2021) ทั้งนี้ การศึกษาของสุธาภินันท์ พรเลิศทวีกุล (2556) และสุพิชญนันท์ ไพบูลย์ (2561) พบว่าบุคลากรทางการแพทย์เป็นส่วนสำคัญที่ส่งผลให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤต โดยมารดาที่ได้รับการสนับสนุนให้เข้ามามีส่วนร่วม มีการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกมากกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการสนับสนุน ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงยังคงต้องเป็นแรงสำคัญ ในการสนับสนุนให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤต ซึ่งมีผลต่อการลดช่องว่างระหว่างความต้องการและการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกอย่างมีประสิทธิภาพ.

ข้อเสนอแนะ

บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการพัฒนาแบบแผนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในด้านกิจกรรมการพยาบาลที่พบว่ามีความแตกต่างของการมีส่วนร่วมและความต้องการมีส่วนร่วมมากที่สุด และควรมีการพัฒนา เสริมสร้างความเข้าใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มเติมในเรื่องการให้ข้อมูลที่ชัดเจนมากขึ้นในกิจกรรมพยาบาลที่มีความเฉพาะทาง เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจให้กับมารดา ส่งเสริมให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดให้ได้มากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

ข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณ ผู้บริหาร และบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ และมารดาทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ท้ายที่สุด ข้าพเจ้าขอขอบคุณ ครอบครัว และผู้สนับสนุนทุกท่าน ที่เป็นแรงใจ และแรงผลักดัน ตลอดการทำการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

- ชนิตา แป๊ะสกุล และชลิตา ธัญฐิธรกุล (2553). การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 16(1), 39-49.
- ณัชนันท์ ชีวานนท์ (2563). *การพยาบาลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย* (Vol. 238). ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นัยรัตน์ ดุลยวิจักขณ์, พนิดา อยู่ชัชวาล และชมลรรค กองอรรถ (2563). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดา ต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดคลอดครบกำหนดที่ได้รับการส่งไป โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 23(3).
- เนตรทอง นามพรม และฐิติมา สุขเลิศตระกูล (2563). *การพยาบาลทารกแรกเกิดและเด็กที่มีปัญหาสุขภาพเฉพาะ* (Vol. 190). เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พจนารถ สารพัด และยุณี พงศ์จตุรวิทย์ (2566). ประสพการณ์การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษานในหอทารกแรกเกิดป่วย. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 33, 23-36.
- ปราณี ผลอนันต์, ศรีพรรณ กันธวัง และพิมพ์ภากรณ์ กลั่นกลิน (2556). การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *Nursing Journal CMU*, 40(1), 89-101.
- ปรีดา อุ่นเสียม (2560). การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต โรงพยาบาลพัทลุง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4.
- ปิยดา พรใหม่ (2564). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของภาวะสงสัยติดเชื้อระยะแรกในทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลปราสาท. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*, 12(2), 56-73.
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ (2561). การสนับสนุนจากครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด. *วารสารการพัฒนาชุมชน (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 11(4), 1-15.
- รัชตะวรรณ โอฬารพิริยกุล (2544). *การพยาบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รังสินันท์ ขาวนาค, ศศิกานต์ กาละ และวรางคณา ชัชเวช (2020). การรับรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิด. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 40, 30-44.
- สมสิริ รุ่งอมรรัตน์, วิภา กาญจนาวณิชย์ และอุบล ม่วงโยโส (2555). การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 30(4), 49-60.

- สุธานันท์ พรเลิศทวีกุล, ทศนี ประสพกิตติคุณ และพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล. *Journal of Nursing Science*, 31(1), 59-69.
- สุพิชญ์นันท์ ไพบูลย์, จุฑามาศ โชติบาง และมาลี เอื้ออำนวย (2564). ผลการสนับสนุนของพยาบาลต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด. *Nursing Journal CMU*, 48(4), 160-173.
- อรทัย แซ่ตั้ง, จรรยา แก้วใจบุญ และฐิติพร เรือนกุล (2564). ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*, 22(3), 72-83.
- Çamur, Z., & Sarıkaya Karabudak, S. (2021). The effect of parental participation in the care of hospitalized children on parent satisfaction and parent and child anxiety: Randomized controlled trial. *International journal of nursing practice*, 27(5), e12910. <https://doi.org/10.1111/ijn.12910>
- Ferreira, A., Ferretti, E., Curtis, K., Joly, C., Sivanthan, M., Major, N., & Daboval, T. (2021). Parents' Views to Strengthen Partnerships in Newborn Intensive Care. *Frontiers in pediatrics*, 9, 721835. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.721835>
- Ionio, C., Mascheroni, E., Colombo, C., Castoldi, F., & Lista, G. (2019). Stress and feelings in mothers and fathers in NICU: identifying risk factors for early interventions. *Primary health care research & development*, 20, e81. <https://doi.org/10.1017/S1463423619000021>
- Liu, T. T., Lei, M. J., Li, Y. F., Liu, Y. Q., Meng, L. N., & Jin, C. D. (2018). Effects of parental involvement in infant care in neonatal intensive care units: a meta-analysis. *Frontiers of Nursing*, 5(3), 207-215.