

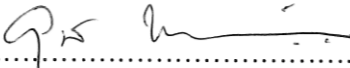
ปัจจัยทำนายนการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลือง
ที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ


ศิริกัญญา เกษสุวรรณ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
มิถุนายน 2561
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

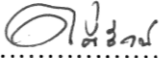
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ สิริกัญญา เกษสุวรรณ ฉบับนี้แล้ว เห็นควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

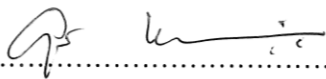
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยูนี พงศ์จตุรวิทย์)

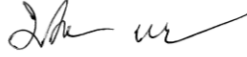

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยูนี พงศ์จตุรวิทย์)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.มนิรัตน์ ภาครูป)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก ของมหาวิทยาลัยบูรพา


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 26 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2561

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุณี พงศ์ศุรวินัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.นุจรีย์ ไชยมงคล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขในส่วนที่บกพร่องด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

กราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ ที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณมารดาที่มีทารกเกิดด้วเหลืองที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน

กราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ครูอาจารย์ทุกท่าน ที่ได้รับอบรมสั่งสอนให้ผู้วิจัยมีความมานะ อดทน ทั้งยังคอยช่วยเหลือ สนับสนุน เป็นกำลังใจมาโดยตลอด และขอขอบคุณครอบครัวและเพื่อนร่วมงานที่ให้ความรักและกำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา

สุดท้ายนี้ คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตา แด่บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีความรู้ มีการศึกษา และประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

ศิริกัญญา เกษสุวรรณ

57910079: สาขาวิชา: การพยาบาลเด็ก; พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คำสำคัญ: ทารกแรกเกิดตัวเหลือง/ การมีส่วนร่วมของมารดา/ การได้รับการส่องไฟรักษา

สิริกัญญา เกษสุวรรณ: ปัจจัยทำนายนการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ (PREDICTORS OF MOTHER'S PARTICIPATION IN CARING FOR NEONATE WITH JAUNDICE RECEIVING PHOTOTHERAPY)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ยูนิ พงศ์จตุรวิทย์, Ph.D., นุจรี ไชยมงคล, Ph.D. 89 หน้า. ปี พ.ศ. 2561.

ทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษาต้องการการดูแลจากมารดามากที่สุด ดังนั้นการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยทำนายนการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และ โรงพยาบาลสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่ได้รับอนุญาตให้เฝ้าทารกที่มีภาวะตัวเหลือง จำนวน 100 ราย คัดเลือกด้วยวิธีการเลือกแบบสะดวก ตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารก แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล และแบบสอบถามการสนับสนุนจากพยาบาล แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .81, .81, .85, และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา ($r = .535, p < .001$) และสามารถทำนายการมีส่วนร่วมของมารดาได้ร้อยละ 29 ($F_{2,97} = 37.188, p < .001$) ผลการศึกษาครั้งนี้เสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ ควรส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก เพื่อให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

57910079: MAJOR: PEDIATRIC NURSING; M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

KEYWORDS: NEONATES WITH JAUNDICE/ MATERNAL PARTICIPATION/
PHOTOTHERAPY

SIRIKANYA KETSUWAN: PREDICTORS OF MOTHER'S PARTICIPATION IN
CARING FOR NEONATE WITH JAUNDICE RECEIVING PHOTOTHERAPY. ADVISORY
COMMITTEE: YUNEE PONGJATURA WIT, Ph.D., NUJJAREE CHAIMONGKOL, Ph.D. 89 P.
2018.

Neonates receiving phototherapy need intensive care from mother the most. Thus, mother participation in caring of neonates receiving phototherapy it is very important. This predictive correlational research aimed to examine predicting factors of maternal participation in caring for their neonates with jaundice receiving phototherapy. The study samples included 100 mothers of neonates with jaundice receiving phototherapy admitted at Queen SavangVadhana Memorial Hospital and Samut Prakan Hospital. Data were collected from December 2016 to March 2017. Research instruments consisted of questionnaires regarding demographic characteristics, maternal participation in caring for neonate with jaundice receiving phototherapy, parent and neonate attachment, parent-nurse communication, and support from nurse. Cronbach's alpha coefficients of the questionnaires were .81, .81, .85, and .91, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics, Pearson's correlation and stepwise multiple regression.

Results showed that attachment between mothers and neonates was significantly correlated with maternal participation in caring for neonate with jaundice receiving phototherapy ($r = .535, p < .001$) and significantly predict 29 % of variance in maternal participation ($F_{2,97} = 37.188, p < .001$) Therefore, nurses and health care providers should develop an intervention to promote maternal participation in caring for neonates with jaundice receiving phototherapy by promoting the attachment of mothers and neonates.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
สมมติฐานของการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด	10
การส่องไฟรักษาภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดและการดูแล	14
แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล Schepp.....	20
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับ การส่องไฟรักษา.....	24
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	30
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	30
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	31
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย	34
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	35
การเก็บรวบรวมข้อมูล	35
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	36

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย	36
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	38
ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย คะแนนสัมพันธภาพระหว่าง มารดาและทารก การสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล การสนับสนุนจากพยาบาล และการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา ..	40
ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ น้ำหนักของทารก อายุของมารดา สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก การสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล การสนับสนุนจากพยาบาลกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกตัวเหลือง ที่ได้รับการส่องไฟรักษา.....	43
ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนาย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยสัมพันธภาพระหว่างมารดาและ ทารก ปัจจัยการสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล และปัจจัยการสนับสนุนจาก พยาบาลที่มีต่อการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับ การส่องไฟ.....	44
5 สรุปและอภิปรายผล	46
การอภิปรายผล	47
การนำผลการวิจัยไปใช้	50
การทำวิจัยครั้งต่อไป.....	51
บรรณานุกรม	52
ภาคผนวก	64
ภาคผนวก ก	65
ภาคผนวก ข	67
ภาคผนวก ค	78
ภาคผนวก ง.....	84
ภาคผนวก จ	87
ประวัติย่อของผู้วิจัย	89

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของข้อมูลทารก	39
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของข้อมูลของมารดา.....	40
3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยการสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล โดยรวม และรายด้าน	41
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย ของการสนับสนุนจากพยาบาล โดยรวม และรายด้าน	42
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย ของคะแนนการมีส่วนร่วมของมารดาใน การดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟ ทั้งคะแนนโดยรวมและรายด้าน	43
6	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนาย กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟ.....	44
7	การวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของ มารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา.....	45

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย..... 8

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะตัวเหลืองเป็นปัญหาความเจ็บป่วยที่สำคัญในทารกแรกเกิด จากสถิติในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2012 พบภาวะตัวเหลืองประมาณร้อยละ 60 ในทารกคลอดครบกำหนด หรือประมาณ 4 ล้านคนต่อปี และพบมากในทารกคลอดก่อนกำหนดมากกว่าร้อยละ 80 (The National Institute for Health and Care Excellence, 2012) ส่วนในประเทศไทย ยังไม่พบรายงานสถิติในภาพรวมของประเทศเกี่ยวกับอาการตัวเหลืองในทารกแรกเกิดที่ชัดเจน แต่มีการรายงานจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ภาวะตัวเหลืองเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยโดยทั่วไปถึงร้อยละ 25-50 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552) และจากสถิติของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีใน ปีพ.ศ. 2548-2550 พบอุบัติการณ์ภาวะตัวเหลืองในทารก ร้อยละ 26.1, 43.5 และ 29.9 ตามลำดับ โดยภาวะตัวเหลืองพบได้บ่อยร้อยละ 25-50 ในทารกแรกเกิดปกติ ของทารกแรกเกิดทั้งหมด ส่วนทารกเกิดก่อนกำหนด พบได้ถึงร้อยละ 80 ซึ่งทารกครบกำหนดจะมีภาวะตัวเหลืองมากที่สุดในช่วง 3-4 วันหลังคลอดและภาวะตัวเหลืองจะหายไปได้เองในช่วง 2 สัปดาห์แรก (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 2551) ส่วนในทารกคลอดก่อนกำหนดจะมีภาวะตัวเหลืองอยู่ในระดับสูงที่สุดในช่วง 7-10 วันหลังคลอด (สมพร โชติณกุล, 2558) และจากรายงานสถิติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2556-2558 พบทารกแรกเกิดตัวเหลือง 159, 188 และ 192 รายตามลำดับ โดยแยกเป็นทารกคลอดครบกำหนด 84, 98 และ 97 ราย เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด 75, 90 และ 95 รายตามลำดับซึ่งอัตราการเกิดภาวะตัวเหลืองในทารกมีแนวโน้มสูงขึ้น (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2558)

เมื่อทารกมีภาวะตัวเหลืองเกิดขึ้นและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลย่อมส่งผลกระทบต่อทารกแรกเกิดและมารดาซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับทารกมากที่สุด โดยพบว่า มารดาเกิดภาวะเครียด และมีความวิตกกังวล โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดาอาจเกิดความรู้สึกผิด โกรธตนเองที่ทำให้ทารกเจ็บป่วยและต้องได้รับการรักษาพยาบาล รวมทั้งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา (Ball & Bindler, 2006; Carey, 2009; Newton, 2000) นอกจากนี้ทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองส่วนใหญ่จะได้รับการส่องไฟรักษา และต้องได้รับการเจาะเลือดเพื่อประเมินระดับบิลิรูบินทุกวันและความก้าวหน้าในการรักษา รวมทั้งทารกจะได้รับการปิดตาขณะนอนส่องไฟรักษาตลอดเวลาในเปลนอน (Crib) หรือคู่อับ ทำให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกลดลง เนื่องจากมารดามีโอกาสได้อุ้ม และสัมผัสทารกน้อยลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของทารกอาจก่อให้เกิดความเครียด ความวิตก

กังวล และความสับสนขึ้นในจิตใจของมารดาหรืออาจมีความรู้สึกสับสนระหว่างบทบาทเดิมของมารดาและบทบาทใหม่ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของบุตรได้ (จารุพิศ สุภาภรณ์, 2556; สุชาภินันท์ พรเลิศวิกุล, 2556) ดังการศึกษาที่พบว่า ลักษณะความเครียดของมารดาที่มีบุตรตัวเหลืองซึ่งได้รับการส่องไฟรักษา พบว่า ร้อยละ 91.7 ของมารดา รู้สึกกังวลใจ ทุกข์ใจ เมื่อทราบข้อมูลเกี่ยวกับภาวะตัวเหลืองที่สามารถทำให้ทารกเกิดสมองพิการ มีภาวะปัญญาอ่อน หูหนวก หรือเสียชีวิตได้ มารดาจะแสดงความห่วงใยโดยการซักถามเกี่ยวกับอาการของทารกแรกเกิดมารดาบางคนอาจเกิดการโทษว่าเป็นความผิดของตนเอง อาจมีการรับรู้ลดลง สับสน รู้สึกโศกเศร้าหรือเสียใจ เมื่อทารกมีอาการรุนแรงขึ้น อาจก่อให้เกิดผลกระทบในการเลี้ยงดูทารกแรกเกิดต่อไป (ทัศนีย์ อรรถารส และจุไร อภัยจิรรัตน์, 2554; บุญบา บุญกระโทก, รัตนา รongทองกุล, ศิรินารด ศรีกาญจนเพริศ และสุนทรี น้ำใจทหาร, 2550; สุภาณี ไกรกุล, 2552) ดังนั้น มารดาจึงต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อคงไว้ซึ่งบทบาทของการเป็นมารดาและช่วยให้ทารกได้รับการดูแลอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งส่งผลให้ทารกที่มีอาการเจ็บป่วยมีอาการของโรคที่ดีขึ้น

แนวคิดการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของ Schepp (1995) เป็นหลักสำคัญประการหนึ่งในการดูแลเด็กป่วยที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (American Academy of Pediatrics Clinical Practice Guideline, 2004) ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัวและพยาบาล ซึ่งได้รับการยอมรับและนำไปใช้กันอย่างแพร่หลาย (Coyne, 1996) โดย Schepp (1995) กล่าวว่าไว้ว่า การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลเด็กป่วย 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลในกิจวัตรประจำวัน การดูแลในกิจกรรมการพยาบาล การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองกับพยาบาล และการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย ซึ่งการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟมีประโยชน์ทั้งต่อเด็ก บิดามารดา ครอบครัว และพยาบาล เนื่องจากการสนับสนุนให้มารดามีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพทารกทำให้มารดาได้รับข้อมูลความเจ็บป่วยของทารกได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลทารก และวิธีการดูแลทารกที่ถูกต้องจากพยาบาล (ณัฐพร จันทวรลักษณ์, 2550) อีกทั้งทำให้มารดาและทารกตัวเหลืองได้มีปฏิสัมพันธ์กันเกิดความผูกพัน รวมไปถึงมารดามีโอกาสเรียนรู้วิธีการดูแล วิธีการตอบสนอง สื่อสัญญาณของทารก และให้การตอบสนองความต้องการของทารกได้เหมาะสม ส่งผลให้มารดาเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลทารกและสามารถดูแลทารกได้อย่างถูกต้องก่อนกลับบ้าน (ชนิตา แป๊ะสกุล และชลิดา ธนรัฐริกุล, 2553) โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดาจะมีความภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยให้มีอาการดีขึ้น และยังเป็นการส่งเสริมให้มารดาทราบถึง

วิธีการดูแลเด็กป่วย รวมไปถึงสามารถที่จะคงไว้ซึ่งสมรรถนะการดูแลเด็กป่วยอย่างถูกต้องและต่อเนื่องจนถึงในระยะวางแผนจำหน่าย (ณัฐภา ปฐมอารีย์, 2551; อรุณ ดวงประสพสุข, 2557; Pongjaturawit, 2005; Schepp, 1995) จากแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล ดังกล่าวร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่มีภาวะตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา คือ น้ำหนักของทารก อายุของมารดา สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกตัวเหลือง การสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล และการสนับสนุนของพยาบาล (กาญจนา กันทาหงษ์, ศรีมณา นิยมคำ และสุธิศา ถ่ามช้าง, 2557; ไกรวรรร กาพันธ์, 2552; แชนภา รัตนพิบูลย์, 2554; จารุพิศ สุภาภรณ์, 2556; ชนิดา เป็ะสกุล และชลิดา ฐนัฐธิรกุล, 2553; รัชมนนย์ วงษ์ศิริ, 2554; สิรินาตยา วงศ์वाल, 2551; สุธาภินันท์ พรเลิศทวีกุล, 2556; Kawik, 1996; Pongjaturawit, 2005)

ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยจะมีอัตราการตายสูงกว่าทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักปกติถึง 40 เท่า และถ้าทารกน้ำหนักตัวต่ำกว่า 1,500 กรัม จะมีอัตราการตายสูงขึ้นถึง 200 เท่า (สุรัชย์ พงศ์หล่อพิศิษฐ์, 2552) นอกจากนี้ทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จะมีโอกาสเกิดภาวะตัวเหลืองรวมไปถึงภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้มากกว่าทารกน้ำหนักปกติ (สมสิริ รุ่งอมรัตน์, วรานุช กาญจนเวนิช และอุทุมพร ม่วงอยู่, 2555) เนื่องจากมีความไม่สมบูรณ์ของโครงสร้างของร่างกายและระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ทำให้ลักษณะทารกตัวเล็กและผิบบางใส อีกทั้งมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ อุปกรณ์ช่วยเหลือชีวิตอยู่รอบตัวทารกสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้บิดามารดาเกิดความกลัว ไม่กล้าเข้ามาดูแลอาการเจ็บป่วยของทารก ไม่กล้าที่จะป้อนนม หรืออุ้ม กลัวทารกได้รับอันตรายเพิ่มขึ้น (ศิริกมล กันศิริ, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ นงคันุช สุขยานุศิษฐ์ (2556) โดยพบว่าทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม จะได้รับการส่องไฟในระยะเวลาที่นานกว่าทารกที่น้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม และส่วนใหญ่พบว่า ทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองที่มีน้ำหนักลดลงก่อนกลับบ้านมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 จะมีภาวะเสี่ยงต่อการต้องมารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลือง และการที่มีน้ำหนักของทารกที่ลดลงมักเป็นข้อบ่งชี้ว่าทารกอาจได้รับนมที่ไม่เพียงพอ โดยมารดาไม่ได้เข้ามากระตุ้นในการให้นมต่อทารก ซึ่งอาจจะส่งผลให้ร่างกายของทารกไม่สามารถขับสารบิลิรูบินออกมาทางปัสสาวะและอุจจาระได้เกิดการคั่งของสารบิลิรูบิน ทำให้เกิดภาวะตัวเหลืองได้

อายุของมารดา เป็นตัวบ่งบอกความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมและความสามารถในการเข้าใจและตัดสินใจในการกระทำต่าง ๆ (Orem, 1995) ดังการศึกษาของ แชนภา รัตนพิบูลย์ (2554) พบว่า มารดาที่มีอายุมากจะมีความต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกมากกว่ามารดาที่มีอายุน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล จีนเมือง, วรรณภา พาหุวัฒนกร

และฉวีวรรณ อยู่สำราญ (2559) ที่พบว่า อายุของมารดามีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพของมารดาและความสามารถในการแสดงบทบาทของมารดา ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งที่จะส่งเสริมการเข้ามามีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกในขณะรับบริการดูแลรักษา แต่ในบางการศึกษาพบว่า อายุของมารดาของไม่มีความสัมพันธ์กับการแสดงบทบาทการเป็นมารดาและการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดในโรงพยาบาล (จินตรา ว่องวัฒนกุล, 2552; สิรินาดชา วงศ์वाल, 2551; สุชาภินันท์ พรเลิศวิกุล, 2556)

สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก เป็นสายสัมพันธ์ทางอารมณ์ที่มั่นคงหรือรูปแบบของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นสัมพันธภาพของทารกที่มีต่อมารดา โดยทารกจะสามารถสร้างสัมพันธภาพได้ตั้งแต่แรกเกิด และอาจเกิดจากการที่มารดากับทารกได้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน (Reciprocal interaction) เช่น การสัมผัสทารก การประสานสายตาคู่กัน เป็นต้น (สุทินี เสาร์แก้ว, 2550; Bowlby, 1969) โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดาจะมีความรู้สึกรักใคร่ผูกพันกับทารกตั้งแต่ออยู่ในครรภ์และจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อมารดาและทารกมีพฤติกรรมตอบสนองความรักใคร่ผูกพันกันอย่างเหมาะสม โดยความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดากับทารกนั้นจะคงทนถาวรมีผลต่อการอยู่รอดและพัฒนาการของทารกในระยะต่อ ๆ ไป (ธีรยา เนาวโคอักษร, 2557) เมื่อทารกตัวเหลืองและได้รับการส่องไฟรักษาในโรงพยาบาลย่อมส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกทำให้มารดารู้สึกห่างเหินมีปฏิสัมพันธ์กับทารกลดลง โดยการส่องไฟนั้นทารกต้องนอนอยู่ในเปลนอน (Crib) เพื่อให้การส่องไฟรักษานั้นมีประสิทธิภาพและต้องปิดตาทารกเพื่อป้องกันอันตรายจากแสงไฟอาจส่งผลให้มารดามีโอกาสได้อุ้มและสัมผัสทารกน้อยบางครั้งเมื่อมารดาต้องให้นมก็ขาดการประสานสายตา เนื่องจากมารดาไม่กล้าจะเปิดตาทารกเพราะกลัวทารกเจ็บ (จารุพิศ สุภาภรณ์, 2556) จึงส่งผลกระทบต่อการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกลดลง และอาจทำให้ทารกไม่ได้รับความรักหรือการเอาใจใส่อย่างเพียงพอ (บุษบา บุญกระโทก และคณะ, 2550) แต่จากการศึกษาของชญาพัฒน์ ธรรมภาสุวรรณ์ (2555) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดต่อความวิตกกังวลของมารดาและสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกพบว่าภายหลังได้รับ โปรแกรมการดูแล มารดากลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและคะแนนสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกที่ดีจะนำไปสู่การเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อีกทั้งการศึกษาของ สมสิริ รุ่งอมรรัตน์ และคณะ (2555) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและต้องได้รับเครื่องช่วยหายใจ พบว่า มารดาต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การบีบเก็บน้ำนม การสัมผัสและการ โอบกอด เนื่องจากมารดารู้สึกรักใคร่ผูกพันกับทารกและอยากที่จะดูแลทารกให้ดีที่สุด

การสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล เป็นการถ่ายทอดหรือการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองของเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาที่พยาบาล เมื่อเด็กเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น ทารกแรกเกิดยังไม่สามารถสื่อสารความต้องการของตนเองได้ มารดาจึงเป็นบุคคลสำคัญในการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งมารดามีความรักและห่วงใยบุตรจึงต้องการที่จะรับรู้เรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองนั้นยังไม่สามารถที่จะสื่อสารได้ ดังนั้นมารดาซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดจึงสามารถที่จะสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของทารกที่มีภาวะตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา เช่น ลักษณะการดูดนม ลักษณะของผิวหนัง ลักษณะอุจจาระ ปัสสาวะที่เปลี่ยนแปลง เป็นต้น เพื่อแจ้งให้พยาบาลได้รับทราบถึงข้อมูล และพยาบาลได้รับข้อมูลในการบันทึก ลักษณะการดูดนม ลักษณะสีผิว ลักษณะและจำนวนปัสสาวะ อุจจาระ อย่างละเอียดจากมารดาเช่นกัน (พัชรินทร์ เรื่องชุกุล, 2557; จารุพิศ สุภภรณ์, 2556) โดยการสื่อสารนั้นมีความจำเป็นเพื่อที่มารดาจะได้ทราบถึงอาการเจ็บป่วยผลการตรวจต่าง ๆ ผลการรักษา การรักษาของแพทย์ รวมทั้งเหตุผลในการรักษา และคำแนะนำต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแล เป็นต้น และพยาบาลต้องให้โอกาสในการซักถาม และให้ข้อมูลต่าง ๆ เพื่อให้มารดาคลายความวิตกกังวล เกิดทัศนคติที่ดีต่อการดูแลและสามารถที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กมากขึ้น (Melnyk, Feinstein, Moldenhouer, & Small, 2001) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งต่อการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยในโรงพยาบาล ดังการศึกษาที่พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ปกครองและพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ธัญมณีย์ วงษ์ชีรี, 2554; Neill, 1996)

การสนับสนุนจากพยาบาล เป็นการสนับสนุนทางสังคมหรือเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 1995) ดังการศึกษาเชิงคุณภาพของ Neill (1996) ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในเด็กป่วยที่มีอายุ 2-5 ปี พบว่า การสนับสนุนจากพยาบาลในเรื่องของการเอื้ออำนวยความสะดวกด้านต่าง ๆ เช่น การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับบิดามารดาได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ และเงียบสงบ การจัดสถานที่ให้พร้อมสำหรับการเตรียมอาหาร การได้รับการดูแลเพื่อลดความเครียด เป็นต้น ทำให้มารดาสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยมากขึ้น ดังการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนจากพยาบาลด้วยการเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยนั้นเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ปกครองได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กมากขึ้นหรือน้อยลง (Coyne, 1995; Kawik, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธาภินันท์ พรเลิศทวีกุล (2556) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแล ทารกแรกเกิดที่รับการรักษาใน

โรงพยาบาล พบว่า การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลเป็นเพียงปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยคะแนนเฉลี่ยด้านอารมณ์และด้านการประเมินอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านข้อมูลและด้านทรัพยากรอยู่ในระดับดี และการศึกษาของ ชนิตา เป็ะสกุล และชลิตา ธนรัฐริกุล (2553) ศึกษาเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ตามความเห็นของมารดาและพยาบาล พบว่ามารดาได้แลกเปลี่ยนข้อมูลหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลที่ทารกได้รับกับพยาบาลมาก ทำให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกได้มากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า ทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษาต้องการการดูแลจากมารดามากที่สุด ดังนั้นการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลทารกแรกเกิด เนื่องจากมารดาเป็นบุคคลสำคัญที่ใกล้ชิด และสามารถที่จะเข้าใจในพฤติกรรมของทารกได้โดยพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลเด็กป่วยและครอบครัว จึงต้องมีความเข้าใจต่อการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในเด็กป่วย แต่การศึกษาในทารกแรกเกิดยังพบได้น้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และการทำนายของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ น้ำหนักของทารก อายุของมารดา สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก การสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล และการสนับสนุนจากพยาบาล กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา

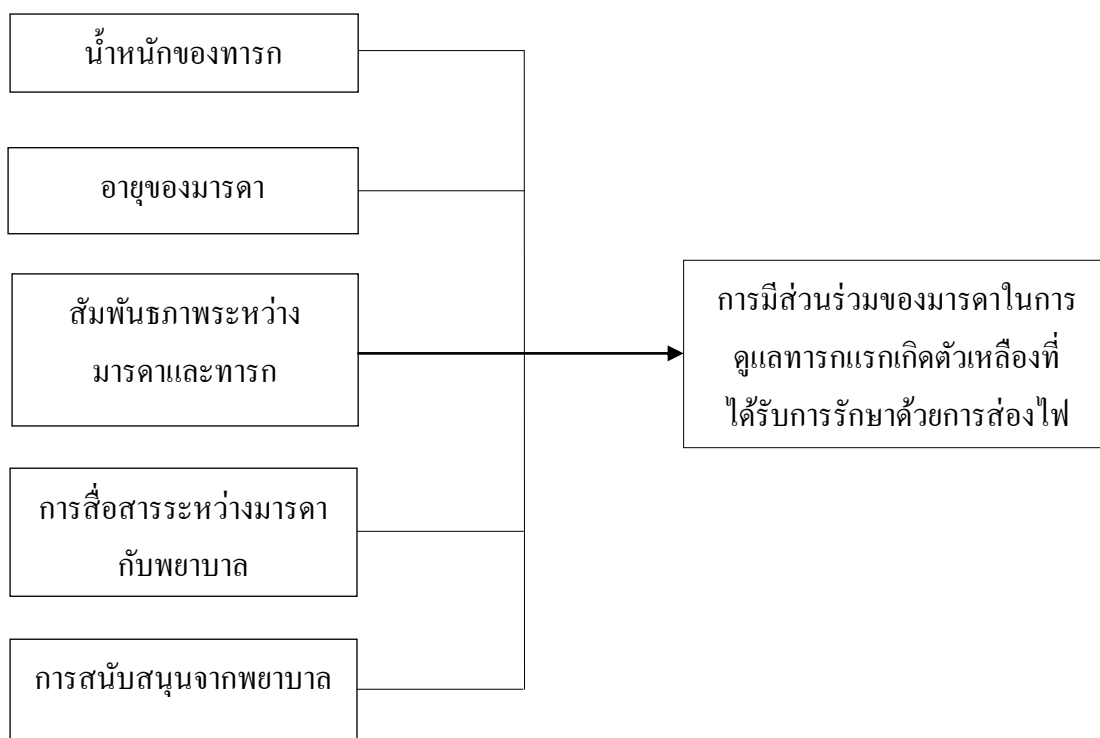
สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ น้ำหนักของทารก อายุของมารดา สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก การสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล และการสนับสนุนจากพยาบาล มีความสัมพันธ์

และสามารถทำนายการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลของ Schepp (1995) เมื่อเด็กเกิดภาวะเจ็บป่วยขึ้นและต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ปกครองเกิดความเครียด วิตกกังวล และรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งมีผลต่อบทบาทหน้าที่ของบิดามารดา การเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลนี้จะสามารถลดความวิตกกังวลและความเครียดได้อีกทั้งยังช่วยคงบทบาทของบิดามารดาได้ โดย Schepp กล่าวไว้ว่า ผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองที่ได้ปฏิบัติ (Parent actual participation) และการมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองต้องการปฏิบัติ (Parent preferred participation) ในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (Participation in routine care) ด้านกิจกรรมพยาบาล (Participation in technical care) ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล (Participation in information sharing) และด้านการตัดสินใจ (Participation in decision making) ของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยดังกล่าวมีความสำคัญต่อเด็กป่วยที่จะได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้น ผู้ปกครองจึงมีความสำคัญในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล จากแนวคิดดังกล่าวร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ พบปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษาในโรงพยาบาล คือ ปัจจัยด้านทารก ได้แก่ น้ำหนักของทารก ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ อายุของมารดา สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก การสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล และการสนับสนุนจากพยาบาล ซึ่งเขียนเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ น้ำหนักของทารก อายุของมารดา สัมพันธภาพของมารดาและทารก การสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล และการสนับสนุนจากพยาบาล ต่อการทำนาย การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา โดยทำการศึกษาในมารดาของทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และโรงพยาบาลสมุทรปราการ ปี พ.ศ. 2560

นิยามศัพท์เฉพาะ

การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา หมายถึง การที่มารดาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟในกิจกรรม 4 ด้าน คือ ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านกิจกรรมการพยาบาลด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างมารดาและบุคลากรพยาบาล และด้านการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล อย่างน้อย 3 วัน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษาของ จารุพิศ สุภาภรณ์ (2556)

น้ำหนักของทารก หมายถึง ปริมาณมวลกายเป็นกรัมของทารกตัวเหลืองที่ได้รับการ
ส่องไฟ ซึ่งประเมินจากน้ำหนักแรกคลอดของทารก ข้อมูลได้จากแบบบันทึกประวัติของทารก
อายุของมารดา หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุมารดาที่มีทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่
ได้รับการส่องไฟรักษา นับจากวันที่เกิดจนถึงวันที่ทำการเก็บข้อมูล

สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก หมายถึง ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและ
ทารก เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ตั้งแต่เป็นทารกแรกเกิดและมี
พัฒนาการอย่างต่อเนื่องและเพิ่มมากขึ้นเมื่อมารดาและทารกมีพฤติกรรมตอบสนองความรักใคร่
ผูกพันต่อกัน ซึ่งประเมิน โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่าง
มารดาและทารกของ สุภาณี ไกรกุล (2552)

การสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล หมายถึง การถ่ายทอดหรือการแลกเปลี่ยนข้อมูล
ระหว่างมารดาของทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟกับพยาบาล ซึ่งประเมินโดยใช้
แบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามการสื่อสารระหว่างผู้ปกครองและพยาบาลของ
ธัญมณีย์ วงษ์ศิริ (2554)

การสนับสนุนจากพยาบาล หมายถึง การรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับการสนับสนุนช่วยเหลือ
ที่ได้รับจากพยาบาล ในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินคุณค่า และด้านทรัพยากร
ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ
จากพยาบาลของ สุธาภินันท์ พรเลิศทวีกุล (2556)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายนการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด
2. การส่องไฟรักษาภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดและการดูแล
3. แนวคิดการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา

ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด

ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด หมายถึง การที่ร่างกายสะสมของสารสีเหลือง เรียกว่า “บิลิรูบิน” (Bilirubin) อยู่ในกระแสเลือดของทารกแรกเกิดสูงกว่าปกติ (American Academy of Pediatrics Clinical Practice Guideline, 2004; Wongwattanakul, 2010) ซึ่งเมื่อร่างกายของทารกมีระดับบิลิรูบินในเลือดสูงกว่า 5 mg/ dl (Hyperbilirubinemia) (ศุภชัย เจนจินดามัย, 2552) จะทำให้ทารกเกิดภาวะตัวเหลือง ซึ่งจะสังเกตได้จากบริเวณผิวหนัง เปลือกตา และเล็บ ภาวะตัวเหลืองที่ปรากฏจะเริ่มจากบริเวณใบหน้าเข้าหาลำตัวไปสู่แขนขา ฝ่ามือ และฝ่าเท้า ระดับบิลิรูบินที่สูงมากอาจทำให้ทารกเกิดสมองพิการและเสียชีวิตได้ (พรสวรรค์ เจียประเสริฐ, 2552) ดังนั้น เมื่อทารกแรกเกิดมีภาวะตัวเหลืองที่มีระดับบิลิรูบินในเลือดสูงเกินระดับปกติจึงต้องได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะแรกเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองพิการถาวรเนื่องจากภาวะบิลิรูบินในเลือดสูง (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวิณา จีระแพทย์, 2550) และภาวะตัวเหลืองในทารกเป็นภาวะที่ทำให้ทารกต้องนอนในโรงพยาบาลนานเนื่องจากต้องได้รับการส่องไฟ และอาจต้องได้รับการเปลี่ยนถ่ายเลือดถ้าทารกมีอาการของภาวะตัวเหลืองรุนแรง (เบญจญา อยู่ศิริ, 2557; ชมรมเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดแห่งประเทศไทย, 2551)

ชนิดของการเกิดตัวเหลืองในทารกแรกเกิด

1. ภาวะตัวเหลืองทางสรีรภาพ (Physiologic jaundice) ในทารกปกติระดับของ Indirect bilirubin ใน Cord blood จะมีค่าประมาณ 1.4-1.9 mg/ dl หลังเกิดระดับของ Indirect bilirubin

จะเพิ่มไม่เกินวันละ 5 mg/ dl ซึ่งภาวะตัวเหลืองอาจเกิดขึ้นได้หลัง 24 ชั่วโมง และสูงสุดประมาณ วันที่ 4-5 หลังคลอดในทารกคลอดครบกำหนด ค่าบิลิรูบินระดับสูงสุดจะอยู่ประมาณ 12-15 mg/ dl หรือมากกว่าในทารกชาวเอเชีย หลังจากนั้นระดับบิลิรูบินจะลดลงและเป็นปกติประมาณ 10-14 วัน หลังคลอด ส่วนในทารกคลอดก่อนกำหนดระดับบิลิรูบินจะคงอยู่ในระดับสูงสุดไปจนถึงประมาณ วันที่ 7-10 วันหลังคลอดและระดับบิลิรูบินสูงสุดอาจมากกว่าที่พบในทารกครบกำหนด (พิมพ์ลักษณ์ เจริญขวัญ, 2557; สมพร โชตินฤมล, 2558) เนื่องจาก Blood brain barrier ของทารกคลอดก่อนกำหนดยังทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์ซึ่งอาจเกิดจากความไม่สมบูรณ์ในการทำงานของตับ จึงทำให้กระบวนการขับบิลิรูบินออกได้ช้า มีระดับ Acceptor protein และ Conjugating enzyme น้อย ซึ่งพบในช่วงวันที่ 2-4 หลังคลอด และจะหายไปเองใน 1-2 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากปัจจัยอื่น ๆ อีก เช่น ทารกแรกเกิดมักมีการสร้างบิลิรูบินมากกว่าผู้ใหญ่และเด็กโตถึง 2 เท่าเนื่องจากเม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นกว่าผู้ใหญ่ (อรุณี เจตศรีสุภาพ, 2552) และ Enterohepatic circulation มีส่วนทำให้ทารกแรกเกิดมีภาวะตัวเหลืองหรือเกิดจากทารกอาจมีลำไส้อุดตัน หรือถ่ายขี้เทาได้น้อยลง (อารีรัตน์ ระวังวงศ์, 2555)

2. ภาวะตัวเหลืองจากพยาธิสภาพ (Pathologic jaundice) เป็นภาวะตัวเหลืองที่พบได้รวดเร็วภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งอาจพบระดับบิลิรูบินสูงถึง 20 mg/ dl และทำให้ทารกเสียชีวิตได้ (สุชีวา วิชัยกุล, 2557) โดยสาเหตุของอาการตัวเหลืองที่เกิดจากพยาธิสภาพดังนี้

2.1 มีการสร้างบิลิรูบินเพิ่มขึ้นกว่าปกติ (Increase production) จากภาวะต่าง ๆ ได้แก่

2.1.1 Hemolytic disease of the newborn (HDN) เกิดจากการที่กลุ่มเลือดของมารดาไม่เหมือนของทารกจึงทำให้มารดาสร้างแอนติบอดีต่อกลุ่มเลือดของทารก ซึ่งแอนติบอดีนี้จะผ่านทางรกไปสู่ทารกได้ทำให้มีการทำลายเม็ดเลือดของทารกมีการแตกทำลายของเม็ดเลือดแดงมากกว่าปกติ (นฤมล เปรมปราโมทย์, กัลย์สุดา อริยะวัตรกุล, อภิญญา บัวลา และกรรณิการ์ นาคนาม, 2557) ส่วนภาวะ ABO incompatibility เป็นชนิดของ HDN ที่พบบ่อยที่สุดในประเทศไทยพบในมารดาที่มีเลือดกลุ่มโอเท่านั้น และทารกที่มีกลุ่มเลือดเอ หรือบี ส่วน Rh incompatibility พบน้อยมาก และในปัจจุบันแถบประเทศตะวันตกพบน้อยลงเนื่องจากมีวิธีป้องกันโดยการให้ Rh immune globulin แก่มารดาภายใน 72 ชั่วโมงภายหลังคลอด Red blood cell membrane defect เช่น Congenital spherocytosis, Congenital ovalocytosis ทำให้เม็ดเลือดแดงอายุสั้นกว่าปกติ Red blood cell enzyme defect ทำให้เม็ดเลือดแดงแตกง่ายในภาวะปกติ ได้แก่ การขาด Glucose-6-phosphate dehydrogenase (G-6-PD deficiency) หรือการขาด pyruvate kinase เป็นต้น (สินีนานู ลีมนิยมธรรม, ภคอร ผลงานดี, ทวีภัก หาญคำภา, อัมพร บุญบรรจง, ภัทรลภา ทองสุขสว่าง และสุจรยา การินทร์ 2553)

2.1.2 ภาวะเลือดออก เช่น จุดเลือดออก (Petechial) ก้อนโนของศีรษะ (Cephal hematoma) หรือมีการตกเลือดในอวัยวะภายใน เช่น ปอด สมอง เป็นต้น (นฤมล เปรมปราโมทย์ และคณะ, 2557)

2.1.3 ภาวะเม็ดเลือดแดงมากเกินไป (Polycythemia) ภาวะนี้จะทำให้เกิดการแตกสลายของ Heam มากขึ้น ซึ่งการมีเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้นจะชักนำให้มีการสร้างบิลิรูบินมากขึ้นด้วยเช่นกัน และอาจเกิดจากการตัดสายสะดือทารกขณะคลอดช้าเกินไป ทำให้เลือดไหลกลับเข้าสู่ทารกมากเกินไป (จนิษฐา ประสมศักดิ์, 2551)

2.2 มีการดูดซึมของบิลิรูบินทางลำไส้เล็กเข้าสู่กระแสเลือดที่ตับเพิ่มขึ้นเช่น กรณีที่มีการอุดตันหรือตีบตันของลำไส้เล็กหรือลำไส้ใหญ่ ทำให้อุจจาระขับออกไม่ได้ เป็นต้น หรือเกิดลำไส้อุดตัน เช่น pyloric stenosis duodenal atresia (สุชีวา วิชัยกุล, 2557)

2.3 การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ซึ่งเมื่อร่างกายเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia) ภาวะติดเชื้อตั้งแต่ในครรภ์มารดา เช่น การติดเชื้อซิฟิลิส (Congenital syphilis) หรือ หัดเยอรมัน (Congenital german measles) ภาวะขาดออกซิเจนทารกที่มีมารดาเป็นเบาหวาน (Maternal diabetes) ภาวะหายใจลำบาก (Respiratory distress syndrome) เชื้อโรคจะผลิต Hemolysin มาทำลายเม็ดเลือดแดง ซึ่งการติดเชื้อในกระแสเลือดยังจะนำไปสู่ภาวะ Disseminated intravascular coagulation (DIC) ได้อีกด้วย (จันทรา ว่องวัฒนกุล, 2552)

2.4 ภาวะทารกคลอดก่อนกำหนด จะมีระดับ Conjugated enzyme ในเลือดต่ำกว่าทารกคลอดครบกำหนด และเนื่องจากขนาดน้ำหนักร่างกายน้อยกว่า (วาริชา เจนจินดามัย, 2542) จึงทำให้ระดับบิลิรูบินที่ต้องการการรักษาต่ำกว่าทารกคลอดครบกำหนด (สุชีวา วิชัยกุล, 2557)

2.5 ภาวะ Breast milk jaundice พบประมาณร้อยละ 1-2 ในทารกแรกเกิดที่ได้รับนมมารดา ซึ่งพบว่าในน้ำนมมารดามีสารบางชนิดที่ทำให้ระดับบิลิรูบินเพิ่มขึ้นมากกว่า 20 mg/dl เนื่องจากสารดังกล่าวป้องกันการขับบิลิรูบินออกทางลำไส้ ซึ่งพบว่า ทารกจะเริ่มมีอาการตัวเหลืองในวันที่ 4-7 และมีระยะเวลาของอาการประมาณ 3-10 สัปดาห์ (สมพร โชติณฤมล, 2558)

ผลกระทบของอาการตัวเหลืองต่อทารกแรกเกิด

ทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองจากสรีรวิทยาอาจไม่มีภาวะแทรกซ้อนแต่ภาวะตัวเหลืองจากสรีรวิทยาที่เกิดร่วมกับปัจจัยอื่น เช่น ทารกแรกคลอดมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มีภาวะอุณหภูมิกายต่ำหรือมีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ จะเป็นการส่งเสริมให้ทารกแรกเกิดมีอาการตัวเหลืองเพิ่มขึ้น (พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์, 2554) นอกจากนั้นทารกแรกเกิดที่มีอาการตัวเหลืองจากพยาธิวิทยาอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ จนมีผลกระทบทั้งต่อทารกแรกเกิดและมารดา

เมื่อทารกมีภาวะที่มีระดับบิลิรูบินในเลือดสูง Albumin ไม่สามารถจับกับบิลิรูบินได้ทั้งหมด Unconjugated bilirubin อิสระที่ไม่ได้ถูกจับจะเข้าไปบริเวณก้านสมอง (Brain stem) สมองส่วน Cerebellum, Basal ganglia และ Hippocampus ทำให้ระบบประสาทได้รับความเสียหาย โดยภายใน 3-4 วันแรก ทารกจะแสดงอาการซึม คุณคนมได้ไม่ดี ร้องเสียงแหลม และกล้ามเนื้ออ่อนแรง (สาธิต โหตระกิตย์, 2550; อารีรัตน์ ระวังวงศ์, 2555; Bhutani, 2004) ต่อมาจะมีอาการเกร็ง กระสับกระส่าย ชักหลังแอ่น ทารกบางคนอาจไม่แสดงอาการเหล่านี้ในระยะแรก แต่เมื่อโตขึ้นอาจมีความผิดปกติทางสมอง ซึ่งระดับบิลิรูบินที่สูงขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสมอง (สุขุมล หุนทนทาน, 2557; AAP, 2004) ดังการศึกษาของ เพ็ญศรี พิชัยสนธิ (2544) ที่ศึกษาถึงผลของการมีระดับบิลิรูบินสูงในเลือดสูงกว่าปกติในทารกแรกเกิดในวันที่ 3-4 หลังคลอด โดยเปรียบเทียบทารกแรกเกิดในกลุ่มที่มีระดับบิลิรูบินในเลือดสูงกว่ากับทารกปกติ พบว่า ทารกกลุ่มที่มีระดับบิลิรูบินในเลือดสูงกว่าปกติมี Sucking reflex อ่อนกว่าทารกปกติ และ Sucking reflex ในทารกแรกเกิดที่มีระดับบิลิรูบินในเลือดสูงจะปกติ เมื่อระดับบิลิรูบินในเลือดลดน้อยลง โดยอาการคุณมที่อ่อนแรงลงเป็นอาการที่พบเร็วกว่าอาการอื่น นอกจากนี้ทารกที่มีระดับบิลิรูบินในเลือดสูงยังมี Moro reflex ในวันที่ 8 และ 9 หลังคลอดน้อยกว่าทารกปกติและเมื่อเปรียบเทียบในกลุ่มที่มีระดับบิลิรูบินในเลือดสูงในระดับต่าง ๆ กัน พบว่า อาการแสดงของ Rooting reflex มีความแตกต่างกันตามระดับของบิลิรูบินอย่างมีนัยสำคัญในวันที่ 5 หลังคลอด (วิลาศลักษณ์ ทะนงศักดิ์สกุล และแอนนา สุมะ โน, 2555) อาการเหล่านี้เรียกว่า Kernicterus ซึ่งจะสัมพันธ์กับระดับบิลิรูบินที่สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ญัญญา ประวันเนา, ผกาพรรณ เกียรติชูสกุล, จรรยา จิระประดิษฐา และชาญยุทธ์ สุภคุณภิญโญ (2552) ศึกษาพบว่า ทารกคลอดครบกำหนดจะแสดงอาการ Kernicterus เมื่อบิลิรูบินสูงเกิน 20 mg/ dl ส่วนทารกคลอดก่อนกำหนดจะแสดงอาการเมื่อระดับบิลิรูบินสูงเกิน 15 mg/ dl

สำหรับทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม ระดับบิลิรูบินสูง 10-12 mg/ dl ทำให้แสดงอาการ Kernicterus และอาจทำให้ทารกเกิดการมีพัฒนาการที่ล่าช้า มีความผิดปกติในระบบประสาทและการได้ยิน (อดิनुช สุรวงษ์สิน และวารภรณ์ แสงทวีสิน, 2550) เช่นเดียวกับการศึกษาของ เปรมศักดิ์ เหล่าอยู่คง (2550) ที่ศึกษาผลการติดตามระยะยาวทารกครบกำหนดที่มีภาวะตัวเหลืองอย่างรุนแรงพบว่า ทารกแรกเกิดทุกรายมีระดับบิลิรูบินมากกว่า 20 mg/ dl ผลตรวจประเมินพัฒนาการด้วย DDST II ในช่วงอายุ 3 ปีแรกพบเด็ก 1 ราย (ร้อยละ 10) มีพัฒนาการสงสัยว่าล่าช้าด้านภาษา ส่วนการได้ยินปกติทุกรายและการศึกษาของ ทรงเกียรติ อุดมพรวัฒนะ (2555) ศึกษาพัฒนาการทางระบบประสาทและการได้ยินของทารกแรกเกิดครบกำหนดที่มีภาวะตัวเหลืองและระดับบิลิรูบินมากกว่าหรือเท่ากับ 20 mg/ dl พบว่า ผลตรวจประเมิน

พัฒนาการด้วย DDST II ที่อายุ 2, 4, 6, 9 และ 12 เดือน มีความผิดปกติของระบบประสาทร้อยละ 1 แต่ไม่พบความผิดปกติของการได้ยิน

การส่องไฟรักษาภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดและการดูแล

การส่องไฟรักษา มีจุดมุ่งหมาย คือ เพื่อลดระดับปริมาณของบิลิรูบินป้องกันการเกิดพยาธิสภาพจากปริมาณของบิลิรูบินที่เพิ่มขึ้น และลดอัตราการเปลี่ยนถ่ายเลือดในทารกแรกเกิดตัวเหลือง (Wong, Desander, Sibley, & Stevenson, 2006) เนื่องจากการส่องไฟรักษา (Phototherapy) เป็นวิธีที่นิยมมากที่สุด เนื่องจากการส่องไฟนั้น เป็นการรักษา Indirect hyperbilirubinemia โดยใช้แสงไฟสามารถจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของโมเลกุลของบิลิรูบิน (Isomerization) ของ Unconjugated bilirubin ซึ่งปกติละลายน้ำไม่ได้ให้กลับกลายมาเป็นสารที่ละลายน้ำได้สามารถขับถ่ายสารนี้ได้ทางปัสสาวะ และทางอุจจาระ โดยออกมาทางน้ำดี มีประโยชน์สำหรับทารกที่มีภาวะตัวเหลืองแรกคลอดเพื่อลดระดับบิลิรูบินในเลือด (ไพลินรัตน์พิชญชัย, 2551)

การส่องไฟรักษา ส่วนใหญ่ใช้หลอดฟลูออเรสเซนต์ชนิดแสงสีขาว (White lamp) หรือชนิดแสงสีน้ำเงิน (Blue lamp) โดยทั่วไป ชนิดแสงสีขาว (Polychromic white light) ใช้ได้ดีในการรักษา Unconjugated hyperbilirubinemia ส่วนแสงสีฟ้าหรือเขียว (Blue-green light) ซึ่งมีความยาวคลื่นในช่วงของ 450-480 นาโนเมตรนั้น จะดูดซับบิลิรูบินได้ดีที่สุด จึงมีประสิทธิภาพดีที่สุดสำหรับใช้รักษา แต่ในทางปฏิบัติแสงสีฟ้า ทำให้พยาบาลและแพทย์ผู้ดูแลมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ถ้าต้องดูแลทารกเป็นเวลานาน ดังนั้นอาจใช้หลอดไฟนีออนแสงสีฟ้าสลับกับแสงสีขาว เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา และหากมีความเข้มของแสงสูงมากเท่าไรจะยังมีประสิทธิภาพในการรักษาเพิ่มขึ้นเท่านั้น (สินีนานู ลิมนิมมธรรม และคณะ, 2553) อย่างไรก็ตาม พบว่า ประสิทธิภาพของการส่องไฟเพื่อการรักษาทารกที่มีภาวะตัวเหลืองต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ (นงคันธ์ สุขขานุกิจฐ, 2556)

ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการส่องไฟรักษา

ประสิทธิภาพของการส่องไฟรักษาจะขึ้นกับพลังงานแสง (Irradiance) มีหลักการ ดังนี้

1. สเปกตรัม/ ความยาวคลื่นแสง (The spectrum of light/ wave length) สารบิลิรูบินเปรียบเสมือนตัวรับแสง (Photo-receptor) ดูดซับแสงช่วงความยาวคลื่นแสง 400-500 นาโนเมตร โดยสามารถมองเห็นได้ (Visible light) บิลิรูบินจะดูดซับแสงช่วงความยาวคลื่นแสง 340-540 นาโนเมตร โดย Unconjugated bilirubin ที่จับกับ Albumin สามารถดูดซับแสงได้สูงสุดที่ความยาวคลื่นแสง 460 นาโนเมตร ส่วนบิลิรูบินอิสระจะสามารถดูดซับแสงได้สูงสุดที่ความยาวคลื่นแสง

440 นาโนเมตร (Wong, Desander, Sibley & Stevenson, 2006) และส่วนใหญ่หลอดไฟแสงสีน้ำเงินชนิดพิเศษ (Special blue fluorescent lamp) มีความยาวคลื่นแสงอยู่ระหว่าง 450-480 นาโนเมตร จึงมีคุณสมบัติลดระดับปริมาณบิลิรูบินได้ดีที่สุด (โสภภาพรรณ เงินน้ำ, 2550) ส่วนหลอดไฟแสงสีขาว (Day light: Halogen Spotlights) จะมีความยาวของคลื่นแสง 370-430 นาโนเมตร สามารถที่จะลดระดับบิลิรูบินได้ดีในการใช้งานหลอดไฟแสงสีน้ำเงินชนิดพิเศษมักจะมียาคสูงและทำให้การสังเกตสีผิวของทารกทำได้ค่อนข้างยาก และส่งผลให้พยาบาลที่เป็นผู้ดูแลนั้นมีอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ ดังนั้นจึงนิยมใช้หลอดไฟแสงสีน้ำเงินชนิดพิเศษสลับกับหลอดไฟแสงสีขาว (Wong et al., 2006) เพื่อให้ความยาวของคลื่นแสงที่เหมาะสมและไม่รบกวนต่อสายตาของบุคลากรด้านสุขภาพ (กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, 2551; ลมัย ละอองทัฬห, มธุรส นาคพริก และชวลพัชร เกตุอินทร์, 2554)

2. ความเข้มของแสง (Intensity of light) โดยประสิทธิภาพของการลดระดับบิลิรูบินในเลือดจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความเข้มแสง (Maisels, 2005) แต่หากความเข้มแสงสูงเกินกว่าที่กำหนดไว้จะทำให้ไม่มีผลในการช่วยลดระดับบิลิรูบินในกระแสเลือด (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวิภา จีระแพทย์, 2540) ซึ่งความเข้มของแสงนั้นขึ้นกับจำนวนของหลอดไฟ อายุการใช้งานของหลอดไฟ ระยะห่างระหว่างหลอดไฟกับการกระจายของแสง (พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์, 2554) รวมถึง การกั้นเครื่องส่องไฟด้วยแผ่นอะลูมิเนียมฟอยล์จะลดการกระจายของแสงได้ดีที่สุด รองลงมาคือการกั้นด้วยผ้าสีฟ้าและผ้าสีขาวตามลำดับ (นภัทร ลิขธา โนมัย, 2550) และจากการศึกษาของ ธีณมณีย์ วงษ์ชีรี และทอง ประสานพานิช (2558) ศึกษาผลการใช้กระเบอะลูมิเนียมฟอยล์สะท้อนแสงร่วมกับการส่องไฟต่อระดับบิลิรูบินในทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง พบว่า การรักษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองโดยการส่องไฟร่วมกับรองกระเบอะลูมิเนียมฟอยล์สะท้อนแสงสามารถลดระดับบิลิรูบินได้มากกว่าการใช้เครื่องส่องไฟอย่างเดียว และการศึกษาของ นภัทร ลิขธา โนมัย (2550) พบว่า พลังงานแสงที่ได้จากเครื่องส่องไฟสำหรับภาวะตัวเหลืองจะมีค่าเพิ่มขึ้นเมื่อกั้นขอบคอมไฟด้วยอะลูมิเนียมฟอยล์ในทุกสภาวะเมื่อเทียบกับการกั้นขอบคอมไฟด้วยผ้าสีขาวหรือสีฟ้า และการกั้นขอบคอมไฟด้วยผ้าสีฟ้าจะให้ความเข้มแสงเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับการกั้นผ้าสีขาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ระยะห่างของแสงกับตัวทารก (Distance of light) พลังงานแสงจะแปรผกผันกับระยะห่างระหว่างหลอดไฟกับทารก (Porter & Dennis, 2002) ทารกที่อยู่ใกล้แสงไฟมากจะได้รับปริมาณแสงที่มีความเข้มขึ้นมากขึ้น เพราะยังมีความเข้มของแสงสูงมากประสิทธิภาพในการรักษาภาวะตัวเหลืองยิ่งเพิ่มขึ้นเท่านั้น ทำให้สามารถที่จะลดระดับบิลิรูบินได้ดี (สาวิตรี เต็มอารมณ์ และสุจิตรา โสพิตร, 2553) ดังนั้น จึงควรให้ทารกนอนอยู่ในตำแหน่งตรงกลางของแสงไฟที่ส่องมา

ควรจัดระยะห่างระหว่างหลอดไฟกับทารกในระยะ 30-50 เซนติเมตรหรือประมาณ 10-20 เซนติเมตร (AAP, 2004; Wong et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของสาวิตรี เต็มอารมณ และสุจิตรา โสพิตร (2553) พบว่า การลดระยะห่างระหว่างเครื่องส่องไฟกับทารกที่ระยะ 20 เซนติเมตร มีผลต่อการลดลงของค่าบิลิรูบินในกระแสเลือดดีกว่าที่ระยะ 45 เซนติเมตร ส่งผลให้จำนวนวันที่ใช้ในการส่องไฟลดลง และจำนวนวันในการนอนโรงพยาบาลลดลง

4. พื้นที่ผิวกายที่รับแสง (Exposed body surface area) โดยผิวหนังของทารกที่สัมผัสกับแสงได้มากจะทำให้ลดระดับปริมาณบิลิรูบินได้ดี (สรายุทธ สุภาพรรณชาติ, 2548; AAP, 2004) ดัชนีการศึกษาของ Maisels and McDonagh (2008) พบว่า การปิดพื้นที่ผิวกายที่น้อยให้สัดส่วนกับพื้นที่ของผิวกายของทารกที่ถูกแสงไฟส่องมากที่สุดหรือผิวกายทารกถูกแสงมากขึ้นจะลดระดับบิลิรูบินได้ดี ดังนั้นจึงควรถอดเสื้อผ้าทารกออกหรือหากต้องการเพิ่มจำนวนการส่องไฟสามารถที่จะเพิ่มไฟด้านล่างมากกว่าด้านบน เพราะจะสามารถเพิ่มพื้นที่ผิวที่ได้รับแสงได้พร้อม ๆ กัน

ผลกระทบของการส่องไฟรักษาต่อทารกและการดูแลรักษา

การส่องไฟรักษานั้นได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการช่วยลดระดับปริมาณบิลิรูบินลงได้ แต่มักส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อทารกแรกเกิดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (พัชรวิรจิพูนผล, 2553)

ด้านร่างกาย

1. จอประสาทตาได้รับอันตราย (Retinal damage) เพราะจากการที่ถูกแสงไฟส่องเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดการระคายเคืองและมีอันตรายต่อจอประสาทตา ทำให้เกิดแผลที่จอประสาทตา (Retina ulcer) อาจส่งผลให้ตาบอดได้ (จารุพิศ สุภาพรรณ, 2556)

2. ทารกอาจมีอาการถ่ายเหลว เนื่องจากการที่แสงที่ใช้ในการรักษาจะทำให้มีการบาดเจ็บของเยื่อบุลำไส้ก่อให้เกิดการขาด Enzyme lactase ชั่วคราว และอาการถ่ายเหลวจะดีขึ้นเมื่อหยุดการรักษา อาการถ่ายเหลวสามารถก่อให้เกิดการระคายเคืองบริเวณทวารหนัก (สรายุทธ สุภาพรรณชาติ, 2548; Kenner, Amlung, & Flandemeyer, 1998)

3. การสูญเสียน้ำเพิ่มขึ้น (Increased water loss/ dehydration) อาจเกิดเนื่องจากการระเหยของน้ำ เนื่องจากอุณหภูมิรอบตัวของทารกจะสูงขึ้น ขณะที่มีการส่องไฟรักษาทารกอาจมีไข้ได้ เพื่อลดการสูญเสียน้ำ หากทารกคุณนมได้น้อยหรือรับนมไม่ได้ย่อมทำให้เกิดการสูญเสียน้ำได้ง่าย ทารกจึงควรได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยให้เท่ากับปริมาณร้อยละ 130 ของปริมาณที่ทารกควรได้รับในแต่ละวัน (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2555) ดัชนีการศึกษาของ กฤดากร เกสรคำ (2542) ศึกษาผลการทาสารประกอบน้ำมันที่มีต่อการสูญเสียน้ำทางผิวหนังในทารกคลอดก่อนกำหนด ตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ พบว่า การทาสารประกอบน้ำมันบนผิวหนังทารกขณะ

ให้แสงบำบัดสามารถลดการสูญเสียน้ำทางผิวหนังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิอากาศเหนือผิวหนังขณะให้แสงบำบัด

4. การเปลี่ยนแปลงบริเวณผิวหนัง บริเวณผิวหนังจะมีสีค่อนข้างเขียว หรือสีผิวน้ำตาลแดง (Bronze baby/ tanning) เนื่องจากการถูกแสงอัลตราไวโอเล็ตเป็นระยะเวลาานาน นอกจากนั้นอาจมีรอยแดงตามลำตัวจากการที่เส้นเลือดฝอยขยายหรืออาจมีผื่นแดงซึ่งสามารถที่จะป้องกันการเปลี่ยนแปลงบริเวณผิวหนังโดยใช้แผ่นพลาสติกครอบที่ตัวทารก ซึ่งไม่จำเป็นต้องยกเลิกการส่องไฟรักษา (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2555) จากการศึกษาของ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (2558) ได้ศึกษาการพัฒนาเครื่องส่องไฟฟารักษาทารกแรกเกิดที่มีสภาวะตัวเหลือง โดยนำเครื่องส่องไฟฟารักษาทารกแรกเกิดที่มีสภาวะตัวเหลืองโดยใช้หลอดแอลอีดี ไปสอบเทียบที่สถาบันมาตรวิทยาแห่งชาติ พบว่า คลื่นแสงที่ส่งออกมามีความเหมาะสมสำหรับ การรักษาและปลอดภัยต่อผิวหนังของเด็กเมื่อเทียบจากหลอดฟลูออเรสเซนต์แบบเดิมที่ส่งผลให้ผิวหนังของทารกเกิดการตกกระ ผิวน้ำนม และผื่นแดง หลอดมีอายุใช้งานนานถึง 50,000 ชั่วโมง นานกว่าหลอดชนิดเดิมที่มีอายุใช้งาน 2,400 ชั่วโมง และได้นำไปทดสอบใช้งานจริงพบว่า สามารถลดสารบิลิรูบินในเลือดได้เร็วและใช้เวลาน้อยกว่าเดิม รวมถึงผิวหนังของทารกไม่ทำให้เกิดการระคายเคืองและรอยแดงที่ผิวหนัง

5. ทารกอาจมีอุณหภูมิร่างกายสูงหรือต่ำกว่าปกติ (Thermodynamic unstable) จึงควรประเมินสัญญาณชีพอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก 2-4 ชั่วโมง (สรายุทธ สุภาพรรณชาติ, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชันยมนย์ วงษ์ศิริ และทอง ประสานพานิช (2558) ศึกษาผลการใช้กระเพาะอะลูมิเนียมพอยล์สะท้อนแสงร่วมกับการส่องไฟต่อระดับบิลิรูบินในทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง ผลการศึกษาพบว่า อุณหภูมิร่างกายสูงสุดขณะส่องไฟเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ด้านจิตใจและอารมณ์

การส่องไฟรักษานั้นจะขัดขวางปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก เนื่องจากทารกที่ได้รับการส่องไฟรักษา จะทำให้มารดามีโอกาสได้อุ้มและสัมผัสทารกน้อยลง (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย และกรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, 2551; จันทร์ฉาย สิงห์นนท์, อนุสรณ์ กันธา, ประภัสสร โตธีรกุล และพิมพ์ดวงใจ ชัยชนะ, 2553) และขาดการประสานสายตา (Eye contact) พุดคุยหยอกล้อ เพื่อพัฒนาความผูกพันรักใคร่ซึ่งกันและกัน (Leifer, 1999) เนื่องจากการส่องไฟรักษาทารกต้องปิดตาด้วยผ้าปิดตา ในบางครั้งเมื่อมารดามาให้นมจะไม่ได้แกะผ้าปิดตาออก เนื่องจากกลัวทารกได้รับความเจ็บปวด และทารกต้องนอนในตู้อบหรือเปลนอน (Crib) ทำให้มารดาไม่กล้าอุ้ม หรือสัมผัสทารก ทำให้ขาดโอกาสประสานสายตาระหว่างมารดา-ทารก เพื่อพัฒนาความรักใคร่ผูกพันดังนั้น

จึงควรให้มารดาเป็นผู้ดูแลป้อนนมแก่ทารก และเปิดโอกาสให้มารดาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารก เพื่อใช้เวลาดังกล่าวสร้างปฏิสัมพันธ์ (สราวุธ สุภาพรรณชาติ, 2548; ชญาพัฒน ธรรมภาสุวรรณ, 2555)

การรักษาทารกที่มีภาวะตัวเหลือง

การรักษาภาวะตัวเหลืองหรือบิลิรูบินสูงในเลือด (Hyperbilirubinemia) ในทารกแรกเกิดส่วนใหญ่นิยมรักษา ดังนี้ (พัชรี วรกิจพูนผล, 2553)

1. การส่องไฟ (Phototherapy) เป็นวิธีที่ได้รับความนิยม ซึ่งเป็นการรักษาโดยใช้แสงไฟชนิด Indirect hyperbilirubinemia เนื่องจากแสงไฟสามารถจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของโมเลกุลของบิลิรูบิน ทำให้เกิด Isomerization ของ Unconjugated บิลิรูบิน ซึ่งปกติละลายน้ำไม่ได้ให้กลับกลายเป็นสารที่ละลายน้ำได้ สามารถขับถ่าย สารนี้ได้ทางปัสสาวะและทางอุจจาระโดยออกมาทางน้ำดี (ฉันทมนย์ วงษ์จิริ และทนง ประสานพานิช, 2558; นงคันุช สุขยานุศิษฐ์, 2556)

2. การเปลี่ยนถ่ายเลือด (Blood exchange) เป็นการรักษาทารกที่มีตัวเหลืองที่ได้ผลเร็วที่สุดและมีประสิทธิผลสูงสุดโดยมีหลักการ คือ การนำเอาเลือดของทารกที่มีค่าบิลิรูบินเท่ากับค่าปกติในผู้ใหญ่ (ประมาณ 0.1-0.2 mg/ dl) (Donor blood) มาเปลี่ยนกับเลือดของทารกที่มี Hyperbilirubinemia แต่ต้องทำโดยใช้ปริมาณน้อย ๆ และทำหลาย ๆ ครั้ง เพื่อไม่ให้ทารกได้รับหรือสูญเสียเลือดมากเกินไป จนอาจมีการเปลี่ยนแปลงของระบบหมุนเวียนเลือดเร็วเกินไปซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายได้ ดังนั้น เพื่อให้การเปลี่ยนเลือดได้ผลดี เราจึงต้องใช้จำนวนเลือดที่จะใช้เปลี่ยนให้มากเป็น 2 เท่าของปริมาณเลือดของทารก (Double volume exchange transfusion) ข้อบ่งชี้ในการทำ การเปลี่ยนถ่ายเลือดสำหรับทารกครบกำหนดน้ำหนักแรกเกิดและสุขภาพปกติ (เบญชญา อยู่ศิริ, 2557; พัชรินทร์ เรื่องธวัชกุล, 2557)

2.1 ในกรณีทารกเป็น Blood group incompatibility หรือ Hemolytic disease อื่น ๆ จะทำเมื่อบิลิรูบินสูงกว่า 20 mg/ dl ยกเว้นบิลิรูบินสูงกว่า 15 mg/ dl ในอายุ 24 ชั่วโมงแรก (บุษบา บุญกระโทก และคณะ, 2550)

2.2 ในกรณีที่มีภาวะตัวเหลืองที่ไม่ใช่มีสาเหตุจาก Hemolytic disease จะทำเมื่อบิลิรูบินสูงกว่า 23 mg/ dl สำหรับทารกอายุ 3-5 วัน และสำหรับทารกที่อายุมากกว่า 5 วันเมื่อบิลิรูบินสูงกว่า 25 mg/ dl (เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์ และวิมา จิระแพทย์, 2540; บุษบา บุญกระโทก และคณะ, 2550)

3. การรักษาด้วยยา เช่น ยา Phenobarbital ซึ่งสามารถช่วยเพิ่ม Conjugation ของบิลิรูบินได้ (พัชรี วรกิจพูนผล, 2553)

การดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา ดังนี้

1. ตรวจสอบหรือติดตามสาเหตุของการเกิดตัวเหลือง โดยดูจากเวลาที่เริ่มปรากฏภาวะตัวเหลือง ระยะเวลาของการเกิดตัวเหลือง อัตราการเพิ่มของระดับบิลิรูบิน ระดับสูงสุดของบิลิรูบิน ในกระแสเลือด หมู่เลือดของมารดาและทารก รวมไปถึงอาการแสดงของทารก (ผกาพรรณ เกียรติชูสกุล, 2552)
2. ตรวจสอบสภาพการทำงานของหลอดไฟ และระยะห่างจากหลอดไฟถึงทารกให้ห่างประมาณ 30 เซนติเมตร เนื่องจากทารกยังอยู่ใกล้แสงไฟมากจะได้รับปริมาณแสงที่มีความเข้มข้นมากขึ้น เพราะยังมีความเข้มของแสงสูงมากประสิทธิภาพในการรักษาภาวะตัวเหลืองยิ่งเพิ่มขึ้นเท่านั้นทำให้สามารถที่จะลดระดับบิลิรูบินได้ดี (สาวตรี เต็มอารมณ์ และสุจิตรา โสพิตร, 2553)
3. ประเมินอุณหภูมิร่างกายของทารกทุก 2-4 ชั่วโมง และวัดอุณหภูมิตู้อบ (Incubator) จนกระทั่งคงที่หรือประเมินทุก 4 ชั่วโมง และปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสม ถ้าหากอุณหภูมิห้องสูงควรปรับลดลงทีละ 2-3 องศา และประเมินซ้ำภายหลังการปรับ 30 นาที (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, พิมล ศรีสุภาพ และโสภาพรรณ เงินฉ่ำ, 2550)
4. ประเมินการได้รับสารน้ำและดูแลให้ทารกได้รับสารน้ำหรือนมอย่างเพียงพอเพื่อให้ทารกสามารถขับบิลิรูบินออกทางอุจจาระได้ โดยส่วนใหญ่จะให้นมแก่ทารกทุก 3 ชั่วโมง ทั้งนี้ควรป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้นม คือ การสำรอก แนะนำให้มารดาจับให้ทารกเอนระหว่างและหลังการให้นมทุกครั้ง (นวลจันทร์ ปรายพาล, จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์, สุชีรา ฉัตรเพริศพราย, วรนุช จงศรีสวัสดิ์ และศิรินุช ชมโท, 2552)
5. ประเมินการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ลักษณะสีของอุจจาระและปัสสาวะ คือ อุจจาระจะเปลี่ยนจากสีดำเป็นสีเขียว และปัสสาวะจะเปลี่ยนจากสีเหลืองใสเป็นสีเหลืองเข้ม (นวลจันทร์ ปรายพาล และคณะ, 2552) ทั้งนี้โดยปกติทารกควรปัสสาวะมากกว่า 6 ครั้งใน 24 ชั่วโมง ซึ่งการที่ทารกปัสสาวะบ่อยครั้งอาจทำให้เกิดคันแดงได้ ดังนั้นควรเช็ดทำความสะอาดด้วยสำลีชุบน้ำสะอาดแล้วเช็ดให้แห้งทุกครั้ง (สุชีวา วิชัยกุล, 2557)
6. ดูแลให้ทารกได้รับนมมารดาได้เท่าที่มารดาต้องการหรือทารกต้องการ ในกรณีมารดา ยังไม่มีน้ำนม อาจพิจารณาให้นมผสมได้และนำทารกไปให้มารดาเป็นผู้ป้อนนม โดยปิดไฟ Phototherapy เสมอเมื่อนำทารกออกไปให้นม (สุขุมล หุนทนทาน, 2557)
7. ถอดเสื้อผ้าทารกออก เพื่อให้บริเวณที่มีการส่องไฟได้มีพื้นที่ผิวในการสัมผัสแสงไฟมากที่สุด ซึ่งได้แก่ หน้าอกและท้อง ทั้งนี้อาจใส่ผ้าอ้อมผืนเล็ก ๆ ได้ (A bikini diaper or mask) (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวิณา จีระแพทย์, 2550)

8. ควรปิดตาทารกด้วยผ้าปิดตา (Eye shield or mask) และเปิดออกอย่างน้อย 15-30 นาที ทุก 4 ชั่วโมงและทำความสะอาดตาให้ทารกด้วย NSS ตามปกติ ส่วนการพิจารณาว่าควรปิดตาหรือไม่ขึ้นอยู่กับชนิดของแสงที่เลือกใช้ ดังนี้ (เปรมศักดิ์ เหล่าอยู่คง, 2550)

8.1 Blue fluorescent light ควรต้องประเมิน Cardio-respiratory และปิดตาให้ทารก

8.2 White fluorescent or Halogen spotlights อาจประเมิน Cardio-respiratory และปิดตาให้ทารก

8.1 Biliblanket ไม่จำเป็นต้องประเมิน Cardio-respiratory และปิดตาให้ทารก

9. ควรพลิกตัวทารกทุก 2-4 ชั่วโมง ดูแลผิวหนังของทารกให้สะอาด ห้ามทารกโลชั่นหรือครีมใด ๆ บนผิวหนังของทารกเพราะอาจทำให้เกิดการไหม้ได้ สังเกตการเกิดผดผื่นต่าง ๆ ที่ขึ้นตามผิวหนัง และประเมินลักษณะและความยืดหยุ่นของผิวหนัง (สุชีวา วิชัยกุล, 2557)

10. ตรวจสอบหรือติดตามผลระดับของบิลิรูบินในกระแสเลือดทุก 12 ชั่วโมง จากห้องปฏิบัติการ โดยไม่ควรคาดคะเนความรุนแรงของภาวะตัวเหลืองจากสีผิวหนังของทารก (พัชรี วรกิจพูนผล, 2553)

แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของ Schepp

แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามแนวคิดของ Schepp (1995) นี้เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-centered care) ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นแนวคิดหนึ่งที่ทำให้ความสำคัญกับครอบครัวในการบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยเริ่มต้นในช่วงต้นศตวรรษที่ 20 ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาล โดยตระหนักว่า เด็กที่ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานต้องแยกจากครอบครัว ก่อให้เกิดผลเสียต่อด้านจิตใจและอารมณ์ของเด็ก ซึ่งในปัจจุบันนโยบายของโรงพยาบาลต่าง ๆ เริ่มเปลี่ยนจากการไม่อนุญาตให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองเฝ้าเด็กที่ป่วยในโรงพยาบาล เนื่องจากกลัวการติดเชื้อมาเป็นส่งเสริมและสนับสนุนให้พ่อแม่ผู้ปกครองหรือครอบครัวเข้าเยี่ยมใช้เวลาอยู่กับเด็กป่วย และมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเพื่อป้องกันเด็กเกิดภาวะทุกข์โศกทางอารมณ์ (Emotional distress) จากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (นิตยา คชภักดี, 2545; รัชณี นามจันทร์, 2548) โดย Schepp (1995) ได้กล่าวว่าการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยเป็นการปฏิบัติที่ผู้ปกครองได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยในสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ เมื่อเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกี่ยวกับการ

รักษาพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติ (Actual participation) และปรารถนาที่จะปฏิบัติ (Preferred participation) ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ (Participation in routine care) ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมพยาบาล (Participation in technical care) ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล (Participation in information sharing) และการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ (Participation in decision making) ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละด้าน มีดังนี้ (แขนง รัตนพิบูลย์, 2554; บงกช นิลอ่อน, 2557; มณีพร ตูลาบุตร, 2554;

Pongjaturawit, 2005; Schepp, 1995)

1. ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ (Participation in routine care) หมายถึง การที่ผู้ปกครองได้เข้าร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมที่ทำประจำ เช่น การอยู่กับเด็กป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล การป้อนนม การโอบกอด เมื่อเด็กป่วยเกิดความเจ็บปวดหรือร้องกวน การอาบน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า การเปลี่ยนผ้าปูที่นอน และการดูแลการขับถ่าย เป็นต้น

2. ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมพยาบาล (Participation in technical care) หมายถึง การที่ผู้ปกครองได้เข้าร่วมในการดูแลเมื่อเด็กป่วยได้รับกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น การอยู่กับเด็กป่วยและช่วยเหลือเด็กป่วยในระหว่างที่ได้ทำกิจกรรมการพยาบาล เช่น การวัดสัญญาณชีพ การดูแลให้เด็กป่วยได้รับยาทางปาก และการเป็นผู้ดูแลในเรื่องกิจกรรมพิเศษที่เด็กป่วยต้องได้รับ เป็นต้น

3. ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล (Participation in information sharing) หมายถึง การพูดคุยหรือสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจรักษาของเด็กป่วย ระหว่างผู้ปกครองกับบุคลากรด้านสุขภาพ การขอให้บุคลากรด้านสุขภาพอธิบายเกี่ยวกับแผนการรักษา ความก้าวหน้าของโรค การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กป่วยตามความเป็นจริง

4. ด้านการตัดสินใจ (Participation in decision making) หมายถึง การที่ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการเลือกการดูแลรักษาเด็กป่วยโดยเป็นผู้เลือกเกี่ยวกับการตรวจหรือการรักษาก่อนที่เด็กป่วยจะได้รับกิจกรรมนั้น ๆ การตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจรักษาการเป็นผู้เลือกบุคคลในการเยี่ยม การเป็นผู้เลือกบุคลากรทางการแพทย์ที่จะให้การดูแลเด็กป่วย และการให้บุคลากรทางการแพทย์ขออนุญาตผู้ปกครองก่อนที่จะปลุกเด็กป่วยให้ตื่น เป็นต้น

สำหรับการเจ็บป่วยของทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น เป็นการเปิดโอกาสให้มารดาได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมหรือการดูแลทารกที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการดูแลทารกทั้ง 4 ด้านคือ ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ (Participation in routine care) เช่น การอาบน้ำให้ทารก การป้อนนม การดูแลการขับถ่าย

การปลอบโยนทารกหลังจากการเจาะเลือด เป็นต้น ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมพยาบาล (Participation in technical care) เช่น การที่มาตราช่วยวัดอุณหภูมิของทารก การเช็ดตัวลดไข้ การจัดท่านอนให้ทารกนอนตรงกลางของแผงไฟและเปลี่ยนท่านอน เป็นต้น ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล (Participation in information sharing) เช่น ช่วยสังเกตลักษณะผิวหนัง ลักษณะของอุจจาระและสีของปัสสาวะ ปริมาณนมที่ทารกได้รับในแต่ละวัน เป็นต้น และการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ (Participation in decision making) เช่น การอนุญาตให้แพทย์เจาะเลือดทารกในการตรวจวัดระดับบิลิรูบิน เป็นต้น โดยที่พยาบาลคอยสนับสนุนและช่วยเหลือรวมถึงให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่มารดา

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาล

การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยมีประโยชน์ต่อเด็กป่วยผู้ปกครองและบุคลากรด้านสุขภาพ ดังนี้

1. ประโยชน์ต่อเด็กป่วย

การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยมีประโยชน์ต่อตัวเด็กป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์และสังคม กล่าวคือ ด้านร่างกายทำให้เด็กป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์เนื่องจากผู้ปกครองสามารถให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับอาการผิดปกติหรืออาการเปลี่ยนแปลงของเด็กป่วยอย่างละเอียดถูกต้องแม่นยำ และครอบคลุมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากความเจ็บป่วยและลดค่าใช้จ่ายในการรักษา (Johnson & Lindschau, 1996) อีกทั้งส่งผลดีต่อการรักษาพยาบาลเด็กป่วยได้ทันเวลาและมีประสิทธิภาพ สำหรับด้านจิตใจทำให้เด็กป่วยรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย ลดความเครียดจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยและลดความวิตกกังวลจากการแยกจาก โดยมีผู้ปกครองคอยดูแลอีกทั้งยังช่วยลดความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วยจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังการศึกษาของ จรัสศรี หินศิลป์ (2549) พบว่า มารดาได้ช่วยเหลือทารกระหว่างได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาล มารดาอยู่กับทารกขณะตรวจรักษา และช่วยปลอบโยนทารก ระหว่างได้รับการตรวจรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทุกครั้งร้อยละ 2.9 ส่งผลทำให้ทารกมีการเจริญเติบโตเพิ่มขึ้น เนื่องจากการสัมผัสจับต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ มารดาได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างรวดเร็วและเหมาะสมและการศึกษาของ วณิดา ขวัญสำราญ, อารีรัตน์ งามทิพย์พันธุ์ และนุจรีย์ ไชยมงคล (2558) ซึ่งศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กปากแหว่ง-เพดานโหว่ ที่ได้รับการผ่าตัดขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองทำให้เด็กรู้สึกอบอุ่นปลอดภัยช่วยลดความเครียดลดผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและความวิตกกังวลจากการพลาจาก

2. ประโยชน์ต่อผู้ปกครอง

การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลมีประโยชน์ต่อผู้ปกครอง ซึ่งเห็นได้จากความสามารถและความมั่นใจที่เพิ่มขึ้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ กับเด็กป่วยมีมากขึ้น เนื่องจากผู้ปกครองรู้สึกว่าคุณเองมีประโยชน์และมีความสำคัญในการคงไว้ซึ่งบทบาทของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยอย่างต่อเนื่อง (Palmer, 1993) รวมถึงสามารถช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลของผู้ปกครองขณะที่อยู่โรงพยาบาลกับเด็กป่วยเนื่องจากผู้ปกครองคิดว่าการได้อยู่กับเด็กป่วยที่โรงพยาบาลสามารถที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลของเด็กป่วยมากกว่าที่บ้าน ซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญในการนำไปใช้ขณะอยู่โรงพยาบาลและกลับไปดูแลต่อเองที่บ้านได้ (Neill, 1996) นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองมีประโยชน์ต่อตัวผู้ปกครองในด้านการบรรเทาความทุกข์ ความเบื่อหน่าย ลดความวิตกกังวลจากความเจ็บป่วยของบุตร ดังการศึกษาของ ทักษิณี ตรีสายลักษณ์ (2542) พบว่า มารดาที่ได้รับการส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์กับทารกด้วยการมอง พูดคุย และสัมผัสขณะเข้าเยี่ยมทารกตั้งแต่วัย 24-48 ชั่วโมงหลังคลอด และปฏิบัติต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ มีความผูกพันกับทารกมากกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์กับทารกและการศึกษาของ เบญจมาศ กลิ่นบำรุง, นิราทร มหารุ่งเรืองรัตน์ และรวมพร กลีบบัว (2555) ศึกษาความคิดเห็นของบิดามารดาและพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำในผู้ป่วยเด็ก พบว่ามารดาเข้าใจในขั้นตอนการทำงานของเจ้าหน้าที่มากขึ้นและลดความวิตกกังวลของผู้ปกครองเพราะได้ปลอดโยนรวมถึงเป็นการให้กำลังใจเด็ก

3. ประโยชน์ต่อบุคลากรด้านสุขภาพ

การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยมีประโยชน์ต่อบุคลากรพยาบาล คือ ทำให้บุคลากรพยาบาลได้รับข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็กป่วยอย่างละเอียดถูกต้อง ทำให้เด็กป่วยได้รับการดูแลได้ทันทั่วถึงและครอบคลุม อีกทั้งยังได้รับความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลต่าง ๆ จากเด็กป่วยเป็นอย่างดีส่งผลให้การดูแลเด็กป่วยมีประสิทธิภาพเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเด็กป่วยผู้ปกครองและพยาบาลมากขึ้น (Johnson & Lindschau, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของ วณิดา ขวัญสำราญ และคณะ (2558) พบว่า พยาบาลได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์จากการที่มีผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กปากแหวง-เพดานโหว่ที่ได้รับการผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยที่พยาบาลได้รับทราบอาการที่เปลี่ยนแปลงอาการของเด็กได้อย่างแม่นยำ รวดเร็ว ส่งผลให้พยาบาลสามารถที่จะช่วยเหลือเด็กได้ทันเวลา และสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ ได้รับการส่องไฟรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา พบปัจจัยสำคัญ ได้แก่ น้ำหนักของทารก อายุของมารดา สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก การสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล และการสนับสนุนของพยาบาลดังนี้

1. น้ำหนักของทารก

น้ำหนัก หมายถึง น้ำหนักรวมที่ประกอบไปด้วยส่วนต่าง ๆ ได้แก่ ไขมัน กล้ามเนื้อ อวัยวะต่าง ๆ โครงกระดูก และของเหลวภายในร่างกาย ซึ่งส่วนเหล่านี้จะมีผลทำให้แต่ละคนมีน้ำหนักตัวมากหรือน้อยแตกต่างกัน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดให้น้ำหนักเป็นตัวชี้วัดทางด้านสุขภาพของบุคคล (แอสเฮา แวดอเลีย, จรินทรรัตน์ แซ่น่า และสุพัตรา จุมะ, 2552) โดยในทารกแรกเกิดส่วนใหญ่นั้นน้ำหนักจะลดลง 10% ในช่วง 2-3 วันแรกหลังคลอด แต่หลังจากนั้น 10 วันน้ำหนักจะสามารถเพิ่มขึ้นอีก (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวิณา จีระแพทย์, 2550) ซึ่งน้ำหนักตัวที่ลดลงของทารกแรกเกิด เมื่อมีการเจ็บป่วยจะเพิ่มความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยรุนแรง เพราะอิงทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ถือเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดยิ่งเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยรุนแรง การสูญเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น (ปราณี ผลอนันต์, ศรีพรรณ กันธวัง และพิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิ่น, 2556) รวมทั้งการเกิดภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดนั้น พบว่า ในทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อยจะมีอัตราการเกิดภาวะตัวเหลืองได้มากกว่าทารกที่น้ำหนักตัวแรกคลอดปกติ โดยในทารกแรกเกิดคลอดครบกำหนดพบได้ถึงร้อยละ 60 และพบได้สูงถึงร้อยละ 80 ของทารกคลอดก่อนกำหนดในช่วงสัปดาห์แรกหลังคลอด (AAP, 2004) ซึ่งการที่มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารก หากให้ทารกได้ดูดนมมารดาจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดบิลิรูบินออกจากร่างกาย รวมทั้งยังป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะสูญเสียน้ำ (น้ำเพชร แสงวรรณกุล, 2553; Gloria, 2007)

สำหรับทารกที่มีภาวะตัวเหลืองนั้นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและจำเป็นต้องได้รับการส่องไฟรักษา ซึ่งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ทารกเหล่านี้ถูกแยกจากมารดาตั้งแต่แรกเกิดไม่ได้ใกล้ชิดกับมารดาช่วยส่งเสริมผลให้การสร้างปฏิสัมพันธ์และการพัฒนาความผูกพันระหว่างทารกและมารดาเกิดขึ้นน้อย (ปราณี ผลอนันต์ และคณะ, 2556; Schenk, Kelley & Schenk, 2005) จากการศึกษาพบว่า ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยภาวะทุพโภชนาการและการล่าช้าในทุกด้านมากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ 2,500 กรัมขึ้นไปลักษณะร่างกายของทารกน้ำหนักตัวน้อยจะมีสภาพของทารกที่ตัวเล็ก

ศีรษะโต ผิวหนังเหี่ยวย่น ร้องเสียงค่อยอยู่ในคู้บทำให้มารดาไม่สามารถอุ้ม โอบกอด สัมผัส หรือ ให้นมมารดาได้ (สมศิริ รุ่งอมรรัตน์ และคณะ, 2555; ศิริกุล อิศรานุรักษ์, 2550) จึงส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารก สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริกมล กันศิริ (2550) พบว่ามารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนด ซึ่งทารกจะมีน้ำหนักน้อยกว่าปกติ มารดาส่วนใหญ่รู้สึกกลัว สิ้นหวัง ตกใจ ไม่กล้าให้การดูแลทารกกลัวทำให้ทารกมีอาการแย่งลง เนื่องจากสภาพร่างกายของทารกที่ตัวเล็กน้ำหนักน้อย ผิวบางใส ทำให้มารดาขาดความมั่นใจในการดูแลทารกการกอด การสัมผัส การอุ้มป้อนนม การชำระทำความสะอาดร่างกายหรือการเปลี่ยนผ้าอ้อม และภายหลังที่มารดามีความมั่นใจมากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกทำให้มารดาที่มีพฤติกรรมในการดูแลทารกดีกว่าก่อนได้รับการพยาบาล

2. อายุของมารดา

อายุของมารดา เป็นช่วงระยะเวลาของชีวิตตั้งแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบันของชีวิต โดยสามารถที่จะประเมินจากปีที่เกิดของมารดา รวมไปถึงยังเป็นตัวบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถที่จะจัดการกับสิ่งแวดล้อมและความสามารถในการเข้าใจและตัดสินใจในการกระทำต่าง ๆ ดังนั้น อายุจึงมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถหรือการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลบุคคลที่จะต้องพึ่งพาโดยความสามารถนั้นจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Orem, 1995) เช่นเดียวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดป่วย มารดาที่มีอายุมากจะมีความมั่นใจในการทำบทบาทการเป็นมารดา ดังการศึกษาของ นฤมล จีนเมือง และคณะ (2559) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านมารดา ทารก และสิ่งแวดล้อมในการทำนายความสำเร็จของบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอดทารกก่อนกำหนดพบว่า อายุของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสำเร็จของบทบาทมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า มารดาหลังคลอดที่มีอายุมากจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกได้รวดเร็วและสม่ำเสมอมากกว่ามารดาอายุน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ แชนภา รัตนพิบูลย์ (2554) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า มารดาที่มีอายุมากมีความต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกที่เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่ามารดาที่มีอายุน้อย แต่ในทางกลับกันในการศึกษาของ สิรินาถยา วงศ์वाल (2551) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปี ที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลันและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า อายุของผู้ปกครองไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล และการศึกษาของ สุรานันท์ พรเลิศวิกุล (2556) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า อายุของมารดาไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการเข้ามามีส่วนร่วมในโรงพยาบาล ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก

มารดาทุกรายยังอยู่ในช่วงของ Taking-hold-phase หมายถึง ช่วงระยะ 3-10 วันหลังคลอด ซึ่งเป็นระยะที่มารดาจะมีความกระตือรือร้นที่จะดูแลทารก เพราะฉะนั้นไม่ว่ามารดาจะมีอายุมากหรือน้อยย่อมมีความกระตือรือร้นที่จะรับผิดชอบดูแลทารก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาที่ยังทารกเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3. สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก

สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกเป็นสิ่งสำคัญในการเลี้ยงดูทารก เป็นความรักใคร่ผูกพันที่เกิดขึ้นระหว่างมารดาและทารก และเป็นสิ่งสำคัญต่อพัฒนาการของทารกทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และสังคม (วารุณี เพ็โร, 2552) เนื่องจากมารดาเป็นบุคคลแรกที่ใกล้ชิดทารกและสามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้ดีที่สุดหากมารดาและทารกมีสัมพันธภาพต่อกันน้อย ทารกอาจเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งได้ ซึ่งกระบวนการในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกเป็นสายใยที่เชื่อมมารดาและทารกเข้าหากัน โดยสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกจะถูกสร้างขึ้นจากการที่มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเมื่อเกิดการเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ชญาพัฒน์ ธรรมภาสุวรรณ์, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมศิริ รุ่งอมรรรัตน์ และคณะ (2555) พบว่า มารดามีปฏิสัมพันธ์กับทารกโดยการเฝ้ามอง สัมผัส และมีการบิบบเก็บน้ำนมมากขึ้น แสดงบทบาทของมารดาได้ชัดเจน และทารกมีการเจริญเติบโตที่ดีขึ้นเนื่องจากมารดาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารก นอกจากนี้ทารกที่มีภาวะตัวเหลืองนั้นเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลย่อมส่งผลให้มารดาซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับทารกเกิดภาวะเครียดและความวิตกกังวลได้ทำให้การสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกลดลงรวมทั้งการที่มารดาไม่ได้อุ้ม สัมผัส กอดทารก เนื่องจากในขณะที่ทารกตัวเหลืองต้องเข้ารับการรักษาด้วยการส่องไฟนั้น จำเป็นต้องได้รับการปิดตาและให้อนอนอยู่ในเปลนอน (Crib) เพื่อให้การส่องไฟมีประสิทธิภาพมากที่สุด มารดาจึงอาจมีส่วนร่วมในการดูแลทารกตัวเหลืองน้อยลง (จารุพิศ สุภาภรณ์, 2556; ณีภูธร นันทวรลักษณ์, 2550)

4. การสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล

สมหวัง อินทร์ไชย (2553) กล่าวว่า การสื่อสารเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับคนตั้งแต่สองคนขึ้นไป การที่บุคคลสองคนหรือมากกว่านั้นติดต่อกันนั้น จะทำให้ทั้งสองฝ่ายมีความเข้าใจต่อกัน และรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ

การสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาลในการศึกษารุ่นนี้ หมายถึงการที่มารดาของทารก ภาวะตัวเหลือง ได้มีการพูดคุยถึง ความรู้สึก ความต้องการทั้งของมารดาและทารก รวมไปถึงข้อมูล การเจ็บป่วยของทารกที่มีภาวะตัวเหลืองกับพยาบาลเพื่อที่จะได้มีการสื่อสารที่ตรงกันและก่อให้เกิด

ความเข้าใจในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกที่มีภาวะตัวเหลืองและนำข้อมูลจากการสื่อสารมาใช้ในกิจกรรมทางการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้การสื่อสารยังเป็นกระบวนการที่สำคัญที่จะนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กล่าวคือ การสื่อสารระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรทางการพยาบาล พบว่าผู้ปกครองมีความต้องการด้านการสื่อสารการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของเด็กและแนวทางการรักษาพยาบาลกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ จากแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของ Schepp (1995) กล่าวถึง การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น องค์ประกอบหนึ่ง คือ การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ซึ่งก็คือ การพูดคุยหรือสอบถามข้อมูลระหว่างผู้ปกครองกับบุคลากรด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตรวจรักษาของเด็กป่วย และจากการศึกษาเชิงคุณภาพของ Neill (1996) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในเด็กป่วยอายุ 2-5 ปีพบว่า การสื่อสารระหว่างบิดามารดาและพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยอายุ 2-5 ปี เช่นเดียวกับ การศึกษาของ ชันยมนย์ วงษ์ศิริ (2554) ที่พบว่า การที่แพทย์หรือพยาบาลมีการสื่อสารกับผู้ปกครองด้วยท่าทีที่เต็มใจและเป็นมิตรนั้นช่วยส่งเสริมให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น

5. การสนับสนุนจากพยาบาล

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยเสริมที่มารดาได้รับจากกลุ่มของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับช่วยเหลือ และเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ที่เกิดจากการใกล้ชิด การดูแลและการไว้วางใจ การสนับสนุนทางด้านความคิด การตัดสินใจ ซึ่งเกิดจากการยอมรับรวมไปถึงการเห็นคุณค่าการให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ได้แก่ คำแนะนำ ข้อมูล สิ่งของหรือบริการต่าง ๆ

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 4 ประเภท (House, 1981) ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการแบ่งปันประสบการณ์ของชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการให้ความเอาใจใส่ความไว้วางใจและการดูแลให้ความรักต่อผู้อื่น
2. การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล หรือการได้รับความช่วยเหลือด้านการประเมิน (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง (Feed Back) ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ การเห็นพ้องหรือให้การรับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติหรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำ (Suggestion) คำปรึกษา (Advice) หรือข้อมูลที่เป็นประโยชน์และบุคคลนั้นสามารถนำคำแนะนำไปแก้ปัญหาได้

4. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental support) เป็นการสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อผู้ใกล้ชิดที่อยู่ในความต้องการการช่วยเหลือ

ดังนั้นจึงอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า การสนับสนุนของพยาบาล ถือเป็นแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในแหล่งทุติยภูมิ ซึ่งแรงสนับสนุนนี้มีความสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษาซึ่งการที่ทารกตัวเหลืองต้องได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟนั้นอาจทำให้มารดามีโอกาสได้ซึมและสัมผัสทารกน้อยลง ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้มารดาเป็นผู้ดูแลทารกเพื่อใช้ช่วงเวลาดังกล่าวในการสร้างสัมพันธภาพ (ชญาพัฒน์ ธรรมภาสุวรรณ, 2555) นอกจากนี้ยังพบว่า ทารกที่มีภาวะตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการดังที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ทั้งบุคลากรด้านสุขภาพ บิดามารดา และครอบครัว ต้องให้การตระหนัก และระมัดระวังภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น มารดาจึงจำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกที่มีตัวเหลืองเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและเป็นการตอบสนองความต้องการของทารกเพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดต่อตัวทารก นอกจากนี้ในบางครั้งมารดาอาจมีความวิตกกังวลไม่กล้าที่จะปฏิบัติหรือดูแลทารก เพราะไม่มีประสบการณ์ ขาดทักษะหรือความรู้ในการดูแลทารก ไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติและมีโอกาสในการดูแลทารกน้อย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่มารดาจะได้รับการช่วยเหลือ และคำแนะนำจากบุคลากรด้านสุขภาพ (ชนิดา เป๊ะสกุล และชลิดา ธนรัฐริกุล, 2553) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล ซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ดังการศึกษาของ สุธาภินันท์ พรเลิศทวีกุล (2556) พบว่า การที่มารดาได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลในการดูแลทารกทำให้มารดามีกำลังใจและความมั่นใจในการที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลทารกมากขึ้น

ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดนั้นย่อมส่งผลกระทบต่อทารกและบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะทารกเพราะเป็นวัยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ และเมื่อทารกต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มารดาเป็นบุคคลสำคัญในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเนื่องจากมารดาเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดทารกมากที่สุด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟการศึกษาในครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาปัจจัยทำนายต่าง ๆ ได้แก่ น้ำหนักของทารก อายุของมารดา สัมพันธภาพ

ระหว่างมารดาและทารก การสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาลและการสนับสนุนจากพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ และปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟในโรงพยาบาลจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ น้ำหนักของทารก อายุของมารดา สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก การสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล และการสนับสนุนจากพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษา คือ มารดาของทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นมารดาของทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษาในโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และโรงพยาบาลสมุทรปราการ ซึ่งโรงพยาบาลทั้งสองแห่งมีบริบทคล้ายคลึงกันทั้งในด้านลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง นโยบายการให้เฝ้าทารกและการมีส่วนร่วมในการดูแลทารก โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่ได้รับอนุญาตให้เฝ้าทารกที่มีภาวะตัวเหลือง ปี พ.ศ. 2560 ด้วยวิธีการเลือกแบบสะดวก (Convenience sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

คุณสมบัติของมารดา

1. ได้ให้การดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟมาแล้วอย่างน้อย 3 วัน
2. อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
3. สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้

คุณสมบัติของทารก

1. มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 28 วัน
2. ทารกคลอดครบกำหนดหรือทารกคลอดก่อนกำหนด
3. ไม่มีภาวะพิการหรือการเจ็บป่วยรุนแรง เช่น ภาวะของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ภาวะของระบบหายใจล้มเหลว การติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะ ABO incompatibility เป็นต้น

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณของ Thorndike (1978) มาใช้ในการคำนวณ ดังนี้

$$n = 10k + 50$$

เมื่อ n แทน จำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

k แทน จำนวนตัวแปรอิสระ

แทนค่าในสูตร $n = 10(5) + 50$

ดังนั้น จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 100 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมีรายละเอียดขั้นตอนต่อไปนี้

1. ภายหลังจากที่ได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และ โรงพยาบาลสมุทรปราการ
2. ผู้วิจัยตรวจสอบจำนวนมารดาที่มีทารกตัวเหลืองตั้งแต่แรกเกิดถึง 28 วัน จากสมุดขอดผู้ป่วยของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ได้แก่ มารดาของทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมของ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และ โรงพยาบาลสมุทรปราการ
3. ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) ตามคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด
4. ผู้วิจัยรอปบกกลุ่มตัวอย่าง โดยจะเลือกจากรายชื่อของมารดาที่มีทารกตัวเหลือง และนัดหมายเวลามาพบในห้องประชุมของแต่ละหอผู้ป่วย จากนั้นจะตรวจสอบจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละวันและเก็บรวบรวมข้อมูลทุกวัน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนดคือ 100 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 1 ชุด และแบบสอบถาม 4 ชุด โดยให้มารดาเป็นผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ศาสนาระดับการศึกษา จำนวนบุตร และอายุครรภ์เมื่อคลอด

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของทารกประกอบด้วยอายุ เพศ น้ำหนักแรกคลอด ลำดับที่ของการเกิดของบุตร วิธีการคลอดของทารกและระยะเวลาการส่องไฟ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟ

แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟ ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟของ จารุพิศ สุภาภรณ์ (2556) ที่สร้างจากแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของ Schepp (1995) ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองที่ได้ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็ก 4 ด้าน จำนวน 28 ข้อ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ทำประจำ 6 ข้อ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล 11 ข้อ การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างมารดากับพยาบาล 5 ข้อ และการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล 6 ข้อ ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน	0	หมายถึง	ไม่ได้ปฏิบัติ
คะแนน	1	หมายถึง	ได้ปฏิบัติระดับน้อย
คะแนน	2	หมายถึง	ได้ปฏิบัติระดับปานกลาง
คะแนน	3	หมายถึง	ได้ปฏิบัติระดับมาก

ซึ่งแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟของ จารุพิศ สุภาภรณ์ (2556) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .92 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88

ชุดที่ 3 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก

แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกนี้ ผู้วิจัยได้นำมาจากแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาและบุตรของ สุภาณี ไกรกุล (2552) โดยแบบสอบถามชุดนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ

ลักษณะคำตอบของแบบวัดชุดนี้แบ่งเป็นข้อความที่มีความหมายด้านบวก แบบประเมินมีค่า 4 ระดับ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน	5	หมายถึง	มากที่สุด
คะแนน	4	หมายถึง	มาก
คะแนน	3	หมายถึง	ปานกลาง
คะแนน	2	หมายถึง	น้อย
คะแนน	1	หมายถึง	น้อยที่สุด

โดยคะแนนรวมทั้งชุด มีตั้งแต่ 26-130 คะแนน คะแนนยิ่งสูง หมายถึง มารดายิ่งมีสัมพันธภาพที่ดีกับทารก คะแนนยิ่งน้อย หมายถึง มารดายิ่งมีสัมพันธภาพกับทารกไม่ดี โดยที่แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาและบุตรของ สุภาณี ไกรกุล (2552) ได้ผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล

แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามการสื่อสารระหว่างผู้ปกครองและพยาบาลของ รัชมนันท์ วงษ์ศิริ (2554) ซึ่งแบบสอบถามชุดนี้แบ่งเป็น 2 ตอน ตอนที่ 1 การสื่อสารด้วยคำพูด มีทั้งหมด 14 ข้อ ซึ่งมีข้อความด้านบวก 10 ข้อ และข้อความด้านลบ 4 ข้อ คือ ข้อ 7, 8, 13 และ 14 ตอนที่ 2 การสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด มีทั้งหมด 8 ข้อ ซึ่งมีข้อความด้านบวก 6 ข้อ และข้อความด้านลบ 2 ข้อ คือ ข้อ 18, 22

ลักษณะแบบประเมินเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

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

การให้คะแนนและแปลความหมาย

คะแนนรวมทั้งหมดที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 22-88 คะแนน โดยคะแนนยิ่งต่ำ หมายถึง การสื่อสารระหว่างมารดาที่มีทารกแรกเกิดตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟกับพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ คะแนนค่อนข้างสูง หมายถึง การสื่อสารระหว่างมารดาที่มีทารกแรกเกิดตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟกับพยาบาลอยู่ในระดับสูง

แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างผู้ปกครองและพยาบาลของ รัชมนันท์ วงษ์ศิริ (2554) ได้นำมาใช้ในกลุ่มตัวอย่างในประเทศไทยมาก่อน และมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .88

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนจากพยาบาล

แบบสอบถามการสนับสนุนจากพยาบาล ผู้วิจัยได้นำมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลของ สุธาภินันท์ พรเลิศวิกุล (2556) ซึ่งสร้างจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) โดยปรับเนื้อหาของคำถามให้เหมาะสม โดยแบบสอบถามมีจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูล จำนวน 9 ข้อ (1-9) เป็นข้อความด้านบวกทั้ง 9 ข้อ ด้านอารมณ์ จำนวน 4 ข้อ (10-13) เป็นข้อความด้านบวกทั้ง 4 ข้อ ด้านการประเมิน จำนวน 4 ข้อ (14-17) เป็นข้อความด้านบวกทั้ง 4 ข้อ ด้านทรัพยากร จำนวน 3 ข้อ (18-20) เป็นข้อความด้านบวกทั้ง 2 ข้อ

การให้คะแนนและแปลความหมาย

ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลน้อย
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลปานกลาง
เห็นด้วย	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลมาก
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

คะแนน	0	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
คะแนน	1	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
คะแนน	2	หมายถึง	ไม่แน่ใจ
คะแนน	3	หมายถึง	เห็นด้วย
คะแนน	4	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ย โดยคะแนนเฉลี่ยต่ำแสดงว่า มารดาได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลน้อย และคะแนนเฉลี่ยสูง แสดงว่ามารดาได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลมากซึ่งแบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลของ สุชาภินันท์ พรเลิศวิกุล (2556) ได้ผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยประเมินคุณภาพเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยได้หาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของมารดาทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลเด็ก 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่า CVI ของแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของมารดาทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟ เท่ากับ .92

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 4 ชุด คือ

1) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของมารดาทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟ 2) แบบสอบถาม

สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก 3) แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล และ 4) แบบสอบถามการสนับสนุนจากพยาบาลไปทดลองใช้ (Try-out) กับมารดาทารกที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งหมด 30 ราย และนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient: α) ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .81 .94 .86 และ .92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือที่ใช้สำหรับการวิจัย เสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อได้รับรองจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยทำตามขั้นตอนของการวิจัย โดยแนะนำตัวกับหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และ โรงพยาบาลสมุทรปราการ เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นมารดาของทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ เพื่อแนะนำตัวพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ของงานวิจัยในครั้งนี้ให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบ ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับการรักษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่างและทารก โดยใช้รหัสเลขที่ของแบบสอบถามแทนชื่อและนามสกุล ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บใส่ตู้เอกสารที่ปลอดภัย เพิ่มเอกสารข้อมูลในคอมพิวเตอร์มีรหัสผ่านผู้ที่เข้าถึงข้อมูลได้มีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้น ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดสรุปออกมาเป็นภาพรวมเพื่อนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น จะมีการทำลายข้อมูลทิ้งภายหลังจากเผยแพร่ผลการวิจัยเรียบร้อยแล้ว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจในการยินยอมเข้าร่วมวิจัย และลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยในช่วงใดก็ได้ โดยไม่เกิดผลเสียหรือผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือในการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และ โรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และโรงพยาบาลสมุทรปราการ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในหอผู้ป่วย
2. เมื่อได้รับการอนุญาตให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าตึกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และโรงพยาบาลสมุทรปราการ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้
 - 3.1 เก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยทุกวัน ตั้งแต่เวลา 08.00 น.-17.00 น.
 - 3.2 เข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อขอรายชื่อมารดาและทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง ที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ
 - 3.3 เข้าพบกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล แจ้งสิทธิในการเข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้พร้อมทั้งขอความร่วมมือ และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง
 - 3.4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในรายละเอียดของงานวิจัยและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
 - 3.5 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูล แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟ แบบสอบถามสัมพันธภาพของมารดาและทารก แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล และแบบสอบถามการสนับสนุนจากพยาบาล รวมทั้งหมด 5 ชุด รวมเวลาประมาณ 10-15 นาที โดยขณะที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่อคอยตอบข้อซักถามที่กลุ่มตัวอย่างสงสัยและกล่าวขอบคุณ
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สถิติสำเร็จรูปโดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและเด็กป่วย โดยการใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย

2. วิเคราะห์คะแนนการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่มีภาวะตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษาโดยรวมและรายด้าน น้ำหนักของทารก อายุของมารดา สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกตัวเหลือง การสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล และการสนับสนุนจากพยาบาล โดยการใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ น้ำหนักของทารก อายุของมารดา สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกตัวเหลือง การสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล และการสนับสนุนจากพยาบาล กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

4. วิเคราะห์ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา ได้แก่ น้ำหนักของทารก อายุของมารดา สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกตัวเหลือง การสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล และการสนับสนุนจากพยาบาล ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ น้ำหนักของทารก อายุของมารดา สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก การสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล การสนับสนุนจากพยาบาล ต่อการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาของทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และโรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยเป็นมารดาที่ได้รับอนุญาตให้เฝ้าทารกที่มีภาวะตัวเหลือง ปีพ.ศ. 2560 จำนวน 100 ราย นำเสนอตามลำดับดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย คะแนนสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก การสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล การสนับสนุนจากพยาบาล และการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ น้ำหนักของทารก อายุของมารดา สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก การสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล การสนับสนุนจากพยาบาล กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนาย ได้แก่ น้ำหนักของทารก อายุของมารดา สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก การสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล การสนับสนุนจากพยาบาล ต่อการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ข้อมูลของทารก

ทารกส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 51) คลอดครบกำหนด (ร้อยละ 64) มีอายุเฉลี่ย 4.54 วัน ($SD = .15$, range = 3-9) ส่วนมากมีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม (ร้อยละ 65) เป็นบุตรคนแรกของครอบครัว ร้อยละ 42 และรองลงมาเป็นบุตรคนที่สอง ร้อยละ 39 ส่วนมากคลอดแบบปกติ (ร้อยละ 58) ระยะเวลาในการส่องไฟรักษาตัวเหลืองในทารกส่วนมากเฉลี่ย 3.62 วัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของข้อมูลทารก ($n = 100$)

ข้อมูลส่วนบุคคลทารก	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	49	49.0
หญิง	51	51.0
การคลอด		
คลอดก่อนกำหนด	36	36.0
คลอดครบกำหนด	64	64.0
อายุ (Mean = 4.54 วัน, $SD = .15$, range = 3-9)		
น้ำหนักแรกเกิด (Mean = 2,846 กรัม, $SD = 61.98$, range = 1,515-4,320)		
มากกว่า 2,500 กรัม	65	65.0
น้อยกว่า 2,500 กรัม	35	35.0
ลำดับการเกิด		
ลำดับที่ 1	42	42.0
ลำดับที่ 2	39	39.0
ลำดับที่ 3	12	12.0
ลำดับที่ 4	7	7.0
ลักษณะการคลอด		
การผ่าคลอด	42	42.0
การคลอดปกติ	58	58.0
ระยะเวลาในการส่องไฟรักษา (Mean = 3.62 วัน, $SD = .93$, range = 3-7)		

2. ข้อมูลของมารดา

มารดามีอายุเฉลี่ย 29.12 ปี ($SD = .67$, range = 18-41) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ ปวช. (ร้อยละ 49) รองลงมา ประถมศึกษา (ร้อยละ 20) และ ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 39) รองลงมา คือ อาชีพค้าขาย/ ทำธุรกิจ (ร้อยละ 18) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 90) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 16,794 บาทต่อเดือน ($SD = 773.92$, range = 5,000-20,000) ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 54) ส่วนใหญ่มีสมาชิกจำนวน 4-6 คน (ร้อยละ 42) และรองลงมา คือ 1-3 คน (ร้อยละ 31) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของข้อมูลของมารดา ($n = 100$)

ข้อมูลมารดา	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (Mean 29.12 ปี, $SD = .67$, range = 18-41)		
ศาสนา		
พุทธ	98	98.0
คริสต์	2	2.0
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	1.0
ประถมศึกษา	20	20.0
มัธยมศึกษา/ ป.ว.ช.	49	49.0
ป.ว.ส./ อนุปริญญา	17	17.0
ปริญญาตรี	13	13.0
อาชีพของมารดา		
แม่บ้าน	15	15.0
ค้าขายธุรกิจ	18	18.0
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	14	14.0
รับจ้าง	39	39.0
เกษตรกรกรรม	5	5.0
พนักงานขาย	9	9.0
สถานภาพสมรส		
คู่	92	92.0
หย่าร้าง	1	1.0
แยกกันอยู่	7	7.0
รายได้ของครอบครัว (Mean = 16,794, $SD = 773.92$, range = 5,000-20,000)		
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	46	46.0
ครอบครัวขยาย	54	54.0

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลมารดา	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในครอบครัว (Mean = 4.92 คน, SD = 2.09, range = 2-12)		
1-3 คน	31	31.0
4-6 คน	42	42.0
7-9 คน	21	21.0
10-12 คน	6	6.0

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย คะแนนสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก การสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล การสนับสนุนจากพยาบาล และการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา

คะแนนสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1227.09 (SD 3.84, range = 112-130) ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับดี คะแนนการสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล โดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 55.44 (SD = 6.15, range = 39-76) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยด้านการสื่อสารด้วยคำพูดเท่ากับ 35.82 (SD = 3.83, range = 25-64) และคะแนนเฉลี่ยด้านการสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูดเท่ากับ 19.62 (SD = 2.88, range = 11-28) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยการสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล โดยรวม และรายด้าน (n = 100)

ตัวแปร	Mean	SD	Actual range	Possible range
การสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล				
โดยรวม	55.44	6.15	39-76	22-88
รายด้าน				
การสื่อสารด้วยคำพูด	35.82	3.83	25-64	14-56
การสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด	19.62	2.88	11-28	8-32

คะแนนการสนับสนุนจากพยาบาล โดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 61.43 (SD = 7.46, range = 25-80) ซึ่งเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า คะแนนข้อมูลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27.82 (SD = 3.25,

range = 14-36) อารมณ์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.32 ($SD = 1.90$, range = 2-16) การประเมินมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.32 ($SD = 1.75$, range = 3-16) และทรัพยากรมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.97 ($SD = 1.54$, range = 4-12) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย ของการสนับสนุนจากพยาบาล โดยรวม และรายด้าน ($n = 100$)

ตัวแปร	Mean	SD	Actual range	Possible range
การสนับสนุนจากพยาบาล				
โดยรวม	61.43	7.46	25-80	20-80
รายด้าน				
ข้อมูล	27.82	3.25	14-36	9-36
อารมณ์	11.32	1.90	6-16	4-16
การประเมิน	12.32	1.75	7-16	4-16
ทรัพยากร	9.97	1.54	5-12	4-12

คะแนนการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟ โดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 75.62 ($SD = 8.41$, range = 47-84) ซึ่งเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านทั้ง 3 ด้าน พบว่า ด้านกิจกรรมที่ทำประจำโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.82 ($SD = .84$, range = 11-18) กิจกรรมการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.39 ($SD = 3.43$, range = 9-33) การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างมารดากับพยาบาลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.89 ($SD = 1.96$, range = 7-15) และด้านการตัดสินใจในการดูแลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.59 ($SD = 2.18$, range = 6-18) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย ของคะแนนการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟ ทั้งคะแนนโดยรวมและรายด้าน ($n = 100$)

ตัวแปร	Mean	SD	Actual range	Possible range
การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟ				
โดยรวม	75.62	8.41	47-84	0-84
รายด้าน				
กิจกรรมที่ทำประจำ	17.82	0.84	11-18	0-18
กิจกรรมการพยาบาล	28.39	3.43	9-33	0-33
การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างมารดากับพยาบาล	12.82	1.96	7-15	0-15
การตัดสินใจในการดูแล	16.59	2.18	6-18	0-18

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ น้ำหนักของทารก อายุของมารดา สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก การสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล การสนับสนุนจากพยาบาลกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา

ปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ น้ำหนักของทารก อายุของมารดา สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก การสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล การสนับสนุนจากพยาบาล และตัวแปรตามคือการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา เป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่มีการวัดที่ระดับช่วงมาตราขึ้นไป (Interval scale) จึงสามารถใช้การวิเคราะห์ข้อมูลการหาความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับมากกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .535, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟ ($n = 100$)

ตัวแปร	r	p -value
น้ำหนักทารก	.053	.597
อายุมารดา	.012	.902
สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก	.535	< .001
การสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล	-.003	.980
การสนับสนุนจากพยาบาล	.144	.153

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนาย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก ปัจจัยการสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล และปัจจัยการสนับสนุนจากพยาบาลที่มีต่อการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟ

การวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) เพื่อหาปัจจัยทำนายที่ดีที่สุดของปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา ซึ่งได้แก่ น้ำหนักของทารก อายุของมารดา สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก การสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล และการสนับสนุนจากพยาบาล ต่อการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟ ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติถดถอยพหุคูณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่ม ตัวแปรต้นและตัวแปรตามเป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่มีการวัดที่ระดับช่วงมาตราขึ้นไป (Interval scale) ซึ่งมีการแจกแจงแบบปกติ (Normality) เป็นอิสระต่อกัน มีคุณสมบัติเป็น Homoscedasticity ไม่มี Outliers ไม่เกิด Autocorrelation (ค่า Durbin-Watson = 1.96) เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายทั้งหมด ไม่มีคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันเองสูงเกิน .85 (ไม่มี Multicollinearity) จึงสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณได้ ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรทำนายที่เข้าสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนมีเพียงตัวเดียว คือ สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก โดยสามารถทำนายการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟได้ ร้อยละ 28.7 ($\beta = .535, F = 37.188, p < .001$)

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของ
 มารดาในการดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา ($n = 100$)

ตัวแปร	ΔR^2	b	SE	Beta	t	p -value
สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก	.287	.861	.137	.535	.627	.001

Constant = 1.125, $R^2 = .287$, Adjust $R^2 = .279$, $SE = .202$, $F_{(2,97)} = 37.188$, $p < .001$

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และการทำนายของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ น้ำหนักของทารก อายุของมารดา สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก การสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล และการสนับสนุนจากพยาบาล กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิด ตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาของทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา เก็บรวบรวมข้อมูลจากทารกแรกเกิดกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และโรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยการคัดเลือกแบบสะดวก จำนวน 100 คน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารก แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟ แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล และแบบสอบถามการสนับสนุนจากพยาบาล ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ของอัลฟาครอนบาค เท่ากับ .81, .94, .86, .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย สถิติสหสัมพันธ์ เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ทารกส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 51) คลอดครบกำหนด (ร้อยละ 64) มีอายุเฉลี่ย 4.54 วัน ($SD = .15$, range = 3-9) ส่วนมากมีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม (ร้อยละ 65) เป็นบุตร คนแรกของครอบครัว ร้อยละ 42 และรองลงมาเป็นบุตรคนที่สอง ร้อยละ 39 ส่วนมากคลอดแบบปกติ (ร้อยละ 58) ระยะเวลาในการส่องไฟรักษาตัวเหลืองในทารกส่วนมากเฉลี่ย 3.62 วัน
2. มารดามีอายุเฉลี่ย 29.12 ปี ($SD = .67$, range = 18-41) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ ป.ว.ช (ร้อยละ 49) รองลงมา ป.ว.ศ./ อนุปริญญา (ร้อยละ 17) และประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 39) รองลงมา คือ อาชีพค้าขาย/ ทำธุรกิจ (ร้อยละ 18) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 90) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 16,794 บาทต่อเดือน ($SD = 773.92$, range = 5,000-20,000) ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 54) ส่วนใหญ่มีสมาชิกจำนวน 4-6 คน (ร้อยละ 42) และรองลงมา คือ 1-3 คน (ร้อยละ 31)
3. สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกมีคะแนนเท่ากับ 127.09 ($SD = 3.84$, range = 112-130) อยู่ในเกณฑ์ระดับดี การสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาลโดยรวมมีค่าเฉลี่ย

เท่ากับ 55.44 ($SD = 6.15$, range = 39-76) การสนับสนุนจากพยาบาลโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 61.43 ($SD = 7.46$, range = 25-80)

4. คะแนนการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับ การส่องไฟโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 75.62 ($SD = 8.41$, range = 47-84) ซึ่งเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ทั้ง 3 ด้าน พบว่า ด้านกิจกรรมที่ทำประจำโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.82 ($SD = .84$, range = 11-18) กิจกรรมการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.39 ($SD = 3.43$, range = 9-33) การแลกเปลี่ยนข้อมูล ระหว่างมารดากับพยาบาลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.89 ($SD = 1.96$, range = 7-15) และด้านการตัดสินใจ ในการดูแลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.59 ($SD = 2.18$, range = 6-18)

5. สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดและมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถทำนายการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟ ได้ร้อยละ 28.7 ($\beta = .535$, $F = 37.188$, $p < .001$)

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ ดังนี้

1. ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟ รักษา

1.1 สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำนายได้ ร้อยละ 28.7 ($\beta = .535$, $F = 37.188$, $p < .001$) หมายความว่า มารดาที่มีสัมพันธภาพกับทารกในระดับที่ดีมากจะมีส่วนร่วมในการดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษามากขึ้น เนื่องจากมารดาเป็นบุคคลแรกที่ใกล้ชิดทารกและสามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้ดีที่สุด ซึ่งมีความใกล้ชิดและรูปแบบการเลี้ยงดูทารกนั้นจะทำให้เกิดความรักและความผูกพันระหว่างมารดากับทารกซึ่งความรักความผูกพันของมารดาและทารกเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนค่อย ๆ เกิดขึ้นทีละเล็กละน้อย และค่อย ๆ ทวีความเข้มข้นขึ้นเรื่อย ๆ อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา การตั้งครรภ์ ระยะเวลาคลอด และหลังคลอด (Klaus & Klaus, 1995) โดยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างมารดากับบุตรมีความสำคัญต่อเด็กทั้งภาวะปกติและเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เพราะสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้เด็กและมารดารู้สึกอบอุ่นใจ ฟังพอใจลดความเครียด ความทุกข์จากการเจ็บป่วยได้ เด็กจะสามารถปรับตัวได้ดี และช่วยในการฟื้นหายจากการเจ็บป่วยได้เร็วขึ้นด้วย (บุญเพ็ชร จันทวัฒนา, 2544) ดังการศึกษาพบว่า ทารกแรกคลอดที่ได้รับการกอดสัมผัสจากบิดามารดาจะมีอุณหภูมิของร่างกาย

มากกว่า และทารกจะมีลักษณะที่สงบหรือนอนหลับ มีการเจริญเติบโตที่ดีในด้านน้ำหนักและ ความยาว ส่วนมารดาเองก็มีการแสดงออกด้วยการสบตา ยิ้ม โยกตัว หรือตบกันทารกเบา ๆ ทำให้ เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างมารดาและทารก จึงส่งผลให้มารดาเข้ามาดูแลทารกเพื่อตอบสนอง ความต้องการของทารกมากขึ้น (นงคราญ ศรีสง่า, นงนุช วุฒิปรีชา, บังอร เขาวนพูนผล และศุภ ลักษณ์ พรหมเทพ, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมลิริ รุ่งอมรรัตน์ และคณะ (2555) ศึกษา การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและต้องได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ พบว่า มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกโดยการลูบ การสัมผัสทารก การพูดคุยกับทารกด้วย น้ำเสียงแผ่วเบา และการบีบเก็บนมไว้สำหรับทารก ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวนี้เป็นผลจาก สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกที่ก่อตัวขึ้นเป็นความรักความผูกพันระหว่างมารดาและทารก และนำไปสู่การเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกที่เจ็บป่วยมากขึ้น

1.2 น้ำหนักทารก ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของมารดา ในการดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา ($p > .05$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากทารก ในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีน้ำหนักเกิน 2,500 กรัม และมีน้ำหนักโดยเฉลี่ย 2,846 กรัม ซึ่งถือว่า ทารกมีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ อีกทั้งกิจกรรมในการดูแลทารกที่ได้รับการส่องไฟนั้นไม่ซับซ้อน ส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลในกิจกรรมทั่วไป เช่น การเปลี่ยนผ้าอ้อม การอาบน้ำ การให้นม เป็นต้น จึงอาจทำให้ไม่ส่งผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการ ส่องไฟรักษา นอกจากนี้ด้วยความรักความผูกพันระหว่างมารดากับทารก ทำให้มารดาไม่ยอม อยู่ห่างบุตร และต้องการมีปฏิสัมพันธ์ต่อบุตรที่เกิดจากความรักความผูกพัน จึงทำให้มารดาต้องการ มีส่วนร่วมในการดูแลทารกซึ่งเกิดการเจ็บป่วยไม่ว่าบุตรของตนจะมีน้ำหนักมากหรือน้อย ตัวเล็ก หรือตัวโต มารดาจะมีความรักความห่วงใยในบุตรของตนเองเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาที่ พบว่า แม้ทารกที่ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีน้ำหนักตัวน้อยหรือมีน้ำหนักปกติ มารดา ต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิด เพื่อดูแลและปลอบโยนบุตรป่วยให้ดีที่สุด (ฉวีภา ปฐมอารีย์, 2551; สุจิรา ศรีรัตน์ และจริยา สายาวารี, 2551)

1.3 อายุของมารดา ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของ มารดาในการดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา ($p > .05$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นมารดาส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป และมีอายุเฉลี่ย 29.12 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่โดยวัยนี้ จะมีพัฒนาการทางความคิดสติปัญญาอยู่ในระดับขั้นปฏิบัติการคิดด้วยนามธรรม (Formal operations) เป็นขั้นสูงสุดที่สุดของพัฒนาการ มีความสามารถทางสติปัญญาสมบูรณ์ที่สุดคือ คุณภาพ ของความคิดจะเป็นระบบ มีความสัมพันธ์กัน และมีความคิดรูปแบบนามธรรม (Abstract logic) วัยผู้ใหญ่จะมีความคิดเปิดกว้าง ยืดหยุ่นมากขึ้น และรู้จักจดจำประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ ทำให้

สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดี (สุรางค์ ใ้้วตระกูล, 2550) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยนี้ เป็นวัยที่ความคิดในการสร้างครอบครัวและสามารถปฏิบัติในบทบาทการเป็นบิดามารดาได้ดี มีความรับผิดชอบ (อัปสรศิริ เอี่ยมประชา, 2557) ดังนั้นไม่ว่ามารดาจะมีอายุมากหรืออายุน้อยย่อมมีความรับผิดชอบในการดูแลทารก โดยเฉพาะช่วงทารกเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อายุของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการแสดงบทบาทการเป็นมารดา กล่าวคือ ไม่ว่ามารดาจะอายุน้อยหรือมากก็จะมีความต้องการในการแสดงบทบาทการเป็นมารดา โดยการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกที่เจ็บป่วย (กิ่งฟ้า คลราสี, 2544; จันทรา ว่องตระกูล, 2544)

1.4 การสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา ($p > .05$) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการสังเกตบริบทในหอผู้ป่วยพบว่า พยาบาลมีภาระความรับผิดชอบในงานที่เกี่ยวข้องกับเอกสาร (Document) มากจนเกินไปจากการปฏิบัติงานพยาบาลแล้ว จึงทำให้ไม่ค่อยมีเวลาในการสื่อสารหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลทารกแก่มารดา ส่วนมารดาที่จะให้การดูแลทารกตามปกติเหมือนอยู่ที่บ้าน เช่น การอาบน้ำ การเช็ดตัว การเปลี่ยนผ้าอ้อม หรือการป้อนนม เป็นต้น จึงไม่มีการซักถามข้อมูลจากพยาบาลเช่นกัน นอกจากนี้จากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า มารดาส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 90) โดยมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4-9 คน (ร้อยละ 63) จึงสามารถสอบถามพูดคุยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของทารกกับสามีและสมาชิกในครอบครัวได้มาก จึงอาจส่งผลให้การสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกป่วย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชมนนย์ วงษ์ศิริ (2544) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า การที่ผู้ปกครองกับพยาบาลมีการสื่อสารที่ดีต่อกันจะทำให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยมากขึ้น เนื่องจากมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการสื่อสารซึ่งกันและกัน และเป็นหนึ่งในกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ปกครองเกิดความเข้าใจและมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการศึกษาของ Pongjaturawit (2005) ที่พบว่า การที่พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์มีการสื่อสารหรือมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ปกครองเกี่ยวกับสุขภาพของเด็กป่วยจะช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วย

1.5 การสนับสนุนจากพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา ($p > .05$) แสดงว่าการสนับสนุนจากพยาบาลไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกิจกรรมการดูแลทารกตัวเหลืองที่

ได้รับการส่องไฟไม่ ไม่ซับซ้อน และไม่ยุ่งยาก อีกทั้งมารดาส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เช่น สามี มารดาของตนเอง และสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ที่คอยสนับสนุนช่วยเหลือมารดาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ขณะที่ทารกได้รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล โดยพบว่า มารดาส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 95) และมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4-9 คน (ร้อยละ 63) ดังนั้นการสนับสนุนจากพยาบาลจึงอาจไม่ส่งผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา กันทาหงษ์ และคณะ (2557) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของ บิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาของเด็กป่วยเฉียบพลันอายุ 1 เดือนถึง 5 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากพยาบาลไม่สามารถร่วมทำนายการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธาภินันท์ พรเลิศวิกุล ที่ศึกษาศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารก เช่นเดียวกับการศึกษาของ Montigny and Lacharete (2008) ที่พบว่า การรับรู้ความช่วยเหลือที่ได้รับจากพยาบาล (Perceived help-giving practices) จะส่งผลโดยตรงต่อการรับรู้ความสามารถในการควบคุม สถานการณ์ (Perceived control) ซึ่งส่งผลโดยอ้อมต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลทารก นำไปสู่การเข้ามามีบทบาทในการดูแลทารก และการศึกษาของ Neill (1996) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในเด็กป่วยอายุ 2-5 ปี พบว่าปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดา คือ การสนับสนุนจากพยาบาลในเรื่องการอำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ เช่น การจัดสรรสิ่งอำนวยความสะดวก การจัดสภาพแวดล้อมให้บิดามารดาได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ การจัดสถานที่สำหรับการเตรียมอาหารภายในหอผู้ป่วย การได้รับการดูแลเพื่อลดความเครียด เป็นต้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบหรือ โปรแกรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเน้นการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดากับทารก
2. ด้านบริหาร ผลการวิจัยนี้เป็นแนวทางเพื่อเสนอ นโยบายแก่ผู้บริหารเกี่ยวกับการจัดอัตรากำลังพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อให้พยาบาลมีเวลามากพอในการสื่อสารกับมารดาเพื่อส่งเสริมให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา

3. ด้านการศึกษา สามารถนำผลการวิจัยมาถอดเทรกลงในเนื้อหาการสอนเพื่อให้นิสิตสามารถส่งเสริมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษาโดยเน้นสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก

การทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในรูปแบบเชิงทดลองโดยพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมที่เน้นการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกที่ได้รับการส่องไฟรักษา เพื่อให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

บรรณานุกรม

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แอลอีดี โฟโตเธอราปี รักษาเด็กตัวเหลือง. เข้าถึงได้จาก [https:// hed.go.th/news/3583](https://hed.go.th/news/3583)
- กาญจนา กันทาทางษ์, ศรีมณา นิยมคำ และสุธิศา ล่ามช้าง. (2557). เด็กป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *พยาบาลสาร*, 42(3), 1-12
- กรรมนิการ์ วิจิตรสุคนธ์. (2551). การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง. ใน บัญจรงค์ สุขเจริญ, วิไล เลิศธรรมเทวี, ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, และศรีสมบุญ มุสิกสุคนธ์ (บรรณาธิการ), *ตำราการพยาบาลเด็ก* (หน้า 314-328). กรุงเทพฯ: พีริ-วัน.
- กฤดากร เกสรคำ. (2542). ผลการทำสารประกอบน้ำมันที่มีต่อการสูญเสียน้ำทางผิวหนังในทารกคลอดก่อนกำหนดตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชากุมารเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กิ่งฟ้า คลราสี. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการสัมพันธ์สภาพระหว่างคู่สมรสและการแสดงบทบาทการเป็นมารดาที่บุตรแยกจากห้องคลอด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวีณา จีระแพทย์. (2540). ประสิทธิภาพของเครื่องการส่องไฟสีรัชาในการลดระดับบิลิรูบินในพลาสมา. *วารสารกุมารเวชศาสตร์*, 36(84), 90-92.
- เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวีณา จีระแพทย์. (2550). หลักการดูแลทารกแรกเกิดชั้นพื้นฐาน. กรุงเทพฯ: องค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, พิมพ์ ศรีสุภาพ และโสภภาพรณ เงินน้ำ. (2550). *CPG for Neonatal jaundice in newborns with GA > 35 weeks* เข้าถึงได้จาก www.ped.si.mahidol.ac.th/HA/CPG
- ไกรวรรร กาพันธ์. (2552). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วย หนักกุมารเวชกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ขนิษฐา ประสมศักดิ์. (2551). *การประเมินภาวะสุขภาพทารกแรกเกิด* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ด่านสุทธา.

- ขนิษฐา ประสมศักดิ์. (2551). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อความวิตกกังวล
ในบิดา-มารดาที่บุตรมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการส่องไฟในระยะหลังคลอด.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- แขนภา รัตนพิบูลย์. (2554). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษา
ในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดา
และทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์ฉาย สิงห์นนท์, อนุสรณ์ กัณธา, ประภัสสร โตธีรกุล และพิมพ์ดวงใจ ชัยชนะ. (2553).
สถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะเครียดในมารดาที่ดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วย
การส่องไฟ. เข้าถึงได้จาก [http://: www.203.157.64.26/download.php? info_id=778
&download_file=doc](http://www.203.157.64.26/download.php?info_id=778&download_file=doc)
- จันทร์ธา ว่องวัฒนกุล. (2552). อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลความวิตกกังวลและการสนับสนุนทาง
สังคมต่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในมารดาที่ทารกแรกเกิดมีภาวะตัวเหลืองและ
ได้รับการส่องไฟ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดา
และทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล
- จรัสศรี หินศิลป์. (2549). การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูง.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จารุพิศ สุภาภรณ์. (2556). การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการ
ส่องไฟรักษาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา
การพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชมรมเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดแห่งประเทศไทย. (2551). คู่มือการดูแลทารกแรกเกิด 1. กรุงเทพฯ:
หน่วยทารกแรกเกิด ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี;
กรุงเทพฯ: หน้า 335-351.
- ชญ่าพัฒน์ ธรรมภาสุวรรณ. (2555). ผลของโปรแกรมการดูแลมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอ
อภิบาลทารกแรกเกิดต่อความวิตกกังวลและสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยมหิดล
- ชนิดา เป็ะสกุล และชลิดา ธนัฐธีรกุล. (2553). การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่
มีภาวะวิกฤต. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, 16(1), 39-49.

- ณัฐิกา ปฐมอารีย์. (2551). การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดในหออภิบาลทารกแรกเกิด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณัฐพร ฉันทวรลักษณ์. (2550). ผลของการจัดระบบการให้มารดาเข้าเยี่ยมบุตรทารกคลอดก่อนกำหนดต่อความวิตกกังวลของมารดา. *รวมารชิบตีสาร*, 2(9), 167-177.
- ณัฐธิยา ประวันเนา, ผกาพรรณ เกียรติชูสกุล, จรรยา จิระประดิษฐา และชาญยุทธ์ สุภคุณภิญโญ. (2552). พัฒนาการทางระบบประสาทและการได้ยินของทารกที่มีภาวะตัวเหลืองรุนแรงเมื่อแรกเกิดที่ระดับบิลิรูบิน ≥ 20 mg/dL ที่เกิดในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. เข้าถึงจาก http://www.thaipediatrics.org/file_upload/files/8N.pdf
- ทรงเกียรติ อุดมพรวัฒนะ. (2555). พัฒนาการทางระบบประสาทและการได้ยินของทารกแรกเกิดครบกำหนดที่มีภาวะตัวเหลืองและระดับบิลิรูบินมากกว่าหรือเท่ากับ 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร. เข้าถึงได้จาก http://www.thaipediatrics.org/html/slidedetail2_news.php?journal_id=276
- ทัศนีย์ ตรีสายลักษณ์. (2542). ผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกต่อความผูกพันระหว่างมารดาและทารกและการเจริญเติบโตของทารกคลอดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ อรรถารส และจุไร อภัยจิรรัตน์. (2554). รูปแบบการดูแลต่อเนื่องในเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(ฉบับพิเศษ), 112-125.
- ชั้นยมนย์ วงษ์ชีรี และทนง ประสานพานิช. (2558). ผลการใช้กระบะอะลูมิเนียมฟอยล์สะท้อนแสงร่วมกับการส่องไฟต่อระดับบิลิรูบินในทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 32(4), 294-304.
- ชั้นยมนย์ วงษ์ชีรี. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ธีรยา เนาวโคอักษร. (2557). ผลของโปรแกรมส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกต่อความรักความผูกพันระหว่างมารดาและทารกของมารดาวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- นงคราญ ศรีสง่า, นงนุช วุฒิปรีชา, บังอร เขาวนพูนผล และศุภลักษณ์ พรหมเทพ. (2553). ผลของการทำ *Early bonding* กับบิดาในทารกที่คลอดโดยการผ่าตัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่. เข้าถึงได้จาก <http://kcenter.anamai.moph.go.th/showResults.php?collection>
- นงคัมภีร์ สุขยานุศิษฐ์. (2556). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการรักษาด้วยการส่องไฟซ้ำในทารกแรกเกิด ที่มีภาวะตัวเหลืองในโรงพยาบาลท่าคูม จังหวัดสุรินทร์. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น*, 20(1), 19-30.
- นภัทร สิทธาโนมัย. (2550). ผลของการกั้นขอบคอมเครื่องส่องไฟรักษาภาวะตัวเหลืองด้วยผ้าสีขาว ผ้าสีฟ้าและอะลูมิเนียมฟอยล์ต่อพลังงานแสง. เข้าถึงได้จาก www.thaipediatrics.org/abstract/50-51/15.doc
- นฤมล จีนเมือง, วรณา พาหุวัฒน์กร และจวีวรรณ อยู่สำราญ. (2559). ปัจจัยด้านมารดา ทารก และสิ่งแวดล้อมในการทำนายความสำเร็จของบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอดทารกก่อนกำหนด. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 8(2), 44-53.
- นฤมล เปรมปราโมทย์, กัลย์สุดา อริยะวัตรกุล, อภิญญา บัวลา และกรรณิการ์ นาคนาม. (2557). ชนิดของการเกิดตัวเหลืองในทารกแรกเกิด. เข้าถึงได้จาก <https://zh-tw.facebook.com/Prateep.Kochabua/posts/57481362597015>
- นวลจันทร์ ปราบพาล, จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์, สุชีรา ฉัตรเพริดพราย, วรนุช จงศรีสวัสดิ์ และศิรินุช ชมโท. (2552). ปัญหาที่พบบ่อยในเด็ก: แนวทางการดูแลรักษา (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- นภัทร สิทธาโนมัย. (2552). ผลของการกั้นขอบคอมเครื่องส่องไฟรักษา ภาวะตัวเหลืองด้วยผ้าสีขาว ผ้าสีฟ้า และอะลูมิเนียมฟอยล์ต่อพลังงานแสง. *วารสารกุมารเวชศาสตร์*, 48(7), 1-6.
- น้ำเพชร แสงวรรณกุล. (2553). การศึกษาความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลบ้านฉาง. *วารสารกุมารเวชศาสตร์*, 49(4), 4-9.
- นิตยา คชภักดี. (2545). Family participation in pediatric intensive care unit. ใน สุวัฒน์ เบญจพลพิทักษ์, สุเทพ วาณิชกุล, กาญจนา ตั้งนรารัชชกิจ, ชีรชัย ฉันทโรจน์ศิริ และสุภรี สุวรรณจุฑา (บรรณาธิการ), *เวชบำบัดวิกฤตในเด็ก ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 2* (หน้า 36-41). กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- บงกช นิลอ่อน. (2557). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของมารดาต่อความสามารถในการดูแลบุตรที่มีภาวะชักจากไข้สูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์พยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5).
กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- บุษบา บุญกระโทก, รัตนา รongทองกุล, ศิรินารถ ศรีกาญจนเพริศ และสุนทรี น้ำใจทหาร. (2550).
ความเครียด และพฤติกรรมการเผชิญของมารดาที่มีบุตรตัวเหลืองซึ่งได้รับการส่องไฟ
รักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 22(2), 133-138.
- บุญเพียร จันทวัฒนา. (2544). ผลของการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรต้องเข้า
รับการรักษาในโรงพยาบาล. *พยาบาลสาร*, 26(4), 75-85.
- เบญจมาศ กลิ่นบำรุง, นิรากร มหารุ่งเรืองรัตน์ และรวมพร กลีบบัว. (2555). ความคิดเห็นของบิดา
มารดาและพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมของบิดา/มารดาในการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ
ในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน. *วารสารพยาบาลศิริราช*, 5(1), 40-50.
- เบญจญา อยู่ศิริ. (2557). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันอันตรายจาก
ภาวะตัวเหลืองในทารกหลังคลอดครบกำหนด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ปราณี ผลอนันต์, ศรีพรรณ กันธวัง และพิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิ่น. (2556). การมีส่วนร่วมของมารดาใน
การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ในหออภิบาลทารกแรกเกิด และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.
วารสารการพยาบาล, 40(1), 89-101.
- เปรมศักดิ์ เหล่าอยู่คง. (2550). *ผลการติดตามระยะยาวทารกครบกำหนดที่มีภาวะตัวเหลืองอย่าง
รุนแรงของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า*. เข้าถึงได้จาก [www.thaipediatrics.org/abstract/
51/02.doc](http://www.thaipediatrics.org/abstract/51/02.doc)
- ผกาพรรณ เกียรติชูสกุล. (2552) ภาวะตัวเหลืองในเด็กแรกเกิด. ใน สุขชาติ เกิดผล, อวยพร
ปะนะมณฑา, จามรี ชีรดกุลพิศาล, ชาญชัย พานทองวิริยะกุล, ณรงค์ เอื้อวิษญาแพทย์
และจรรยา จิระประดิษฐา. *วิชาการเวชศาสตร์*. (หน้า 75-90). ขอนแก่น: แอนนา
ออฟเซต.
- พนิดา วาราชนนท์. (2541). *การสนับสนุนจากคู่สมรสและ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของ
มารดาในระยะหลังคลอด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการผดุงครรภ์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรทิพย์ ศิริบูรณ์พิพัฒนา. (2555). *การพยาบาลเด็ก เล่ม 2 (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพฯ: ธนาพรส.
- พรสวรรค์ เจียประเสริฐ. (2552). สาเหตุปัจจัยเสี่ยงและผลการรักษาของทารกแรกเกิดที่ตัวเหลือง
รุนแรงซึ่งได้รับการเปลี่ยนถ่ายเลือด. *พุทธชินราชเวชสาร*, 26(3), 229-41.

- พัชรินทร์ เรืองทวกุล. (2557). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด. *พุทธชินราชเวชสาร*, 31(3), 438-446.
- พัชรี วรกิจพูนผล. (2553). การดูแลทารกที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ. เข้าถึงได้จาก <http://www.cmnb.org/cmnb/index.php/newborn/sick-newborn/4-2010-04-11-11-41-15>
- พิมพ์ลักษณ์ เจริญขวัญ. (2557). ปัจจัยที่ทำให้ทารกตัวเหลืองใน 48 ชั่วโมงแรกหลังคลอดของโรงพยาบาลนำโสม. เข้าถึงได้จาก. http://www.namsomhp.com/hws/images/02_KM/0302.pdf
- พิมพ์รัตน์ ไทยธรรมยานนท์. (2554). การดูแลทารกแรกเกิด. กรุงเทพฯ: ชัยเจริญ.
- เพ็ญศรี พิชัยสนิท. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมสุขภาพบุตรวัย 1-3 ปี. เข้าถึงได้จาก www.kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2553/2927/3/262449_bibli.pdf.
- ไพลิน รัตนพิชญชัย. (2551). การประดิษฐ์เครื่อง Double Phototherapy โรงพยาบาลเจ้าพระยา ยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 17(3), 515-523.
- พองคำ ดิลกสกุลชัย และกรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์. (2551). การพยาบาลทารกที่มีภาวะเสี่ยงสูง. ใน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. *เอกสารการสอนการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น หน่วยที่ 6-10 (ปรับปรุงครั้งที่ 1) (หน้า51-57)*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- มณีมร ตุลานบุตร. (2554). การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัชณี นามจันทร์. (2548). ประสพการณ์การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางในมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว. *วารสารฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 8(16), 14-28.
- ราตรี คงเจริญ. (2553). ปัจจัยด้านการเป็นมารดากับการแสดงบทบาทมารดาของวัยรุ่นหลังคลอดที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2558). *สถิติทารกแรกเกิดตัวเหลือง ปี พ.ศ. 2556-2558*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.

- ลมัย ละอองทัฬ, มธุรส นาคพริก และชวัลพัชร เกตุอินทร์. (2554). ประสิทธิภาพการลดระดับ บิลิรูบินในทารกแรกเกิดตัวเหลืองเปรียบเทียบกับระหว่างการใช้ผ้ากั้นขอบโคมเครื่องส่องไฟด้วยผ้าสีขาว ผ้าสีฟ้า และผ้าสีน้ำเงิน. *วารสารโรงพยาบาลอุดรดิศต*, 26(9), 27-36.
- วณิตา ขวัญสำราญ, อารีรัตน์ งามทิพยพันธุ์ และนุจรี ไชยมงคล. (2558). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กปากแหว่ง-เพดานโหว่ ที่ได้รับการผ่าตัดขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(2), 20-30.
- วาริษา เจนจินดาชัย. (2542). Care of the growing preterm before discharge. ใน ประพุฑฑ์ ศิริบุญย (บรรณาธิการ), *Neonatal care in the year 2000: The prevention of morbidities* (หน้า 173-182). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส แอนด์กราฟฟิค.
- วารุณี เพ็ไร. (2552). *การพยาบาลสูติศาสตร์ 1*. เข้าถึงได้จาก http://www.olearning.siam.edu//images/stories/HANDOUT/2_2554/Nursing/170-332/170-332_14_2554-2.pdf
- วิลาศลักษณ์ ทะนงศักดิ์สกุล และแอนนา สุมะ โน. (2555). การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักของทารกแรกเกิดที่คุดนมมารดาอย่างเดียวกับที่อายุ 24, 48 ชั่วโมง และหาความสัมพันธ์กับการเพิ่มของค่า Microbilirubin ของทารกที่อายุ 48-72 ชั่วโมงกับน้ำหนักที่เปลี่ยนแปลง. *วารสารกุมารเวชศาสตร์*. 51(15), 277-286.
- สมพร โชตินถม. (2558). *การวัดระดับบิลิรูบินทางผิวหนังเพื่อทำนายการเกิดภาวะบิลิรูบินในเลือดสูงในทารกแรกเกิดไทย*. เข้าถึงได้จาก tmr.in.th/2558/?page=result_search&record_id=50211
- สมสิริ รุ่งอมรรัตน์, วรานุช กาญจนเวนิช และอุทุมพร ม่วงอยู่. (2555). การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และต้องได้รับเครื่องช่วยหายใจ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 30(4), 49-58.
- สมหวัง อินทร์ไชย. (2553). *ภาษาไทยเพื่อการสื่อสาร*. เข้าถึงได้จาก http://reg2.crru.ac.th/reg_web/files/20150928032030_1f93dc44b702fa66f529bf0b01f5c063.pdf
- สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. (2551). *สถิติทารกแรกเกิดตัวเหลืองปีพ.ศ. 2548-2550*. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.
- สรายุทธ สุภาพรรณชาติ. (2548). Management of hyperbilirubinemia. ใน สรายุทธ สุภาพรรณชาติ (บรรณาธิการ), *Preventive Measures in Neonatal Care* (หน้า 8-20). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส แอนด์ กราฟฟิค.

- สิรินาตยา วงศ์वाल. (2551). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลันและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลีนินาฏ ลิ้มนิยมธรรม, ภคอร ผลงานดี, ทวิภัก หาญญาคำภา, อัมพร บุญบรรจง, ภัทรลภา ทองสุขสว่าง และสุจรรรยา การินทร์. (2553). ประสิทธิภาพของการส่องไฟเครื่องเดียว 12 หลอดกับ 2 เครื่อง 10 หลอดในทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง. เข้าถึงได้จาก http://www.amsthai.org/dbweb/file_attach/12Jun201205-AttachFileResearch-2.pdf
- สาธิต โทตระกิตย์. (2550). Hyperbilirubinemia. ใน ธาราธิป โคละทัต, สุนทร อ้อเผ่าพันธุ์, (บรรณาธิการ). *Neonatology for pediatricians*. กรุงเทพฯ: The Royal College of Pediatricians of Thailand, Pediatric Society of Thailand, Thai Neonatal Society.
- สาวตรี เต็มอารมณ์ และสุจิตรา โสพิตร. (2553). ผลการลดระยะห่างระหว่างเครื่องส่องไฟกับทารกตัวเหลืองที่ 20 เซนติเมตรต่อการลดลงของค่าไมโครบิลูบีนในทารกแรกเกิดตัวเหลืองตึกพิเศษ 3 โรงพยาบาลโพธาราม. เข้าถึงได้จาก <http://www.photharamhosp.go.th/ptrhos/attachments/article/31/pdf05.pdf>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2552*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุกุมล หุนทนทาน. (2557). การศึกษาความชุก ความเสี่ยงทางคลินิก และผลการรักษาของทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 2(4), 22-34.
- สุจิรา ศรีรัตน์ และจริยา สายวาริ. (2551). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาของผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 26(5), 481-489.
- สุชีรา แก้วประไพ. (2559). การประเมินแนวปฏิบัติในการประเมินภาวะตัวเหลือง ในทารกแรกเกิดที่โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 24(1), 149-153.
- สุชีวา วิชัยกุล. (2557). *ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด*. เข้าถึงได้จาก http://www.msdbangkok.go.th/download%20file/Personal/Succeed/RN/1151_Kalayanee.pdf

- สุทธาภินันท์ พรเลิศทวีกุล. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทินี เสาร์แก้ว. (2550). อิทธิพลของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะเวลาที่แยกจากบุตร ต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกแรกเกิดในมารดาหลังคลอด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการผดุงครรภ์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาณี ไกรกุล. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของบิดามารดากับสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาและบุตรป่วยที่รับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุปรีย์ดี สุวรรณบุรณ์. (2555). ภาษาไทยเพื่อการสื่อสาร. เข้าถึงได้จาก <http://www.ipesp.ac.th/learning/thai/Manipulator.html>
- สุภาวดี ทับกล้า. (2544). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถของมารดาในการนวดสัมผัสร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์กับทารกต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดา-ทารก การเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อไวรัสเอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรัชย์ พงษ์หล่อพิศิษฏ์. (2552). ปัจจัยเสี่ยงของมารดาต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง. *ลำปางเวชสาร*, 30(3), 146-153.
- สุรางค์ ไคว์ตระกูล. (2550). *จิตวิทยาการศึกษา*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุริย์รัตน์ ชลันธร และมณีรัตน์ ภาคฐป. (2546). ผลการสัมผัสจากมารดาต่อการเจริญเติบโตของทารกคลอดก่อนกำหนด และความผูกพันระหว่างมารดา-ทารก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 11(2), 57-68.
- โสภภาพรรณ เงินน้ำ. (2550). Practical management of neonatal hyperbilirubinemia. ใน ดุสิต สดาวร, ชัยณู พันธุ์เจริญ และอุษา ทิสยากร (บรรณาธิการ), *Critical advances in pediatrics* (173-182). กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ศิริกมล กันศิริ. (2550). การพัฒนาแนวปฏิบัติการสร้างเสริมพลังอำนาจมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- ศิริกุล อิศรานุรักษ์. (2550). ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย: ปัญหาสุขภาพคนไทยที่ยังแก้ไขไม่ได้.
วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา, 4(1), 67-79.
- ศุภชัย เจนจินดาชัย. (2552). ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด. เข้าถึงได้จาก http://medinfo2.psu.ac.th/qa/QA_report/QA68.pdf
- หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. (2551). สถิติทารกแรกเกิดตัวเหลือง ปี พ.ศ. 2548-2550. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.
- อดิณุช สุรวงษ์สิน และวารภรณ์ แสงทวีสิน. (2550). ผลการตรวจคัดกรองการได้ยิน (โดยวิธี OAE และ ABR) ในทารกกลุ่มเสี่ยงของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. เข้าถึงได้จาก <http://dlibrary.childrenhospital.go.th/handle/6623548333/300>
- อัปสรสิริ เขี่ยมประชา. (2557). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี.
- อรุณ ดวงประสพสุข. (2557). ผลของการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบและการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ผู้ป่วยเด็กวิกฤต หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต (PICU) โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. เข้าถึงได้จาก http://www.srth.moph.go.th/region11_journal/document/Y28N4/5.pdf
- อรุณี เจตศรีสุภาพ. (2552). ชาติลีซีเมียในมุมมองจากบิดามารดาและผู้ป่วยและการประเมินการปฏิบัติจริงในโครงการควบคุมป้องกันโรคชาติลีซีเมียชนิดรุนแรง. เข้าถึงได้จาก http://www.tnrr.in.th/2558/?page=result_search&record_id=9976317.
- อารีรัตน์ ระวีวงศ์. (2555). การดูแลทารกตัวเหลืองอย่างมีประสิทธิภาพ. เข้าถึงได้จาก <http://www.hpc5.anamai.moph.go.th/director/research/?module=!&file=researchDisplay>
- แอสေး แวดอเลาะ, จรินทร์รัตน์ แซ่น่า และสุพัตรา จูมะ. (2552). ปัจจัยที่มีผลต่อน้ำหนักแรกคลอดของทารก. เข้าถึงได้จาก <http://hpc12.anamai.moph.go.th>
- American Academy of Pediatrics Clinical Practice Guideline. (2003). *Neonatal jaundice*. Retrieved from <https://www.aap.org/enus/Pages/Default.aspx?nfstatus>.
- American Academy of Pediatrics Clinical Practice Guideline. (2004). Subcommittee on hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics*, 114(2), 297-316.
- Ball, J., & Binder, R. C. (2006). *Child health nursing: Partnering with children & families*. Upper Saddle River, N.J.: Pearson Prentice Hall.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. New York: Basic Books.
- Bhutani, V. K. (2004). Kernicterus: Epidemiological Strategies for Its Prevention through systems-based approaches. *Journal of Perinatology*, 24(2), 650-662.

- Carey, W. B. (2009). Acute minor illness: Effects of medical illness. In M.D. Levine, W. B. Carey, & A. C. Crocker (Eds.), *Development-behavioral pediatrics* (pp. 321-323). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Coyne, I. T. (1995). Parent participation in care: A critical review of the literature. *Journal of Advance Nursing*, 21, 716-722.
- Coyne, I. T. (1996). *Parent participation: A concept analysis*. *Journal of Advance Nursing*, 2(3), 733-740.
- Gloria, B. (2007). High-risk newborn: Hyperbilirubinemia and jaundice, University of Verginia, Health System. *British Journal of Nursing*, 8, 230-237.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Cited in [http://www.healthhline.com/galcontent/procede model procede procoodmodel](http://www.healthhline.com/galcontent/procede%20model%20procede%20procoodmodel).
- Johnson, A., & Lindschau, A. (1996). Staff attitudes toward parent participation in the care of children who are hospitalized. *Pediatric Nursing*, 22, 99-102.
- 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., Amlung, S. R., & Flandemeyer, A. A. (1998). *Protocols in neonatal nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H., & Klaus, P. H. (1995). *Thompson's introduction to maternity and pediatric nursing* (3rd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Maisels, M. J. (2005). Jaundice. In: M. G. MacDonald, M. K. Seshia & M. D. Mullett (Eds), *Neonatology: Pathophysiology and management of the newborn*. (6th ed., pp. 768-846). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Melnyk, B. M., Fenstein, N. F., Moldenhouer, Z., & Small, L. (2001). Coping in parents of children who are chronically ill: strategies for assessment and intervention. *Pediatric Nursing*, 27(6), 548-558.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36, 226-232.
- Montigny, F. D., & Lacharete, C. (2008). Modeling parents and nurses' relationships. *West Jay Nurses*, 30(6), 743-758.

- Neill, M. S. (1996). Parent participation I: Literature review and methodology. *British Journal of Nursing, 51*, 34-40.
- Newton, M. S. (2000). Family-centered care: Current realities in parent participation. *Pediatric Nursing, 26*(2), 8-164.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing concept of pediatric*. St. Louis: Mosby-Year Book.
- Palmer, S. J. (1993). Care of sick children by parents: a meaningful role. *Journal of Advanced Nursing, 18*, 185-191.
- Pongjaturawit, Y., Chontawan, R., Yenbut, J., Sripichyan, K., & Herrigan, R. C. (2006). Parent Participation in the care of Hospitalized Young Children. *Thai Journal Nursing Research, 10*(1), 18-28.
- Pongjaturawit, Y. (2005). *Parental participation in the care of hospitalized young children*. Doctor of Philosophy (Nursing), Faculty of Nursing, Chiang Mai University.
- Porter, M. L., & Dennis B. L. (2002). Hyperbilirubinemia in the term newborn. *Am Fam Physician, 65*(4), 599-606.
- Schenk, L. K., Kellery, J. H., & Schenk, M. P. (2005). Models of maternal-infant attachment: A role for nurses. *Pediatric Nursing, 31*(6), 514-517.
- Schepp, K. (1995). *Psychometric assessment of the preferred participation scale for parents of hospitalized children*. Unpublished manuscript. University of Washington, School of Nursing, Seattle, WA.
- The National Institute for Health and Care. (2012). NICE guide line jaundice. Retrieved from www.evidence.nhs.uk/topic/jaundice.
- Thorndike R. M. (1978). *Correlation Procedures for Research*. Gardner Press, Inc., New York.
- Wong, R. J., Desander, G. H., Sibley, E., & Stevenson, D. K. (2006). Neonatal jaundice and liver disease. In: Far-off and Martin's Neonatal-Perinatal Medicine: *Diseases of the fetus and infant*. (8th ed., pp. 1419-1465). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Wongwattanakul, C. (2010). *Influence of personal factor, anxiety, and social support on maternal role attainment of postpartum mothers who have infants with hyperbilirubinemia and received phototherapy*. [Master's thesis], Faculty of Nursing, Bangkok: Mahidol University.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล ชีระรังสิกุล อาจารย์ประจำ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. คุณสุรีย์รัตน์ ชลันธร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมเด็กเล็กสามัญ
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
3. นาวาตรีหญิงภัทราวดี ชัยนาม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมเด็ก
โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการรักษา
ด้วยการส่องไฟ
(สำหรับกลุ่มตัวอย่าง)

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 5 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามส่วนบุคคล
2. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟ
3. แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก
4. แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล
5. แบบสอบถามการสนับสนุนจากพยาบาล

ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถามตามที่แนบมาด้วยความจริงให้ครบทุกข้อ โดยมีต้องระบุชื่อ นามสกุล ซึ่งคำตอบของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลของบุตร และตัวท่านเอง โดยข้อมูลดังกล่าวที่ท่านได้ตอบในแบบสอบถามนี้จะถูกเก็บเป็นความลับและเพื่อใช้ในการศึกษาเท่านั้น

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

นางสาวสิริกัญญา เกษสุวรรณ

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

วันที่สัมภาษณ์.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลของทารก

1. เพศ ชาย หญิง
2. คลอดก่อนกำหนด คลอดครบกำหนด
3. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... (วันที่สัมภาษณ์ทารกมีอายุ.....วัน.....เดือน)
4. น้ำหนักแรกเกิด.....กรัม
5. ลำดับที่การเกิดของบุตรคนนี้.....
6. วิธีการคลอด.....
7. ระยะเวลาการส่องไฟรักษา.....

ข้อมูลของมารดา

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
2. ศาสนา.....
3. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย
<input type="checkbox"/> ป.ว.ช./ ป.ว.ส./ อนุปริญญา	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี	
4. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพ

<input type="checkbox"/> แม่บ้าน	<input type="checkbox"/> ค้าขายธุรกิจ	<input type="checkbox"/> รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> รับจ้าง	<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ.....
5. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> คู่	<input type="checkbox"/> หม้าย	<input type="checkbox"/> หย่าร้าง	<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่
------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------
6. ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

<input type="checkbox"/> รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท	<input type="checkbox"/> รายได้ 5,001-10,000 บาท
<input type="checkbox"/> รายได้ 10,001-20,000 บาท	<input type="checkbox"/> รายได้มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป
7. ลักษณะครอบครัวของท่าน

<input type="checkbox"/> ครอบครัวเดี่ยว	<input type="checkbox"/> ครอบครัวขยาย
---	---------------------------------------
8. จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในครอบครัว.....คน

แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของท่านในการดูแลบุตรของท่านขณะได้รับการส่องไฟรักษา โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องตามความเป็นจริงมากที่สุด และโปรดตอบคำถามให้ครบทุกข้อ ในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 คำตอบ ตั้งแต่ไม่ได้ทำ ถึง ได้ทำทุกครั้ง

คะแนน 0	หมายถึง	ไม่ได้ปฏิบัติ
คะแนน 1	หมายถึง	ได้ปฏิบัติระดับน้อย
คะแนน 2	หมายถึง	ได้ปฏิบัติระดับปานกลาง
คะแนน 3	หมายถึง	ได้ปฏิบัติระดับมาก

ข้อความ	ไม่ได้ทำ	ได้ทำ บางครั้ง	ได้ทำเกือบ ทุกครั้ง	ได้ทำ ทุกครั้ง
ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ				
1. ฉันอาบน้ำ/ เช็ดตา/ เช็ดสะดือให้บุตร				
2. ฉันเป็นผู้ให้นมบุตร				
3. ...				
4. ...				
5. ...				
6. ...				
ด้านกิจกรรมการพยาบาล				
1. ฉันจับตัว อุ้ม หรือสัมผัสและอยู่กับบุตร ขณะวัด อุณหภูมิ				
2. ฉันจับตัวอุ้มหรือสัมผัสและอยู่กับบุตร ขณะชั่งน้ำหนัก				
3. ...				
4. ...				
5. ...				
6. ...				
7. ฉันช่วยจดบันทึก จำนวนครั้ง ลักษณะ และสี ของปัสสาวะ/ อุจจาระของบุตร				

ข้อความ	ไม่ได้ทำ	ได้ทำ บางครั้ง	ได้ทำเกือบ ทุกครั้ง	ได้ทำ ทุกครั้ง
8. ฉันช่วยจดบันทึกจำนวนครั้งปริมาณนมที่บุตรได้รับ				
9. ฉันช่วยเปิดผ้าหรือคลุมผ้าให้เครื่องส่องไฟรักษา				
10. ...				
11. ...				
<u>ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างมารดากับบุคลากรพยาบาล</u>				
1. ฉันพูดคุยกับพยาบาลเกี่ยวกับการตรวจอาการตัวเหลือง การส่องไฟรักษา หรือการเปลี่ยนแปลง แผนการรักษาที่บุตรได้รับ				
2. ฉันพูดคุยกับพยาบาลถึงประโยชน์ของการส่องไฟรักษา				
3. ฉันได้รับการแจ้งข้อมูลและมีโอกาสสอบถามเกี่ยวกับอาการตัวเหลืองของบุตรตามความเป็นจริง				
4. ...				
5. ...				
<u>ด้านการตัดสินใจในการดูแล</u>				
1. ฉันเป็นผู้เลือกช่วงเวลาให้นมบุตร				
2. ฉันเป็นผู้เลือกที่จะเปิดหรือปิดผ้าปิดตาขณะให้นมบุตร				
3. ฉันเป็นผู้เลือกเปิดหรือปิดคลุมผ้าเครื่องส่องไฟรักษา				
4. ...				
5. ...				
6. ...				

แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ข้อความที่แสดงถึงการมีสัมพันธภาพระหว่างตัวท่านและบุตรของท่าน โปรดทำเครื่องหมาย \surd ในช่องตามความเป็นจริงมากที่สุด และ โปรดตอบคำถามให้ครบทุกข้อ ในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ โดยแต่ละคำตอบมีความหมาย ดังต่อไปนี้

มากที่สุด	ให้คะแนน	5	คะแนน
มาก	ให้คะแนน	4	คะแนน
ปานกลาง	ให้คะแนน	3	คะแนน
น้อย	ให้คะแนน	2	คะแนน
น้อยที่สุด	ให้คะแนน	1	คะแนน

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อยที่สุด
1. ฉันรักลูกของฉัน				
2. ฉันรู้สึกอบอุ่นและมีความสุขเมื่อได้อยู่ใกล้ชิดกับลูก				
3. ฉันต้องการใช้เวลาอยู่กับลูกเป็นพิเศษ				
4. ...				
5. ...				
6. ...				
7. ฉันคิดว่าลูกเป็นเด็กฉลาดและน่ารัก				
8. ฉันรู้สึกดีใจที่มีลูกเป็นของตัวเอง				
9. ฉันมีความรู้สึกดีเป็นพิเศษเมื่อฉันเห็นลูกยิ้ม				
10. ...				
11. ...				
12. ...				
13. ...				
14. ฉันเล่าเรื่องเกี่ยวกับลูกให้คนอื่นฟัง				
15. ฉันรู้สึกสนุกเมื่ออยู่กับลูก				
16. ฉันชอบกอดลูกไว้แนบอก				
17. ...				

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อยที่สุด
18. ...				
19. ...				
20. ฉันรู้ลักษณะนิสัยของคุณ				
21. ฉันอยากให้ลูกไว้วางใจในตัวฉัน				
22. ฉันรู้ว่าฉันมีความสำคัญต่อลูก				
23. ...				
24. ...				
25. ...				
26. การแสดงความรักต่อลูกของฉันเป็น สิ่งที่ทำง่าย				

แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อความที่แสดงถึงการมีสัมพันธภาพระหว่างตัวท่านและพยาบาล โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องตามความเป็นจริงมากที่สุด และ โปรดตอบคำถามให้ครบทุกข้อ ในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 คำตอบ โดยแต่ละคำตอบมีความหมาย ดังต่อไปนี้

- | | | |
|---------|---------|-------------------------|
| คะแนน 1 | หมายถึง | ไม่ได้ปฏิบัติ |
| คะแนน 2 | หมายถึง | ได้ปฏิบัติเป็นบางครั้ง |
| คะแนน 3 | หมายถึง | ได้ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง |
| คะแนน 4 | หมายถึง | ได้ปฏิบัติทุกครั้ง |

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อยที่สุด
การสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด				
1. พยาบาลบอกกฎระเบียบของโรงพยาบาลให้ท่านทราบ				
2. พยาบาลอธิบายเกี่ยวกับวิธีการดูแลเด็กป่วยให้ท่านทราบ				
3. พยาบาลบอกวิธีการดูแลสุขภาพเด็กป่วยได้ตรงกับ ความสนใจและประโยชน์ของท่าน				
4. ...				
5. ...				
6. ...				
7. พยาบาลพูดกับท่านด้วยศัพท์แพทย์ และศัพท์เทคนิคที่ท่านไม่เข้าใจ				
8. พยาบาลนำข้อมูลส่วนตัวของเด็กป่วยมาพูดในที่เปิดเผย				
9. ฉันรู้ว่าฉันมีความสำคัญต่อลูก				
10. พยาบาลตอบตรงคำถามที่ท่านต้องการทราบ				
11. ...				
12. ...				
13. ...				
14. ...				

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อยที่สุด
การสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด				
15. พยาบาลยินดีรับฟังเรื่องเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ของเด็กจากท่าน				
16. พยาบาลมีเวลาพูดคุยกับท่าน				
17. พยาบาลตั้งใจและสนใจฟังเรื่องที่ท่านพูด หรือถาม				
18. ...				
19. ...				
20. ...				
21. ...				
22. เมื่อท่านสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ของเด็ก พยาบาลจะแสดงสีหน้าไม่พอใจ				

แบบสอบถามการสนับสนุนจากพยาบาล

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อความที่แสดงเกี่ยวกับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลขณะที่ บุตรของท่านเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความช่วยเหลือดังกล่าวท่านอาจไม่ได้รับ หรือได้รับ มากน้อยต่างกัน โปรดทำเครื่องหมาย √ ในช่องตามความเป็นจริงมากที่สุด และโปรดตอบคำถาม ให้ครบทุกข้อ ในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ โดยแต่ละคำตอบมีความหมาย ดังต่อไปนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	0	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	1	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	2	คะแนน
เห็นด้วย	ให้	3	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	4	คะแนน

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. พยาบาลช่วยให้ฉันเข้าใจใน แผนการรักษาและการพยาบาลที่ลูก กำลังจะได้รับ					
2. พยาบาลสอนวิธีการดูแลลูกให้ฉัน					
3. พยาบาลสามารถตอบคำถามของ ฉันได้อย่างน่าพอใจ					
4. ...					
5. ...					
6. ...					
7. พยาบาลแนะนำให้ฉันรู้ว่า เจ้าหน้าที่คนไหน หรือแพทย์ พยาบาล หรือผู้ช่วยพยาบาล					
8. พยาบาลคอยถามฉันว่าสงสัยหรือ อยากถามอะไรไหม					
9. ...					
10. ...					
11. พยาบาลให้กำลังใจฉัน					

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
12. พยายามแสดงความห่วงใยนั้น					
13. ...					
14. ...					
15. ...					
16. ...					
17. ...					
18. ...					
19. พยายามตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้าได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา					
20. พยายามให้การดูแลลูกค้าของניתันได้ อย่างคล่องแคล่วและชำนาญ					

ภาคผนวก ค

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรม
คำชี้แจงเพื่ออธิบายแก่ผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย
ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ
Predictors of Mother's Participation in Caring for Neonate with Jaundice Receiving Phototherapy

ชื่อนิสิต นางสาวสิริกัญญา เกษสุวรรณ

รหัสประจำตัวนิสิต 57910079 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคปกติ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 04 - 10 - 2559

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ มารดาของทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 100 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ และโรงพยาบาลสมุทรปราการ

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 1 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2559

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายนายการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ

รหัสจริยธรรมการวิจัย 04-10-2559

ชื่อผู้วิจัย นางสาวศิริกัญญา เกษสุวรรณ

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายนายการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากเป็นมารดาของทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง แบบสอบถาม 5 ชุด คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟ 3) แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก 4) แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างมารดากับพยาบาล 5) แบบสอบถามการสนับสนุนจากพยาบาล จะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 15-20 นาที

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้จะช่วยเป็นแนวทางให้พยาบาล สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนหรือการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และผลการวิจัยนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษาต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่านโดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษ

แบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวสิริกัญญา เกษสุวรรณ หมายเลขโทรศัพท์ 083-234-0085 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยูนี พงศ์จตุรวิทย์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102810

นางสาวสิริกัญญา เกษสุวรรณ
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



เอกสารแสดงความยินยอม ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสจริยธรรมการวิจัย 04-10-2559

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายนายการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ

ให้คำยินยอม วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่าง ๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้น ไม่มีผลกระทบต่อการรักษา การให้การพยาบาลต่อท่านและทารก ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสาร
แสดงความยินยอมให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วแม่่มือ
ของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ กรณีที่ผู้เข้าร่วม โครงการวิจัยให้ความยินยอมด้วยการประทับลายนิ้วแม่่มือ ขอให้
พยานลงลายมือชื่อรับรองด้วย

ภาคผนวก ง

สำเนาหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นิติกรเก็บรวบรวมข้อมูล

เลขที่รับเรื่อง	14267/59
วันที่	29 พ.ย. 2559
เวลา	10.12



ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๐๙๕๑

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภาภษชาติไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวสิริกัญญา เกษสุวรรณ รหัสประจำตัว ๕๗๙๑๐๐๗๙ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติคำโครงการวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนาย การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุณี พงศ์จตุรวิทย์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ คณะฯ จึงขออนุญาตเผยแพร่จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ มารดาของทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟ ที่มีอายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไป จำนวน ๓๐ ราย ระหว่างวันที่ ๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๖ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ ณ ห้องผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภาภษชาติไทย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ผ: รามเอก ธรรมการวิจัย
ภษชด.

Bu-
15/11/59

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

1/ รัตนวิภา คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เพื่อติดต่อเป็นวิทยาทาน

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)
โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๕๕, ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๓๖
โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๗๖
ผู้วิจัย ๐ ๘๓ ๒๓๔ ๐๐๘๕ ✓

รัตน
๒๐๓๗



ที่ ศธ ๒๒๐๖/ ๐๙๕๒

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวสิริกัญญา เกษสุวรรณ รหัสประจำตัว ๕๗๙๑๐๐๗๙ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติคำโครงการวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนาย การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุณี พงศ์จตุรวิทย์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ มารดาของทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟ ที่มีอายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไป ณ หน่วยผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยแบ่งดังนี้

๑. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน ๓๐ ราย ระหว่างวันที่ ๑ - ๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙
๒. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย จำนวน ๓๕ ราย ระหว่างวันที่ ๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๖ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๕๕, ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๓๖

โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๗๖

ภาคผนวก จ

ผลการวิเคราะห์สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ตารางที่ 8 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของมารดา
ในการดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา ($n = 100$)

ตัวแปร	น้ำหนัก แรกเกิด ของบุตร	อายุ ของ มารดา	ด้าน สัมพันธภาพ ระหว่าง มารดาและ ทารก	การสื่อสาร ระหว่าง มารดากับ พยาบาล	การ สนับสนุน จาก พยาบาล	การมี ส่วนร่วม ของ มารดา
- น้ำหนักแรกเกิดของ บุตร	1.000	0.153	0.031	0.022	0.105	-0.059
- อายุของมารดา		1.000	0.130	0.826	0.300	0.562
- ด้านสัมพันธภาพ ระหว่างมารดาและ ทารก			1.000	0.018	-0.149	-0.020
- การสื่อสารระหว่าง มารดากับพยาบาล				1.000	0.140	0.841
- การสนับสนุนจาก พยาบาล					1.000	0.509
- การมีส่วนร่วมของ มารดา						1.000