# ความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน

# Concerns of Mothers of Preterm Infants During Transition from The NICU to Home

**ฮานีฟะฮ เจ๊ะอาลี**

**Haneefah Jeh-Alee**

**วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา**
**พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)**
**มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์**

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of**
**Master of Nursing Science (Pediatric Nursing)**
**Prince of Songkla University**
**2557**

**ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์**

| | |
|---|---|
| **ชื่อวิทยานิพนธ์** | ความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน |
| **ผู้เขียน** | นางฮานีฟะฮ เจ๊ะอาลี |
| **สาขาวิชา** | พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเด็ก) |

---

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก**

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.บุษกร พันธ์เมธาฤทธิ์)

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม**

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มยุรี นภาพรรณสกุล)

**คณะกรรมการสอบ**

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ นะแส)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.บุษกร พันธ์เมธาฤทธิ์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มยุรี นภาพรรณสกุล)

….....กรรมการ
(นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ นาขวัญ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่าผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. บุษกร พันธ์เมธาฤทธิ์)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....
(นางฮานีฟะฮ เจ๊ะอาลี)
นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยชิ้นนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....
(นางฮานีฟะฮ เจ๊ะอาลี)
นักศึกษา

| | |
|---|---|
| **ชื่อวิทยานิพนธ์** | ความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน |
| **ผู้เขียน** | นางฮานีฟะฮ เจ๊ะอาลี |
| **สาขาวิชา** | พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเด็ก) |
| **ปีการศึกษา** | 2557 |

## บทคัดย่อ


การวิจัยเชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 400 คน จากมารดาที่นำทารกเกิดก่อนกำหนดมารับการตรวจที่คลินิกทารกภาวะเสี่ยงหรือคลินิกเด็กดีหลังจำหน่ายทารกจากหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาล 6 แห่งในภาคใต้ เป็นเวลา 1 เดือน เก็บข้อมูลโดยให้มารดาตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา และทารกเกิดก่อนกำหนด และแบบสอบถามความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและความกังวลของมารดาโดยใช้สถิติบรรยายและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลส่วนบุคคลกับระดับความกังวลของมารดาโดยใช้สถิติไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า

1. มารดามีคะแนนเฉลี่ยความกังวลในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M$ = 3.31, $SD$ = 0.33) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านความเศร้าโศกอยู่ในระดับสูง ($M$ = 2.13, $SD$ = 0.67) ด้านความต้องการข้อมูล และด้านความเครียดและการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($M$ = 3.36, $SD$ = 0.54; $M$ = 3.30, $SD$ = 0.54 ตามลำดับ) ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และด้านการพัฒนาบทบาทการเป็นบิดามารดาและบุตรอยู่ในระดับต่ำ ($M$ = 3.88, $SD$ = 0.64; $M$ = 3.68, $SD$ = 0.44 ตามลำดับ)

2. อาชีพ และรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับระดับความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลโดยการให้ข้อมูลในการดูแลทารกแก่มารดาก่อนจำหน่ายทารกออกจากโรงพยาบาล และในช่วงที่ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อส่งเสริมให้มารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดมีการเปลี่ยนผ่านที่เหมาะสมต่อไป

| | |
|---|---|
| **Thesis Title** | Concerns of Mothers of Preterm Infants During Transition from The NICU to Home |
| **Author** | Mrs Haneefah Jeh-Alee |
| **Major Program** | Nursing Science (Pediatric Nursing) |
| **Academic Year** | 2014 |

## ABSTARCT

This descriptive study aimed to explore concerns of mothers of preterm infants during transition from the NICU to home. Purposive sampling was used to select 400 mothers who had preterm infants and took their infants to the high risk or well baby clinics one month after discharge from the neonatal intensive care unit in six southern hospitals. The data were collected using self-report questionnaires consisting of 1) the demographic data of mothers and preterm infants, and 2) the Concerns of Mothers of Preterm Infants during Transition from the NICU to Home. All questionnaires were tested for content validity by three experts. The reliability based on Cronbach's alpha method of the second questionnaire was 0.89. The demographic data and mothers' concerns were analyzed using descriptive statistics. The association between demographic variables and mothers' concerns levels were analyzed using chi-square test.

The results revealed that the mean total score of the concerns of mothers of preterm infants during transition from the NICU to home was at a moderate level ($M$ = 3.31, $SD$ = 0.33). Among the dimensions of concern, the mean score of grief was at a high level ($M$ = 2.13, $SD$ = 0.67); the mean scores of information needs, and stress and coping were at a moderate level ($M$ = 3.36, $SD$ = 0.54; $M$ = 3.30, $SD$ = 0.54 respectively), and the mean scores of social interaction dimension and parent-child role development dimension were at a low level ($M$ = 3.88, $SD$ = 0.64; $M$ = 3.68, $SD$ = 0.44 respectively). Occupation and family income were significantly associated with the levels of the concerns of mothers of preterm infants during transition from the NICU to home.

The results of this study can be applied for planning nursing care by giving infant care information to mothers before preterm infants are discharged and during a home visit in order to promote an appropriate transition for mothers and preterm infants from a hospital to home.

# สารบัญ


| | หน้า |
|---|---|
| บทคัดย่อ…… | (5) |
| ABSTRACT…….. | (7) |
| กิตติกรรมประกาศ…… | (9) |
| สารบัญ……..... | (10) |
| รายการตาราง…… | (12) |
| รายการภาพประกอบ.....……..... | (13) |
| บทที่ 1 บทนำ……...… | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา……..... | 1 |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย……. | 7 |
| คำถามการวิจัย…….……. | 7 |
| กรอบแนวคิด…… | 7 |
| นิยามศัพท์การวิจัย…… | 9 |
| ขอบเขตของการวิจัย……...……... | 9 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ…….. | 9 |
| บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง……... | 10 |
| ทารกเกิดก่อนกำหนด……... | 10 |
| แนวคิดการเปลี่ยนผ่าน……. | 17 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย……... | 41 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง……... | 41 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย…….. | 43 |
| การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ……... | 46 |
| การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง……. | 47 |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล…….. | 48 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล……... | 49 |

# สารบัญ (ต่อ)


| | หน้า |
|---|---|
| บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล…….. | 51 |
| ผลการวิจัย…… | 51 |
| การอภิปรายผล……. | 66 |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ…….. | 76 |
| สรุปผลการวิจัย…… | 76 |
| ข้อเสนอแนะ…… | 77 |
| เอกสารอ้างอิง…… | 78 |
| ภาคผนวก…….. | 86 |
| ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย…….. | 87 |
| ข จดหมายอนุญาตให้ใช้เครื่องมือจากเคนเนอร์ (Kenner)……..…..... | 93 |
| ค แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย…….. | 94 |
| ง วัน เวลา การเก็บข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล…… | 95 |
| จ ผลการศึกษาเพิ่มเติม.....……..……. | 97 |
| ช รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ…… | 105 |
| ประวัติผู้เขียน…… | 106 |

# รายการตาราง


| ตาราง | | หน้า |
|---|---|---|
| 1 | จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล…….... | 43 |
| 2 | จำนวนและร้อยละของมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล…….. | 53 |
| 3 | ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ ความเบ้ ความโด่ง ของข้อมูลมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล…..……...… | 59 |
| 4 | ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเบ้ ความโด่งและระดับความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้านจำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม..... | 60 |
| 5 | จำนวน ร้อยละและผลการทดสอบไคสแควร์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดกับระดับความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน.... | 61 |
| 6 | วัน เวลา ที่แพทย์นัดตรวจหลังจำหน่ายในแต่ละโรงพยาบาล……. | 95 |
| 7 | วัน เวลา และผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล……. | 96 |
| 8 | จำนวนและร้อยละของความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดจำแนกตามรายข้อ..……. | 97 |
| 9 | ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ ความเบ้ ความโด่ง และระดับความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้านจำแนกตามรายข้อ……... | 101 |

# รายการภาพประกอบ


| ภาพ | | หน้า |
|---|---|---|
| 1 | ความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดการเปลี่ยนผ่านของเคนเนอร์…….... | 23 |

# บทที่ 1
# บทนำ

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเพิ่มจำนวนของทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งทางสาธารณสุขและทางกุมารเวชศาสตร์ ซึ่งปัจจุบันพบว่าทั่วโลกมีจำนวนทารกเกิดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น ทั้งจากความตั้งใจและไม่ตั้งใจที่จะทำให้ทารกต้องเกิดก่อนกำหนด (Walsh & Fanaroff, 2011) สำหรับประเทศไทย จำนวนทารกเกิดก่อนกำหนดก็ยังไม่มีแนวโน้มที่ลดลง จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2551-2553 พบว่า จำนวนทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นทารกเกิดก่อนกำหนด มีสถิติคิดเป็นร้อยละ 8, 8.2 และ 8.1 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ทารกเหล่านี้ส่วนใหญ่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในหออภิบาลทารกแรกเกิดในทันทีหลังคลอด จากการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและความก้าวหน้าด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในปัจจุบันทำให้อัตราการรอดชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดโดยเฉพาะในกลุ่มทารกที่มีน้ำหนักน้อยมาก (extremely low birth weight, ELBW) และทารกที่มีน้ำหนักน้อย (very low birth weight, VLBW) เพิ่มสูงขึ้น (สุรีย์ลักษณ์, 2551; Kenner, Bagwell, & Torok, 2003; Lissauer & Fanaroff, 2011) ถึงแม้ทารกกลุ่มนี้จะมีอัตราการรอดชีวิตที่เพิ่มขึ้น แต่อัตราการเจ็บป่วยและความพิการซึ่งส่งผลกระทบถึงการเจริญเติบโต พัฒนาการและการเรียนรู้ในอนาคตรวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ยังคงอยู่ในอัตราเดิม (สุรีย์ลักษณ์, 2551) ซึ่งเกิดจากความไม่สมบูรณ์ของระบบอวัยวะทุกระบบ ทารกเกิดก่อนกำหนด จึงมีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่าย และมีภาวะแทรกซ้อนของโรคต่างๆ ได้ เกิดผลกระทบต่างๆ ตามมา ทั้งต่อตัวทารกเอง ต่อสังคมและครอบครัว

การเกิดก่อนกำหนดของทารกมีผลกระทบมากมายทั้งต่อตัวทารก สังคมและครอบครัว โดยผลกระทบของการเกิดก่อนกำหนดต่อตัวทารกเองที่เกิดจากความไม่สมบูรณ์ของร่างกายและจากการที่ทารกต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน เช่น โรคปอดเรื้อรัง ปัญหาการเจริญเติบโตช้า ภาวะพร่องทางสติปัญญา ระบบประสาทรับสัมผัสผิดปกติ เช่น การได้ยินผิดปกติ การมองเห็นผิดปกติ เป็นต้น (นฤมล, 2545; สุรีย์ลักษณ์, 2551) นอกจากนี้ยังพบว่าในขวบปีแรกของทารกที่เกิดก่อนกำหนดมักมีอัตราตายสูงกว่าทารกเกิดครบกำหนดถึง 5 เท่า (สมสิริ, 2540) และมีโอกาส

กลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ (Tseng et al., 2010; Underwood, Danielsen, & Gilbert, 2007) นอกจากผลกระทบที่เกิดกับทารกเองแล้ว การเกิดก่อนกำหนดยังมีผลกระทบต่อสังคม คือ จากการที่ทารกเกิดก่อนกำหนดเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และโรงพยาบาลมักใช้อุปกรณ์เครื่องมือในการรักษาพยาบาลที่ทันสมัยราคาแพง ทำให้รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างมากและทารกมักมีปัญหาสุขภาพเรื้อรังตามมา รัฐบาลก็จะต้องให้การช่วยเหลือด้านสวัสดิการค่าใช้จ่ายต่อไปอีก (บุษกร, 2555)

นอกจากนี้การเกิดก่อนกำหนดยังมีผลกระทบต่อครอบครัว คือ ทำให้บิดามารดาเกิดภาวะเครียด สับสน (Brett, Staniszewska, Newburn, Jones, & Taylor, 2011) และจากการที่ทารกต้องรับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ทำให้มารดามีโอกาสได้สัมผัสโอบกอดทารกน้อยลง อันเป็นการขัดขวางสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก อาจทำให้มารดาปฏิเสธทารกได้ อีกทั้งสภาพของทารกไม่น่าดู ตัวผอมเล็ก ไม่สมสัดส่วน ผิวหนังเหี่ยวย่น ยิ่งทำให้มารดาปฏิเสธทารกมากขึ้น และจากข้อจำกัดต่างๆ ของโรงพยาบาลทำให้มารดาขาดโอกาสในการเรียนรู้พฤติกรรมของทารก ไม่สามารถแสดงบทบาทมารดาและเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกได้เท่าที่ควร จึงเป็นผลนำไปสู่การไม่สามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ทำให้การเลี้ยงดูเอาใจใส่หรือให้ความรักแก่ทารกได้ไม่เต็มที่ (นฤมล, 2545) เมื่อทารกพร้อมที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลย่อมส่งผลถึงมารดา ทำให้มารดาไม่มั่นใจในการดูแลทารกที่มีรูปร่างเล็ก บอบบาง มารดามีความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและพัฒนาการของทารก (Swartz, 2005) และเกรงว่าทารกจะมีโอกาสติดเชื้อหรือเจ็บป่วยได้ง่ายหรือเสียชีวิตได้ (กุลลดา, 2547; Hutchinson, Spillett, & Cronin, 2012) มารดารู้สึกว่าการดูแลทารกเป็นเรื่องที่ยากลำบาก ไม่คุ้นเคย และคิดว่าตนเองไม่สามารถดูแลทารกได้ ทำให้มารดามีความเครียดและวิตกกังวล และถือว่าเป็นช่วงวิกฤตของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด (Kenner & Lott, 1990) โดยเฉพาะช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในช่วง 1 สัปดาห์ถึง 1 เดือนแรกหลังกลับบ้าน (Boykova, 2008; McKim, Kenner, Flandermeyer, Spangler, Darling-Thornburg, & Spiering, 1995; Wooldridge , 2003) ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มารดาจะต้องมีการปรับตัวทั้งกับบทบาทหน้าที่ในการเป็นมารดาและหน้าที่ในการดูแลทารก (Boykova & Kenner, 2012)

การเปลี่ยนผ่าน เป็นการเปลี่ยนแปลงจากจุดหนึ่ง หรือสถานการณ์หนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่ง หรืออีกสถานการณ์หนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตทั้งหมด หรือการเปลี่ยนแปลงในบางเหตุการณ์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ บทบาท หน้าที่ สัมพันธภาพ ความสามารถ พฤติกรรม (Kenner et al., 2003; Meleis & Trangenstein อ้างตาม ศยามล, 2552; Schumacher & Meleis, 1994) ซึ่งเคนเนอร์และคณะ (Kenner et al., 2003) ได้กล่าวว่าเป็นสิ่งสำคัญสำหรับพยาบาลที่ควรทราบถึงช่วงเวลาที่วิกฤตของมารดาและการทราบถึงเหตุผลที่ทำให้มารดามีช่วงเวลาที่วิกฤตนั้นเป็นสิ่งสำคัญ เคนเนอร์และคณะได้ทำการศึกษาประสบการณ์ของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และพัฒนาเป็นแนวคิดการเปลี่ยนผ่านของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านซึ่งเป็นแนวคิดที่ใช้อธิบายการเปลี่ยนผ่านของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดโดยตรง ตามแนวคิดการเปลี่ยนผ่านของเคนเนอร์ (Kenner et al., 2003) กล่าวว่า สิ่งที่มารดากังวลหลังจากที่ทารกถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล มี 5 ด้าน คือ ความต้องการข้อมูล (information needs) ความเครียดและการเผชิญความเครียด (stress and coping) ความเศร้าโศก (grief) ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social interaction) และการพัฒนาบทบาทการเป็นบิดามารดาและบุตร (parent-child role development)

ความต้องการข้อมูล (information needs) มารดาต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลทั่วไปของทารก พฤติกรรมต่างๆ ของทารก การสังเกตอาการผิดปกติ ต่างๆ ของทารก เช่น การหายใจ การรับอาหาร เป็นต้น ซึ่งพบว่าข้อมูลเหล่านี้มารดาไม่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ (Boykova, 2008; Boykova & Kenner, 2012; Kenner, 1990; Kenner & Boykova, 2007; Kenner et al., 2003) การศึกษาของเยาวลักษณ์ (2543) ซึ่งศึกษาการปรับตัวและความต้องการของมารดาที่เกิดก่อนกำหนดเมื่อกลับบ้าน พบว่า มารดามีความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลในระดับมาก โดยข้อมูลที่มารดาต้องการคือ ความรู้เกี่ยวกับการตรวจดูแลสุขภาพตนเองและบุตร ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนที่บุตรได้รับแล้วและจะต้องได้รับ และความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการของบุตร เมื่อทารกกลับมาอยู่บ้านความรับผิดชอบในการดูแลทารกทั้งหมดจะตกเป็นของมารดา ไม่ว่าจะเป็นการดูแลทั่วไปของทารก การดูแลในการให้ยาประจำตัวของทารก รวมถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทารกจำเป็นต้องใช้ และจากการที่มารดาเคยพึ่งพาบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลทารกมาโดยตลอด มารดามักคิดว่าทารกยังไม่พร้อมที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อต้องดูแลทารกด้วยตนเองที่บ้าน

มารดาจึงมีความกังวลและกลัวในการดูแลทารก และมีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถในการดูแลและจัดการกับทารกที่มีลักษณะอ่อนแอได้ (Bidder, Crowe, & Gray, 1974; Kenner & Lott, 1990)

ความเครียดและการเผชิญความเครียด (stress and coping) เกิดจากการขาดการเตรียมตัวมารดาไม่ทันตั้งตัวที่จะต้องดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และเกิดจากความตกใจและความกลัวที่จะต้องมีสมาชิกในครอบครัวเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดและเป็นทารกที่มีความเจ็บป่วย (Kenner, 1990) มารดามีความรู้สึกหมดพลัง สับสน ผิดหวัง ไม่รู้ว่าจะดูแลทารกอย่างไร (Kenner & Lott, 1990) จากการศึกษาในช่วง 1 เดือนแรกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า มารดามีความรู้สึกทั้งมีความสุขที่ทารกได้กลับบ้านแต่ก็มีความกังวลเกี่ยวกับอาการและโรคของทารก (Griffin & Picker, 2011) โดยมารดาจะรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ของทารกว่าจะมีอาการรุนแรงกว่าทารกอื่น (จริยาพร, สุธิศา และวิมล, 2551)

ความเศร้าโศก (grief) เป็นความรู้สึกและประสบการณ์ที่มารดาประสบเนื่องจากสูญเสียการมีบุตรที่สมบูรณ์ตามที่คาดหวังไว้ (ideal infant) และการสูญเสียบทบาทมารดา และบทบาทของหญิงตั้งครรภ์ที่สมบูรณ์เนื่องจากได้คลอดทารกก่อนกำหนด (McKim et al., 1995) การศึกษาเชิงคุณภาพในประเทศไทย เรื่องประสบการณ์ชีวิตของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดพบว่า มารดารู้สึกเสียใจเพราะไม่สามารถให้กำเนิดบุตรครบกำหนด เมื่อมารดาพบกับสภาพบุตรที่ตัวเล็กและได้รับการรักษาด้วยอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ที่ต่อออกจากตัวบุตร มารดากลัวว่าบุตรจะตายและต้องเผชิญความไม่แน่นอนในการรักษาและอาการของบุตร (นฤมล, 2555)

ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social interaction) คือ การช่วยเหลือและการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุข และการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การสนับสนุนที่เหมาะสมจะช่วยให้มารดามีกำลังใจที่จะเผชิญต่อภาวะเศร้าโศกเร็วขึ้น ซึ่งคู่สมรสจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีและสำคัญที่สุดในการปรับตัว (Kenner & Lott, 1990; McKim et al., 1995) การศึกษาของเยาวลักษณ์ (2543) ซึ่งพบว่า มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดมีความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านทรัพยากร และการสนับสนุนด้านการประเมินในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของมายูร (2547) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการเปลี่ยนผ่านของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

การพัฒนาบทบาทการเป็นบิดามารดาและบุตร (parent-child role development) เมื่อทารกจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ถูกแยกจากและเป็นอุปสรรคต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก ทำให้การแสดงบทบาทของมารดาถูกจำกัด เมื่อทารกกลับมาอยู่ที่บ้านมารดาจึงมีความรู้สึกไม่มั่นใจในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และคิดว่าไม่สามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้ มารดารู้สึกว่าตนเองต้องเลี้ยงดูทารกเพียงคนเดียว และเหมือนอยู่ระหว่างการดิ้นรนต่อสู้เพื่อเปลี่ยนแปลงบทบาทของมารดา (Griffin & Picker, 2011) มารดาจะมีการลองผิดลองถูกในการเลี้ยงดูทารก เมื่อทารกได้กลับบ้าน มารดาต้องเผชิญกับความยุ่งยากในการเลี้ยงดูทารก ไม่เข้าใจความหมายและท่าทางหรือสื่อสัญญาณที่ทารกได้แสดงพฤติกรรมออกมา จึงไม่สามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้ (นฤมล, 2555) ในช่วงแรกที่ทารกอยู่บ้านมารดาจะรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย รู้สึกว่าไปไหนมาไหนได้ไม่สะดวก ไม่มีอิสระและมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงจากเดิม (นฤมล, 2555; Hutchinson et al., 2012)

จะเห็นได้ว่าช่วงระยะเปลี่ยนผ่านเป็นช่วงเวลาที่วิกฤตและยากลำบากสำหรับมารดาเมื่อมารดาจะต้องดูแลทารกเองหลังจากทารกได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญในการศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด เพื่อให้มารดาสามารถก้าวผ่านช่วงระยะเวลาเปลี่ยนผ่านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด ในประเทศไทยพบการศึกษา เรื่องการปรับตัวและความต้องการของมารดาที่เกิดก่อนกำหนด (เยาวลักษณ์, 2543) การศึกษาประสบการณ์ชีวิตของมารดาที่มีบุตรเกิดก่อนกำหนด (นฤมล, 2555) การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการเปลี่ยนผ่านของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด (มายูร, 2547) การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทการเป็นมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่าน (บังอร, 2543; ศรีโสภา, 2533) ปัจจัยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ครอบครัวของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่าน (อัจฉโรบล, 2545) และการศึกษาสิ่งก่อให้เกิดความเครียดของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่าน (จริยาพร, สุธิศา, และวิมล, 2551) การศึกษาเหล่านี้บางการศึกษาจะศึกษาในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดอายุ 1-6 เดือน ไม่ได้ศึกษาเฉพาะเจาะจงในช่วง 1 เดือนหลังจำหน่ายซึ่งเป็นช่วงวิกฤตของมารดา (Boykova, 2008; McKim et al., 1995; Wooldridge , 2003) หรือจะเป็นเพียงการศึกษาในแนวคิดใดแนวคิดหนึ่ง เช่น ศึกษาเพียงแนวคิดเรื่องบทบาทการเป็นมารดา หรือ แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด จะเห็นได้ว่าไม่ครอบคลุมเกี่ยวกับสิ่งที่มารดามีความกังวลในช่วงการเปลี่ยนผ่าน

ทั้งหมดตามแนวคิดของเคนเนอร์ (Kenner et al., 2003) ซึ่งเป็นแนวคิดที่อธิบายเกี่ยวกับความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านโดยตรง และบองโควาและเคนเนอร์ (Boykova & Kenner, 2012) ก็ได้กล่าวว่า แนวคิดทั้ง 5 ด้านนี้มีความสัมพันธ์กันโดย ความต้องการข้อมูล (information needs) เป็นแนวคิดหลัก (core concept) ที่มีผลต่อแนวคิดอีก 4 ด้าน คือ ความเครียดและการเผชิญความเครียด ความโศกเศร้า ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการพัฒนาบทบาทการเป็นบิดามารดาและบุตร ส่วนความเครียดและการเผชิญความเครียดจะมีผลต่อปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการพัฒนาบทบาทการเป็นบิดามารดาและบุตร และความโศกเศร้าจะมีผลต่อการพัฒนาบทบาทการเป็นบิดามารดาและบุตร นอกจากนี้การศึกษาทั้งหมดก็ไม่ได้ศึกษาในบริบทของภาคใต้ ซึ่งอาจมีผลการศึกษาที่แตกต่างกันได้

แม้ในต่างประเทศจะพบการศึกษาที่ศึกษาครอบคลุมเกี่ยวกับสิ่งที่มารดามีความกังวล (Boykova, 2008) โดยศึกษาการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในประเทศรัสเซีย พบว่า มารดามีความกังวลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลโดยมารดามีความกังวลในเรื่องความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดทั้งในด้านการดูแลทารกทั่วไป พฤติกรรมของทารก การนอนหลับของทารก เป็นต้น และมารดาต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ติดตามและให้ข้อมูลในสิ่งที่มารดากังวลอย่างเฉพาะเจาะจงในแต่ละบุคคล แต่การดูแลและการเลี้ยงดูทารกเกิดก่อนกำหนดของต่างประเทศกับประเทศไทยก็มีความแตกต่างกัน (จีรเนาว์, 2545) ไม่ว่าจะเป็นด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยกว่า ระบบการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่ครอบคลุมกว่า รวมถึงวิถีชีวิต ความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันระหว่างประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งความแตกต่างนี้ผู้ให้บริการจำเป็นต้องคำนึงถึงด้วย (Compinha-Bacote, 2003; Johnston, 2002)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้านในบริบทของมารดาไทยในภาคใต้ โดยใช้กรอบแนวคิดการเปลี่ยนผ่านของเคนเนอร์ (Kenner et al., 2003) ซึ่งเป็นแนวคิดที่อธิบายเกี่ยวกับความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านโดยตรง ผลการศึกษาที่ได้คาดว่าจะได้นำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน และนำมาพัฒนาเป็นแนวทางการพยาบาลแก่มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านเพื่อให้มารดามีการเปลี่ยนผ่านที่เหมาะสมต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อศึกษาความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดกับระดับความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน

**คำถามการวิจัย**

1. ความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้านทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับใด

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดกับระดับความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้านมีความสัมพันธ์กันหรือไม่

**กรอบแนวคิด**

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการเปลี่ยนผ่านของเคนเนอร์ (Kenner transition model) (Kenner et al., 2003) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เนื่องจากแนวคิดนี้เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากการศึกษาในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และเป็นกรอบแนวคิดที่ใช้อธิบายความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านโดยตรง สอดคล้องกับจุดประสงค์ในการศึกษาในครั้งนี้ที่จะศึกษาความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน มีแบบประเมินที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง

เคนเนอร์กล่าวว่า การเปลี่ยนผ่าน เป็นการเปลี่ยนแปลงออกจากสิ่งที่ไม่คุ้นเคย ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตทั้งหมดหรือการเปลี่ยนแปลงในเหตุการณ์บางอย่างที่เลี่ยงไม่ได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มักจะเป็นจุดพลิกผันของชีวิต เป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทใหม่ที่ต้องใช้พลังงาน ความรับผิดชอบ และการเปลี่ยนแปลงทั้งหมดในแบบแผนการทำหน้าที่

การเปลี่ยนผ่านของทารกเกิดก่อนกำหนดจากโรงพยาบาลสู่บ้านทำให้มารดามีความกังวล 5 ประการ คือ (1) ความต้องการข้อมูล (information needs) โดยมารดาต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลทั่วไปของทารก พฤติกรรมต่างๆ ของทารก การสังเกตอาการผิดปกติ ซึ่งพบว่าข้อมูลเหล่านี้มารดาไม่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ เมื่อมารดาจำเป็นต้องดูแลทารกด้วยตนเองที่บ้านทำให้มารดามีความกังวลและกลัวในการดูแลทารก (2) ความเครียดและการเผชิญความเครียด (stress and coping) เกิดจากการขาดการเตรียมตัว มารดาไม่ทันตั้งตัวที่จะต้องดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และเกิดจากความตกใจและความกลัวที่จะต้องมีสมาชิกในครอบครัวเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดและเป็นทารกที่มีความเจ็บป่วย มารดาจะมีความรู้สึกหมดพลัง สับสน ผิดหวัง ไม่รู้ว่าจะดูแลทารกอย่างไร อย่างไรก็ตามการจัดการกับปัญหาจะดีขึ้นเมื่อได้รับข้อมูลต่างๆ เพิ่มเติม (3) ความเศร้าโศก (grief) เป็นความรู้สึกและประสบการณ์ที่มารดาประสบเนื่องจากสูญเสียการมีบุตรที่สมบูรณ์ตามที่คาดหวังไว้ และเมื่อทารกกลับมาอยู่บ้านมารดาจะมีความรู้สึกกลัวว่าจะต้องสูญเสียทารกไปในที่สุด (4) ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social interaction) คือ การช่วยเหลือและการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุข และการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การสนับสนุนที่เหมาะสมจะช่วยให้มารดามีกำลังใจที่จะเผชิญต่อภาวะเศร้าโศกเร็วขึ้น ซึ่งคู่สมรสจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีและสำคัญที่สุดในการปรับตัว นอกจากนี้ความรู้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลก็เป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีด้วยเช่นกัน และ (5) การพัฒนาบทบาทการเป็นบิดามารดาและบุตร (parent-child role development) เมื่อทารกจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ถูกแยกจากและเป็นอุปสรรคต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก ทำให้การแสดงบทบาทของมารดาถูกจำกัด เมื่อทารกกลับมาอยู่ที่บ้านมารดาจึงมีความรู้สึกไม่มั่นใจในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และคิดว่าไม่สามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความกังวลของมารดาในภาคใต้ที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน โดยศึกษาตามแนวคิดหลักทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ความต้องการข้อมูล ความเครียดและการเผชิญความเครียด ความเศร้าโศก ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการพัฒนาบทบาทการเป็นบิดามารดาและทารก ผลการศึกษานี้อาจนำมาพัฒนาแนวทางการพยาบาลแก่มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน เพื่อให้มารดามีการเปลี่ยนผ่านที่เหมาะสมต่อไป

**นิยามศัพท์การวิจัย**

ความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน หมายถึง เหตุการณ์ หรือสิ่งที่มารดาตระหนัก เป็นห่วง ไม่สบายใจ ต่อทารกเกิดก่อนกำหนดภายในระยะเวลา 1 เดือนหลังทารกจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิต หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านภาวะสุขภาพ บทบาท หน้าที่ สัมพันธภาพ ความสามารถ หรือพฤติกรรม ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ความต้องการข้อมูล ความเครียดและการเผชิญความเครียด ความเศร้าโศก ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการพัฒนาบทบาทการเป็นบิดามารดาและบุตร ประเมินได้จากแบบสอบถามความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้านซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการเปลี่ยนผ่านของเคนเนอร์ (Kenner Transition Questionnaire) (Kenner, 1994)

**ขอบเขตของการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน โดยทำการศึกษาและเก็บข้อมูลจากมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดที่นำทารกมารับการตรวจตามนัดที่คลินิกทารกภาวะเสี่ยงหรือคลินิกเด็ก โรงพยาบาลในภาคใต้ หลังจากมารดารับทารกไปดูแลต่อที่บ้านเป็นเวลา 1 เดือน

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

ทำให้ทราบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลสำหรับมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้านเพื่อให้มีการเปลี่ยนผ่านที่เหมาะสมต่อไป

# บทที่ 2
# วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้านในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้าความรู้ที่จำเป็นจากตำรา วารสาร และเอกสารทางวิชาการ รวมถึงงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในหัวข้อต่อไปนี้

1. ทารกเกิดก่อนกำหนด
   1.1 ความหมาย
   1.2 ลักษณะของทารกเกิดก่อนกำหนด
   1.3 ผลกระทบของทารกเกิดก่อนกำหนด
2. แนวคิดการเปลี่ยนผ่าน
   2.1 ความหมาย
   2.2 แนวคิดการเปลี่ยนผ่าน
   2.3 ปัจจัยที่อาจมีผลต่อความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน
   2.4 บทบาทของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

## ทารกเกิดก่อนกำหนด

### ความหมาย

ทารกเกิดก่อนกำหนด คือ ทารกแรกเกิดมีชีพที่เกิดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ (259 วัน) นับจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายของมารดา (วาริชา, 2552)

### ลักษณะของทารกเกิดก่อนกำหนด

ลักษณะโดยทั่วไปของทารกเกิดก่อนกำหนด คือ มีศีรษะที่ค่อนข้างใหญ่เมื่อเทียบกับลำตัว ผิวหนังบางใส มองเห็นหลอดเลือด มีขนอ่อนปกคลุมเกือบทั้งตัว ใบหูไม่มีกระดูกอ่อนพับได้ง่าย มีรอยฝ่าเท้าน้อย อวัยวะเพศยังไม่สมบูรณ์ โดยอวัยวะเพศหญิงแคมใหญ่ค่อนข้างเล็กและยาว

เห็นแคมเล็กและคลิตอริสชัดเจน เมื่ออายุครรภ์มากขึ้นขนาดและความเด่นของแคมเล็กและคลิตอริสจะลดลง แคมใหญ่จะปิดแคมเล็กและคลิตอริสได้มิดชิด ส่วนเพศชายถุงอัณฑะมีรอยเหี่ยวย่นน้อย ถุงอัณฑะมีสีชมพู ลูกอัณฑะอาจจะยังไม่อยู่ในถุงอัณฑะ โดยจะอยู่บริเวณท่อที่ขาหนีบด้านนอกและค่อยๆ เคลื่อนลงถุงเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น โดยลักษณะภายนอกของทารกนี้จะเจริญและสมบูรณ์ขึ้นเมื่อทารกมีอายุครรภ์เพิ่มขึ้น (เกรียงศักดิ์ และวีณา, 2548)

**ผลกระทบของทารกเกิดก่อนกำหนด**

การที่ทารกเกิดก่อนกำหนดมีผลกระทบต่อตัวทารก ต่อสังคม และต่อครอบครัว ดังนี้

1. ผลกระทบต่อทารก

การที่ทารกเกิดก่อนกำหนดต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานเพื่อให้ทุเลาจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เมื่ออาการทุเลาหรือหายแล้ว อาจจะพบปัญหาทางสุขภาพเรื้อรังที่เป็นจากการรักษา ได้แก่

1.1 ระบบหายใจ ปอดของทารกครบกำหนดจะมีสารลดแรงตึงผิวในถุงลม (surfactant) ช่วยไม่ให้ถุงลมแฟบเวลาหายใจออก สารนี้จะมีปริมาณเพียงพอเมื่อทารกมีอายุครรภ์ 35 สัปดาห์ ดังนั้นในทารกเกิดก่อนกำหนดจึงขาดสารลดแรงตึงผิวในถุงลม ทำให้ถุงลมแฟบ เกิดอาการหายใจลำบากและมีภาวะขาดออกซิเจน (วาริชา, 2552) ทำให้ทารกจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจหรือต้องการออกซิเจนช่วยในการหายใจเป็นเวลานาน อาจเกิดภาวะปอดเรื้อรัง (broncho pulmonary dysplasia, BPD)

1.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ทารกเกิดก่อนกำหนดมักมีภาวะขาดออกซิเจน ทำให้เกิดภาวะพาเทน ดัคตัส อาเทอริโอซัส (patent ductus arteriosus, PDA) ซึ่งทำให้เกิดผลแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคปอดเรื้อรัง การเต้นของหัวใจเร็วผิดปกติ (วาริชา, 2552)

1.3 ระบบทางเดินอาหาร

1.3.1 อาการปวดท้องแบบโคลิค (colic) คือ การร้องไห้อย่างมากในช่วง 3 เดือนแรกหลังเกิด โดยมักจะเริ่มในสัปดาห์ที่ 2-3 เป็นการร้องแบบหาสาเหตุไม่ได้ โดยมักจะร้องช่วงบ่ายแก่ๆ หรือช่วงเช้ามืด จะร้องประมาณ 3-4 ชั่วโมงหรืออาจจะมากกว่า อาการโดยทั่วไปจะหายไปเมื่อทารกอายุประมาณ 3 เดือน แต่ทารกบางคนอาจร้องจนกระทั่งอายุ 6 เดือน (เนตรทอง, 2553)

1.3.2 การสำรอกนม อาเจียนและการไหลย้อนของนมเข้าสู่หลอดอาหาร (gastrointestinal reflux) เนื่องจากกล้ามเนื้อหูรูดของกระเพาะอาหารของทารกเกิดก่อนกำหนดยังไม่แข็งแรง จึงไม่สามารถป้องกันการไหลย้อนกลับของของเหลวจากกระเพาะอาหารได้อย่างสมบูรณ์ นอกจากนี้สาเหตุอาจจะเกิดจากการเลี้ยงดูไม่ถูกต้องร่วมด้วย คือ การให้นมไม่ถูกวิธี เช่น ภายหลังดูดนมแล้วไม่ได้ไล่ลม เป็นต้น (เนตรทอง, 2553)

1.3.3 ภาวะลำไส้เน่าตาย (necrotizing enterocolitis, NEC) เป็นปัญหาที่พบได้ในทารกเกิดก่อนกำหนดและมักพบร่วมกับการขาดออกซิเจนหรือการมีความดันโลหิตต่ำเป็นระยะเวลานาน เกิดจากเยื่อเมือกของลำไส้ขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้มีเนื้อตายและเน่า รวมทั้งติดเชื้อแบคทีเรียตามมา กรณีมีลำไส้เกิดเนื้อตายเป็นจำนวนมากที่ทำให้ต้องผ่าตัดบริเวณดังกล่าวทิ้งอาจส่งผลให้เกิดปัญหากลุ่มอาการลำไส้สั้น (short bowel syndrome) ได้ (จีรเนาวน์, 2545)

1.4 ระบบประสาท

1.4.1 ภาวะเลือดออกในสมอง (intraventricular hemorrhage, IVH) พบได้บ่อยในทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อย ยิ่งมีอายุครรภ์น้อยยิ่งมีโอกาสพบได้สูงเนื่องจากเส้นเลือดในสมองของทารกเกิดก่อนกำหนดจะแตกง่ายเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงความดันของออกซิเจนในเลือดอย่างรวดเร็ว มักเกิดขึ้นภายในสัปดาห์แรกของชีวิต ทารกอาจจะไม่มีอาการในระยะแรก แต่ต่อมาจะพบว่าขนาดรอบศีรษะของทารกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทารกจะซึม หยุดหายใจและเสียชีวิตได้ (วาริชา,2552)

1.4.2 ภาวะสมองขาดเลือด (periventricular leukomalacia, PVL) เป็นอาการสมองขาดเลือดไปเลี้ยงและเกิดการเน่าตายของเนื้อสมอง ทำให้กลายเป็นถุงน้ำเกิดขึ้น (วาริชา, 2552)

1.4.3 ปัญหาการเจริญเติบโตและพัฒนาการของร่างกายและสมองช้ากว่าปกติ ทารกเกิดก่อนกำหนดอาจจะมีภาวะพร่องทางสติปัญญา (mental retardation) ชัก (epilepsy) ระบบประสาทรับสัมผัสผิดปกติ เช่น การได้ยินผิดปกติ การมองเห็นผิดปกติ ความพร่องของทักษะการเรียนรู้ โรคซน สมาธิสั้น เป็นต้น (นฤมล, 2545; สุรีย์ลักษณ์, 2551; Lissaues & Fanaroff, 2011) การศึกษาผลลัพธ์ของทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักระหว่าง 1,000 – 1,500 กรัม พบว่ามีปัญหามากถึงขั้นปัญญาอ่อน ร้อยละ 5-10 และหากทารกน้ำหนักน้อยกว่า 600 กรัม หรือเกิดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์ระหว่าง 23-24 สัปดาห์ พบปัญหามากกว่าร้อยละ 50 (Gorrie, McKinney, & Murray, 1998) นอกจากนี้การที่ทารกต้องได้รับการรักษาในหออภิบาลทารกแรก

เกิดเป็นเวลานานทำให้เกิดผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารก เนื่องจากขาดการกระตุ้นที่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็น แสง เสียง หรือการสัมผัส จากการศึกษาติดตามทารกเกิดก่อนกำหนดที่รอดชีวิต พบว่า เมื่อถึงวัยเรียนและวัยรุ่น ทารกเกิดก่อนกำหนดมีสภาพร่างกาย สุขภาพ สภาพอารมณ์ ทักษะทางสังคม และการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ด้อยกว่าเพื่อนในรุ่นเดียวกัน (Methusalemsdottir, Egilson, Geomundsdottir, Valdimarsdottir, & Georgsdottir, 2013; Zwicker & Harris, 2013) และเมื่อติดตามต่อจนถึงวัยผู้ใหญ่พบว่าทารกเหล่านี้จะมีความสามารถทางเชาวน์ปัญญา (intelligence quotient, IQ) ที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วไปและมีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าบุคคลทั่วไป (Lissaues & Fanaroff, 2011)

1.4.4 ปัญหาด้านการมองเห็น ทารกเกิดก่อนกำหนดอาจเกิดปัญหาเกี่ยวกับจอประสาทตา (retinopathy of prematurity, ROP) เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของเส้นเลือดจอประสาทตาทำให้มีความเปราะบาง แตกง่าย ทำให้มีเลือดออกและเกิดแผลเป็นในจอประสาทตา เกิดการดึงรั้ง มีการหลุดลอกของจอประสาทตา เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความบกพร่องในการมองเห็นและตาบอดในที่สุด นอกจากนี้ทารกเกิดก่อนกำหนดยังมีปัญหาในการมองเห็นอื่นๆ อีก ได้แก่ ตาเหล่ สายตาสั้น สายตายาว เป็นต้น (เนตรทอง, 2553)

1.4.5 ปัญหาด้านการได้ยิน ทารกเกิดก่อนกำหนดอาจมีความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยินได้ (เกรียงศักดิ์และวีณา, 2548; วาริชา, 2552) โดยทารกเกิดก่อนกำหนดมีความเสี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยินสูงกว่าทารกครบกำหนด การสูญเสียการได้ยินจะมีผลกระทบต่อพัฒนาการด้านการพูดและภาษาในระยะต่อมา (Blackburn อ้างตาม เนตรทอง, 2553)

2. ผลกระทบต่อสังคม ทารกเกิดก่อนกำหนดมักเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และโรงพยาบาลมักใช้อุปกรณ์เครื่องมือในการรักษาพยาบาลที่ทันสมัยราคาแพง ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างแพง ทารกเกิดก่อนกำหนดยิ่งมีน้ำหนักน้อยยิ่งเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากในช่วงหลังจากกลับบ้าน โดยมีโอกาสกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลภายใน 1 เดือนหลังจำหน่ายร้อยละ 22.9 ในทารกที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์และร้อยละ 12.9 ในทารกที่มีอายุครรภ์ 28-36 สัปดาห์ (Tseng et al., 2010) และประมาณร้อยละ 15 ของทารกเกิดก่อนกำหนดจะต้องเข้าโรงพยาบาลซ้ำอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงขวบปีแรกของชีวิต (Underwood et al., 2007) บางรายเมื่ออาการดีขึ้นบิดามารดาสามารถดูแลต่อที่บ้านได้อาจมีปัญหาสุขภาพเรื้อรังตามมาก เช่น โรคปอดเรื้อรัง หรือพัฒนาการทางร่างกาย ด้านสมองล่าช้าและกลายเป็นเด็กพิการ

ครอบครัวต้องให้การดูแลต่อเนื่องซึ่งเป็นภาวะแก่ครอบครัวมาก รัฐบาลจะต้องให้การช่วยเหลือด้านสวัสดิการค่าใช้จ่าย (บุษกร, 2555) นอกจากนั้นบางรายบิดามารดาอาจมีปัญหาครอบครัวจึงทอดทิ้งบุตรไว้ในโรงพยาบาลกลายเป็นเด็กกำพร้า หรือมีโอกาสที่จะถูกทารุณกรรม ทำให้เป็นภาระของสถานสงเคราะห์ของรัฐบาลในการดูแลเด็กเหล่านี้ต่อไป (นฤมล, 2545: วาริชา, 2552)

3. ผลกระทบต่อครอบครัว

3.1 ทำให้ครอบครัวเกิดภาวะเครียด การตั้งครรภ์และการให้กำเนิดบุตรเป็นสิ่งที่ครอบครัวส่วนใหญ่ปรารถนา แต่เมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดใดๆ ก็ตามที่เกิดขึ้น และพบว่าสมาชิกใหม่ของครอบครัวหรือทารกแรกเกิดมีปัญหาการเจ็บป่วยที่รุนแรงย่อมส่งผลกระทบอย่างมากต่อบุคคลภายในครอบครัว (Uzark & Jones, 2003) โดยเฉพาะหากทารกแรกเกิดนั้นเป็นทารกที่เกิดก่อนกำหนด ทำให้เกิดภาวะเครียด สับสน และถือเป็นช่วงเวลาที่ยากลำบากสำหรับบิดามารดา และบุคคลในครอบครัว (Brett et al., 2011)

3.2 ปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างครอบครัวและทารกเกิดก่อนกำหนด จากการที่ทารกเกิดก่อนกำหนดจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในหออภิบาลทารกแรกเกิดในทันทีหลังคลอด โดยที่มารดายังไม่มีโอกาสได้เห็นทารก หรือเห็นในช่วงเวลาสั้นๆ เนื่องจากทารกมีสุขภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง และมีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ในขณะที่มารดาเองก็ต้องพักรักษาตัวจากการคลอดบุตรในแผนกสูติกรรมหลังคลอด มารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดโดยเฉพาะมารดาที่ไม่เคยมีบุตรเจ็บป่วยและเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดมาก่อนย่อมที่จะมีความเครียดมาก และเมื่อมารดาได้ไปเยี่ยมทารกที่หออภิบาลทารกแรกเกิดซึ่งทารกมักจะได้รับการรักษาด้วยอุปกรณ์และเครื่องมือพิเศษทำให้มารดามีโอกาสได้สัมผัสโอบกอดทารกน้อยลง อันเป็นการขัดขวางสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก การที่มารดาไม่ได้สัมผัสหรือแตะต้องทารกอาจทำให้มารดาปฏิเสธทารกได้ อีกทั้งสภาพของทารกไม่น่าดู ตัวผอมเล็ก หน้าไม่สมสัดส่วน ผิวหนังเหี่ยวย่น ยิ่งทำให้มารดาปฏิเสธทารกมากขึ้น นอกจากนั้นสัมพันธภาพระหว่างบิดาและทารกอาจมีน้อยเช่นกัน เพราะบิดาไม่มีโอกาสสัมผัสหรือมีโอกาสสัมผัสทารกน้อยมาก

3.3 ปัญหาด้านการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นบิดามารดา จากการที่ทารกเกิดก่อนกำหนดจำเป็นต้องได้รับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ทำให้ขัดขวางสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาและทารก จึงเป็นผลนำไปสู่การไม่สามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นบิดาหรือมารดา

ทำให้การเลี้ยงดูเอาใจใส่หรือให้ความรักแก่ทารกได้ไม่เต็มที่ อาจปล่อยปละละเลยจึงนำไปสู่ปัญหาการทอดทิ้งบุตรหรือการทำร้ายบุตรได้ในที่สุด (นฤมล, 2545) และด้วยเหตุที่สภาพทารกเกิดก่อนกำหนดมีรูปร่างเล็ก อ่อนแอและมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมน้อย ไม่ว่าจะเป็นการสบตา การดูดนมมารดา การอุ้ม การปลอบโยนเมื่อร้องไห้ เมื่อต้องอุ้มหรือสัมผัสต้องระมัดระวังจนเกินไป เมื่อทารกต้องกลับมาอยู่บ้านมารดาจะรู้สึกว่าการดูแลทารกเป็นเรื่องที่ยากลำบากมาก ประกอบกับมารดาไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลทารกขณะที่ทารกได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้มารดาขาดโอกาสเรียนรู้ที่จะดูแลทารก ส่งผลให้มารดาขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะดูแลทารก (Seashore, Leifer, Barnett, & Leiderman, 1973) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ในระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนดออกจากโรงพยาบาล มารดาจะประสบปัญหาจากสภาพร่างกายของทารก มีความอ่อนแอของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการดูดกลืน และเป็นการยากที่จะทำให้ทารกตื่นตัวอยู่ตลอดเวลาที่ได้รับนมแม่ ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อมารดาในการดูแลบุตรมากขึ้น (Wooldidge, 2003) ในรายที่ครอบครัวมีบุตรมากกว่า 1 คน บิดามารดาอาจให้ความสนใจบุตรคนอื่นน้อยลงทำให้บุตรคนโตคิดอิจฉาน้อง จึงเรียกร้องความสนใจโดยการแสดงพฤติกรรมถดถอยหรือก้าวร้าวกับบิดามารดาทำให้ครอบครัวยิ่งมีความเครียดมากขึ้น (นฤมล, 2545)

จะเห็นได้ว่าการเกิดก่อนกำหนดของทารกมีผลกระทบมากมายทั้งต่อตัวทารก สังคมและครอบครัว โดยผลกระทบของการเกิดก่อนกำหนดต่อตัวทารกที่เกิดจากความไม่สมบูรณ์ของร่างกายและจากการที่ทารกต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน เช่น โรคปอดเรื้อรัง ปัญหาการเจริญเติบช้า ภาวะพร่องทางสติปัญญา (mental retardation) สมองพิการ (cerebral palsy) ชัก (epilepsy) ระบบประสาทรับสัมผัสผิดปกติ เช่น การได้ยินผิดปกติ การมองเห็นผิดปกติ ความพร่องของทักษะการเรียนรู้ โรคซนสมาธิสั้น เป็นต้น (นฤมล, 2545; สุรีย์ลักษณ์, 2551) นอกจากนั้นยังพบว่าในขวบปีแรกของทารกที่เกิดก่อนกำหนดมักมีอัตราตายสูงกว่าทารกครบกำหนดถึง 5 เท่า (สมสิริ, 2540) และมีโอกาสกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ (Tseng et al., 2010; Underwood et al., 2007) ซึ่งเป็นภาระของครอบครัวและสังคมที่จะต้องดูแลและเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาทารกเหล่านี้ในราคาที่แพงและใช้เวลาในการรักษายาวนาน (นฤมล, 2545) นอกจากนี้การเกิดก่อนกำหนดยังมีผลกระทบต่อครอบครัว คือ ทำให้บิดามารดาเกิดภาวะเครียด สับสน (Brett et al., 2011) และจากการที่ทารกต้องรับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ทำให้การสร้างสัมพันธภาพ

และความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกเป็นไปได้ยาก ทำให้มารดาขาดโอกาสในการเรียนรู้พฤติกรรมของทารก ไม่สามารถแสดงบทบาทมารดาและเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกได้เท่าที่ควร นำไปสู่การไม่สามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นบิดาหรือมารดา มารดาขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะดูแลทารก มารดาจะรู้สึกว่าการดูแลทารกเป็นเรื่องที่ยากลำบากมาก (Kenner & Lott, 1990) มารดาอาจปฏิเสธทารกและทอดทิ้งทารกได้ นำไปสู่ผลกระทบต่อสังคมคือเป็นภาระของสถานสงเคราะห์ในการดูแลเด็กเหล่านี้ต่อไป (นฤมล, 2545; วาริชา, 2552)

## แนวคิดการเปลี่ยนผ่าน

### ความหมาย

เคนเนอร์ และคณะ (Kenner et al., 2003) ได้ให้ความหมายของการเปลี่ยนผ่านว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงออกจากสิ่งที่ไม่คุ้นเคย ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงรูปแบบ การดำเนินชีวิตทั้งหมดหรือการเปลี่ยนแปลงในเหตุการณ์บางอย่างที่เลี่ยงไม่ได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มักจะเป็นจุดพลิกผันของชีวิต เป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทใหม่ที่ต้องใช้พลังงานความรับผิดชอบ และการเปลี่ยนแปลงทั้งหมดในแบบแผนการทำหน้าที่

ชิค และเมลิส (Chick & Meleis as cited in Meleis, 2010) ได้ให้ความหมายของการเปลี่ยนผ่านว่า เป็นการเคลื่อนผ่านจากจุดหนึ่งหรือสภาวะหนึ่งไปสู่อีกจุดหนึ่งหรือสภาวะหนึ่งของชีวิต และครอบคลุมทั้งการเป็นกระบวนการและผลลัพธ์ของกระบวนการ มีความซับซ้อนซึ่งเกิดจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและอาจมีผลกระทบหรือเกี่ยวข้องต่อบุคคลมากกว่าหนึ่งคนในสถานการณ์นั้นๆ

เมลิส และทรานเจนสเตน (Meleis & Trangenstein อ้างตาม ศยามล, 2552) ได้ให้ความหมายของการเปลี่ยนผ่านว่า เป็นกระบวนการที่มีการเคลื่อนย้ายจากสถานการณ์หนึ่ง อาการหนึ่ง หรือสถานที่หนึ่งไปสู่อีกสถานการณ์หนึ่ง อาการหนึ่ง หรืออีกสถานที่หนึ่งโดยเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลานั้นซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ บทบาท หน้าที่ สัมพันธภาพ ความสามารถ พฤติกรรม

บรูเทน และคณะ (Brooten et al., 2002) ได้ให้ความหมายของการเปลี่ยนผ่านว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงอะไรก็ตามที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการให้บริการสุขภาพ

สำหรับความหมายของการเปลี่ยนผ่านในการศึกษาครั้งนี้ คือ เหตุการณ์ ความรู้สึก หรือสิ่งที่มารดาต้องเผชิญขณะที่ทารกเกิดก่อนกำหนดกลับมาอยู่บ้านภายในระยะเวลา 1 เดือนหลังทารกจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิต หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านภาวะสุขภาพ บทบาท หน้าที่ สัมพันธภาพ ความสามารถ หรือพฤติกรรม

**แนวคิดการเปลี่ยนผ่าน**

จากการทบทวนวรรรกรรมที่ผ่านมา พบแนวคิดการเปลี่ยนผ่าน 3 แนวคิด คือ แนวคิดการเปลี่ยนผ่านของเคนเนอร์ (Kenner Transition Model) ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของชูเมคเคอร์และเมลิส (Schumacher & Meleis, 1994) และแนวคิดการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของเนเลอร์ (Transition Care Model) โดยมีรายละเอียดในแต่ละแนวคิดดังนี้

***แนวคิดการเปลี่ยนผ่านของเคนเนอร์ (Kenner et al., 2003)***

เคนเนอร์ และล็อท (Kenner & Lott,1990) ได้ทำการศึกษาประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า เมื่อมารดาทราบว่าบุตรซึ่งเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดจะได้จำหน่ายกลับบ้าน มารดาจะคิดว่าตนเองไม่มีความพร้อมที่จะดูแลทารกเองที่บ้าน มารดามักจะรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ เกิดอาการตกใจและกลัวว่าทารกอาจเสียชีวิตเมื่อกลับมาอยู่บ้าน ทำให้มารดาไม่ได้ให้ความสนใจและไม่สามารถรับรู้แนวทางในการดูแลทารกที่พยาบาลสอนก่อนจำหน่ายได้ เนื่องจากมารดายังอยู่ในภาวะตกใจและกลัว จึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มารดารู้สึกว่าตนเองไม่สามารถดูแลทารกได้ โดยทั่วไปเมื่อทารกกลับมาอยู่บ้านมารดาจะเป็นผู้รับภาระในการดูแลทารก ในช่วง 2-3 วันแรกหลังจำหน่ายมารดาจะรู้สึกว่าเป็นช่วงที่ต้องปรับตัวอย่างหนัก โดยความยากลำบากในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านมักจะเป็นเรื่องพฤติกรรมของทารกจากสภาพแวดล้อมและสิ่งกระตุ้นที่ไม่เหมือนหออภิบาลทารกแรกเกิด ทำให้ทารกมีแบบแผนการหลับตื่นที่เปลี่ยนไป ทารกเกิดก่อนกำหนดมักจะมีแบบแผนการนอนหลับที่ไม่ปกติหรือมีการหลับตื่นไม่สม่ำเสมอ มีปฏิสัมพันธ์กับมารดาน้อย ซึ่งจะทำให้พัฒนาการในการดูแลทารกของมารดาไม่ได้รับการพัฒนานำไปสู่ปัญหาในการดูแลทารกตามมา ถือได้ว่าการเปลี่ยนผ่านการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดจากโรงพยาบาลสู่บ้านเป็นช่วงวิกฤตของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด (Kenner & Lott, 1990)

เคนเนอร์ และคณะ ได้ทำการศึกษาการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า สิ่งที่มารดามีความกังวลหลังจากที่ทารกถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล มี 5 ด้าน คือ (1) ความต้องการข้อมูล (2) ความเครียดและการเผชิญความเครียด (3) ความเศร้าโศก (4) ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและ (5) การพัฒนาบทบาทการเป็นบิดามารดาและบุตร (Boykova & Kenner, 2012; Kenner, 1990; Kenner & Boykova, 2008; Kenner et al., 2003)

1. ความต้องการข้อมูล (information needs) เมื่อมารดาต้องรับหน้าที่ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเองที่บ้าน ในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านมารดาจะมีต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลทั่วไปของทารก เช่น ทำอย่างไรเพื่อให้ทารกมีลักษณะที่ปกติเหมือนทารกทั่วไป ทั้งทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ทำอย่างให้ทารกมีสุขภาพที่ดีหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว เช่น ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการให้อาหารและกังวลว่าทารกจะน้ำหนักลดลงกังวลข้อมูลเกี่ยวกับผื่นผิวหนังที่เกิดกับทารก กังวลเกี่ยวกับแบบแผนการหลับตื่น แบบแผนการขับถ่าย การดูแลให้อุณหภูมิร่างกายของทารกคงที่ การอาบน้ำ การดูแลสายสะดือ การดูแลเมื่อทารกเป็นหวัด การจัดการกับทารกหากทารกร้องกวน การสังเกตอาการหยุดหายใจ เป็นต้น ในการศึกษาพบว่าข้อมูลที่มารดาต้องการและมีความกังวลเหล่านี้มารดาไม่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ โดยส่วนใหญ่แล้วขณะที่ทารกต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล มารดามักจะได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับอาการของทารก น้ำหนักของทารก ปริมาณอาหารที่ทารกได้รับในแต่ละวัน ลักษณะการขับถ่าย ปริมาณของออกซิเจนที่ทารกได้รับ จำนวนครั้งของการหยุดหายใจ เป็นต้น ซึ่งเป็นข้อมูลที่รายงานอาการความเป็นไปของทารกในแต่ละวัน แต่มารดาจะไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลทารก ทั้งการให้อาหาร สูตรในการชงนมให้ทารก หรือการให้นมแม่แก่ทารก แบบแผนการขับถ่ายที่ทารกอาจมีอาการท้องผูกได้ หรือแม้แต่แบบแผนการหายใจของทารก การสังเกตการหายใจที่ผิดปกติของทารก ซึ่งเป็นข้อมูลที่จำเป็นต่อมารดาในการดูแลทารกที่บ้าน เมื่อมารดาต้องดูแลทารกด้วยตนเองที่บ้าน ทำให้มารดาไม่ทราบว่าจะต้องดูแลทารกอย่างไร มารดามีความกังวลและกลัวในการดูแลทารก มารดาบางคนยังคิดว่า เมื่อกลับมาอยู่บ้านจำเป็นต้องเปิดไฟเมื่อทารกนอนหลับ เพื่อให้มีสภาพแวดล้อมเหมือนขณะอยู่หออภิบาลทารกแรกเกิด นอกจากข้อมูลที่เกี่ยวกับการดูแลทารกแล้วมารดายังต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยทางการแพทย์และการทำนายโรคของทารก รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับการดูแลเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทารกจำเป็นต้องใช้ กันทิมา, ปรีย์กมล, และเรณู (2555) ซึ่งศึกษาการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนดที่ส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องได้ระบุว่า การกลับมารักษาซ้ำของทารกเกิดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลปทุมธานีเกิดจากการที่มารดามีความรู้และทักษะการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดไม่เพียงพอ และการวางแผนจำหน่ายขาดความต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของเยาวลักษณ์ (2543) ซึ่งศึกษาการปรับตัวและความต้องการของมารดาที่เกิดก่อนกำหนดเมื่อกลับ

บ้าน พบว่า มารดามีความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลในระดับมาก อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นการศึกษาเมื่อทารกเกิดก่อนกำหนดอายุ 1-6 เดือน ไม่ได้ศึกษาเฉพาะเจาะจงในช่วง 1 เดือนหลังจำหน่ายซึ่งเป็นช่วงวิกฤตของมารดา (Boykova, 2008; McKim et al., 1995; Wooldridge , 2003)

2. ความเครียดและการเผชิญความเครียด (stress and coping) ความเครียดเกิดจากการขาดการเตรียมตัว ไม่ทันตั้งตัวที่จะต้องดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และเกิดจากความตกใจและความกลัวที่จะต้องมีสมาชิกในครอบครัวเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดและเป็นทารกที่มีความเจ็บป่วย ส่วนการเผชิญความเครียดหรือ กลวิธีในการเผชิญปัญหา เป็นพฤติกรรมของบุคคลหรือครอบครัวที่มีเป้าหมายเพื่อลดความตึงเครียด เมื่อมารดามีบุตรเป็นทารกเกิดก่อนกำหนด และต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด มารดารู้สึกว่าตนเองได้รับการสนับสนุนในการแสดงบทบาทมารดาน้อยมากในขณะที่ทารกได้รับการรักษา มารดารู้สึกหมดพลัง สับสน ผิดหวัง ไม่รู้ว่าจะดูแลทารกอย่างไร เมื่อทารกกลับมาอยู่บ้านความรับผิดชอบในการดูแลทารกทั้งหมดจะตกเป็นของมารดา ไม่ว่าจะเป็นการดูแลทั่วไปของทารก การดูแลในการให้ยาประจำตัวของทารก รวมถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทารกจำเป็นต้องใช้ เช่น ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น นอกจากนี้มารดายังต้องสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ของทารก เช่น การหายใจ การขับถ่าย การรับอาหาร ภาวะการเจริญเติบโตช้า และพัฒนาการที่ล่าช้า และจากการที่มารดาเคยพึ่งพาบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลทารกมาโดยตลอด เมื่อต้องดูแลทารกที่บ้านด้วยตนเองจึงรู้สึกยุ่งยาก และไม่คุ้นเคย มารดาเกิดความไม่มั่นใจในตนเอง และคิดว่าตนเองไม่สามารถดูแลทารกได้ มารดามีความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและพัฒนาการของทารก และคิดว่าทารกเหล่านี้อาจจะมีปัญหาทางร่างกาย พัฒนาการ สภาพจิตใจและอารมณ์ในอนาคต (Swartz, 2005) แม้มารดาจะมีความรู้สึกมีความสุขที่ทารกได้กลับบ้านแต่ก็ยังมีความกังวลเกี่ยวกับอาการและโรคของทารกโดยเฉพาะในช่วง 1 เดือนแรกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Griffin & Picker, 2011) มีการศึกษาพบว่า มารดาจะประสบปัญหาในการดูแลบุตรมากที่สุด โดยจากการศึกษาในมารดาที่มีทารกอายุครรภ์ 30-35 สัปดาห์ ในระยะ 4 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มารดาจะประสบปัญหาจากสภาพร่างกายของทารก มีความอ่อนแอของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการดูดกลืน และเป็นการยากที่จะทำให้ทารกตื่นตัวอยู่ตลอดเวลาที่ได้รับนมมารดา ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อมารดาในการดูแลบุตรมากขึ้น (Wooldridge , 2003) นอกจากนี้การศึกษาของจริยาพร และคณะ (2551) ที่ศึกษาสิ่งก่อความเครียดของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน พบว่ามารดามากกว่าร้อยละ 50 ระบุว่ามีสถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดหลายสถานการณ์ และมากกว่าร้อยละ 50 ระบุว่าสถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดด้านร่างกาย คือ มีเวลานอนหลับไม่เพียงพอ ด้านจิตใจคือ รู้สึกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ของบุตรว่าจะมีอาการรุนแรงกว่าเด็กอื่นๆ

อาจทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ได้ การศึกษาพบว่าความเครียดและการเผชิญความเครียดจะดีขึ้นเมื่อได้รับข้อมูลต่างๆ เพิ่มเติม (McKim et al., 1995) และเมื่อมารดาพยายามที่จะดูแลทารกผ่านไป 1 เดือน มารดาจะเริ่มมีความมั่นใจมากขึ้น ซึ่งขั้นตอนในการเผชิญกับความเครียดเริ่มตั้งแต่การปฏิเสธปัญหา และ เกิดความรู้สึกโกรธ หลังจากนั้นมารดาจะพยายามทำให้ความจริงปรากฏ และเกิดการยอมรับปัญหาในที่สุด โดยเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าบุตรเจ็บป่วยหรือเกิดก่อนกำหนด ขณะที่ทารกอยู่ในครรภ์ มารดายังไม่เชื่อว่าสิ่งนี้จะเป็นปัญหาจนเมื่อทารกได้คลอดออกมา มารดาจะรู้สึกโกรธหรือไม่พอใจที่ทารกมีความเจ็บป่วย การทำให้ความจริงปรากฏจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยการทำให้มารดาเข้าใจเกี่ยวกับอาการของลูก การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของทารก รวมถึงการทำนายโรคและแผนการรักษา ทำให้มารดายอมรับปัญหานั้น และหาวิธีในการเผชิญปัญหาอย่างถูกต้อง นอกจากนี้มารดายังต้องการการสนับสนุนในการติดตามเยี่ยมบ้านและการสนับสนุนจากสังคมด้วย

3. ความเศร้าโศก (grief) เป็นความรู้สึกและประสบการณ์ที่มารดาประสบเนื่องจากสูญเสียการมีบุตรที่สมบูรณ์ตามที่คาดหวังไว้ (ideal infant) และการสูญเสียบทบาทมารดาและบทบาทของหญิงตั้งครรภ์ที่สมบูรณ์เนื่องจากได้คลอดทารกก่อนกำหนด มารดารู้สึกเสียใจเพราะไม่สามารถให้กำเนิดบุตรครบกำหนด (นฤมล, 2555) การที่มารดาได้คลอดทารกก่อนกำหนดทำให้การได้รับการแสดงความยินดีจากญาติพี่น้องหรือเพื่อนลดน้อยลงเนื่องจากญาติและเพื่อนเองไม่รู้ว่าจะแสดงคำพูดหรือพฤติกรรมอย่างไรต่อการเกิดก่อนกำหนด มีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านไว้ ซึ่งพบว่าในระยะแรกที่มารดาทราบว่าตนเองคลอดทารกก่อนกำหนด มารดาจะมีความรู้สึกหวาดกลัว ควบคุมไม่ได้ รู้สึกประหลาดใจ ไม่มั่นใจ มีความกังวลว่าทารกจะเสียชีวิต (Hutchinson et al., 2012) เช่นเดียวกับการศึกษาเชิงคุณภาพในประเทศไทย เรื่องประสบการณ์ชีวิตของมารดาที่มีบุตรเกิดก่อนกำหนดพบว่า เมื่อมารดาพบกับสภาพบุตรที่ตัวเล็ก และได้รับการรักษาด้วยอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ที่ต่อออกจากตัวบุตร มารดากลัวว่าบุตรจะตาย และต้องเผชิญความไม่แน่นอนในการรักษาและอาการของบุตร (นฤมล, 2555) และถึงแม้ทารกได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน มารดาก็ยังมีความรู้สึกกลัวว่าจะต้องสูญเสียทารกไปในที่สุด มารดากังวลเกี่ยวกับแบบแผนการหายใจของทารก กังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่อาจจะเกิดขึ้นได้และกังวลเกี่ยวกับความตาย มารดาจะรู้สึกว่า ทารกมีความแตกต่างกับทารกครบกำหนดหรือทารกที่แข็งแรง และมีความแตกต่างกับบุตรคนก่อน มารดารู้สึกว่าทารกไม่พร้อมที่จะกลับบ้าน กลัวว่าตนเองไม่สามารถดูแลทารกให้แข็งแรงได้ และคิดว่าทารกจะต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลอีกแน่นอน มารดาที่มีบุตรที่ใกล้ครบกำหนดมักจะคิดว่าบุตรนั้นเกือบจะปกติแล้ว จะมีความรู้สึกเศร้าโศกมากเมื่อบุตรที่เกือบปกติแล้วนั้นป่วยในขณะที่มารดาที่มีบุตรที่เกิดก่อนกำหนดมากๆ จะรู้สึกเศร้าโศกน้อยกว่าเพราะจะคิดเรื่องชีวิตรอดมากกว่า

มารดาบางรายไม่กล้าที่จะแสดงความรักหรือสร้างสัมพันธภาพกับทารกอย่างใกล้ชิดเรื่องจากกลัวว่าหากทารกเสียชีวิตแล้วตนเองจะมีความเศร้าโศกมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามแม้จะมีการศึกษาเชิงคุณภาพในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดแล้ว แต่ก็ไม่ได้ศึกษาในช่วง 1 เดือนหลังจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนดโดยตรง ทำให้ไม่สามารถยืนยันได้ว่าความเศร้าโศกของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในประเทศไทยในช่วง 1 เดือนหลังจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นอย่างไร

4. ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social interaction) หมายถึง การช่วยเหลือและการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุข และการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การสนับสนุนที่เหมาะสมจะช่วยให้มารดามีกำลังใจที่จะเผชิญต่อภาวะเศร้าโศกเร็วขึ้น ซึ่งคู่สมรสจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีและสำคัญที่สุดในการปรับตัว นอกจากนี้ความรู้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลก็เป็นแหล่งสนับสนุนที่ดี ซึ่งสิ่งที่มารดาต้องการจากบุคลากรทีมสุขภาพ คือ ข้อมูลในการดูแลทั่วไป ข้อมูลเรื่องการให้อาหาร ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิต และการให้มารดาได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งหากได้รับการสนับสนุนนี้แล้ว มารดาเชื่อว่าจะสามารถจัดการกับปัญหาและสามารถดูแลทารกที่บ้านได้ สอดคล้องกับการศึกษาของมายูร (2547) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการเปลี่ยนผ่านของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของเยาวลักษณ์ (2543) ซึ่งพบว่า มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดมีความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านทรัพยากร และการสนับสนุนด้านการประเมินในระดับมาก อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ก็เป็นการศึกษาในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดอายุ 1-6 เดือน ไม่ได้ศึกษาเฉพาะเจาะจงในช่วง 1 เดือนหลังจำหน่ายซึ่งเป็นช่วงวิกฤตของมารดา (Boykova, 2008; McKim et al., 1995; Wooldridge , 2003)

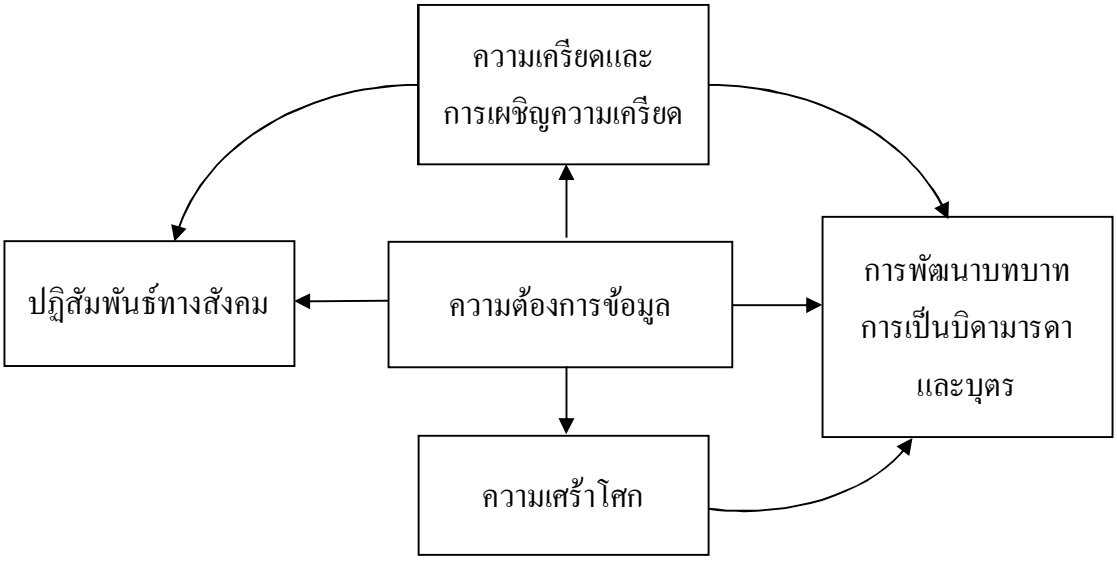
5. การพัฒนาบทบาทการเป็นบิดามารดาและบุตร (parent-child role development) เมื่อทารกจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ถูกแยกจากและเป็นอุปสรรคต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก ทำให้การแสดงบทบาทของมารดาถูกจำกัด ฮัทชินสัน และคณะ (Hutchinson et al., 2012) ศึกษาพบว่าในช่วงที่ทารกเกิดก่อนกำหนดต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลจะเป็นช่วงที่มารดารู้สึกว่าตนเองไม่ได้เป็นมารดาอย่างสมบูรณ์ เนื่องจากมารดาไม่สามารถอุ้มทารกได้จากภาวะสุขภาพของทารกและการที่มารดาถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยปราศจากทารกและการปฏิสัมพันธ์กับทารก มารดารู้สึกว่างเปล่า เสียใจ ผิดหวัง และถึงแม้ทารกมีอาการคงที่สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ซึ่งทำให้มารดาสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลทารกมากขึ้น มารดาสามารถอุ้มและมีปฏิสัมพันธ์กับทารกได้ แต่ก็ยังมีการจำกัดการเยี่ยมทารกอยู่ สิ่งเหล่านี้ทำให้มารดามีทั้งความรู้สึกไม่แน่ใจ กลัว สับสน รู้สึกควบคุมไม่ได้ เคนเนอร์ และล็อท (Kenner & Lott, 1990) กล่าว

ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกขึ้นอยู่กับความคาดหวังถึงทารกและพฤติกรรมตอบสนองของทารก การตื่นและความตื่นตัวของทารกเป็นสิ่งที่สามารถกระตุ้นความสัมพันธ์ในทางที่ดีได้ แต่ทารกเกิดก่อนกำหนดมักจะมีปัญหาทางพฤติกรรม เช่น มีความตื่นตัวน้อย ร้องไห้มากและปลอบประโลมให้หยุดร้องไห้ยาก ทำให้มารดามีความรู้สึกไม่มั่นใจในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และคิดว่าไม่สามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้ มารดามักจะรู้สึกว่าบุคลากรทีมสุขภาพสามารถดูแลทารกได้ดีกว่า เนื่องจากรู้จักทารกมากกว่า มารดามักจะเรียนรู้การดูแลทารกโดยการสังเกตจากพยาบาลในขณะที่ทารกรักษาตัวในโรงพยาบาล และจากข้อจำกัดทางการรักษาและข้อจำกัดของโรงพยาบาล ทำให้บิดามารดารู้สึกว่าตนเองไม่สำคัญ ไม่สามารถดูแลบุตรได้ ส่งผลให้มารดาไม่มีความมั่นใจในการดูแลบุตรต่อที่บ้าน โดยเฉพาะในระยะเปลี่ยนผ่านที่มารดาต้องเริ่มบทบาทการเป็นมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนด และต้องดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดด้วยตนเองทั้งหมด ทำให้มารดามีการเปลี่ยนแปลงบทบาท 2 ด้าน คือ เป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทการเป็นมารดาและการเป็นผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด มีการศึกษาพบว่ามารดารู้สึกว่าตนเองต้องเลี้ยงดูทารกเพียงคนเดียว และเหมือนอยู่ระหว่างการดิ้นรนต่อสู้เพื่อเปลี่ยนแปลงบทบาทของมารดา และมารดาจะพยายามปรับตัวกับสิ่งที่เกิดขึ้น (Griffin & Pickler, 2011) มารดาจะมีการลองผิดลองถูกในการเลี้ยงดูบุตร เมื่อบุตรได้กลับบ้าน มารดาต้องเผชิญกับความยุ่งยากในการเลี้ยงดูบุตร ไม่เข้าใจความหมายและท่าทาง หรือสื่อสัญญาณที่บัตรได้แสดงพฤติกรรมออกมา จึงไม่สามารถตอบสนองความต้องการของบุตรได้ (นฤมล, 2555) เมื่อทารกเกิดก่อนกำหนดกลับมาอยู่ที่บ้าน มารดาจะมีความรู้สึกว่าตนเองเป็นมารดาอย่างสมบูรณ์ มารดาจะมีการกำหนดเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวันใหม่เพื่อดูแลทารก เช่น กำหนดว่าจะนอนเวลาใด จะออกนอกบ้านเวลาใด โดยในช่วงแรกที่ทารกอยู่บ้านมารดาจะรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย รู้สึกว่าไปไหนมาไหนได้ไม่สะดวก ไม่มีอิสระ และมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงจากเดิม (นฤมล, 2555; Hutchinson et al., 2012)

การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของมารดาที่คลอดก่อนกำหนด พบว่ามารดารับรู้ว่าการมีบุตรเกิดก่อนกำหนดทำให้ชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของตนเอง รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในสัมพันธภาพกับบุตร และรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัว (นฤมล, 2555) มารดาจะมีการปกป้องทารกและดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างใกล้ชิด มีการระมัดระวังในการเลี้ยงดู และป้องกันทารกจากสิ่งต่างๆ เช่น ปกป้องอันตรายที่อาจจะเกิดกับทารก ป้องกันเชื้อโรคที่อาจจะมาจากบุคคลอื่นในครอบครัวเป็นต้น และมารดาจะมีการการชดเชยให้กับทารกเกิดก่อนกำหนดในสิ่งที่ผ่านมา ซึ่งมารดาถือว่าในขณะที่ทารกต้องรักษาตัวในหออภิบาลทารกแรกเกิดนั้น ถือเป็นช่วงเวลาที่ยากลำบากสำหรับทารก เมื่อทารกโตขึ้นมารดามักจะไม่เข้มงวดกับบุตร

ไม่ลงโทษบุตร และตามใจบุตร โดยมักจะนึกถึงช่วงเวลาที่บุตรเคยอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิด มารดาถือว่าเป็นการชดเชยให้กับบุตรสำหรับประสบการณ์ที่ยากลำบากที่เคยผ่านมา (Swartz, 2005)

บองโควาและเคนเนอร์ (Boykova & Kenner, 2012) กล่าวว่า แนวคิดทั้ง 5 ด้านนี้มีความสัมพันธ์กันโดย ความต้องการข้อมูล เป็นแนวคิดหลัก (core concept) ที่มีผลต่อแนวคิดอีก 4 ด้าน คือ ความเครียดและการเผชิญความเครียด ความโศกเศร้า ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการพัฒนาบทบาทความเป็นบิดามารดาและบุตร ส่วนความเครียดและการเผชิญความเครียดจะมีผลต่อปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการพัฒนาบทบาทการเป็นบิดามารดาและบุตร และความโศกเศร้าจะมีผลต่อการพัฒนาบทบาทการเป็นบิดามารดาและบุตร ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอเป็นแผนภาพในภาพ 1 อย่างไรก็ตามบองโควาและเคนเนอร์ (Boykova & Kenner, 2012) กล่าวว่าความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดย่อยทั้ง 5 ด้านในแนวคิดการเปลี่ยนผ่านของเคนเนอร์ (Kenner Transition Model) ยังไม่สามารถสรุปและยืนยันได้อย่างชัดเจน โดยความสัมพันธ์ดังกล่าวยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป นอกจากนี้บองโควาและเคนเนอร์ (Boykova & Kenner, 2012) ได้กล่าวถึงข้อดีและข้อด้อยของแนวคิดการเปลี่ยนผ่านของเคนเนอร์ว่าเป็นแนวคิดที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด มีแบบประเมินที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจงในแต่ละแนวคิดย่อยที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด แต่แนวคิดนี้ยังมีข้อด้อยคือ ยังไม่สามารถระบุหรือบอกผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่านได้ เป็นเพียงแนวคิดที่อธิบายปรากฏการณ์หรือเหตุการณ์ในการเปลี่ยนผ่านของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดเท่านั้น แนวคิดนี้ยังต้องการการพิสูจน์ ศึกษาและพัฒนาโดยผู้เชี่ยวชาญต่อไป




*ภาพ 1* ความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดการเปลี่ยนผ่านของเคนเนอร์

ปัจจุบันในประเทศไทยยังไม่พบการนำแนวคิดการเปลี่ยนผ่านของเคนเนอร์ (Kenner Transition Model) มาใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด ส่วนในต่างประเทศมีผู้ที่นำแนวคิดนี้มาศึกษาคือ บองโควา (Boykova, 2008) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วง 1 เดือนหลังทารกจำหน่ายจากโรงพยาบาลในประเทศรัสเซีย ซึ่งพบว่ามารดามีความกังวลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลโดยมารดามีความกังวลในเรื่องมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดทั้งในด้านการดูแลทารกทั่วไป พฤติกรรมของทารก การให้อาหาร ความปลอดภัย และการนอนหลับของทารก และมารดาต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ติดตามและให้ข้อมูลในสิ่งที่มารดากังวลอย่างเฉพาะเจาะจงในแต่ละบุคคล นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ทั้งอายุครรภ์และน้ำหนักแรกเกิดของทารกเกิดก่อนกำหนดไม่มีความสัมพันธ์กับแนวคิดการเปลี่ยนผ่านของเคนเนอร์ทั้ง 5 ด้าน

นอกจากนี้ยังพบงานวิจัยที่ทำการศึกษาที่ตรงกับแนวคิดย่อยในกรอบแนวคิดของเคนเนอร์ คือ การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่าน (บังอร, 2543; ศรี โสภา, 2533) ปัจจัยที่มีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านช่วง 1 เดือนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Feeley, Gottlieb, & Zelkowitz, 2005) ปัจจัยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ครอบครัวของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดเมื่อทารกอายุ 2-4 เดือน (อัจฉโรบล, 2545) แต่ไม่พบการศึกษาในแนวคิดย่อยด้านความต้องการข้อมูลด้านความเครียดและการจัดการความเครียด ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และด้านความโศกเศร้าซึ่งเป็นแนวคิดย่อยในกรอบแนวคิดของเคนเนอร์ ที่ศึกษาในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดเลย อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดย่อยของเคนเนอร์ในมารดาที่มีทารกเกิดครบกำหนดในช่วง 1 – 1 ½ เดือนหลังทารกเกิด คือ การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลของมารดา ซึ่งถือว่าเป็นแนวคิดย่อยด้านความโศกเศร้า (จุฑามณี, 2550; นภัสนันท์, 2552; Amphai, 2007) ซึ่งผลการศึกษาจากงานวิจัยดังกล่าวจะกล่าวไว้ในหัวข้อปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดต่อไป

### *ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของชูเมคเคอร์และเมลิส (Schumacher & Meleis, 1994)*

ชูเมคเคอร์และเมลิส (Schumacher & Meleis, 1994) ได้เสนอแบบจำลองทางการพยาบาลสำหรับการเปลี่ยนผ่านจากจุดหนึ่งหรือสภาวะหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่งหรือสภาวะหนึ่งของชีวิต (a nursing model of transition) ว่าประกอบไปด้วยมโนทัศน์ต่างๆ ดังนี้ คือ ประเภทของการเปลี่ยนผ่าน

(types of transition) ลักษณะทั่วไปของการเปลี่ยนผ่าน (universal properties of transitions) เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (transition conditions) ดัชนีบ่งชี้ว่าการเปลี่ยนผ่านนั้นเป็นไปอย่างสมบูรณ์ (indicators of healthy transitions) และการบำบัดทางการพยาบาล (nursing therapeutics)

1. ประเภทของการเปลี่ยนผ่าน (types of transition)

ชูเมคเคอร์และเมลิส (Schumacher & Meleis, 1994) ได้จำแนกการเปลี่ยนผ่านเป็น 4 ประเภท คือ

1.1 การเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการ (development transition) เป็นการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นตามช่วงพัฒนาการของชีวิต ได้แก่ การเปลี่ยนผ่านของบุคคลในวัยต่างๆ เช่น การเข้าสู่วัยรุ่น การเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ พัฒนาการของความเป็นบิดา มารดา บทบาทของบิดามารดา นอกจากนี้ยังรวมถึงการเปลี่ยนผ่านของช่วงวัยหนุ่มสาวที่มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ การเปลี่ยนผ่านของผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน เป็นต้น

1.2 การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (situational transition) เป็นการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นเฉพาะสถานการณ์หนึ่งๆ ที่ได้รับความสนใจ เช่น การเปลี่ยนสถานที่ศึกษา การเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทวิชาชีพ การเปลี่ยนถิ่นฐานที่อยู่อาศัยการเป็นหม้าย การที่ต้องเริ่มบทบาทเป็นผู้ดูแลบุคคลในครอบครัว หรือผู้สูงอายุที่ต้องออกจากบ้านไปยังสถานพยาบาลหรือบ้านพักคนชรา

1.3 การเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (health/illness transition) เป็นการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นจากผลกระทบของความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล และครอบครัว ได้เช่น การเข้าสู่บทบาทของการเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลงจาการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลับไปพักฟื้นต่อที่บ้าน

1.4 การเปลี่ยนผ่านตามระบบขององค์กร (organizational transition) เป็นการเปลี่ยนผ่านที่มีผลต่อชีวิตและการทำงานของคนในองค์กรและผู้รับบริการหรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง หรือเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในองค์กรและมีผลกระทบต่อบุคคลในองค์กรหรือสังคมนั้น

เนื่องจากการเปลี่ยนผ่านเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน และการเปลี่ยนผ่านหลายประเภทอาจเกิดขึ้นกับบุคคลพร้อมๆ กัน เช่น การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่วัยรุ่นที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นการเปลี่ยนผ่านทั้งตามระยะพัฒนาการ คือ การเข้าสู่วัยรุ่น และการเปลี่ยนผ่านตามภาวะการเจ็บป่วยเข้าสู่การเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง หรือ ในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาการเปลี่ยนผ่านของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด เป็นการเปลี่ยนผ่านทั้งตามระยะพัฒนาการ คือ การเปลี่ยนแปลงบทบาทความเป็น

มารดา และการเปลี่ยนผ่านตามตามสถานการณ์ คือ การเปลี่ยนแปลงบทบาทเป็นผู้ดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย

2. ลักษณะทั่วไปของการเปลี่ยนผ่าน (universal properties of transitions) ลักษณะโดยทั่วไปของการเปลี่ยนผ่าน เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยมีการเคลื่อนผ่านจากจุดหนึ่งหรือสภาวะหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่งหรืออีกสภาวะหนึ่ง โดยการเกิดการเปลี่ยนผ่านจะเกิดขึ้นอย่างมีทิศทางและมีการเปลี่ยนแปลงในคุณลักษณะ บทบาท ความสัมพันธ์ ความสามารถ และแบบแผนพฤติกรรม จากคุณสมบัติดังกล่าวทำให้สามารถแยกการเปลี่ยนผ่านออกจากการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ที่ไม่ใช่การเปลี่ยนผ่าน เช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ซึ่งเกิดขึ้นเป็นพลวัตรแต่ไม่มีการเคลื่อนผ่านจากจุดหนึ่งหรือสภาวะหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่งหรืออีกสภาวะหนึ่ง

3. เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (transition conditions) เป็นปัจจัยเงื่อนไขทางด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เข้าใจถึงประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน ซึ่งจะเป็นตัวทำนายว่าการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น จะผ่านพ้นไปได้โดยง่ายหรือมีความยากลำบาก ประกอบด้วย

3.1 การให้ความหมาย (meaning) หมายถึง การประเมินตัดสินการเปลี่ยนผ่าน และการประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนผ่านที่จะมีต่อชีวิตของบุคคลนั้นๆ ว่าการเปลี่ยนผ่านครั้งนี้จะมีผลทางด้านบวกหรือด้านลบ หรือผลเป็นกลางๆ ต่อชีวิตของตน ซึ่งการประเมินตัดสินการเปลี่ยนผ่านนี้มักจะแปรผันตามประสบการณ์เดิมที่บุคคลมีต่อการเปลี่ยนผ่าน ดังนั้นสถานการณ์เดียวกัน แต่ละบุคคลจึงประเมินและตัดสินแตกต่างกันไป

3.2 การคาดหวัง (expectation) หมายถึง การคาดหวังถึงการเปลี่ยนผ่านที่กำลังเข้ามาหรือจะเข้ามา ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความเครียดที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนผ่านนั้นๆ บุคคลที่เข้าสู่การเปลี่ยนผ่านอาจจะทราบหรือไม่ว่าทราบว่าอะไรที่ตนควรจะคาดหวัง และการคาดหวังอาจจะอยู่หรือไม่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง ดังนั้น เมื่อบุคคลทราบว่าควรคาดหวังอะไร ความเครียดที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนผ่านนั้นๆ ก็จะบรรเทาลง

3.3 ระดับความรู้และทักษะ (level of knowledge/skill) หมายถึง ระดับความรู้และการพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนผ่านนั้นๆ ของบุคคล ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และเกิดทักษะต่างๆ ที่จะสามารถพัฒนาตนให้สามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่อีกสภาวะหนึ่งได้อย่างสมบูรณ์

3.4 สิ่งแวดล้อม (environment) หมายถึง สิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญระหว่างที่มีการเปลี่ยนผ่านของบุคคล โดยจะช่วยสนับสนุนให้การเปลี่ยนผ่านไปอีกสภาวะหนึ่งของบุคคลนั้นเป็นไปได้ง่ายขึ้น เช่น แหล่งสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนจากครอบครัว จากคู่สมรส การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล เป็นต้น

3.5 ระดับของการวางแผน (level of planning) หมายถึง การเตรียมตัว หรือการวางแผนเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในช่วงระหว่างที่มีการเปลี่ยนผ่าน ถ้าบุคคลมีการวางแผนเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ในครั้งนั้นดี ก็จะทำให้การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ของบุคคลในครั้งนั้นเป็นไปอย่างสมบูรณ์

3.6 ความผาสุกทางด้านอารมณ์และร่างกาย (emotional and physical well-being) หากบุคคลมีความผาสุกทางด้านอารมณ์และมีความสุขสบายทางด้านร่างกายในช่วงระหว่างที่มีการเปลี่ยนผ่าน จะช่วยให้บุคคลนั้นสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ได้ง่ายขึ้น

4. ดัชนีบ่งชี้ว่าการเปลี่ยนผ่านนั้นเป็นไปได้อย่างสมบูรณ์ (indicators of healthy transitions) การเปลี่ยนผ่านอย่างสมบูรณ์ หมายถึง การเปลี่ยนผ่านที่ก่อให้เกิดผลในทางที่ดี ดัชนีบ่งชี้ว่าการเปลี่ยนผ่านนั้นเป็นไปได้อย่างสมบูรณ์ เป็นดัชนีชี้วัดสำหรับการเปลี่ยนผ่านทุกชนิดของบุคคลว่าประสบผลสำเร็จหรือไม่ เพียงใด ประกอบด้วย

4.1 ความรู้สึกผาสุก (subject well-being) เป็นการแสดงถึงความสามารถในการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความสามารถจัดการกับอารมณ์ต่างๆ ได้ ความรู้สึกภาคภูมิใจ ความสมบูรณ์ครบถ้วนของบุคคล การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ความรู้สึกรับผิดชอบเป็นผู้ใหญ่เต็มตัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกอิสระ และความสามารถในการควบคุมสถานการณ์

4.2 สามารถอยู่ในบทบาทใหม่ได้อย่างแข็งแกร่ง (role mastery) เป็นการแสดงออกถึงการอยู่ในสภาวะใหม่ได้อย่างแข็งแกร่ง สุขสบายและมีพฤติกรรมที่เป็นปกติ

4.3 มีสัมพันธภาพที่ดี (well-being relationships) เป็นการแสดงถึงความสัมพันธ์อันดีระหว่างมารดา ทารกและทุกคนในครอบครัว

5. การบำบัดทางการพยาบาล (nursing therapeutics) เป็นการกล่าวถึงวิธีการต่างๆ ที่พยาบาลจะสามารถจัดการหรือช่วยเหลือเพื่อให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์และง่ายขึ้น ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การให้การช่วยเหลือ เช่น การให้ความรู้ การจัดสิ่งแวดล้อม การประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่าน การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ของบุคคล เป็นต้น

ปัจจุบันการศึกษาในประเทศไทยได้มีการนำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของชูเมคเคอร์และเมลิส (Schumacher & Meleis, 1994) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยจำนวนมาก เช่น การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพของมารดาที่คลอดก่อนกำหนด (มายูร, 2547) การศึกษาผลของการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านต่อการกลับเข้ามารักษาซ้ำและความผาสุกในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ศยามล, 2552) การศึกษาผลของการให้ข้อมูลในระยะเปลี่ยนผ่านออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนักต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรค

หลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (พรพิศ, 2550) การศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริการระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (อัมพรพรรณ, 2548) การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (Sarakan, 2010) การศึกษาโมเดลเชิงสาเหตุของการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในการเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นมารดาครั้งแรก (Naphapunsakul, 2006) และการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (Chalermwannapong, 2009) เป็นต้น จะเห็นได้ว่าการศึกษาเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีโรคเรื้อรัง มีเพียงการศึกษาเดียวเท่านั้นที่ศึกษาในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด (มายูร, 2547) เป็นการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการเปลี่ยนผ่านของมารดา แม้ว่าการประเมินคุณภาพการเปลี่ยนผ่านจะมีส่วนคล้ายกับแนวคิดการเปลี่ยนผ่านของเคนเนอร์ แต่ก็ไม่ได้ครอบคลุมแนวคิดการเปลี่ยนผ่านทั้งหมด เช่น ไม่มีการประเมินเรื่องความเศร้าโศก (grief) ความเครียดและการเผชิญความเครียด (stress and coping) และความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลทารก (information needs) ซึ่งแนวคิดเหล่านี้เป็นแนวคิดหลัก 5 ด้านในกรอบแนวคิดของเคนเนอร์ และเนื่องจากทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของชูเมคเคอร์และเมลิส (Schumacher & Meleis, 1994) เป็นแนวคิดการเปลี่ยนผ่านโดยทั่วไป ไม่ได้ศึกษาเฉพาะเจาะจงในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดเหมือนกับแนวคิดของเคนเนอร์ ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของชูเมคเคอร์และเมลิส (Schumacher & Meleis) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้

### *แนวคิดการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของเนเลอร์*

เนเลอร์และคณะ (Naylor, Brooten, Jones, Lavizzo-Mourey, Mezey, & Pauly, 1994; Naylor et al., 1999) ทำการศึกษาการปฏิบัติการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านกับผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคหัวใจและหลอดเลือด และได้นำเสนอรูปแบบการปฏิบัติการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านว่า เป็นรูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน (comprehensive discharge planning) ที่ได้ชี้แนวทางการประเมินและการจัดการโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ดำเนินการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านที่สมบูรณ์แบบคือตั้งแต่ในระยะแรกที่รับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลและต่ออีก 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน วิธีการนี้เป็นการส่งเสริมความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ในโรงพยาบาลเพื่อให้กลับไปดูแลสุขภาพต่อที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ ลดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำจะมีช่วงเวลายาวขึ้น ลดปัญหาการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และเป้าหมายสูงสุดคือ ความต้องการควบคุมค่าใช้จ่ายสุขภาพที่เพิ่มขึ้น และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วย

ด้วยโรคเรื้อรัง โดยรูปแบบที่เนเลอร์และคณะใช้ปฏิบัติเพื่อการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังแบ่งระยะการดำเนินการได้ 3 ระยะคือ

1. ระยะเริ่มแรกที่ผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล (initial hospital) ระยะนี้พยาบาลผู้เชี่ยวชาญจะประเมินความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยและเริ่มต้นจัดทำเอกสารเพื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยภายใน 48 ชั่วโมงหลังจากที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลในการประเมินความต้องการของผู้ป่วย มีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินที่มีความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรง เพื่อให้ทราบถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและผู้ดูแลภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านและประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน สำหรับผู้ดูแลจะประเมินเกี่ยวกับเรื่องของการสนับสนุนทางสังคมความรู้และทักษะของการดูแลช่วยเหลือและความต้องการเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนโดยสรุปหัวข้อสำคัญของการจำหน่าย (discharge planning) บันทึกไว้ในใบบันทึกความก้าวหน้าของโรค (progress notes)

2. ระยะที่รักษาตัวในโรงพยาบาล (intern hospital visits) ระยะนี้พยาบาลผู้เชี่ยวชาญจะมาเยี่ยมอย่างน้อยทุก 48 ชั่วโมงจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและยังคงพัฒนาและปฏิบัติเกี่ยวกับแผนการจำหน่ายที่สร้างไว้โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างพยาบาลประจำหอผู้ป่วยแพทย์และบุคลากรทีมสุขภาพประเมินเกี่ยวกับแผนการสอนผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้านประเมินความรู้ที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับคงไว้ซึ่งการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยผู้ดูแลทีมสุขภาพและความร่วมมือที่ดีในการดูแลต่อที่บ้าน

3. ระยะหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (discharge visits) ระยะเวลา 24 ชั่วโมงก่อนที่ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายกลับบ้านพยาบาลผู้เชี่ยวชาญจะมาเยี่ยมผู้ป่วยและติดต่อกับผู้ดูแลรวมถึงบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพเพื่อเตรียมการระยะสุดท้ายก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านพยาบาลผู้เชี่ยวชาญดำเนินการสรุปหัวข้อสำคัญของการจำหน่ายจะบันทึกในใบบันทึกความก้าวหน้าของโรคและมอบให้ผู้ป่วยผู้ดูแลแพทย์และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home care) ต่อไปเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายกลับบ้านพยาบาลผู้เชี่ยวชาญจะมีการติดตามไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (home visit) อย่างน้อย 2 ครั้งภายหลังจำหน่ายการเยี่ยมครั้งแรกภายใน 48 ชั่วโมงหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 2 ภายใน 7-10 วันหลังจำหน่ายผู้ป่วย เป้าหมายที่สำคัญของติดตามเยี่ยมผู้ป่วยคือ การเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดการกับปัญหาที่ไม่สามารถจัดการด้วยตัวเองได้โดยการเยี่ยมไม่จำกัดเฉพาะ 2 ครั้งที่วางแผนไว้เท่านั้นนอกจากนี้พยาบาลผู้เชี่ยวชาญยังจัดให้มีการอำนวยความสะดวกให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพทางโทรศัพท์สำหรับผู้ป่วยและครอบครัวได้ติดต่ออย่างสะดวก (daily telephone availability) อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งที่พยาบาลผู้เชี่ยวชาญจะต้องโทรศัพท์ติดต่อสอบถามอาการของผู้ป่วยที่บ้าน

ปัจจุบันในประเทศไทยมีการศึกษาที่ใช้แนวคิดการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของเนเลอร์ (Transitional Care Model, TCM) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาในการให้การพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เช่น การศึกษาประสิทธิผลของการให้การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านแก่ผู้ที่มีภาวะหัวใจวาย (มะลิวรรณ, 2548) การศึกษาผลของการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (นพวรรณ, 2552) การศึกษาผลของการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านต่อการกลับเข้ามารักษาซ้ำและความผาสุกในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ศยามล, 2552) เป็นต้น แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการนำแนวคิดการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของเนเลอร์ (Transitional Care Model, TCM) มาใช้ในการศึกษากับมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด อาจเนื่องจากแนวคิดดังกล่าวเป็นแนวคิดที่มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีโรคเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยผู้ใหญ่กับทารกเกิดก่อนกำหนดมีความแตกต่างกัน และเป็นแนวคิดที่เกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องของพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่าน การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำกรอบแนวคิดการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของเนเลอร์ (Transitional Care Model, TCM) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาในครั้งนี้

***สรุปแนวคิดการเปลี่ยนผ่าน***

ปัจจุบันได้มีผู้นำเสนอแนวคิดการเปลี่ยนผ่านทางการพยาบาลไว้ เช่น แนวคิดการเปลี่ยนผ่านของชูเมคเคอร์และเมลิส (Schumacher & Meleis, 1994) เป็นแนวคิดการเปลี่ยนผ่านที่มีการใช้กันอย่างกว้างขวาง ในประเทศไทยเองก็ได้มีผู้นำแนวคิดนี้มาใช้ในการศึกษาไว้มากมาย (พรพิศ, 2550; มายูร, 2547; ศยามล, 2552; อัมพรพรรณ, 2548; Sarakan, 2010; Naphapunsakul, 2006; Chalermwannapong, 2009) หรือแนวคิดการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของเนเลอร์ (Transitional Care Model) ที่นำเสนอรูปแบบการดูแลของพยาบาลในการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ซึ่งในประเทศไทยก็มีผู้นำแนวคิดนี้มาใช้ในการศึกษา (นพวรรณ, 2552; มะลิวรรณ, 2548; ศยามล, 2552) และแนวคิดการเปลี่ยนผ่านของเคนเนอร์ (Kenner Transition Model) ซึ่งเป็นเป็นแนวคิดการเปลี่ยนผ่านของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด เป็นแนวคิดที่ศึกษาเกี่ยวกับความกังวลของมารดาในช่วงการเปลี่ยนผ่านเมื่อรับทารกเกิดก่อนกำหนดมาดูแลต่อที่บ้าน แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ในประเทศไทยยังไม่มีผู้ใดนำแนวคิดนี้มาใช้ในการศึกษา มีเพียงการศึกษาในต่างประเทศเท่านั้นที่นำแนวคิดนี้มาศึกษา (Boykova, 2008)

สำหรับแนวคิดการเปลี่ยนผ่านในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแนวคิดการเปลี่ยนผ่านของเคนเนอร์ (Kenner Transition Model) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เนื่องจากแนวคิดการเปลี่ยนผ่านของเคนเนอร์นี้ เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากการศึกษาในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และเป็นกรอบแนวคิดที่ใช้อธิบายความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านโดยตรง ซึ่งสอดคล้องกับจุดประสงค์ในการศึกษาในครั้งนี้ที่จะศึกษาความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน มีแบบประเมินที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจงในแต่ละแนวคิดย่อย และเป็นแนวคิดที่น่าสนใจซึ่งต้องการการพิสูจน์ ศึกษา และยืนยัน เพื่อพัฒนาเป็นแนวคิดหรือทฤษฎีที่ครอบคลุมเกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดต่อไป (Boykova & Kenner, 2012) ส่วนทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของชูเมคเคอร์และเมลิส (Schumacher & Meleis, 1994) จะเป็นการแนวคิดการเปลี่ยนผ่านโดยทั่วไปไม่ได้เฉพาะเจาะจงสำหรับมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดโดยตรง และแนวคิดการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของเนเลอร์ (Transitional care model) เป็นแนวคิดที่เกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องของพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งมีความแตกต่างกันระหว่างทารกเกิดก่อนกำหนดกับผู้ป่วยสูงอายุ อีกทั้งเป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลของพยาบาลซึ่งไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของชูเมคเคอร์และเมลิส (Schumacher & Meleis, 1994) และแนวคิดการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของเนเลอร์ (Transitional Care Model) มาเป็นกรอบแนวคิดการศึกษาในครั้งนี้

**ปัจจัยที่อาจมีผลต่อความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน**

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมาพบการศึกษาที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้านในภาพรวมทั้ง 5 ด้านตามแนวคิดของเคนเนอร์เพียงการศึกษาเดียวคือ การศึกษาของบอยโควา (Boykova, 2008) ซึ่งทำการศึกษาในประเทศรัสเซีย แต่มีผู้ทำการศึกษาในแต่ละด้านโดยใช้ทฤษฎีอื่น เช่น การศึกษาของมายูร (2547) ซึ่งศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีผลต่อคุณภาพการเปลี่ยนผ่านของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด โดยประเมินคุณภาพการเปลี่ยนผ่าน 3 ด้าน คือ ด้านความรู้สึกผาสุก ความสามารถในการอยู่ในบทบาทใหม่ได้อย่างแข็งแกร่ง และการมีสัมพันธภาพที่ดี นอกจากนี้ยังมี

การศึกษาที่ศึกษาปัจจัยต่างๆ ซึ่งอาจมีผลต่อความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน โดยแบ่งเป็น ด้านมารดา ด้านทารก และด้านสังคม ดังนี้

1. ปัจจัยด้านมารดา เป็นลักษณะพื้นฐานทั่วไปทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของมารดา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

1.1 อายุของมารดา จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มารดาที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลทารกน้ำหนักน้อยในระยะเปลี่ยนผ่านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (นิตยา, 2546) อย่างไรก็ตาม ก็มีการศึกษาที่พบว่าอายุของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญ (บังอร, 2543; ศรีโสภา, 2533)

1.2 ระดับการศึกษาของมารดา จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ระดับการศึกษาของมารดามีผลต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญ (Feeley et al., 2005) อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาของมารดากับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญ (ศรีโสภา, 2533)

1.3 ความรู้ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความรู้มีผลต่อคุณภาพการเปลี่ยนผ่าน กำหนดอย่างมีนัยสำคัญ (มายูร, 2547) ซึ่งประเมินคุณภาพการเปลี่ยนผ่านจากความรู้สึกผาสุก ความสามารถในการอยู่ในบทบาทใหม่ได้อย่างแข็งแกร่ง และการมีสัมพันธภาพที่ดีของมารดาที่มีทารกเกิดก่อน และความรู้ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมีผลต่อการทำหน้าที่ครอบครัวของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญ (อัจฉโรบล, 2545) นอกจากนี้ ความรู้ยังมีผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกที่มีน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญอีกด้วย (นิตยา, 2546)

1.4 ทักษะในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ผลการศึกษาเรื่องที่ผ่านมาพบว่าทักษะในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์ทางบวกคุณภาพการเปลี่ยนผ่านของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยน ผ่านอย่างมีนัยสำคัญ (มายูร, 2547)

1.5 ความเครียด การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการเปลี่ยนผ่านของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญ

(มายูร, 2547) และมีผลต่อการทำหน้าที่ครอบครัวของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญ (อัจฉโรบล, 2545)

1.6 ความพร้อมในการมีบุตร การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความพร้อมในการมีบุตรมีผลต่อภาวะซึมเศร้าของมารดาที่มีทารกเกิดครบกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญ (Amphai, 2007)

1.7 ประสบการณ์การเลี้ยงดูทารกของมารดา จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ลำดับที่ของบุตรและการมีประสบการณ์ในการดูแลทารกมีผลต่อการการปรับตัวด้านบทบาทมารดาของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญ (บังอร, 2543; ศรีโสภา, 2533)

1.8 การวางแผนเกี่ยวกับการดูแลทารก การทบทวนงานวิจัยของจุฑารัตน์ (2540) พบว่า มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดมีความต้องการข้อมูล และการช่วยเหลือสนับสนุนภายหลังออกจากโรงพยาบาล และจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การวางแผนเกี่ยวกับการดูแลทารกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการเปลี่ยนผ่านของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญ (มายูร, 2547)

2. ด้านทารก

2.1 อายุครรภ์ของทารก โดยปกติในขณะที่ทารกอยู่ในครรภ์มารดา จะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาอวัยวะต่างๆ ไปเรื่อยๆ จนกระทั่งเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด ทารกก็จะมีอวัยวะที่สมบูรณ์เต็มที่ในการที่จะออกมาดำรงชีวิตในโลกภายนอกได้ ทารกที่เกิดก่อนกำหนดจึงเป็นทารกที่ร่างกายยังมีการเจริญเติบโตไม่เต็มที่ อวัยวะต่างๆ ยังไม่พร้อมที่จะทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นทารกที่เกิดก่อนกำหนด จึงมักประสบปัญหาในการดำรงชีวิตในโลกภายนอกหลายประการ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุครรภ์ที่เกิดก่อนกำหนดด้วย ยิ่งอายุครรภ์น้อยยิ่งมีอันตรายมากและมีโอกาสรอดชีวิตต่ำ แต่ถ้าเกิดก่อนกำหนดเมื่ออายุครรภ์ใกล้ครบกำหนด ก็มีอันตรายน้อยลง โดยทารกที่เกิดเมื่ออายุครรภ์ 22-23 สัปดาห์ ทารกมีโอกาสรอดชีวิตประมาณ 17 % อายุครรภ์ 24-25 สัปดาห์ ทารกมีโอกาสรอดชีวิตประมาณ 40-50 % แต่หากทารกเกิดเมื่ออายุครรภ์ 32-33 สัปดาห์ ทารกมีโอกาสรอดชีวิตประมาณ 95 % และหากทารกเกิดเมื่ออายุครรภ์ตั้งแต่ 34 สัปดาห์ ทารกจะมีโอกาสรอดชีวิตเหมือนทารกเกิดครบกำหนด คือประมาณ 95-98% (ประนอม, 2555) ทารกที่เกิดก่อนกำหนดมากๆ ก็จะมีปัญหาทางด้านสุขภาพมาก เนื่องจากอวัยวะต่างๆ เจริญไม่เต็มที่ เช่น ปอด หัวใจ ทำให้ทารกเหล่านี้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยได้ง่าย ย่อมเป็นอุปสรรคต่อการดูแลทารก และทำให้มารดารู้สึกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของทารก อย่างไรก็ตามจากการทบทวน

งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าอายุครรภ์ของทารกไม่มีผลต่อความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญ (Boykova, 2008)

2.2 น้ำหนักแรกเกิดของทารก ทารกที่มีรูปร่างเล็ก ดูอ่อนแอ บอบบาง อ่อนปวกเปียก มีพัฒนาการที่ไม่สมบูรณ์ ย่อมเป็นอุปสรรคต่อการดูแลทารก หากทารกตัวเล็กน้ำหนักน้อย มารดาจะรู้สึกกังวล ไม่กล้าสัมผัส ไม่กล้าอุ้ม มารดารู้สึกว่าการดูแลทารกเป็นสิ่งที่ยากลำบาก จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า น้ำหนักของทารกมีผลต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญ (Feeley et al., 2005) อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักของทารกกับความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญ (Boykova, 2008) และน้ำหนักแรกเกิดของทารกก็ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านด้วยเช่นกัน (ศรีโสภา, 2533;)

2.3 ปัญหาสุขภาพของทารก จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของทารกเกิดก่อนกำหนดมีผลต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญ (บังอร, 2543) อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพของทารกกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญ (Feeley et al., 2005)

3. ด้านครอบครัว

3.1 การสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่าน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด (มายูร, 2547) และมีความสัมพันธ์กับปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่าน (Feeley et al., 2005) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกที่มีน้ำหนักน้อยในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญอีกด้วย (นิตยา, 2546)

3.2 รายได้ของครอบครัว จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญ (ศรีโสภา, 2533) อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่พบว่า

รายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาและการทำหน้าที่ครอบครัวของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญ (บังอร, 2543; อัจฉโรบล, 2545)

3.3 สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าสัมพันธภาพที่ดีของคู่สมรสมีผลต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาและการทำหน้าที่ครอบครัวของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญ (บังอร, 2543; อัจฉโรบล, 2545)

3.4 ลักษณะครอบครัว ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของมารดาที่มีทารกเกิดครบกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญ (จุฑามณี, 2550) อย่างไรก็ตามก็พบการศึกษาว่าลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญ (ศรีโสภา, 2533)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่อาจมีผลต่อความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน พบว่า ปัจจัยที่มีความสอดคล้องกันในทุกการศึกษาได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด (นิตยา, 2546; มายูร, 2547; อัจฉโรบล, 2545) ความเครียด (มายูร, 2547; อัจฉโรบล, 2545) ความพร้อมในการมีบุตร (Amphai, 2007) ประสบการณ์การเลี้ยงดูทารก (บังอร, 2543; ศรีโสภา, 2533) การสนับสนุนทางสังคม (นิตยา, 2546; มายูร, 2547; Feeley et al., 2005) และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (บังอร, 2543; อัจฉโรบล, 2545) ส่วนปัจจัยที่ผลการศึกษายังหาข้อสรุปไม่ได้คือ ปัจจัยด้านอายุของมารดา (นิตยา, 2546; บังอร, 2543; ศรีโสภา, 2533) การศึกษาของมารดา (ศรีโสภา, 2533; Feeley et al., 2005) น้ำหนักแรกเกิดของทารก (ศรีโสภา, 2533; Boykova, 2008; Feely et al., 2005) ปัญหาสุขภาพของทารก (บังอร, 2543; Feeley et al., 2005) รายได้ครอบครัว (บังอร, 2543; ศรีโสภา, 2533; อัจฉโรบล, 2545) และลักษณะครอบครัว (จุฑามณี, 2550; ศรีโสภา, 2533) อย่างไรก็ตามการศึกษาเหล่านี้เป็นเพียงการศึกษาในแนวคิดย่อยบางแนวคิดในกรอบแนวคิดการเปลี่ยนผ่านของเคนเนอร์ ซึ่งไม่ครอบคลุมและไม่สามารถยืนยันได้ว่าปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้านของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด มีเพียงการศึกษาเดียวเท่านั้นที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิด

สู่บ้านโดยใช้กรอบแนวคิดการเปลี่ยนผ่านของเคนเนอร์ คือ การศึกษาของบองโควา (Boykova, 2008) ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ทั้งอายุครรภ์และน้ำหนักแรกเกิดไม่มีความสัมพันธ์กับความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทั้งโดยรวมและรายด้าน ซึ่งจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

**บทบาทของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล**

เมื่อทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว การดูแลทารกทั้งหมดจะเป็นความรับผิดชอบของบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะมารดาที่จะต้องดูแลและตอบสนองความต้องการของทารกทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยมารดาจะต้องดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในเรื่องต่อไปนี้

1. สถานที่อยู่สำหรับทารก ควรจะเป็นที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวกอากาศ หลีกเลี่ยงฝุ่นละออง เขม่า หรือควันไฟ อากาศไม่ควรเย็นหรือร้อนเกินไป ควรแยกจากผู้ที่เป็นโรคติดต่อทุกชนิด ทารกควรจะมีที่นอนเฉพาะไม่ปะปนกับผู้อื่น ที่นอนควรมั่นคงไม่อ่อนหรือแข็งเกินไป เบาะนอนของทารกไม่ควรนุ่มจนเกินไปเพราะอาจมีอันตรายกับทารกได้ โดยเฉพาะเมื่อทารกนอนคว่ำเบาะอาจจะบุ๋มลงไปปิดจมูกทารกทำให้ทารกหายใจไม่ออก (พัชรี, 2555; มัตสุดะ, 2532) ที่นอนสำหรับทารกควรอยู่ในที่ปลอดภัยจากอันตรายและอุบัติเหตุที่อาจจะเกิดขึ้นได้ เช่นการตกเตียง ถูกแมลงกัด เป็นต้น

2. เสื้อผ้า และเครื่องใช้ต่างๆ เสื้อผ้าทารกควรเลือกที่สวมใส่สบาย นุ่ม และอบอุ่น ถ้าอากาศร้อนอาจสวมผ้าฝ้าย ไม่ควรเลือกเสื้อผ้าที่ทำจากใยสังเคราะห์เพราะไม่ซับเหงื่อ ทารกสวมใส่ไม่สบาย ไม่ควรมีสิ่งประดับมาก เช่น ลูกไม้ ริบบิ้น ควรเลือกเสื้อผ้าที่สวมใส่และถอดออกง่าย มีตะเข็บน้อยที่สุดควรใช้เชือกผูกแทนกระดุม เพราะกระดุมอาจจะระคายเคืองผิวหนัง หรือมีรอยเมื่อทารกนอนทับนานๆ (พัชรี, 2555; อรพรรณ, 2541) ส่วนผ้าอ้อมมีทั้งผ้าอ้อมซักได้และผ้าอ้อมสำเร็จรูป ผ้าอ้อมที่ซักได้ควรเลือกใช้ผ้าที่ดูดซับน้ำได้ดี และไม่หนาจนเกินไป เช่นผ้าสาลู ผ้าฝ้าย (มัตสุดะ, 2532; อรพรรณ, 2541) ส่วนผ้าอ้อมสำเร็จรูปนั้นก็สามารถใช้ได้แต่มักมีราคาแพง และอาจเกิดปัญหาผดผื่นง่ายกว่าผ้าอ้อมซักได้ มักใช้เมื่อต้องพาทารกออกนอกบ้านหรือเดินทางเนื่องจากสะดวกกว่า ส่วนเครื่องใช้อื่นๆ เช่น อ่างอาบน้ำ อุปกรณ์อาบน้ำของทารก ควรเป็นชนิดที่ทำความสะอาดได้ง่ายและสะดวกในการเก็บรักษา (พัชรี, 2555)

3. การดูแลทารกประจำวัน ได้แก่

3.1 การดูแลสะอาดของร่างกาย

3.1.1 การอาบน้ำทารก ควรอาบน้ำทารกเป็นประจำทุกๆ วัน น้ำที่ใช้ควรมีอุณหภูมิประมาณ 37-38 องศาเซลเซียส (อรพรรณ, 2541) เพื่อป้องกันอาการหนาวสั่นของทารก ไม่ควรอาบน้ำหลังให้นมทันทีเพื่อป้องกันการอาเจียนและสำลักนม สบู่ที่ใช้ควรเป็นสบู่อ่อนสำหรับทารกโดยเฉพาะ การสระผมสามารถสระได้ทุกวัน ควรสระก่อนอาบน้ำ โดยห่อตัวทารกและอุ้มด้วยแขนข้างหนึ่ง ส่วนอีกข้างหนึ่งใช้ฟองน้ำชุบน้ำ ถูและสระด้วยแชมพูอ่อนสำหรับทารก หลังสระผมเสร็จควรเช็ดศีรษะทันที หลีกเลี่ยงการใช้สบู่ถูหน้าทารก หลังอาบน้ำทารกเสร็จควรเช็ดตัวทารกทันที หากสายสะดือยังไม่หลุด ต้องทำความสะอาดสะดือหลังอาบน้ำทุกครั้งด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70 เปอร์เซ็นต์ และไม่ต้องโรยแป้งที่สายสะดือ (นฤมล, 2545)

3.1.2 การเปลี่ยนผ้าอ้อม ควรเปลี่ยนผ้าอ้อมทุกครั้งที่เปียกหรือเมื่อทารกขับถ่าย โดยเฉพาะทารกเกิดก่อนกำหนดที่ตัวเล็กควรได้รับการเปลี่ยนผ้าอ้อมทันทีที่เปียกแม้เวลาหลับเพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อน ควรใช้สำลีชุบน้ำเช็ดบริเวณขับถ่ายให้สะอาดและเช็ดให้แห้งเพื่อป้องกันผื่นที่เกิดจากปฏิกิริยาของแอมโมเนียในปัสสาวะได้ อาจใช้วาสลีนทาบริเวณก้นทารกเพื่อป้องกันผื่นดังกล่าว

3.2 การนอนหลับ ในระยะแรกที่ทารกกลับบ้าน มารดาควรจัดสภาพแวดล้อมให้ทารกปรับตัวให้เข้ากับสภาพกลางวัน และกลางคืน โดยในเวลากลางวันให้เปิดประตูและหน้าต่างให้มีแสงสว่างเข้ามาบ้าง ส่วนในเวลากลางคืนให้มีแสงน้อยที่สุด และจัดบรรยากาศให้เงียบสงบปราศจากสิ่งรบกวน (พัชรี, 2555) โดยส่วนใหญ่ทารกจะนอนวันละประมาณ 16-20 ชั่วโมง (อรพรรณ, 2541) และจะค่อยๆ ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น แต่ทารกเกิดก่อนกำหนดมักจะหลับมาก หากพบว่าทารกหลับนานเกินจนผ่านมื้อนม จะต้องคอยปลุกทารกให้ดูดนมด้วย

3.3 การให้อาหาร อาหารเป็นสิ่งจำเป็นมากสำหรับทารกในระยะแรกๆ เพราะเป็นช่วงที่สมองเจริญเติบโตเร็วมาก ทารกที่เป็นโรคขาดสารอาหารในช่วง 3-6 เดือนหลังคลอดจะกระทบถึงการเจริญเติบโตทางสติปัญญา และพัฒนาการด้านจิตใจ (อรพรรณ, 2541)

3.3.1 นมมารดา จะช่วยสร้างความผูกพันรักใคร่ระหว่างมารดากับทารก และช่วยให้ทารกได้รับภูมิต้านทานเชื้อโรค ในระยะแรกที่ฝึกให้ทารกดูดนมมารดา มารดาจะต้อง

ใช้เวลาและความอดทนอย่างมาก เนื่องจากทารกดูดนมช้าและหยุดเป็นพักๆ จึงต้องกระตุ้นเป็นระยะโดยการลูบเบาๆ บริเวณใต้คางทารกหรือหมุนหัวนมช้าๆ ขณะหัวนมอยู่ในปากทารก ช่วงเวลาในการให้นมทารกไม่มีเวลาตายตัว มารดาสามารถให้ได้ตามความต้องการของทารก ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละคน ทารกจะใช้เวลาดูดนมแต่ละข้างประมาณ 15-20 นาที แล้วเปลี่ยนให้ดูดอีกข้างหนึ่ง (พัชรี, 2555) โดยในระยะแรกมารดาอาจให้นมทารกทุก 2-3 ชั่วโมง (พัชรี, 2555; อรพรรณ, 2541) และค่อยๆ จัดเวลาให้ห่างออกไปได้เมื่อทารกสามารถดูดนมแต่ละครั้งได้มากขึ้น

3.3.2 นมผสม กรณีจำเป็นต้องให้นมผสม ควรให้นมผสมสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด จนกว่าทารกจะมีน้ำหนักถึง 2,000 กรัม หรือคิดเทียบเป็นอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ จากนั้นจึงให้นมผสมปกติ (นฤมล, 2545) ในการให้นมผสมมารดาควรจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการผสมนมให้พร้อม ประกอบด้วย ขวดนมและนวดน้ำที่สะอาด หัวนมที่มีรูขนาดพอเหมาะกับทารก ไม่เล็กเกินไป เพราะหากรูเล็กเกินไปทารกจะต้องใช้แรงในการดูดมาก และจะเหนื่อยก่อนที่จะได้รับปริมาณที่เพียงพอ หากรูหัวนมขนาดใหญ่เกินไปทารกก็อาจจะสำลักนมได้ (อรพรรณ, 2541) ในการเตรียมนมผสมมารดาจะต้องเน้นเรื่องความสะอาดของอุปกรณ์ และวิธีการเตรียม อุณหภูมิของน้ำที่ผสมควรเป็นน้ำอุ่นที่พอเหมาะ ไม่ร้อนจนเกินไป โดยปกติทารกเกิดก่อนกำหนดขณะอยู่โรงพยาบาลจะได้รับนมทุก 2-3 ชั่วโมง (อรพรรณ, 2541) โดยทั่วไปทารกต้องการพลังงานวันละประมาณ 115-140 กิโลแคลอรี่/กิโลกรัม/วัน เฉลี่ยประมาณ 110-120 กิโลแคลอรี่/กิโลกรัม/วัน (พรทิพย์ และจริยาพร, 2555) หรือ 6-7 ½ ออนซ์ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ดังนั้นทารกน้ำหนักตัว 2 กิโลกรัม จึงควรได้รับนม 12-15 ออนซ์ต่อวัน ทารกที่ดูดนมผสม ทารกเกิดก่อนกำหนดควรมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นวันละ 16-22 กรัม /กิโลกรัม/วัน (พรทิพย์ และจริยาพร, 2555)

3.4 การขับถ่าย ทารกที่ได้รับนมมารดาจะถ่ายอุจจาระวันละ 2-3 ครั้ง อุจจาระอ่อนนุ่ม สี เหลือง เนื้อละเอียด ทารกที่ได้รับนมผสม อุจจาระจะแข็งกว่า ถ่ายอุจจาระวันละ 1-2 ครั้ง มารดาควรสังเกตการถ่ายอุจจาระที่ผิดปกติของทารก เช่น ถ่ายเหลว มีมูกปนเลือด ถ่ายลำบาก (พัชรี, 2555)

3.5 การให้ยาแก่ทารก ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ทารกเกิดก่อนกำหนดบางรายอาจได้รับวิตามิน ยาเสริมธาตุเหล็ก ยาขับปัสสาวะ ยาพ่นขยายหลอดลม เป็นต้น มารดาจะต้องดูแลให้ทารกได้รับยาตามเวลา และขนาดที่แพทย์แนะนำอย่างเคร่งครัด

3.6 การพาทารกไปรับการตรวจสุขภาพ แม้ว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลจะมีสุขภาพแข็งแรงแล้ว แต่มารดาควรพาทารกไปรับการตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง เพื่อประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ค้นหาความผิดปกติ รวมทั้งการไปรับวัคซีนตามกำหนดและการไปรับคำแนะนำในการเลี้ยงดูทารกที่ถูกต้องตามวัย

3.7 การพาทารกไปรับวัคซีนและการดูแลทารกภายหลังได้รับวัคซีน ทารกเกิดก่อนกำหนดจะได้รับวัคซีนป้องกันโรคต่างๆ เหมือนกับทารกเกิดครบกำหนดตามตารางการให้ภูมิคุ้มกันโดยไม่คำนึงถึงอายุในครรภ์ ภายหลังได้รับวัคซีนทารกบางรายอาจมีไข้ มารดาควรเช็ดตัวและให้ยาลดไข้ตามคำแนะนำของแพทย์

3.8 การป้องกันการติดเชื้อ ทารกควรอยู่ห่างจากผู้ที่เป็นโรคติดต่อทุกชนิด ไม่ควรพาทารกเข้าไปในที่ที่มีผู้คนแออัด อากาศถ่ายเทไม่ดี มารดาที่มีกิจกรรมหลายอย่าง ควรล้างมือก่อนอุ้มหรือสัมผัสทารก และเมื่ออากาศเย็นลง ต้องดูแลร่างกายให้ทารกอบอุ่นอยู่เสมอ มารดาควรสังเกตอาการผิดปกติของทารก เช่น ดูดนมน้อยลง ไม่ดูดนม ซึมลง ถ่ายอุจจาระบ่อย อาเจียน ตัวร้อน หายใจหอบเหนื่อย หากพบอาการผิดปกติดังกล่าวให้รีบนำทารกไปตรวจที่สถานบริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้บ้าน ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข หรือโรงพยาบาล (พัชรี, 2555)

3.9 การป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติเหตุที่อาจจะเกิดกับทารกในวัยนี้ได้แก่ สำลักนม หายใจไม่ออกเนื่องจากมีสิ่งอุดตันทางเดินหายใจ มารดาควรอุ้มทารกขณะให้นม หลังให้นมควรจับทารกเรอเอาลมออก เมื่อทารกจะนอนควรจัดท่านอนให้ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง หากทารกสำลักนม ควรใช้ลูกสูบยางแดงดูดเอาเศษนม และน้ำลายออกจากปากและจมูกให้หมด (พัชรี, 2555) หากอาการยังไม่ดีขึ้นต้องรีบพาส่งโรงพยาบาลโดยเร็ว

## สรุป

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน ทั้งนี้เนื่องจากการเกิดก่อนกำหนดมีผลกระทบทั้งตัวต่อทารก สังคมและครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวซึ่งพบว่ามารดามีความกังวล เครียด สับสนและมีผลต่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งช่วงเวลาที่ยากลำบากสำหรับมารดาคือช่วงการเปลี่ยน

ผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้านในระยะ 1 เดือนแรกหลังจำหน่าย เคนเนอร์ และคณะ (Kenner et al., 2003) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านของมารดาซึ่งกล่าวว่าสิ่งที่มารดามีความกังวลหลังจากที่ทารกถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล มี 5 ด้าน คือ (1) ความต้องการข้อมูล (2) ความเครียดและการเผชิญความเครียด (3) ความเศร้าโศก (4) ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และ (5) การพัฒนาบทบาทการเป็นบิดามารดาและบุตร เป็นแนวคิดที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด มีแบบประเมินที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจงในแต่ละแนวคิดย่อยที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด แต่ยังมีข้อด้อยคือ ยังไม่สามารถระบุหรือบอกผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่านได้ เป็นเพียงแนวคิดที่อธิบายปรากฏการณ์หรือเหตุการณ์ในการเปลี่ยนผ่านของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดเท่านั้น ซึ่งยังต้องการศึกษาและการพิสูจน์ต่อไป

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบมีผู้นำแนวคิดการเปลี่ยนผ่านของเคนเนอร์ไปใช้คือ บองโควา (Boykova, 2008) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วง 1 เดือนหลังทารกจำหน่ายจากโรงพยาบาลในประเทศรัสเซีย ซึ่งพบว่ามารดามีความกังวลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล และพบว่า ทั้งอายุครรภ์และน้ำหนักแรกเกิดของทารกเกิดก่อนกำหนดไม่มีความสัมพันธ์กับแนวคิดการเปลี่ยนผ่านของเคนเนอร์ทั้ง 5 ด้าน นอกจากนี้ยังพบงานวิจัยที่ทำการศึกษาที่ตรงกับแนวคิดย่อยในกรอบแนวคิดของเคนเนอร์ คือ การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีผลต่อคุณภาพการเปลี่ยนผ่านของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด (มายูร, 2547) ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่าน (บังอร, 2543; ศรี โสภา, 2533) ปัจจัยที่มีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่าน (Feeley et al., 2005) ปัจจัยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ครอบครัวของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดเมื่อทารกอายุ 2-4 เดือน (อัจฉโรบล, 2545) ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่อาจมีผลต่อความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด (นิตยา, 2546; มายูร, 2547; อัจฉโรบล, 2545) ความเครียด (มายูร, 2547; อัจฉโรบล, 2545) ความพร้อมในการมีบุตร (Amphai, 2007) ประสบการณ์การเลี้ยงดูทารก (บังอร, 2543; ศรี โสภา, 2533) การสนับสนุนทางสังคม (นิตยา, 2546; มายูร, 2547; Feeley et al., 2005) และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (บังอร, 2543; อัจฉโรบล, 2545) อย่างไรก็ตามการศึกษาเหล่านี้เป็นเพียงการศึกษาในแนวคิดย่อยบางแนวคิดในกรอบแนวคิดการเปลี่ยนผ่านของเคนเนอร์ ซึ่งจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

# บทที่ 3
# วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน สำหรับเนื้อหาในวิธีดำเนินการวิจัยนี้ ประกอบด้วย 6 ประเด็น ได้แก่ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ คือ มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดที่อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน หลังจากมารดารับทารกไปดูแลต่อที่บ้านเป็นระยะเวลา 1 เดือน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ คือ มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดที่นำทารกมารับการตรวจตามนัดที่คลินิกทารกภาวะเสี่ยงหรือคลินิกเด็ก โรงพยาบาลในภาคใต้ หลังจากมารดารับทารกไปดูแลต่อที่บ้านเป็นระยะเวลา 1 เดือน โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

คุณสมบัติของมารดา

1. เป็นมารดาที่ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจากทารกจำหน่ายจากโรงพยาบาล
2. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

คุณสมบัติของทารกเกิดก่อนกำหนด

1. เป็นทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์หลังปฏิสนธิระหว่าง 28 สัปดาห์ถึงก่อน 37 สัปดาห์ ($36^{+6}$ สัปดาห์) คำนวณตามคะแนนบัลลาร์ด (Ballard score) (วาริชา, 2552) เนื่องจากทารกที่มีอายุครรภ์หลังปฏิสนธิน้อยกว่า 28 สัปดาห์จะมีปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อน เช่น ปัญหาด้านพัฒนาการ ปัญหาทางระบบประสาท สูงกว่าทารกที่มีอายุครรภ์หลังปฏิสนธิระหว่าง 28-37 สัปดาห์ (Lissauer & Fanaroff, 2011) ซึ่งอาจทำให้มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์หลังปฏิสนธิ น้อยกว่า 28 สัปดาห์มีความกังวลเกี่ยวกับทารกมากกว่ามารดาที่มีทารกอายุครรภ์หลังปฏิสนธิระหว่างมากกว่า 28 สัปดาห์
2. ไม่มีความพิการ หรือเป็นโรคทางพันธุกรรม
3. ได้รับการนัดเพื่อติดตามภาวะสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 เดือน

**การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของยามาเน่ (Yamane อ้างตาม บุญใจ, 2553) คือ

$$n = N/1+Ne^2$$

เมื่อ N คือ ขนาดของประชากร

e คือ ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง

n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ไม่พบสถิติของทารกเกิดก่อนกำหนดแต่มีรายงานเฉพาะตามน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ซึ่งทารกส่วนใหญ่เป็นทารกเกิดก่อนกำหนด ดังนั้นจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนทารกน้ำหนักน้อย ซึ่งในภาคใต้มีสถิติของทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัมในปี พ.ศ. 2552 จำนวน 11,530 คน (โครงการติดตามสภาวการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัด, 2552) เมื่อกำหนดความคลาดเคลื่อนมาตรฐานเท่ากับ .05 สามารถคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ดังนี้

$$n = N/1+Ne^2$$

$$= 11,530/1+(11,530)(0.05)^2$$

$$= 386.5$$

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรจากการคำนวณจะได้ 387 คน ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 400 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. จัดแบ่งจังหวัดในภาคใต้เป็นภาคใต้ตอนบนและภาคใต้ตอนล่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนครอบคลุมทั้งภาคใต้ โดยจังหวัดในภาคใต้ตอนบน ได้แก่ ชุมพร สุราษฎร์ธานี ระนอง นครศรีธรรมราช กระบี่ พังงา และภูเก็ต และจังหวัดในภาคใต้ตอนล่าง ได้แก่ ตรัง พัทลุง สตูล สงขลา ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส

2. เลือกจังหวัดที่เป็นตัวแทนของภาคใต้ตอนบน 3 จังหวัด และภาคใต้ตอนล่าง 3 จังหวัด โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับฉลากโดยไม่คืนที่ (sampling without replacement) จากจังหวัดในภาคใต้ที่แบ่งไว้ในข้อ 1 โดยจังหวัดในภาคใต้ตอนบนที่จับฉลากได้ คือ นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี และกระบี่ ส่วนจังหวัดในภาคใต้ตอนล่างที่จับฉลากได้ คือ สงขลา ยะลา และนราธิวาส

3. เมื่อสุ่มเลือกจังหวัดที่เป็นตัวแทนของภาคใต้ตอนบนและภาคใต้ตอนล่างได้แล้ว ผู้วิจัยเลือกโรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนของจังหวัดที่สุ่มเลือกได้ โดยเลือกจากโรงพยาบาลประจำ

จังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ สำหรับโรงพยาบาลในภาคใต้ตอนบน 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลกระบี่ ส่วนโรงพยาบาลในภาคใต้ตอนล่าง 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลยะลา และโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

4. เนื่องจากแต่ละโรงพยาบาลที่ได้จากการสุ่มมีจำนวนทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมไม่เท่ากัน ผู้วิจัยจึงใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นโดยใช้สัดส่วนที่เท่ากัน (stratified random sampling) โดยจำนวนทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ทั้ง 6 โรงพยาบาลมีจำนวน 7,294 คน ต้องการกลุ่มตัวอย่าง 400 คน จึงได้สัดส่วนเป็น 1:18.24 ดังแสดงในตาราง 1 เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2557

ตาราง 1

*จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล*

| โรงพยาบาล | จำนวนทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม/ปี | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง |
|---|---|---|
| โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช | 1,651 | 91 |
| โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี | 1,469 | 80 |
| โรงพยาบาลกระบี่ | 636 | 35 |
| โรงพยาบาลหาดใหญ่ | 1,152 | 63 |
| โรงพยาบาลยะลา | 914 | 50 |
| โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ | 1,472 | 81 |
| รวม | 7,294 | 400 |

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย 3 ส่วน (ภาคผนวก ก) ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบและเติมคำ มีจำนวน 12 ข้อ ได้แก่ อายุ ศาสนา การศึกษาของมารดา อาชีพของมารดา รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะ

ครอบครัว จำนวนบุตร ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารก สถานภาพสมรส สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และความพร้อมในการมีบุตร มารดาเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบสอบถามเติมคำ มีจำนวน 12 ข้อ ได้แก่ อายุครรภ์ของทารก น้ำหนักแรกเกิดของทารก คะแนนแอพการ์ของทารก ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยของทารกขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล การวินิจฉัยก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล อายุของทารกเมื่อจำหน่าย น้ำหนักของทารกเมื่อจำหน่าย ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล อายุปัจจุบันของทารก น้ำหนักปัจจุบันของทารก โรคประจำตัวของทารก ยาประจำตัวหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ของทารกเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของทารกเกิดก่อนกำหนดนี้ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลจากประวัติการรักษาของทารกขณะอยู่โรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการเปลี่ยนผ่านของเคนเนอร์ (Kenner Transition Questionnaire) (Kenner, 1994) มาแปลและดัดแปลง ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย คือ

ส่วนย่อยที่ 1 เป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดลิเคิร์ท (Likert scale) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 34 ข้อ แบ่งข้อคำถามเป็น 5 ด้าน คือ

1.1.1 ด้านความต้องการข้อมูล มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ คือ ข้อ 1-6

1.1.2 ด้านความเครียดและการเผชิญความเครียด มีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ คือ ข้อ 7-19

1.1.3 ด้านความเศร้าโศก มีข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ คือ ข้อ 20-23

1.1.4 ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีข้อคำถามทั้งหมด 3 ข้อ คือ ข้อ 24-26

1.1.5 ด้านการพัฒนาบทบาทความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและบุตร มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ คือ ข้อ 27-34

โดยเป็นแบบสอบถามข้อความทางบวก 19 ข้อ และข้อความทางลบ 14 ข้อ ซึ่งข้อคำถามข้อความทางลบได้นำคะแนนมาแปลผลกลับเป็นทางบวก (reverse) ก่อนนำไปวิเคราะห์ผล ประกอบด้วย ข้อ 2, 7, 10, 12, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, และ 32 ข้อคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 5 จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 1 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

| | |
|---|---|
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง | มีค่าคะแนนเท่ากับ 5 คะแนน |
| เห็นด้วย | มีค่าคะแนนเท่ากับ 4 คะแนน |
| ไม่แน่ใจ | มีค่าคะแนนเท่ากับ 3 คะแนน |
| ไม่เห็นด้วย | มีค่าคะแนนเท่ากับ 2 คะแนน |
| ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | มีค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน |

ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียง 1 คำตอบ โดยใส่เครื่องหมายลงในช่องที่กำหนดให้ เพื่อให้ทราบว่าความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้านในแต่ละด้าน อยู่ในระดับใด ผู้วิจัยได้แบ่งค่าคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง เนื่องจากคะแนนเฉลี่ยของความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน มีคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน จึงสามารถคำนวณแบ่งช่วงคะแนนความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้านโดยใช้สูตร (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)/จำนวนระดับ จะได้เท่ากับ (5-1)/3 = 1.33 (ชูศรี, 2544) สามารถกำหนดระดับความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้านในแต่ละด้านโดยผู้วิจัยนำคะแนนรวมของแต่ละด้านมาหาค่าเฉลี่ยและแบ่งเป็นระดับ โดยคะแนนต่ำแสดงถึงความกังวลสูง ดังนี้

| | | |
|---|---|---|
| คะแนน 1.00 – 2.33 | หมายถึง | มารดามีความกังวลในช่วงการเปลี่ยนผ่านอยู่ในระดับสูง |
| คะแนน 2.34 – 3.67 | หมายถึง | มารดามีความกังวลในช่วงการเปลี่ยนผ่านอยู่ในระดับปานกลาง |
| คะแนน 3.68 – 5.00 | หมายถึง | มารดามีความกังวลในช่วงการเปลี่ยนผ่านอยู่ในระดับต่ำ |

ส่วนย่อยที่ 2 เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบแบบปรนัย มี 3 ข้อคำถาม เป็นคำถามที่ถามเกี่ยวกับความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับทารกและการดูแลทารก เป็นแบบสอบถามเพื่อต้องการรายละเอียดเกี่ยวกับความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับทารกของมารดา

แบบสอบถามความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการเปลี่ยนผ่านของเคนเนอร์ (Kenner Transitiona Questionnaire) (Kenner, 1994) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงโดยการ

วิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) ได้ 5 องค์ประกอบ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) ของแต่ละคำถามอยู่ระหว่าง 0.4-0.86 มีค่าความแปรปรวน (variance) ร้อยละ 69 และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงโดยการคำนวณค่าความคงที่ภายในด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยรวมและรายด้านอยู่ระหว่าง 0.54 - 0.74 แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือและดัดแปลงเครื่องมือจากเคนเนอร์ (Kenner) แล้ว (ภาคผนวก ข)

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการเปลี่ยนผ่านของเคนเนอร์ (Kenner Transitiona Questionnaire) (Kenner, 1994) ซึ่งต้นฉบับเป็นแบบสอบถามภาษาอังกฤษ นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีความเชี่ยวชาญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (bilinguals) จำนวน 1 ท่าน หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ถูกแปลเป็นภาษาไทยมาให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีความเชี่ยวชาญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษอีกท่านหนึ่งซึ่งไม่เคยเห็นแบบสอบถามที่เป็นต้นฉบับภาษาอังกฤษมาก่อน นำแบบสอบถามมาแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ (translation/back-translation) (Brislin, 1970) หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้รับการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษกับแบบสอบถามต้นฉบับที่เป็นภาษาอังกฤษ มาให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาอังกฤษ (editor) ตรวจสอบความคลาดเคลื่อน ซึ่งพบว่าแต่ละข้อคำถามในแบบสอบถามทั้งสองให้ความหมายที่เหมือนกันหรือคล้ายคลึงกัน มีข้อคำถามบางข้อที่พบว่ามีความคลาดเคลื่อนกันเล็กน้อย ผู้วิจัยจึงปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้แปลแบบสอบถามทั้งจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษและจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษอีกครั้งเพื่อยืนยันความถูกต้องของภาษา หลังจากแก้ไขความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบว่ามีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย หลังจากนั้นผู้วิจัยแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ที่ปรึกษา และตัดข้อคำถามที่ไม่เหมาะสมกับบริบทไทยจำนวน 2 ข้อ เหลือข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 34 ข้อ

**การหาความตรงของเครื่องมือ (Validity)**

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความสามารถหรือมีความชำนาญในเรื่องความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของทารกเกิดก่อนกำหนด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตาม

เนื้อหา ส่วนแบบสอบถามความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้านเป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงแล้ว ผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามนี้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบว่ามีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยหรือไม่ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย

| | |
|---|---|
| อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็ก | จำนวน 1 ท่าน |
| อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสูติศาสตร์ | จำนวน 1 ท่าน |
| พยาบาลผู้ชำนาญการด้านการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนด | จำนวน 1 ท่าน |

หลังจากตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมกับบริบทประเทศไทย ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะให้มีความชัดเจนของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา

**การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)**

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมกับบริบทประเทศไทยเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความเที่ยงโดยไปทดลองใช้ (Try out) กับมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดและได้รับทารกกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นเวลา 1 เดือน จำนวน 20 คน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลทั้ง 6 แห่ง ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ และการวิจัยนี้ไม่ก่อให้เกิดโทษหรือความเสี่ยงใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้จะเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยพร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างสามารถแสดงความคิดเห็นในการตอบแบบสอบถามอย่างอิสระทุกขั้นตอน ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ส่วนผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการศึกษาได้

ก่อนการดำเนินการวิจัยสิ้นสุด โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลใดๆ กับผู้วิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบพิทักษ์สิทธิ์ (ภาคผนวก ค)

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 2 คน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ดำเนินการส่งโครงร่างวิจัยให้แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการศึกษาวิจัย

1.2 ทำหนังสือผ่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่ละโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หรือหัวหน้างานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดต่างๆ ในการเก็บข้อมูล พร้อมขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

1.4 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีการนัดตรวจสุขภาพภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล แล้วเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

1.5 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจและสามารถใช้เครื่องมือได้อย่างถูกต้องตรงกับผู้วิจัย โดยอธิบายความเป็นมา วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการเก็บข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัย จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้กับมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง โดยสาธิตให้ผู้ช่วยวิจัยดู โดยเริ่มตั้งแต่ การแนะนำตัว การชี้แจงวัตถุประสงค์ การขอความร่วมมือ การให้ลงชื่อในใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง จนผู้ช่วยวิจัยเข้าใจ หลังจากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้เครื่องมือกับมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด โดยทำตามขั้นตอนถูกต้องตรงกับผู้วิจัย

2. ขั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

จากการสอบถามข้อมูลแต่ละโรงพยาบาลพบว่า โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลหาดใหญ่ มีการกำหนดวันตรวจเฉพาะทารกที่มีภาวะเสี่ยง

(high risk clinic) ส่วนโรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลยะลา และโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ไม่ได้กำหนดวันตรวจเฉพาะ จะมีการตรวจทารกทุกวันที่คลินิกเด็กตามแพทย์นัด (ตาราง 6 ภาคผนวก ง) ซึ่งผู้วิจัยจะเลือกเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่แพทย์นัดตรวจ 1 เดือนหลังจำหน่ายเท่านั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดวันและเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลตามวันและเวลาที่แต่ละโรงพยาบาลมีการจัดตรวจคลินิกทารกภาวะเสี่ยงหรือคลินิกเด็ก (ตาราง 7 ภาคผนวก ง) โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

2.1 ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายวิธีการเก็บข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างที่ได้ลำดับการตรวจก่อนผู้วิจัยนัดพบหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้นำทารกไปรับการตรวจแล้ว เพื่อไม่ให้เสียลำดับการตรวจ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ได้ลำดับการตรวจหลัง ผู้วิจัยเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบบันทึกความยินยอมในการวิจัย

2.2 ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยแจกแบบสอบถามและอธิบายในข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยสถานที่ที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม คือ คลินิกทารกภาวะเสี่ยงหรือคลินิกเด็กของแต่ละโรงพยาบาล ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดูแลทารกให้ในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม

2.3 ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนอีกครั้ง

2.4 ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยดำเนินการดังเช่นข้อ 2.1 -2.2 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามกำหนดของแต่ละโรงพยาบาล แล้วผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนด โดยการแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าต่ำสุด (*Min*) ค่าสูงสุด (*Max*) ค่าเฉลี่ย (*M*) มัธยฐาน (*Md*) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) ค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ (*QD*) ค่าความเบ้ (Skewness value) และค่าความโด่ง (Kurtosis value)

2. วิเคราะห์คะแนนความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้านโดยรวมและในแต่ละด้าน โดยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย *(M)* ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน *(SD)* ค่าความเบ้ (Skewness value) ค่าความโด่ง (Kurtosis value) และระดับ

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดกับคะแนนความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้านโดยรวมและในแต่ละด้าน โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

# บทที่ 4
# ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

## ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน จำนวน 400 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม 2557 ถึงเดือนพฤษภาคม 2557 ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดและของทารกเกิดก่อนกำหนด

ส่วนที่ 2 ความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดและทารกเกิดก่อนกำหนดกับระดับความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดและทารกเกิดก่อนกำหนด

เนื่องจากข้อมูลบางข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นปกติ ดังนั้นจึงได้รายงานผลวิจัยข้อมูลส่วนบุคคลที่การกระจายไม่เป็นปกติในรูปของมัธยฐาน ค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ กล่าวคือ มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดมีอายุระหว่าง 20-25 ปี ร้อยละ 38.3 ($M$ = 25.77, $SD$ = 5.16) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 64 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 92.5 ได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 42.8 เป็นครอบครัวขยายร้อยละ54.3 มีสัมพันธภาพที่ดีกับสามีร้อยละ 93 มีอาชีพแม่บ้านร้อยละ 41 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 31.3 ($Md$ = 15,000, $QD$ = 7,500) มีรายได้ความเพียงพอต่อความต้องการร้อยละ 76 ไม่เคยมีบุตรมาก่อนร้อยละ 52 มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกร้อยละ 76.8 มีความพร้อมในการมีบุตรคนนี้ร้อยละ 90 มารดามีต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับบุตรในเรื่องการดูแลในแต่ละวันร้อยละ 88.8 ด้านพฤติกรรมของทารกร้อยละ 75.5 และด้านความปลอดภัยร้อยละ 66.8 โดยมารดาได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลบุตรจากพยาบาลมาก

ที่สุดคิดเป็นร้อยละ 63.5 และมารดาสามารถแบ่งปันความรู้สึกเกี่ยวกับบุตรกับสามีและญาติคิดเป็นร้อยละ 76 และ 64.3 ตามลำดับ (ตาราง 2 และตาราง 3)

ข้อมูลส่วนบุคคลของทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า ทารกมีอายุครรภ์แรกเกิดระหว่าง 31-33 สัปดาห์ ร้อยละ 42.5 (*Md* = 31, *QD* = 2) มีน้ำหนักแรกเกิดระหว่าง 1,000-1,499 กรัม ร้อยละ 43.3 (*Md* = 1,450, *QD* = 425) มีคะแนนแอพการ์นาทีที่ 5 ระหว่าง 9-10 คะแนน ร้อยละ 48.3 (*Md* = 8, *QD* = 1) ได้รับการวินิจฉัยโรคขณะอยู่โรงพยาบาลเป็นภาวะหายใจลำบาก (Respiratory distress; RD) ร้อยละ 90.8 และกลุ่มอาการหายใจลำบาก (Respiratory distress syndrome; RDS) ร้อยละ 9.2 ทารกมีอายุเมื่อจำหน่ายกลับบ้านระหว่าง 32-36 สัปดาห์ ร้อยละ 67.5 (*Md* = 36, *QD* = 1.5) มีน้ำหนักตัวเมื่อจำหน่ายกลับบ้านระหว่าง 2,000-2,499 กรัม ร้อยละ 45.3 (*Md* = 2,160, *QD* = 253.75) มีจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลมากกว่า 56 วัน ร้อยละ 21 (*Md* = 26, *QD* = 15.5) ปัจจุบันทารกอายุระหว่าง 36-40 สัปดาห์ ร้อยละ 66.3 (*Md* = 40, *QD* = 1.5) และ มีน้ำหนักระหว่าง 3,000-3,499 กรัม ร้อยละ 40.8 (M = 3,021.25, *SD* = 405.79) ทารกมียาที่ต้องใช้ต่อที่บ้านคือ วิตามินและธาตุเหล็ก ร้อยละ 73 และทารกไม่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ต้องใช้ต่อที่บ้านร้อยละ 99.3 (ตาราง 2 และตาราง 3)

ตาราง 2

*จำนวนและร้อยละของมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=400)*

| ข้อมูล | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| <u>มารดา</u> | | |
| อายุ (ปี) | | |
| น้อยกว่า 20 | 42 | 10.5 |
| 20-25 | 153 | 38.3 |
| 26-30 | 124 | 31.0 |
| 31-35 | 65 | 16.3 |
| มากกว่า 35 | 16 | 3.9 |
| ศาสนา | | |
| พุทธ | 256 | 64.0 |
| อิสลาม | 144 | 36.0 |
| สถานภาพสมรส | | |
| คู่ | 370 | 92.5 |
| แยกกันอยู่ | 28 | 7.0 |
| หย่าร้าง | 2 | 0.5 |
| ระดับการศึกษา | | |
| ประถมศึกษา | 9 | 2.2 |
| มัธยมศึกษา | 171 | 42.8 |
| อนุปริญญา | 74 | 18.5 |
| ปริญญาตรี | 135 | 33.8 |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 11 | 2.7 |
| ลักษณะครอบครัว | | |
| ครอบครัวเดี่ยว | 183 | 45.7 |
| ครอบครัวขยาย | 217 | 54.3 |
| สัมพันธภาพกับสามี | | |
| ดี | 372 | 93.0 |
| ไม่ดี | 28 | 7.0 |

ตาราง 2 (ต่อ)

| ข้อมูล | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| อาชีพ | | |
| แม่บ้าน | 164 | 41.0 |
| ค้าขาย | 41 | 10.3 |
| เกษตรกรรม | 55 | 13.8 |
| รับราชการ | 48 | 12.0 |
| รัฐวิสาหกิจ | 5 | 1.2 |
| พนักงานบริษัท | 42 | 10.5 |
| รับจ้าง/ลูกจ้าง | 29 | 7.3 |
| ธุรกิจส่วนตัว | 16 | 3.9 |
| รายได้ของครอบครัว (บาท) | | |
| น้อยกว่า 5,000 | 3 | 0.7 |
| 5,000-10,000 | 125 | 31.3 |
| 10,001-15,000 | 81 | 20.3 |
| 15,001-20,000 | 62 | 15.5 |
| 20,001-25,000 | 69 | 17.3 |
| มากกว่า 25,000 | 60 | 14.9 |
| ความเพียงพอของรายได้ | | |
| เพียงพอ | 304 | 76.0 |
| ไม่เพียงพอ | 96 | 24.0 |
| จำนวนบุตรก่อนหน้านี้ (คน) | | |
| ไม่มี | 208 | 52.0 |
| 1 | 142 | 35.5 |
| 2 | 39 | 9.8 |
| 3 | 8 | 2.0 |
| มากกว่า 3 | 3 | 0.7 |
| ประสบการณ์การเลี้ยงดูทารก | | |
| มี | 307 | 76.8 |
| ไม่มี | 93 | 23.2 |

ตาราง 2 (ต่อ)

| ข้อมูล | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| ความพร้อมในการมีบุตร | | |
| พร้อม | 360 | 90.0 |
| ไม่พร้อม | 40 | 10.0 |
| มารดาต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับบุตรในเรื่องต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | | |
| การทำความสะอาดช่องปากและฟัน | 113 | 28.3 |
| พฤติกรรม | 302 | 75.5 |
| การดูแลในแต่ละวัน | 355 | 88.8 |
| ความปลอดภัย | 267 | 66.8 |
| การให้นม | 80 | 20.0 |
| การนอนหลับ | 101 | 25.3 |
| มารดาได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลบุตรจากบุคคลต่อไปนี้มากที่สุด | | |
| พยาบาล | 254 | 63.5 |
| แพทย์ | 64 | 16.0 |
| ญาติ | 82 | 20.5 |
| มารดาสามารถแบ่งปันความรู้สึกเกี่ยวกับบุตรกับบุคคลดังต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | | |
| สามี | 304 | 76.0 |
| ญาติ | 257 | 64.3 |
| เพื่อน | 39 | 9.8 |
| กุมารแพทย์ | 28 | 7.0 |
| พยาบาล | 55 | 13.8 |

ตาราง 2 (ต่อ)

| ข้อมูล | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| <u>ทารกเกิดก่อนกำหนด</u> | | |
| อายุครรภ์แรกเกิด (สัปดาห์) | | |
| 28-30 | 158 | 39.5 |
| 31-33 | 170 | 42.5 |
| 34-36 | 72 | 18.0 |
| น้ำหนักแรกเกิด (กรัม) | | |
| น้อยกว่า 1,000 | 46 | 11.5 |
| 1,000-1,499 | 173 | 43.3 |
| 1,500-1,999 | 102 | 25.5 |
| 2,000-2,499 | 57 | 14.3 |
| 2,500 ขึ้นไป | 22 | 5.4 |
| คะแนนแอพการ์นาทีที่ 5 (คะแนน) | | |
| 5-6 | 8 | 1.9 |
| 7-8 | 127 | 31.8 |
| 9-10 | 193 | 48.3 |
| ใส่เครื่องช่วยหายใจ | 72 | 18.0 |
| การวินิจฉัยโรคขณะอยู่โรงพยาบาล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | | |
| ภาวะหายใจลำบาก (RD) | 363 | 90.8 |
| กลุ่มอาการหายใจลำบาก (RDS) | 37 | 9.2 |
| ติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) | 24 | 6.0 |
| โรคหัวใจแต่กำเนิด (PDA) | 11 | 2.7 |
| โรคลำไส้เน่าตาย (NEC) | 20 | 5.0 |
| โรคกรดไหลย้อน (GERD) | 3 | 0.8 |
| โรคปอดเรื้อรัง (BPD) | 25 | 6.3 |

ตาราง 2 (ต่อ)

| ข้อมูล | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| อายุเมื่อจำหน่าย(อายุครรภ์+อายุหลังคลอดจนถึงวันจำหน่าย)(สัปดาห์) | | |
| น้อยกว่า 32 | 14 | 3.5 |
| 32-36 | 270 | 67.5 |
| 37-40 | 93 | 23.3 |
| 41-45 | 4 | 0.9 |
| 45 ขึ้นไป | 19 | 4.8 |
| น้ำหนักตัวเมื่อจำหน่าย (กรัม) | | |
| น้อยกว่า 2,000 | 129 | 32.3 |
| 2,000-2,499 | 181 | 45.3 |
| 2,500-2,999 | 86 | 21.5 |
| 3,000-3,499 | 4 | 0.9 |
| จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล (วัน) | | |
| น้อยกว่า 7 | 12 | 3.0 |
| 7-14 | 80 | 20.0 |
| 15-21 | 76 | 19.0 |
| 22-28 | 66 | 16.5 |
| 29-35 | 36 | 9.8 |
| 36-42 | 14 | 3.5 |
| 42-49 | 11 | 2.7 |
| 50-56 | 18 | 4.5 |
| มากกว่า 56 | 84 | 21.0 |
| อายุปัจจุบัน(อายุครรภ์+อายุหลังคลอดจนถึงวันที่เก็บข้อมูล)(สัปดาห์) | | |
| น้อยกว่า 36 | 14 | 3.4 |
| 36-40 | 265 | 66.3 |
| 41-45 | 101 | 25.3 |
| 45-50 | 15 | 3.8 |
| 50 ขึ้นไป | 5 | 1.2 |

ตาราง 2 (ต่อ)

| ข้อมูล | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| น้ำหนักปัจจุบัน (กรัม) | | |
| 2,000-2,499 | 54 | 13.4 |
| 2,500-2,999 | 124 | 31.0 |
| 3,000-3,499 | 163 | 40.8 |
| 3,500 -3,999 | 59 | 14.8 |
| ยาประจำตัวที่ต้องใช้ต่อที่บ้าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | | |
| ไม่มี | 109 | 27.3 |
| ยาพ่นขยายหลอดลม | 25 | 6.3 |
| ยาลดกรด | 3 | 0.8 |
| วิตามิน ธาตุเหล็ก | 292 | 73.0 |
| อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ต้องใช้ต่อที่บ้าน | | |
| ไม่มี | 397 | 99.3 |
| ออกซิเจนแคนนูลาร์ | 3 | 0.7 |

ตาราง 3

*ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ ความเบ้ และความโด่ง ของข้อมูลมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=400)*

| ข้อมูลส่วนบุคคล | *Min* | *Max* | *M* | *SD* | *Md* | *QD* | *Skewness value* | *Kurtosis value* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <u>มารดา</u> | | | | | | | | |
| อายุ (ปี) | 16 | 40 | 25.77 | 5.16 | - | - | 2.20 | 3.28 |
| รายได้ครอบครัว (บาท) | 4,000 | 50,000 | - | - | 15,000 | 7,500 | 8.17 | 3.77 |
| จำนวนบุตรก่อนหน้านี้ (คน) | 0 | 5 | - | - | 0 | 0.5 | 12.12 | 12.65 |
| <u>ทารกเกิดก่อนกำหนด</u> | | | | | | | | |
| อายุครรภ์แรกเกิด (สัปดาห์) | 28 | 36 | - | - | 31 | 2 | 1.52 | -4.13 |
| น้ำหนักแรกเกิด (กรัม) | 750 | 2,950 | - | - | 1,450 | 425 | 3.84 | -3.36 |
| คะแนนแอพการ์ (คะแนน) | 0 | 10 | - | - | 8 | 1 | -11.99 | 1.71 |
| อายุเมื่อจำหน่าย (สัปดาห์) | 29 | 48 | - | - | 36 | 1.5 | 9.63 | 14.00 |
| น้ำหนักตัวเมื่อจำหน่าย (กรัม) | 1,700 | 3,050 | - | - | 2,160 | 253.75 | 4.60 | -2.60 |
| จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล (วัน) | 4 | 142 | - | - | 26 | 15.50 | 11.50 | 7.90 |
| อายุปัจจุบัน (สัปดาห์) | 32 | 52 | - | - | 40 | 1.50 | 8.21 | 13.57 |
| น้ำหนักปัจจุบัน (กรัม) | 2,200 | 3,950 | 3,021.25 | 405.79 | - | - | -1.10 | -2.65 |

**ส่วนที่ 2 ความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน**

มารดามีคะแนนเฉลี่ยความกังวลในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.31, SD = 0.33$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความเศร้าโศกอยู่ในระดับสูง ($M = 2.13, SD = 0.67$) คะแนนเฉลี่ยด้านความต้องการข้อมูล และด้านความเครียดและการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.36, SD = 0.54$; $M = 3.30, SD = 0.54$ ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และด้านการพัฒนาบทบาทการเป็นบิดามารดาและบุตรอยู่ในระดับต่ำ ($M = 3.88, SD = 0.64$; $M = 3.68, SD = 0.44$ ตามลำดับ) (ตาราง 4)

ตาราง 4

*ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเบ้ ความโด่งและระดับความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้านจำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (N=400)*

| ความกังวลของมารดา | *M* | *SD* | *Skewness value* | *Kurtosis value* | ระดับ |
|---|---|---|---|---|---|
| ด้านความต้องการข้อมูล | 3.36 | 0.54 | -2.87 | 0.11 | ปานกลาง |
| ด้านความเครียดและการเผชิญความเครียด | 3.30 | 0.54 | 0.26 | 0.94 | ปานกลาง |
| ด้านความเศร้าโศก | 2.13 | 0.67 | 2.55 | -2.33 | สูง |
| ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม | 3.88 | 0.64 | -1.46 | -1.05 | ต่ำ |
| ด้านการพัฒนาบทบาทการเป็นบิดามารดาและบุตร | 3.68 | 0.44 | 1.82 | -2.16 | ต่ำ |
| โดยรวม | 3.31 | 0.33 | -1.30 | 2.39 | ปานกลาง |

**ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดและทารกเกิดก่อนกำหนดกับระดับความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน**

อาชีพของมารดาและรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับระดับความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์ (ตาราง 5)

ตาราง 5

*จำนวน ร้อยละและผลการทดสอบไคสแควร์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดกับระดับความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน (N=400)*

| ข้อมูล | ระดับความกังวลของมารดา | | $\chi^2$ | *p* |
|---|---|---|---|---|
| | ต่ำ | ปานกลาง | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| อายุมารดา (ปี)* | | | 7.216 | 0.111 |
| น้อยกว่า 20 | 8(15.7) | 34(9.7) | | |
| 20-25 | 15(29.4) | 138(39.5) | | |
| 26-30 | 19(37.3) | 105(30.1) | | |
| 31-35 | 5(9.8) | 60(17.2) | | |
| มากกว่า 35 | 4(7.8) | 12(3.4) | | |
| ศาสนา | | | 0.013 | 0.910 |
| พุทธ | 33(64.7) | 223(63.9) | | |
| อิสลาม | 18(35.3) | 126(36.1) | | |

*Fisher's Exact Test

ตาราง 5 (ต่อ)

| ข้อมูล | ระดับความกังวลของมารดา | | $\chi^2$ | $p$ |
|---|---|---|---|---|
| | ต่ำ | ปานกลาง | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| ระดับการศึกษา* | | | 4.484 | 0.300 |
| ประถมศึกษา | 2(3.9) | 7(2.0) | | |
| มัธยมศึกษา | 24(47.1) | 147(42.1) | | |
| อนุปริญญา | 5(9.8) | 69(19.8) | | |
| ปริญญาตรี | 18(35.3) | 117(33.5) | | |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 2(3.9) | 9(2.6) | | |
| สถานภาพสมรส* | | | 1.128 | 0.530 |
| คู่ | 46(90.2) | 324(92.8) | | |
| แยกกันอยู่ | 5(9.8) | 23(6.6) | | |
| หย่าร้าง | 0(0.0) | 2(0.6) | | |
| อาชีพ* | | | 18.303 | .007 |
| แม่บ้าน | 14(27.5) | 150(43.0) | | |
| ค้าขาย | 1(2.0) | 40(11.5) | | |
| เกษตรกรรม | 7(13.7) | 48(13.8) | | |
| รับราชการ | 10(19.6) | 38(10.9) | | |
| รัฐวิสาหกิจ | 0(0.0) | 5(1.3) | | |
| พนักงานบริษัท | 7(13.7) | 35(10.0) | | |
| รับจ้าง/ลูกจ้าง | 7(13.7) | 22(6.3) | | |
| ธุรกิจส่วนตัว | 5(9.8) | 11(3.2) | | |

*Fisher's Exact Test

ตาราง 5 (ต่อ)

| ข้อมูล | ระดับความกังวลของมารดา | | $\chi^2$ | $p$ |
|---|---|---|---|---|
| | ต่ำ | ปานกลาง | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| รายได้ของครอบครัว (บาท)* | | | 11.639 | 0.034 |
| น้อยกว่า 5,000 | 1(2.0) | 2(0.6) | | |
| 5,000-10,000 | 16(31.4) | 109(31.2) | | |
| 10,001-15,000 | 8(15.7) | 73(20.9) | | |
| 15,001-20,000 | 4(7.8) | 58(16.6) | | |
| 20,001-25,000 | 7(13.7) | 62(17.8) | | |
| มากกว่า 25,000 | 15(29.4) | 45(12.9) | | |
| ความเพียงพอของรายได้ | | | 0.618 | 0.432 |
| เพียงพอ | 41(80.4) | 263(75.4) | | |
| ไม่เพียงพอ | 10(19.6) | 86(24.6) | | |
| ลักษณะครอบครัว | | | 0.493 | 0.483 |
| ครอบครัวเดี่ยว | 21(41.2) | 162(46.4) | | |
| ครอบครัวขยาย | 30(58.8) | 187(53.6) | | |
| จำนวนบุตรก่อนหน้านี้ (คน)* | | | 3.632 | 0.584 |
| ไม่มี | 26(51.0) | 182(52.1) | | |
| 1 | 19(37.3) | 123(35.2) | | |
| 2 | 4(7.7) | 35(10.0) | | |
| 3 | 1(2.0) | 7(2.1) | | |
| มากกว่า 3 | 1(2.0) | 2(0.6) | | |
| ประสบการณ์การเลี้ยงดูทารก | | | 1.028 | 0.311 |
| มี | 42(82.4) | 265(75.9) | | |
| ไม่มี | 9(17.6) | 84(24.1) | | |
| สัมพันธภาพกับสามี | | | 0.706 | 0.401 |
| ดี | 46(90.2) | 326(93.4) | | |
| ไม่ดี | 5(9.8) | 23(6.6) | | |

*Fisher's Exact Test

ตาราง 5 (ต่อ)

| ข้อมูล | ระดับความกังวลของมารดา | | $\chi^2$ | $p$ |
|---|---|---|---|---|
| | ต่ำ | ปานกลาง | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| ความพร้อมในการมีบุตร | | | 3.798 | 0.051 |
| พร้อม | 42(82.4) | 318(91.1) | | |
| ไม่พร้อม | 9(17.6) | 31(8.9) | | |
| อายุครรภ์แรกเกิด (สัปดาห์) | | | 0.846 | 0.655 |
| 28-30 | 23(45.1) | 135(38.7) | | |
| 31-33 | 19(37.3) | 151(43.3) | | |
| 34-36 | 9(17.6) | 63(18.0) | | |
| น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)* | | | 8.112 | 0.078 |
| น้อยกว่า 1,000 | 10(19.6) | 36(10.3) | | |
| 1,000-1,499 | 19(37.3) | 154(44.1) | | |
| 1,500-1,999 | 17(33.3) | 85(24.4) | | |
| 2,000-2,499 | 3(5.9) | 54(15.5) | | |
| 2,500 ขึ้นไป | 2(3.9) | 20(5.7) | | |
| คะแนนแอพการ์นาทีที่ 5 (คะแนน)* | | | 1.687 | 0.622 |
| 5-6 | 0(0.0) | 8(2.3) | | |
| 7-8 | 16(31.4) | 111(31.8) | | |
| 9-10 | 23(45.1) | 170(48.7) | | |
| ใส่เครื่องช่วยหายใจ | 12(23.5) | 60(17.2) | | |
| อายุเมื่อจำหน่าย (สัปดาห์)* | | | 4.245 | 0.329 |
| น้อยกว่า 32 | 3(5.9) | 11(3.2) | | |
| 32-36 | 37(72.5) | 233(66.8) | | |
| 37-40 | 11(21.6) | 82(23.5) | | |
| 41-45 | 0(0.0) | 4(1.1) | | |
| 45 ขึ้นไป | 0(0.0) | 19(5.4) | | |

*Fisher's Exact Test

ตาราง 5 (ต่อ)

| ข้อมูล | ระดับความกังวลของมารดา | | $\chi^2$ | $p$ |
|---|---|---|---|---|
| | ต่ำ | ปานกลาง | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| น้ำหนักตัวเมื่อจำหน่าย (กรัม)* | | | 4.790 | 0.168 |
| น้อยกว่า 2,000 | 22(43.1) | 107(30.7) | | |
| 2,000-2,499 | 23(45.1) | 158(45.3) | | |
| 2,500-2,999 | 6(11.8) | 80(22.9) | | |
| 3,000-3,499 | 0(0.0) | 4(1.1) | | |
| จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล (วัน)* | | | 3.453 | 0.910 |
| น้อยกว่า 7 | 2(3.9) | 10(2.8) | | |
| 7-14 | 11(21.6) | 69(19.8) | | |
| 15-21 | 7(13.7) | 69(19.8) | | |
| 22-28 | 11(21.6) | 55(15.8) | | |
| 29-35 | 5(9.9) | 34(9.7) | | |
| 36-42 | 2(3.9) | 12(3.4) | | |
| 42-49 | 2(3.9) | 9(2.6) | | |
| 50-56 | 2(3.9) | 16(4.6) | | |
| มากกว่า 56 | 9(17.6) | 75(21.5) | | |
| อายุปัจจุบัน (สัปดาห์)* | | | 3.764 | 0.376 |
| น้อยกว่า 36 | 3(5.9) | 11(3.2) | | |
| 36-40 | 37(72.5) | 228(65.3) | | |
| 41-45 | 11(21.6) | 90(25.8) | | |
| 45-50 | 0(0.0) | 15(4.3) | | |
| 50 ขึ้นไป | 0(0.0) | 5(1.4) | | |

*Fisher's Exact Test

ตาราง 5 (ต่อ)

| ข้อมูล | ระดับความกังวลของมารดา | | $\chi^2$ | $p$ |
|---|---|---|---|---|
| | ต่ำ | ปานกลาง | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| น้ำหนักปัจจุบัน (กรัม) | | | 2.876 | 0.411 |
| 2,000-2,499 | 8(15.7) | 46(13.2) | | |
| 2,500-2,999 | 20(39.2) | 104(29.8) | | |
| 3,000-3,499 | 18(35.3) | 145(41.5) | | |
| 3,500 -3,999 | 5(9.8) | 54(15.5) | | |

*Fisher's Exact Test

**อภิปรายผลการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน จากผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด มารดามีอายุเฉลี่ย 25.77 ปี เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีสถานภาพสมรสคู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัศลี (2554) ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับและการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นมารดาวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และสอดคล้องกับการศึกษาของสุวลีย์, จรัสศรี, และพิมพ์พาภรณ์ (2551) ที่ศึกษาปฏิสัมพันธ์ขณะให้นมระหว่างมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ช่วงอายุ 24-34 ปี เป็นวัยที่เริ่มปักหลักเรื่องหน้าที่การงาน และมีครอบครัว รับภาระความรับผิดชอบต่างๆ มีความมุ่งมั่นกระตือรือร้นที่จะสร้างความสำเร็จในหน้าที่การงาน (ศรีประภา, ม.ป.ป.) อีกทั้งมารดายังได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากคู่สมรสในการดูแลบุตร ซึ่งคู่สมรสถือเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีและสำคัญที่สุดในการปรับตัวในช่วงการเปลี่ยนผ่าน (Kenner et al., 2003) มารดาส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งเป็นไปตามลักษณะโครงสร้างของสังคมไทยที่มีศาสนาพุทธเป็นศาสนาประจำชาติ มีอาชีพแม่บ้าน เป็นไปตามลักษณะครอบครัวไทยในปัจจุบัน สอดคล้องกับการศึกษาของสัจจวรรณ (2550) ที่ศึกษา ผลของการเตรียมความพร้อมของมารดาต่อความวิตกกังวลจากการพราก

จากการแสดงบทบาทการเป็นมารดา และการปรับตัวทางสรีรวิทยาของทารกเกิดก่อนกำหนด และการศึกษาของ อัศลี (2554) ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับและการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับ ที่พบว่า มารดาส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน การที่มารดาส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านทำให้มารดาเป็นผู้ดูแลบุตรเอง มีเวลาในการดูแลบุตรได้อย่างเต็มที่

มารดาส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี ซึ่งเป็นไปตามนโยบายของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ที่มีเป้าประสงค์ให้ประชากรวัยเรียนทุกคนได้รับโอกาสในการศึกษาขั้นพื้นฐาน 15 ปี อย่างทั่วถึง (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, 2554) มารดามีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 5,000-10,000 บาท และมีความเพียงพอต่อความต้องการ ครอบครัวของมารดาส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย ซึ่งเป็นลักษณะครอบครัวที่เอื้อให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม คือ มีคนคอยช่วยเหลือเลี้ยงดูบุตร (จินตนา, 2550) มารดาส่วนใหญ่ไม่เคยมีบุตรมาก่อน แต่เคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกที่ไม่ใช่บุตรของตนเองแล้ว และมารดาส่วนใหญ่มีความพร้อมในการมีบุตรคนนี้ ทำให้มารดามีการแสดงพฤติกรรมในระยะหลังคลอดที่เหมาะสมและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อทารก และมีเจตคติที่ดีต่อการเลี้ยงดูบุตร (อาภรณ์ อ้างตาม ฉัตรแก้ว, 2552)

1.2 ทารกเกิดก่อนกำหนด ทารกเกิดก่อนกำหนด มีค่ามัธยฐานของอายุครรภ์แรกเกิด 31 สัปดาห์ ซึ่งเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดปานกลาง (moderately preterm) เป็นทารกที่มีความไม่สมบูรณ์ทางสรีรวิทยา แต่สามารถใช้เครื่องมือและวิทยาการที่ทันสมัยให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพได้ (สรายุทธ, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชาห์, คลีเมนท์, และ โพห์ลแมน (Shah, Clements, & Poehlmann, 2011) ที่ศึกษา ความเศร้าโศกของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดต่อความรักใคร่ผูกพันต่อทารก ซึ่งทารกมีอายุครรภ์แรกเกิดเฉลี่ย 31.4 สัปดาห์ ทารกมีค่ามัธยฐานของน้ำหนักแรกเกิด 1,450 กรัม เมื่อเทียบกับกราฟแสดงการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนด (Fetal-infant growth chart for preterm infants) (Rao & Tompkins, 2007) พบว่าทารกมีน้ำหนักแรกเกิดอยู่ระหว่างเปอร์เซ็นไทล์ที่ 10 และ 90 ซึ่งหมายถึงมีน้ำหนักแรกเกิดปกติสำหรับอายุครรภ์ (Appropiate for gestational age; AGA) (บุษกร, 2555) ทารกมีค่ามัธยฐานของคะแนนแอพการ์นาทีที่ 5 เท่ากับ 8 คะแนน ซึ่งคะแนนแอพการ์ 8-10 คะแนน แสดงถึงทารกมีสุขภาพเมื่อแรกเกิดปกติ (เกรียงศักดิ์และวีณา, 2548) ทารกมีค่ามัธยฐานของอายุเมื่อจำหน่าย 36 สัปดาห์ ซึ่งถือว่าเป็นทารกที่มีลักษณะใกล้เคียงกับทารกเกิดครบกำหนด (สรายุทธ, 2540) และมีค่ามัธยฐานของน้ำหนักตัวเมื่อจำหน่าย 2,160 กรัม มีการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดที่ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง ได้ระบุว่าเมื่อทารกเกิดก่อนกำหนดมีน้ำหนักตัว 1,800 กรัมขึ้นไป สามารถจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ (กันทิมา, 2554) นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่า ทารกเกิดก่อน

กำหนดที่ได้รับการจำหน่ายเมื่อมีน้ำหนักตัวน้อยกว่า2,000 กรัม ไม่มีปัญหาเรื่องการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลในช่วง 1 สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย (Lian, Ying, Peng, & Yann, 2008) และเมื่อนำอายุและน้ำหนักตัวเมื่อจำหน่ายของทารกมาเทียบกับกราฟแสดงการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนด (Fetal-infant growth chart for preterm infants) (Rao & Tompkins, 2007) พบว่าอยู่ระหว่างเปอร์เซ็นไทล์ที่ 10 และ 90 จึงถือว่าทารกมีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

ทารกมีค่ามัธยฐานของจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล 26 วัน ใกล้เคียงกับการศึกษาของบังอร (2543) ที่ศึกษา สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อย ซึ่งทารกมีจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 20.87 วัน ทารกได้รับการวินิจฉัยโรคขณะอยู่โรงพยาบาลเป็นทารก ภาวะหายใจลำบาก (Respiratory distress; RD) สอดคล้องกับการศึกษาของเนตรนภา (2551) ที่ศึกษาเรื่อง ผลของการเตรียมความพร้อมตามความต้องการของมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีภาวะหายใจลำบากร้อยละ 74.30 และ 75.70 ตามลำดับ ทารกมีค่ามัธยฐานของอายุปัจจุบัน 40 สัปดาห์ และมีน้ำหนักปัจจุบันเฉลี่ย 3,021.25 กรัม เมื่อเทียบกับกราฟแสดงการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนด (Fetal-infant growth chart for preterm infants) (Rao & Tompkins, 2007) พบว่าอยู่ระหว่างเปอร์เซ็นไทล์ที่ 10 และ 90 ซึ่งถือว่าทารกเกิดก่อนกำหนดในกลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเหมาะสมกับอายุปัจจุบัน (บุษกร, 2555)

2. ความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

จากการศึกษา พบว่า มารดามีคะแนนเฉลี่ยความกังวลในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.31$, $SD = 0.33$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความเศร้าโศกอยู่ในระดับสูง ($M = 2.13$, $SD = 0.67$) คะแนนเฉลี่ยด้านความต้องการข้อมูล และด้านความเครียดและการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.36$, $SD = 0.54$; $M = 3.30$, $SD = 0.54$ ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และด้านการพัฒนาบทบาทการเป็นบิดามารดาและบุตรอยู่ในระดับต่ำ ($M = 3.88$, $SD = 0.64$; $M = 3.68$, $SD = 0.44$ ตามลำดับ) การที่มารดามีความกังวลในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลมาสู่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและรายด้านมีความกังวลทุกระดับนั้น อธิบายได้ตามกรอบแนวคิดของ เคนเนอร์และคณะ (Kenner et al., 2003) ที่ว่า สิ่งที่มารดากังวลหลังจากที่ทารกถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล มี 5 ด้าน คือ ความต้องการข้อมูลความเครียดและการเผชิญความเครียด ความเศร้าโศก ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการพัฒนาบทบาทการเป็นบิดามารดาและบุตร โดยผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่ามารดามีความกังวลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่า ความกังวลของมารดาในแต่ละด้านทั้ง 5 ด้านนั้น

มารดามีระดับความกังวลที่แตกต่างกัน มีทั้งด้านที่มีความกังวลสูง ปานกลาง และต่ำ ดังที่กล่าวแล้วข้างต้น เมื่อนำคะแนนความกังวลของมารดามาเฉลี่ยจึงทำให้มารดามีความกังวลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางนั่นเอง

จากผลการศึกษาจะเห็นว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความเศร้าโศก มารดามีความเศร้าโศกในระดับสูง โดยมารดามีความรู้สึกหวาดกลัว ควบคุมไม่ได้ รู้สึกประหลาดใจ ไม่มั่นใจ มีความกังวลว่าทารกจะเสียชีวิต (Hutchinson et al., 2012) ในด้านความต้องการข้อมูลอยู่ในระดับปานกลาง นั่นคือ มารดายังมีความต้องการข้อมูล ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลทั่วไปของทารกที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละราย ซึ่งพบว่าข้อมูลที่มารดาต้องการและมีความกังวลเหล่านี้มารดาไม่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ (Boykova, 2008; McKim et al., 1995) เมื่อมารดาต้องดูแลทารกด้วยตนเองที่บ้าน ทำให้มารดาไม่ทราบว่าจะต้องดูแลทารกอย่างไร ด้านความเครียดและการเผชิญความเครียด มารดามีความเครียดและการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน โดยความเครียดเกิดจากการขาดการเตรียมตัว ไม่ทันตั้งตัวที่จะต้องดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และเกิดจากความตกใจและความกลัวที่จะต้องมีสมาชิกในครอบครัวเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดและเป็นทารกที่มีความเจ็บป่วย (Kenner, 1990) มารดามีความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและพัฒนาการของทารก และคิดว่าทารกเหล่านี้อาจจะมีปัญหาทางร่างกาย พัฒนาการ สภาพจิตใจและอารมณ์ในอนาคต (Swartz, 2005)

สำหรับด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มารดามีความต้องการการช่วยเหลือและการสนับสนุนทางสังคม (Boykova & Kenner, 2012) และด้านการพัฒนาบทบาทการเป็นบิดามารดาและบุตร การที่ทารกต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้การแสดงบทบาทของมารดาถูกจำกัด และจากข้อจำกัดทางการรักษาและข้อจำกัดของโรงพยาบาล ทำให้มารดาไม่สามารถดูแลบุตรได้ (Boykova & Kenner, 2012; Hutchinson et al., 2012) ส่งผลให้มารดาไม่มีความมั่นใจในการดูแลบุตรต่อที่บ้าน (McKim et al., 1995) โดยเฉพาะในระยะเปลี่ยนผ่านที่มารดาต้องเริ่มบทบาทการเป็นมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนด และต้องดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดด้วยตนเองทั้งหมด อย่างไรก็ตามมารดามีคะแนนเฉลี่ยทั้งในด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและด้านการพัฒนาบทบาทการเป็นบิดามารดาและบุตรในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเกิดจากมารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ซึ่งเห็นได้จากข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาที่พบว่า มารดาส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพที่ดีกับสามี และอาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย อีกทั้งยังมีความพร้อมในการมีบุตรและมีประสบการณ์การเลี้ยงดูทารกมาก่อนแล้ว ซึ่งประสบการณ์การเลี้ยงดูทารกมีผลต่อการการปรับตัวด้านบทบาทมารดาของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญ (บังอร, 2543; ศรีโสภา, 2533)

เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน ในด้านความเศร้าโศก เคนเนอร์และคณะ (Kenner, 1990; Kenner & Boykova, 2008; Kenner et al., 2003) กล่าวว่า ความเศร้าโศกเป็นความรู้สึกและ

ประสบการณ์ที่มารดาประสบเนื่องจากสูญเสียการมีบุตรที่สมบูรณ์ตามที่คาดหวังไว้ มารดารู้สึกว่าทารกเกิดก่อนกำหนดมีความแตกต่างกับทารกเกิดครบกำหนดแม้ทารกจะกลับบ้านแล้ว (McKim et al., 1995) แม้ทารกจะได้รับอนุญาตให้กลับบ้านแล้ว มารดาก็ยังกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่อาจจะเกิดขึ้นได้ และกลัวว่าจะต้องสูญเสียทารกไปในที่สุด (Kenner, 1990) จากผลการศึกษาพบว่ามารดามีความเศร้าโศกอยู่ในระดับสูงทั้งรายด้านและรายข้อ โดยเมื่อพิจารณาในแต่ละข้อคำถามจะเห็นว่า มารดาเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าตนเองกลัวว่าบุตรอาจเจ็บป่วยได้อีก คิดเป็นร้อยละ 87.3 และกลัวว่าบุตรจะเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 73.8 สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านไว้ ซึ่งพบว่ามารดามีความกังวลว่าทารกจะเสียชีวิต (Hutchinson et al., 2012) เช่นเดียวกับการศึกษาเชิงคุณภาพในประเทศไทย เรื่องประสบการณ์ชีวิตของมารดาที่มีบุตรเกิดก่อนกำหนดพบว่า เมื่อมารดาพบกับสภาพบุตรที่ตัวเล็กและได้รับการรักษาด้วยอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ที่ต่อออกจากตัวบุตร มารดากลัวว่าบุตรจะตาย และต้องเผชิญความไม่แน่นอนในการรักษาและอาการของบุตร (นฤมล, 2555) นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีประสบการณ์สูญเสียทารกมาก่อน จะมีความรู้สึกซึมเศร้ามากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การสูญเสียทารก และจะมีการสร้างความผูกพันกับทารกในครรภ์ปัจจุบันน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การสูญเสียทารกอย่างมีนัยสำคัญ (Gaudet, 2010) ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่ามารดาบางรายไม่กล้าที่จะแสดงความรักหรือสร้างสัมพันธภาพกับทารกอย่างใกล้ชิดเนื่องจากกลัวว่าหากทารกเสียชีวิตแล้วตนเองจะมีความเศร้าโศกมากยิ่งขึ้น (McKim et al., 1995)

ด้านความต้องการข้อมูล ตามกรอบแนวคิดของเคนเนอร์ (Kenner et al., 2003) กล่าวว่า เมื่อมารดาต้องดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเองที่บ้าน มารดาต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลทั่วไปของทารก เช่น ทำอย่างไรเพื่อให้ทารกมีลักษณะที่ปกติเหมือนทารกทั่วไป ทำอย่างไรให้ทารกมีสุขภาพที่ดีหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งมารดาไม่ได้รับข้อมูลที่ต้องการเหล่านี้จากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ (Boykova, 2008; McKim et al., 1995) สอดคล้องกับการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเรื่องความต้องการข้อมูลของบิดามารดาที่มีบุตรรักษาตัวในหออภิบาลทารกแรกเกิดของโร๊คและเลย์ (Rouck & Leys, 2009) ที่พบว่า ระยะหลังจำหน่ายทารกออกจากโรงพยาบาล บิดาและมารดา จะได้รับข้อมูลพื้นฐานในการดูแลทารก เช่น การอาบน้ำทารก การให้นมทารก เพียงอย่างเดียว แต่สิ่งที่บิดามารดาต้องการคือ การสังเกตการร้องไห้ของทารก เช่น การร้องแบบโคลิค การฟังเสียงลมหายใจ พฤติกรรมต่างๆของทารก นอกจากนี้บิดามารดายังกังวลเกี่ยวกับการหยุดหายใจของทารก และปัญหาเรื่องการรับอาหารและการเจริญเติบโต สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ โดยเมื่อพิจารณาจากข้อคำถามด้านความต้องการข้อมูล พบว่า มารดาเห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าตนเอง

ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลบุตรเพื่อให้บุตรมีสุขภาพดีคิดเป็นร้อยละ 91.1 สอดคล้องกับการศึกษาของเยาวลักษณ์ (2543) ที่ศึกษาการปรับตัวและความต้องการของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดเมื่อกลับบ้าน พบว่า มารดามีความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ในการตรวจดูแลสุขภาพตนเองและบุตร ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนที่บุตรได้รับแล้วและจะต้องได้รับ และความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการของบุตรในระดับมาก มารดาในกลุ่มนี้ยังมีความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลทารกในแต่ละวัน พฤติกรรม และความปลอดภัยของทารกเกิดก่อนกำหนดคิดเป็นร้อยละ 88.8, 75.5 และ 66.8 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของบองโควา (Boykova, 2008) ที่พบว่ามารดามีความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลทารกในแต่ละวันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 81.3 อย่างไรก็ตามมารดาเห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าตนเองรู้สึกพอใจกับการเตรียมความพร้อมที่ได้รับเกี่ยวกับการดูแลและเลี้ยงดูบุตร คิดเป็นร้อยละ 64.6 และข้อมูลที่มารดาได้รับทำให้มารดามีการเตรียมความพร้อมในการดูแลบุตรคิดเป็นร้อยละ 64.3

ด้านความเครียดและการเผชิญความเครียด เมื่อทารกกลับมาอยู่ที่บ้าน มารดามีความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของทารกอันเนื่องจากปัญหาสุขภาพขณะรักษาตัวที่หออภิบาลทารกแรกเกิด (Boykova & Kenner, 2012) และจากการที่มารดาเคยพึ่งพาบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลทารกมาโดยตลอด เมื่อต้องดูแลทารกที่บ้านด้วยตนเองจึงรู้สึกยุ่งยาก และไม่คุ้นเคย มารดาเกิดความไม่มั่นใจในตนเอง และคิดว่าตนเองไม่สามารถดูแลทารกได้ (Kenner & Lott, 1990) สอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ ที่พบว่า มารดาเห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าตนเองรู้สึกกลัวที่จะทิ้งบุตรไว้กับพี่เลี้ยง และรู้สึกผิดเมื่อต้องทิ้งบุตรให้คนอื่นดูแล คิดเป็นร้อยละ 77.6 และ 68.3 ตามลำดับ ซึ่งความเครียดและการเผชิญความเครียดของมารดานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของจริยาพรและคณะ (2551) ที่พบว่า มารดารู้สึกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ของบุตรว่าจะมีอาการรุนแรงกว่าเด็กอื่นๆ อาจเป็นสาเหตุให้มารดารู้สึกว่าไม่กล้าหรือกลัวที่จะฝากบุตรไว้กับพี่เลี้ยงหรือคนอื่นๆ และการศึกษาของกริฟฟินและพิกเกอร์ (Griffin & Picker, 2011) ที่พบว่า แม้มารดามีความสุขที่ทารกได้กลับบ้านแต่ก็ยังมีความกังวลเกี่ยวกับอาการและโรคของทารกโดยเฉพาะในช่วง 1 เดือนแรกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามมีผลการศึกษาในครั้งนี้บางข้อที่ไม่สอดคล้องกับกรอบแนวคิด คือ มารดาเห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งว่ารู้สึกสบายใจในการดูแลบุตร คิดเป็นร้อยละ 66 และไม่เห็นด้วยถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าคนอื่นๆ รู้จักบุตรมากกว่าตนเอง คิดเป็นร้อยละ 70.6 ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ทารกไม่มีโรคประจำตัว โดยทารกส่วนใหญ่มียาที่ต้องใช้ต่อที่บ้านคือ วิตามินและธาตุเหล็กเท่านั้น และทารกเกือบทั้งหมดไม่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ต้องใช้ต่อที่บ้าน มารดาจึงรู้สึกสบายใจในการดูแลบุตร นอกจากนี้มารดาได้รับการสนับสนุนจากแพทย์และพยาบาล จากข้อคำถามที่มารดาส่วนใหญ่ตอบว่า เห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งว่า รู้สึกสะดวกใจที่จะถามแพทย์

เกี่ยวกับปัญหาที่มีในการดูแลบุตร คิดเป็นร้อยละ 68.8 และพยาบาลได้ถามเกี่ยวกับความรู้สึกของมารดา คิดเป็นร้อยละ 56.1

ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ตามกรอบแนวคิดของเคนเนอร์ (Kenner et al., 2003) กล่าวว่า ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม คือ การช่วยเหลือและการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุข และการสนับสนุนจากบุคคล ซึ่งคู่สมรสจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีและสำคัญที่สุดในการปรับตัว (Kenner & Lott, 1990; McKim et al., 1995) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลก็เป็นแหล่งสนับสนุนที่ดี ซึ่งมารดาต้องการจากบุคลากรทีมสุขภาพ และการให้มารดาได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยหากได้รับการสนับสนุนนี้แล้ว มารดาเชื่อว่าจะสามารถจัดการกับปัญหาและสามารถดูแลทารกที่บ้านได้ (Kenner & Lott, 1990) การศึกษาของเยาวลักษณ์ (2543) พบว่ามารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านทรัพยากร และการสนับสนุนด้านการประเมินในระดับมาก ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า มารดาเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี และมีคนที่มาแบ่งเบาภาระหน้าที่การดูแลบุตรของมารดาคิดเป็นร้อยละ 93.1 และ 71.5 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาข้อคำถามเพิ่มเติมพบว่า มารดาสามารถแบ่งปันความรู้สึกเกี่ยวกับการดูแลบุตรกับสามีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76 ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่ว่าคู่สมรสจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีและสำคัญที่สุดในการปรับตัว (Kenner & Lott, 1990; McKim et al., 1995) โดยในการวิจัยครั้งนี้พบว่า มารดามีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 92.5 และมีสัมพันธภาพที่ดีกับสามีร้อยละ 93 นอกจากสามีแล้วมารดายังสามารถแบ่งปันความรู้สึกกับญาติ คิดเป็นร้อยละ 64.3 และลักษณะครอบครัวของมารดาส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้เป็นครอบครัวขยาย มารดาจึงมีคนคอยช่วยเหลือในการดูแลบุตร จะเห็นได้ว่าคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของมารดาอยู่ในระดับต่ำทั้งนี้อาจเนื่องจากมารดากลุ่มนี้ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมายูร (2547) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการเปลี่ยนผ่านของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

ด้านการพัฒนาบทบาทการเป็นบิดามารดาและบุตร ตามกรอบแนวคิดของเคนเนอร์ (Kenner et al., 2003) กล่าวว่า จากการที่ทารกจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ถูกแยกจากและเป็นอุปสรรคต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก ทำให้การแสดงบทบาทของมารดาถูกจำกัด เมื่อทารกกลับมาอยู่ที่บ้านมารดาจึงมีความรู้สึกไม่มั่นใจในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด (Boykova & Kenner, 2012) และคิดว่าไม่สามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้ มารดามักจะรู้สึกว่าบุคลากรทีมสุขภาพสามารถดูแลทารกได้ดีกว่าเนื่องจากรู้จักทารกมากกว่า (Kenner & Lott, 1990) สอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ ที่พบว่า มารดาเห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่าง

ยิ่งว่าต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุตร คิดเป็นร้อยละ 92.3 ทั้งนี้อาจเนื่องจากมารดายังไม่คุ้นเคยกับพฤติกรรมของทารก จึงทำให้มารดาเกือบทั้งหมดมีความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมของทารก ซึ่งตามแนวคิดของเคนเนอร์ (Kenner et al., 2003) กล่าวว่า ความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกขึ้นอยู่กับความคาดหวังถึงทารกและพฤติกรรมตอบสนองของทารก การตื่นและความตื่นตัวของทารกเป็นสิ่งที่สามารถกระตุ้นความสัมพันธ์ในทางที่ดีได้ แต่ทารกเกิดก่อนกำหนดมักจะมีปัญหาทางพฤติกรรม เช่น มีความตื่นตัวน้อย ร้องไห้มากและปลอบประโลมให้หยุดร้องไห้ยาก (Kenner & Lott, 1990) นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาที่พบว่า มารดาจะมีการลองผิดลองถูกในการเลี้ยงดูบุตร ซึ่งมารดาต้องเผชิญกับความยุ่งยากในการเลี้ยงดูบุตร ไม่เข้าใจความหมายและท่าทางหรือสื่อสัญญาณที่บุตรได้แสดงพฤติกรรมออกมา จึงไม่สามารถตอบสนองความต้องการของบุตรได้ (นฤมล, 2555) และมีการศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกพบว่า มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดมีปฏิสัมพันธ์กับทารกน้อยกว่ามารดาที่มีทารกเกิดครบกำหนดอย่างมีนัยสำคัญ (Muller-Nix, Forcada-Guex, Pierrehumbert, Jaunin, Borghini, & Ansermet, 2004) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของเคนเนอร์คือ มารดาเห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลบุตร และรู้ว่าจะต้องดูแลบุตรอย่างไร คิดเป็นร้อยละ 90.8 และ 91.6 ตามลำดับ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาในแต่ละรายข้อคำถามจะพบว่า มารดาเห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งว่า ตนเองและสามีได้จัดสรรเวลาส่วนตัวแก่กัน คิดเป็นร้อยละ 66 จึงทำให้มารดารู้สึกว่าตนเองได้รับการสนับสนุนจากสามีซึ่งเป็นการสนับสนุนที่ดีที่สุดในการปรับตัว (Kenner & Lott, 1990) นอกจากนี้มารดายังเห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าบุตรของตนเองมีสุขภาพดีและเป็นปกติ คิดเป็นร้อยละ 61.8 จึงทำให้มารดามีคะแนนเฉลี่ยด้านการพัฒนาบทบาทการเป็นบิดามารดาและบุตรในระดับต่ำ อีกทั้งมารดาส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านและเคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกมาแล้วทำให้มารดาเป็นผู้ดูแลบุตรเอง มีเวลาในการดูแลบุตรได้อย่างเต็มที่ และมารดาเกือบทั้งหมดมีความพร้อมในการมีบุตรคนนี้ มารดาจึงสามารถแสดงบทบาทการมารดาและสร้างความสัมพันธ์กับทารกได้อย่างเต็มที่

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดและทารกเกิดก่อนกำหนดกับระดับความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน

ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า รายได้ของครอบครัวและอาชีพของมารดามีความสัมพันธ์กับระดับความกังวลของมารดา ซึ่งรายได้ของครอบครัวเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการปรับตัว โดยบุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดีจะมี

โอกาสแสวงหาสิ่งมีประโยชน์ สามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ตนเองและบุตร (Jensen, Beson, & Bobak อ้างตาม ฉัตรแก้ว, 2552) เทียบเคียงกับงานวิจัยของศรีโสภา (2533) ที่พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาซึ่งเป็นด้านหนึ่งของความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญ (ศรีโสภา, 2533) อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่พบว่ารายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาและการทำหน้าที่ครอบครัวของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญ (บังอร, 2543; อัจฉโรบล, 2545) แต่ยังไม่พบการศึกษาที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวกับความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน สำหรับอาชีพของมารดาซึ่งพบว่า มีความสัมพันธ์กับระดับความกังวลของมารดานั้น จะเกี่ยวเนื่องถึง ความสามารถในการดูแลทารกของมารดาและระยะเวลาในการดูแลทารก หากมารดามีอาชีพแม่บ้านก็จะมีเวลาในการดูแลทารกได้เต็มที่ แต่หากมารดาต้องทำงานนอกบ้าน ก็จะมีการกำหนดระยะเวลาลางานหลังคลอด มีการศึกษาพบว่า มารดาที่มีอาชีพแม่บ้านหรือมีระยะเวลาหยุดงานหลังคลอดมากกว่า 90 วัน เป็นปัจจัยทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของมารดาในเขตภาคกลางตอนล่างอย่างมีนับสำคัญทางสถิติ (ภัทรพร, วีณา, และ ปาหนัน, 2557) แต่ก็เป็นการศึกษาในมารดาที่มีทารกเกิดครบกำหนด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพของมารดากับความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้านเช่นเดียวกัน

สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ เช่น อายุมารดา ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตรก่อนหน้านี้ ประสบการณ์การเลี้ยงดูทารก สัมพันธภาพกับสามี ความพร้อมในการมีบุตร อายุครรภ์แรกเกิดของทารก น้ำหนักแรกเกิดของทารก คะแนนแอพการ์นาทีที่ 5 อายุเมื่อจำหน่าย น้ำหนักตัวเมื่อจำหน่าย จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล อายุปัจจุบัน และน้ำหนักปัจจุบันของทารก พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด โดยอายุมารดาสามารถสนับสนุนโดยงานวิจัยของ บังอร (2543) และศรีโสภา (2533) ที่พบว่าอายุของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดา ที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่าน การศึกษาของมารดาและลักษณะครอบครัว สนับสนุนโดยงานวิจัยของศรีโสภา (2533) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษาของมารดาและลักษณะครอบครัวกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่มีทารกเกิดก่อน

กำหนดในระยะเปลี่ยนผ่าน อย่างไรก็ตามการที่มารดามีการศึกษา มารดาจะมีความเข้าใจในสิ่งต่างๆ ได้ง่ายขึ้น มีการสืบหาข้อมูล ความรู้ เพื่อใช้ในการดูแลบุตร ซึ่งความรู้มีผลต่อคุณภาพการเปลี่ยนผ่านของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญ (มายูร, 2547) ในด้านอายุครรภ์และน้ำหนักแรกเกิดของทารกสามารถสนับสนุนโดยงานวิจัยของบองโควา (Boykova, 2008) ที่พบว่าอายุครรภ์และน้ำหนักแรกเกิดของทารกไม่มีผลต่อความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน นอกจากนี้น้ำหนักแรกเกิดของทารกก็ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านด้วยเช่นกัน (ศรีโสภา, 2533;) ส่วนปัจจัยด้าน ศาสนา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ จำนวนบุตรก่อนหน้านี้ ประสบการณ์การเลี้ยงดูทารก สัมพันธภาพกับสามี ความพร้อมในการมีบุตร คะแนนแอพการ์นาทีที่ 5 อายุเมื่อจำหน่าย น้ำหนักตัวเมื่อจำหน่าย จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล อายุปัจจุบัน และน้ำหนักปัจจุบันของทารก ซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กับความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดนั้น ไม่สามารถเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่นได้ เนื่องจากจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมายังไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว

# บทที่ 5
# สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

## สรุปผลการวิจัย

มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดมีอายุเฉลี่ย 25.77 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสคู่ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับสามี ได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด มีอาชีพแม่บ้าน มีค่ามัธยฐานของรายได้ครอบครัวต่อเดือน 15,000 บาท ซึ่งเพียงพอต่อความต้องการ มารดาส่วนใหญ่ไม่เคยมีบุตรมาก่อน แต่ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารก มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย และมารดาเกือบทั้งหมดมีความพร้อมในการมีบุตรคนนี้ ในส่วนข้อมูลส่วนบุคคลของทารกเกิดก่อนกำหนด ทารกมีค่ามัธยฐานของอายุครรภ์แรกเกิด 31 สัปดาห์ มีค่ามัธยฐานของน้ำหนักแรกเกิด 1,450 กรัม มีค่ามัธยฐานของคะแนนแอพการ์นาทีที่ 5 เท่ากับ 8 คะแนน ทารกส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคขณะอยู่โรงพยาบาลเป็นภาวะหายใจลำบาก (Respiratory distress; RD) มีค่ามัธยฐานของอายุเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน 36 สัปดาห์ มีค่ามัธยฐานของน้ำหนักตัวเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน 2,160 กรัม มีค่ามัธยฐานของจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล 26 วัน มีค่ามัธยฐานของอายุปัจจุบัน 40 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักปัจจุบัน 3,021.25 กรัม ทารกส่วนใหญ่มียาที่ต้องใช้ต่อที่บ้านคือ วิตามิน และธาตุเหล็ก และทารกเกือบทั้งหมดไม่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ต้องใช้ต่อที่บ้าน

ความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. มารดามีคะแนนเฉลี่ยความกังวลในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.31$, $SD = 0.33$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความเศร้าโศกอยู่ในระดับสูง ($M = 2.13$, $SD = 0.67$) ด้านความต้องการข้อมูล และด้านความเครียดและการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.36$, $SD = 0.54$; $M = 3.30$, $SD = 0.54$ ตามลำดับ) ส่วนด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และด้านการพัฒนาบทบาทการเป็นบิดามารดาและบุตรอยู่ในระดับต่ำ ($M = 3.88$, $SD = 0.64$; $M = 3.68$, $SD = 0.44$ ตามลำดับ)

2. อาชีพ และรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับระดับความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้**

**ด้านการปฏิบัติการพยาบาล**

1. ควรจัดให้มีการส่งเสริมบทบาทมารดาตั้งแต่ทารกยังรักษาตัวในหออภิบาลทารกแรกเกิด เพื่อให้มารดามีโอกาสได้ดูแลทารก สังเกตพฤติกรรมต่างๆ ของทารก ซึ่งจะทำให้มารดามีความคุ้นเคยกับทารก คิดว่าการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดไม่ใช่เรื่องยุ่งยาก และเกิดความรู้สึกว่าตนเองสามารถดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดได้

2. ควรจัดให้มีการวางแผนจำหน่ายที่เฉพาะเจาะจงสำหรับมารดาแต่ละรายเน้นในด้านเศร้าโศกของมารดา เช่น การสนับสนุนและให้กำลังใจแก่มารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด เปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับทารก และในด้านความต้องการข้อมูล เช่น การให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลในแต่ละวันของทารก การสังเกตพฤติกรรมต่างๆของทารก การดูแลความปลอดภัยของทารก เป็นต้น

**ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน เช่น ความพึงพอใจในการวางแผนจำหน่าย การมีส่วนร่วมในการดูแลทารกระหว่างอยู่โรงพยาบาล เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้ง 5 ด้านว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่ เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างต้องการข้อมูลกับความเครียดและการเผชิญความเครียด ความสัมพันธ์ระหว่างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับความเศร้าโศก เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษาความกังวลของมารดาในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้านในทารกกลุ่มอื่นๆ เช่น ทารกที่มีอายุครรภ์แรกเกิดน้อยกว่า 28 สัปดาห์ ทารกที่ป่วยด้วยโรคหัวใจ หรือทารกเกิดครบกำหนด ว่ามารดามีความกังวลแตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้หรือไม่อย่างไร

4. ควรมีการศึกษาเชิงทดลองเปรียบเทียบ 2 กลุ่มระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทั่วไป กับกลุ่มที่ได้รับข้อมูลเพิ่มเติมที่มารดาต้องการจากผลการศึกษาในครั้งนี้

5. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับอาชีพของบิดาว่ามีผลต่อความกังวลของมารดาในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้านหรือไม่

# เอกสารอ้างอิง


กันทิมา ขาวเหลือง. (2554). การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดที่ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.

กันทิมา ขาวเหลือง, ปรีย์กมล รัชนกุล, และเรณู พุกบุญมี (2555). การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดที่ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 6*(1), 27-39.

กุลลดา เปรมจิตร. (2547). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลทารกร่วมกับการดูแลแบบแคงการูต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา และการเพิ่มของน้ำหนักตัวของทารกคลอดก่อนกำหนด.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดากับทารก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, และวีณา จีระแพทย์. (2548). *การประเมินภาวะสุขภาพทารกแรกเกิด.* กรุงเทพมหานคร: ด่านสุทธาการพิมพ์.

โครงการติดตามสภาวการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัด. (2552). *ข้อมูลโครงการ Child Watch.* ค้นจาก http://www.childwatchthai.org

จริยาพร อินทรวงศ์วาร, สุธิศา ล่ามช้าง, และวิมล ธนสุวรรณ. (2551). สิ่งก่อความเครียดของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *พยาบาลสาร, 35*(4), 98-107.

จินตนา วัชรสินธุ์. (2550). *ทฤษฎีการพยาบาลครอบครัวขั้นสูง.* ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.

จีรเนาวน์ ทัศศรี. (2545). *การพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนด.* สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

จุฑามณี เรืองจิตทวีกุล. (2550). *ความชุกของภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

จุฑารัตน์ มีสุขโข. (2540). *ความต้องการข้อมูลและการช่วยเหลือสนับสนุนของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนด.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ฉัตรแก้ว จูแจ่ม. (2552). *การรับรู้ความสามารถของมารดาต่อการรับรู้และการตอบสนองสื่อสัญญาณทารก.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพมหานคร.

ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2544). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพมหานคร: เทพเนรมิตการพิมพ์.

นพวรรณ ผ่องใส. (2552). *ผลของการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

นฤมล ธีระรังสิกุล. (2545). *การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด*. กรุงเทพมหานคร: พีเพรส.

นฤมล ธีระรังสิกุล. (2555). ประสบการณ์ชีวิตของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด. *วารสารการ พยาบาลและการศึกษา, 5*(1), 25-39.

นิตยา ขันเพ็ชร์. (2546). *พฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกน้ำหนักน้อยที่มาตรวจรักษาในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร* (บทคัดย่อ). วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.

นภัสนันท์ สุขเกษม. (2552). *การดำรงบทบาทมารดาและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

เนตรทอง นามพรม. (2553). *ปัญหาและลักษณะต่างๆ ของทารกคลอดก่อนกำหนดที่ก่อให้เกิดปัญหาแก่มารดาทารกคลอดก่อนกำหนด.* ค้นจาก http://www.cmnb.org

บังอร ต้อยติ่ง. (2543). *สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อย.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.

บุษกร พันธ์เมธาฤทธิ์. (2555). *การพยาบาลผู้ป่วยทารกภาวะเฉียบพลันและเรื้อรัง.* สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

ประนอม บุพศิริ. (2555). *คลอดก่อนกำหนด*. ค้นจาก http://haamor.com/th

พรทิพย์ ศิริบูรณ์พิพัฒนา, และจริยาพร วรรณโชติ. (2555). การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนด. ใน พรทิพย์ ศิริบูรณ์พิพัฒนา (บรรณาธิการ), *การพยาบาลเด็ก เล่ม 1* (หน้า 213-234). กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.

พรพิศ เดชยศดี. (2550). *ผลของการให้ข้อมูลในระยะเปลี่ยนผ่านออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนักต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

พัชรี วรกิจพูนผล. (2555). *คู่มือการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิด*. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์. (2553) การดูแลรักษาทารกเกิดก่อนกำหนดในสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลง. ใน วิทยา ถิฐาพันธ์, พจนีย์ ผดุงเกียรติวัฒนา, และ กติกา นวพันธุ์ (บรรณาธิการ*), เวชศาสตร์ปริกำเนิดในสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลง* (หน้า 51-62). กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยนครีเอชั่น.

ภัทรพร ชุประพันธ์, วีณา เที่ยงธรรม, และปาหนัน พิชยภิญโญ. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของแม่ในเขตภาคกลางตอนล่าง. *Graduate Research Conference 2014, 15,* 1723-1732.

มะลิวรรณ อังคณิตย์. (2548). *ประสิทธิผลของการให้การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านแก่ผู้ที่มีภาวะหัวใจวาย.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

มายูร เรืองสุข. (2547). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพของการเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพของมารดาที่คลอดก่อนกำหนด.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

มิชิโอะ มัตสุดะ. (2532). *สารานุกรมการเลี้ยงดูเด็ก* (พรอนงค์ นิยมค้า, ผู้แปล). กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.

เยาวลักษณ์ ศิลาวรรณ. (2543) การปรับตัวและความต้องการของมารดาที่คลอดก่อนกำหนดเมื่อกลับบ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

วาริชา เจนจินดามัย. (2552). ทารกน้ำหนักตัวน้อย. ใน ประยงค์ เวชวนิชสนอง และ วนพร อนันตเสรี (บรรณาธิการ), *กุมารเวชศาสตร์ทั่วไป* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 427-445). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

ศยามล อารีรัตน์. (2552). *ผลของการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านต่อการกลับเข้ามารักษาซ้ำและความผาสุกในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ศรีประภา ชัยสินธพ. (ม.ป.ป.). *สภาพจิตใจของวัยผู้ใหญ่*. ค้นจาก http://www.ramamental.com/medicalstudent/generalpsyc/adultpsyc

ศรีโสภา แท่งทองคำ. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

สถิติกระทรวงสาธารณสุข. (2552). *จำนวนและร้อยละการเกิดมีชีพ จำแนกตามน้ำหนักเด็กแรกเกิด พ.ศ. 2548 – 2552.* ค้นจาก http://bps.ops.moph.go.th/Ebook/statistic/statistic52/statistic52.html

สมสิริ อัทธเสรี. (2540). *คุณภาพชีวิตของทารกคลอดก่อนกำหนด.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

สรายุทธ สุภาพรรณชาติ. (2540). ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ใน วันดี วราวิทย์, ประพุทธ ศิริปุณย์, และ สุรางค์ เจียมจรรยา (บรรณาธิการ), *ตำรากุมารเวชศาสตร์* (หน้า 18-23). กรุงเทพมหานคร: โอลิสติก พับลิชชิ่ง.

สัจวรรณ พวงศรีเคน. (2550). *ผลของการเตรียมความพร้อมของมารดาต่อความวิตกกังวลจากการพรากจากการแสดงบทบาทการเป็นมารดา และการปรับตัวทางสรีรวิทยาของทารกคลอดก่อนกำหนด.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศษสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพเด็ก มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. (2554). *นโยบาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ.* ค้นจาก http://www.obec.go.th/node/93

สุรีลักษณ์ สุจริตพงศ์. (2551). Long term developmental intervention for high risk newborn. ใน สุนทร ฮ้อเผ่าพันธ์, พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์, และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ (บรรณาธิการ), *Neonatalogy 2008* (หน้า 188-211). กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.

อรทัย ทองเพ็ชร. (2545). ภาระในการดูแลของมารดาเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2541). *การบริบาลทารกและเด็กวัยก่อนเรียน* กรุงเทพมหานคร: ปุ๊คเน็ท.

อัจฉโรบล แสงประเสริฐ. (2545). *ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเกื้อที่มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ครอบครัวของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนด.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

อัมพรพรรณ ธีรานุตร. (2548). *การพัฒนารูปแบบการบริการระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง.* วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

Amphai, S. (2007). *Personal factors, maternal role adaptation and postpartum depression in primiparous adolescent mothers.* Unpublished master' s thesis, Mahidol University, Bangkok.

Bidder, R. T., Crowe, E. A., & Gray, O. P. (1974). Mothers' attitudes to preterm infants. *Archives of Disease in Childhood, 49*, 766-770.

Boykova, M. (2008). Follow-up care of premature babies in Russia: Evaluating parental experiences and associated services. *Infant Journal, 4*(4), 126-130.

Boykova, M., & Kenner, C. (2012). Transition from hospital to home for parents of preterm infants. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 26*(1), 81-87.

Brett, J., Staniszewska, S., Newburn, M., Jones, N., & Taylor, L. (2011). A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. *British Medical Journal, 1*(1), 1-11.

Brooten, D., Naylor, M. D., York, R., Brown, L. P., Munro, B. H., Hollingsworth, A. O.,…Youngblut, J. M. (2002). Lessons learned from testing the quality cost model of advanced practice nursing (APN) transitional care. *Journal of Nursing Scholarship, 34*(4), 369-375.

Campinha-Bacote, J. (2003). *Many faces: Addressing diversity in health care*. Retrieved from http://www.nursingworld.org

Chalermwannapong, S. (2009). *Effects of the transitional care program on functioal ability and quality of life of stroke survivors.* Unpublished doctoral dissertation, Chiangmai University, Chiangmai.

Feeley, N., Gottlieb, L., & Zelkowitz, P. (2005). Infant, mother, and contextual predictors of mother-very low birth weight infant interaction at 9 months of age. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 26*(1), 24-33.

Gaudet, C. (2010). Pregnancy after perinatal loss: association of grief, anxiety and attachment. *Journal of Reproductive and Infant Psycholofy, 28*(3), 240-251.

Gorrie, T. M., McKinney, E. S., & Murray, S. S. (1998). *Foundation of maternal newborn nursing* (2nd ed.). Philadedelphia, PA: W. B. Saunders.

Griffin, J. B., & Pickler, R. H. (2011). Hospital-to-home transition of mothers of preterm infants. *American Journal of Maternal Child Nursing, 36*(4), 252-257.

Hutchinson, S. W., Spillet, M. A., & Cronin, M. (2012). Parents' experiences during thier infant's transition from neonatal intensive care unit to home: A qualitative study. *The Qualitative Report, 17*(23), 1-20.

Johnston, M. (2002). *Cultural diversity in birthing and baby care*. Retrieved from http://www.docstoc.com/docs/34805867

Kenner, C. (1990). Caring for the NICU parent. *Journal of Perinatal Nursing, 4*(3), 78-87.

Kenner, C., Bagwell, G. A., & Torok, L. S. (2003). Transition to home. In C. Kenner & J. W. Lott. (Eds.), *Comprehensive neonatal nursing: A physiologic perspective* (3rd ed., pp. 893-901). Philadephia, PA: W. B. Saunders.

Kenner, C., & Boykova, M. (2007). Transition to home: Family perspectives on care in Russia. *Newborn and Infant Nursing Reviews, 7*(1), 20-24.

Kenner, C., & Lott, J. W. (1990). Parent transition after discharge from the NICU. *Neonatal Network, 9*(2), 31-37.

Lian, Y. C., Ying, S. H., Peng, C. C., & Yann, T. Y. (2008). Early discharge study for premature infants: Singapore general hospital. *The Permanente Journal, 12*(4), 15-18.

Lissauer, T., & Fanaroff, A. A. (2011). *Neonatology at a glance* (2nd ed.). Oxford: Wiley-Blackwell.

McKim, E., Kenner, C., Flandermeyer, A., Spangler, L., Darling-Thornburg, P., & Spiering, K. (1995). The transition to home for mothers of healthy and initially ill newborn babies. *Journal of Midwifery, 11*, 184-194.

Meadows-Oliver, M. (2009). Adolescent mothers' experiences of caring for their children while homeless. *Journal of Pediatric Nursing, 24*(6), 458-467.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer.

Methusalemsdottir, H. F., Egilson, S., Guethmundsdottir, R., Valdimarsdottir, U. A., & Georgsdottir, I. (2013). Quality of life of adolescents born with extremely low birth weight. *Acta Paediatrica, 102*(6), 597-601.

Meyers, S. A., & Battistoni, J. (2003). Proximal and distal correlates of adolescent mothers' parenting attitudes. *Journal of Applied Developmental Psychology, 24*, 33-49.

Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Jaunin, L., Borghini, A., & Ansermet, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early Human Development, 79,* 145-158.

Naphapunsakul, M. (2006). *A causal model of maternal role performance in transition to being the first time mother.* Unpublished doctoral dissertation, Prince of Songkla University, Songkhla.

Naylor, M. D., Brooten, D., Campbell, R., Jacobsen, B. S., Mezey, M. D., Pauly, M. V., & Schwartz, J. S. (1999). Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: A randomized clinical trial. *Journal of American Medical Association, 281*(7), 613-620.

Naylor, M., Brooten, D., Jones, R., Lavizzo-Mourey, R., Mezey, M., & Pauly, M. (1994). Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly. *Annals of Internal Medicine, 120*(12), 999-1006.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Rao, S. C., & Tompkins, J. (2007). Growth curves for preterm infants. *Early Human Development, 83*, 643-651.

Rouck, S. D., & Leys, M. (2009). Information needs of parents of children admitted to a neonatal intensive care unit: A review of literature (1990-2008). *Patient Education and Counselling, 79,* 159-173.

Sarakan, K. (2010). *Effectiveness of a transitional care program for persons with schizophrena.* Unpublished doctoral dissertation, Chiangmai University, Chiangmai.

Schumacher, K. L., & Meleis, A. l. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship, 26*(2), 119-127.

Seashore, M. J., Leifer, A. D., Barnett, C. R., & Leiderman, P. H. (1973). The effects of denial of early mother-infant interaction on maternal self-confidence. *Journal of Personality and Social Psychology, 26*(3), 369-378.

Shah, P. E., Clements, M., & Poehlmann, J. (2011). Maternal resolution of grief after preterm birth: Implications for infant attachment security. *Pediatrics, 127,* 284-292.

Stier, D. M., Leventhal, J. M., Berg, A. T., Johnson, L., & Mezger, J. (1993). Are children born to young mothers at increased risk of maltreatment? *Pediatrics, 91*, 642-648.

Swartz, M. (2005). Parenting preterm infants: A meta-synthesis. *American Journal of Maternal Child Nursing, 30*(2), 115-120.

Tseng, Y. H., Chen, C. W., Huang, H. L., Chen, C. C., Lee, M. D., Ko, M. C., & Li, C. Y. (2010). Incidence of and predictors for short-term readmission among preterm low-birthweight infants. *Pediatrics International, 52*(5), 711-717.

Underwood, M. A., Danielsen, B., & Gilbert, W. M. (2007). Cost, causes and rates of rehospitalization of preterm infants. *Journal of Perinatology, 27*(10), 614-619.

Uzark, K., & Jones, K. (2003). Parenting stress and children with heart disease. *Journal of Pediatric Health Care, 17*(4), 163-168.

Wal, M. F., Boom, D. C., Pauw-Plomp, H., & Jonge, G. A. (1998). Mothers' reports of infant crying and soothing in a multicultural population. *Archives of Disease in Childhood, 79*(4), 312-317.

Walsh, M. C., & Fanaroff, A. A. (2011). Epidemiology & perinatal service. In R. J. Martin, A. A. Fanaroff, & M. C. Walsh. (Eds.), *Fanaroff and Martin's neonatal-perinatal medicine* (9th ed., pp. 19-32). St. Louis, MO: Mosby.

Wheeler, B. J., (2011). Health promotion of the newborn and family. In M. J. Hockenberry & D. Wilson. (Eds.), *Wong's nursing care of infants and children* (9th ed., pp. 234-235). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Wooldridge, J., & Hall, W. A. (2003). Posthospitalization breastfeeding patterns of moderately preterm infants. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 17*(1), 50-64.

Zwicker, J. G., & Harris, S. R. (2008). Quality of life of formerly preterm and very low birth weight infants from preschool age to adulthood: A systematic review. *Pediatrics, 121*(2), 366-376.

# ภาคผนวก

# ภาคผนวก ก
# เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามการวิจัยเรื่อง
ความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด
ในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลแรกเกิดสู่บ้าน

---

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามฉบับนี้ใช้สอบถามมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของทารกเกิดก่อนกำหนด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา

<u>คำชี้แจง</u> กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวและเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. อายุ ..... ปี

2. นับถือศาสนา

☐ 1. พุทธ ☐ 2. อิสลาม ☐ 3. คริสต์ ☐ 4. อื่นๆ ระบุ.....

…

……

11. ท่านมีสัมพันธภาพกับสามีมากเพียงใด

☐ 1. ดี ☐ 2. ไม่ดี

12. ท่านมีความพร้อมในการมีบุตรคนนี้มากเพียงใด

☐ 1. มีความพร้อม ☐ 2. ไม่มีความพร้อม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของทารกเกิดก่อนกำหนด

<u>คำชี้แจง</u> กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่าง (ผู้วิจัยเป็นผู้ตอบ)

วันเดือนปีเกิด.....

1. อายุครรภ์แรกเกิดของทารก ..... สัปดาห์

2. น้ำหนักแรกเกิดของทารก ..... กรัม

…

……

11. ยาของทารกที่ต้องใช้ต่อที่บ้าน

.....

12. อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ต้องใช้ต่อที่บ้าน

.....

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน

ส่วนย่อยที่ 1

<u>คำชี้แจง</u> กรุณาตอบคำถามในแต่ละข้อต่อไปนี้ โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ✔ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

การเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

| | | |
|---|---|---|
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก หรือตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมาก |
| เห็นด้วย | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก หรือตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน |
| ไม่แน่ใจ | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน |
| ไม่เห็นด้วย | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเล็กน้อย |
| ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเลย |

ตัวอย่าง

| ข้อความ | เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ฉันมีความสุขที่ได้ดูแลบุตร | | ✔ | | | |

คำตอบดังกล่าวแสดงว่า ท่านมีความสุขที่ได้ดูแลบุตรจริง

| ข้อความ | เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
|---|---|---|---|---|---|
| <u>ด้านความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลทารก</u><br>1. ฉันมีข้อมูลเกี่ยวกับบุตรที่ได้จดบันทึกไว้ | | | | | |
| 2. ฉันต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลบุตรเพื่อให้บุตรมีสุขภาพดี | | | | | |
| . | | | | | |
| . | | | | | |
| <u>ด้านความเครียดและการเผชิญความเครียด</u><br>7. ฉันมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับในเวลากลางคืนเพราะกังวลเกี่ยวกับบุตร | | | | | |
| . | | | | | |
| . | | | | | |
| <u>ด้านความเศร้าโศก</u><br>20. ฉันกลัวว่าบุตรของฉันอาจเจ็บป่วยได้อีก | | | | | |
| . | | | | | |
| <u>ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม</u><br>24. บุคคลที่ฉันอาศัยอยู่ด้วยให้การสนับสนุนฉันเป็นอย่างดี | | | | | |
| . | | | | | |

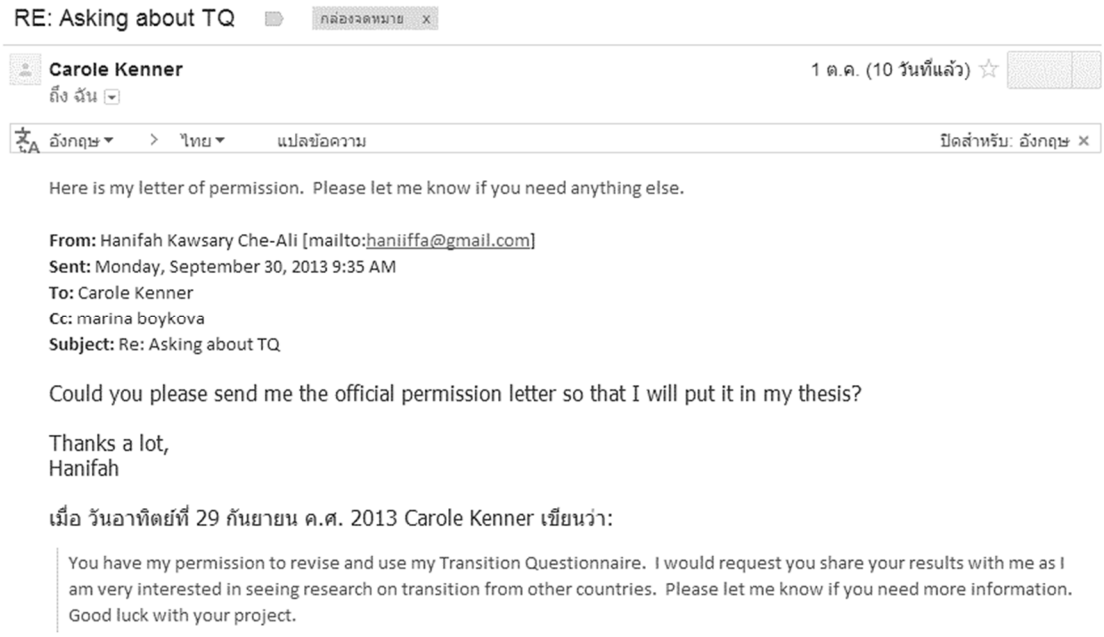
| ข้อความ | เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
|---|---|---|---|---|---|
| <u>ด้านการพัฒนาบทบาทการเป็นบิดามารดาและบุตร</u><br>27. ฉันรู้ว่าจะดูแลบุตรอย่างไร | | | | | |
| . | | | | | |
| . | | | | | |
| 34. ฉันรู้สึกว่ามีความสามารถในการดูแลบุตร | | | | | |

ส่วนย่อยที่ 2

<u>คำชี้แจง</u> กรุณาตอบคำถามในแต่ละข้อต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมาย ○ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดในแต่ละคำถามท่านสามารถ<u>ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ</u> ยกเว้น ข้อ 2

1. ฉันต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับบุตรในเรื่องต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)
    ก. การทำความสะอาดช่องปากและฟัน
    ข. พฤติกรรม เช่น การร้องไห้ การขับถ่าย
    ค. การดูแลในแต่ละวัน เช่น การเจริญเติบโตและพัฒนาการ การนอนหลับ
    ง. ความปลอดภัย
    จ. การให้นม
    ฉ. การนอนหลับ
    ช. อื่นๆ .....
2. ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลบุตร<u>มากที่สุด</u>จากใคร (เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ)
    ก. พยาบาล
    ข. แพทย์
    ค. ญาติ
    ง. เพื่อนๆ
    จ. อื่นๆ .....
3. ฉันสามารถแบ่งปันความรู้สึกของฉันเกี่ยวกับบุตรของฉันกับบุคคลดังต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)
    ก. สามี
    ข. ญาติ
    ค. เพื่อน
    ง. กุมารแพทย์
    จ. พยาบาล

# ภาคผนวก ข
# จดหมายอนุญาตให้ใช้เครื่องมือจากเคนเนอร์ (Kenner)



RE: Asking about TQ กล่องจดหมาย ×

**Carole Kenner** 1 ต.ค. (10 วันที่แล้ว)
ถึง ฉัน

อังกฤษ > ไทย แปลข้อความ ปิดสำหรับ: อังกฤษ ×

Here is my letter of permission. Please let me know if you need anything else.

**From:** Hanifah Kawsary Che-Ali [mailto:haniiffa@gmail.com]
**Sent:** Monday, September 30, 2013 9:35 AM
**To:** Carole Kenner
**Cc:** marina boykova
**Subject:** Re: Asking about TQ

Could you please send me the official permission letter so that I will put it in my thesis?

Thanks a lot,
Hanifah

เมื่อ วันอาทิตย์ที่ 29 กันยายน ค.ศ. 2013 Carole Kenner เขียนว่า:

> You have my permission to revise and use my Transition Questionnaire. I would request you share your results with me as I am very interested in seeing research on transition from other countries. Please let me know if you need more information. Good luck with your project.

September 30, 2013

Hanifah Che-Ali

Dear Ms. Che-Ali:

Thank you for your interest in the Kenner Transition Questionnaire. I am very happy to give you permission to use and to revise my questionnaire. I would respectfully request that you share your finings and revision of the instrument with me. If you need anything more please let me know.

Good luck on your project.

Carole Kenner, PhD, RN, FAAN

## ภาคผนวก ค
## แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้า.....(ผู้เข้าร่วมวิจัย) ตกลงใจที่จะเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างและยินยอมให้ทารกเกิดก่อนกำหนดซึ่งเป็นบุตรของข้าพเจ้าเข้าร่วมในการทำวิจัยที่ทำโดย นางฮานีฟะฮ เจ๊ะอาลี นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยมี รศ.ดร.บุษกร พันธ์เมธาฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ทำการวิจัยในหัวข้อเรื่อง ความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด ผลการศึกษาจะนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลสำหรับมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านเพื่อให้มารดามีการเปลี่ยนผ่านอย่างเหมาะสมต่อไป โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในงานวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์แล้ว

เมื่อข้าพเจ้าตกลงใจที่จะเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างและยินยอมให้บุตรของข้าพเจ้าเข้าร่วมในการทำวิจัย ข้าพเจ้าจะได้รับแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที ข้าพเจ้าได้รับการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ และขอเข้าร่วมในการวิจัยโดยสมัครใจและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลและคำตอบของข้าพเจ้าจะถูกปิดเป็นความลับ ผลการศึกษาจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะถามข้อสงสัย และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อที่ข้าพเจ้าต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรับการรักษาพยาบาลของบุตรของข้าพเจ้า ในระหว่างที่ข้าพเจ้าทำการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้การดูแลบุตร ผลประโยชน์จากการวิจัยในครั้งนี้อาจมีผลต่อมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดคนอื่นๆ รวมทั้งต่อตัวข้าพเจ้าและบุตรของข้าพเจ้า และวิจัยครั้งนี้ไม่ก่อให้เกิดโทษทั้งทางด้านการแพทย์ กฎหมาย และสังคมแต่อย่างใด

หากข้าพเจ้ามีข้อสงสัยหรือคำถามเกี่ยวกับการวิจัย สามารถสอบถาม นางฮานีฟะฮ เจ๊ะอาลี ได้ที่เบอร์ 0805400252

ลายเซ็นของผู้เข้าร่วมวิจัย..... ลายเซ็นของผู้วิจัย.....

วัน/เดือน/ปี ..... วัน/เดือน/ปี .....

# ภาคผนวก ง
# วันเวลาการเก็บข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล

ตาราง 6

*วัน เวลา ที่แพทย์นัดตรวจหลังจำหน่ายในแต่ละโรงพยาบาล*

| โรงพยาบาล | แพทย์นัดตรวจหลังจำหน่าย | วันที่นัด | เวลา |
|---|---|---|---|
| โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช | 1 เดือน | ทุกวันอังคาร | เวลา 9.00 – 12.00 น. |
| โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี | 1 เดือน | ทุกวันศุกร์ | เวลา 9.00 – 12.00 น. |
| โรงพยาบาลกระบี่ | 1 เดือน | ทุกวันตามแพทย์นัด | เวลา 9.00 - 16.00 น. |
| โรงพยาบาลหาดใหญ่ | 1 เดือน | ทุกวันศุกร์ | เวลา 9.00 – 16.00 น. |
| โรงพยาบาลยะลา | 2 สัปดาห์ – 1 เดือน | ทุกวันตามแพทย์นัด | เวลา 9.00 – 16.00 น. |
| โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ | 2 สัปดาห์ – 1 เดือน | ทุกวันตามแพทย์นัด | เวลา 9.00 – 16.00 น. |

ตาราง 7

*วัน เวลา และผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล*

| โรงพยาบาล | วัน | เวลา | ผู้เก็บข้อมูล |
|---|---|---|---|
| โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช | ทุกวันอังคารของทุกเดือน | 9.00 – 12.00 น. | ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย |
| โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี | ทุกวันศุกร์ของทุกเดือน | 9.00 – 12.00 น. | ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย |
| โรงพยาบาลกระบี่ | ทุกวันจันทร์-พฤหัสบดีที่ 1 ของทุกเดือน | 9.00 – 16.00 น | ผู้วิจัย |
| โรงพยาบาลหาดใหญ่ | ทุกวันศุกร์ของทุกเดือน | 9.00 – 16.00 น | ผู้วิจัย |
| โรงพยาบาลยะลา | ทุกวันจันทร์-พฤหัสบดีที่ 2 ของทุกเดือน | 9.00 – 16.00 น | ผู้วิจัย |
| โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ | ทุกวันจันทร์-พฤหัสบดีที่ 3 ของทุกเดือน | 9.00 – 16.00 น | ผู้วิจัย |

# ภาคผนวก จ
# ผลการศึกษาเพิ่มเติม

ตาราง 8

*จำนวนและร้อยละของความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดจำแนกตามรายข้อ (N=400)*

| ข้อคำถาม | จำนวน (ร้อยละ) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 1. ฉันมีข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลบุตรที่ได้จดบันทึกไว้ | 70(17.5) | 138(34.5) | 117(29.3) | 55(13.8) | 20(4.9) |
| *2. ฉันต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลบุตรเพื่อให้บุตรมีสุขภาพดี | 111(27.8) | 253(63.3) | 36(8.9) | 0(0.0) | 0(0.0) |
| 3. ข้อมูลที่ฉันได้รับทำให้ฉันได้มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลบุตร | 86(21.5) | 171(42.8) | 93(23.2) | 42(10.5) | 8(2.0) |
| 4. ฉันรู้ว่าเมื่อใดที่ต้องโทรศัพท์หาแพทย์ | 61(15.3) | 187(46.8) | 121(30.3) | 29(7.2) | 2(0.4) |
| 5. ฉันเข้าใจในสิ่งที่แพทย์บอกฉัน | 59(14.8) | 242(60.5) | 71(17.8) | 27(6.7) | 1(0.2) |
| 6. ฉันรู้สึกพอใจกับการเตรียมความพร้อมที่ฉันได้รับเกี่ยวกับการดูแลและเลี้ยงดูบุตร | 71(17.8) | 187(46.8) | 91(22.8) | 47(11.7) | 4(0.9) |
| *7. ฉันมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับในเวลากลางคืนเพราะกังวลเกี่ยวกับบุตร | 45(11.3) | 218(54.5) | 58(14.5) | 56(14.0) | 23(5.7) |
| 8. ฉันรู้สึกสบายใจในการดูแลบุตรของฉัน | 66(16.5) | 198(49.5) | 68(17.0) | 53(13.3) | 15(3.7) |

* ข้อความทางลบ

ตาราง 8 (ต่อ)

| ข้อคำถาม | จำนวน (ร้อยละ) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 9. พยาบาลถามฉันเกี่ยวกับความรู้สึกของฉัน | 47(11.8) | 177(44.3) | 126(31.5) | 39(9.7) | 11(2.7) |
| *10. ฉันรู้สึกโดดเดี่ยวตลอดเวลา | 13(3.2) | 94(23.5) | 71(17.8) | 124(31.0) | 98(24.5) |
| 11. ฉันตั้งใจว่าในแต่ละวัน ฉันมีเวลาให้ตนเอง | 29(7.2) | 187(46.8) | 115(28.8) | 48(12.0) | 21(5.2) |
| *12. ฉันรู้สึกผิดเมื่อต้องทิ้งบุตรของฉันให้คนอื่นดูแล | 143(35.8) | 130(32.5) | 38(9.5) | 57(14.3) | 32(7.9) |
| 13. ฉันรู้สึกสะดวกใจที่จะถามแพทย์เกี่ยวกับปัญหาที่ฉันมีในการดูแลบุตร | 100(25.0) | 175(43.8) | 75(18.8) | 42(10.5) | 8(1.9) |
| *14. ฉันรู้สึกกลัวที่จะทิ้งบุตรไว้กับพี่เลี้ยง | 175(43.8) | 135(33.8) | 43(10.8) | 31(7.7) | 16(3.9) |
| *15. ฉันรู้สึกหนักใจหรือเครียดที่มีบุตรอยู่ที่บ้าน | 19(4.7) | 61(15.2) | 68(17.0) | 141(35.3) | 111(27.8) |
| *16. ฉันรู้สึกกดดันจากบุตรคนอื่นๆ ของฉัน | 4(0.9) | 71(17.8) | 58(14.5) | 81(20.3) | 186(46.5) |
| *17. ไม่มีใครเข้าใจฉันอย่างแท้จริงว่าฉันรู้สึกอย่างไร | 19(4.7) | 101(25.3) | 58(14.5) | 171(42.8) | 51(12.7) |
| *18. ฉันรู้สึกว่าคนอื่นๆ รู้จักบุตรของฉันมากกว่าฉัน | 5(1.2) | 39(9.7) | 74(18.5) | 169(42.3) | 113(28.3) |
| 19. พยาบาลให้การสนับสนุนแก่ฉัน | 35(8.7) | 196(49.0) | 125(31.3) | 41(10.3) | 3(0.7) |

* ข้อความทางลบ

ตาราง 8 (ต่อ)

| ข้อคำถาม | จำนวน (ร้อยละ) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| *20. ฉันกลัวว่าบุตรของฉันอาจเจ็บป่วยได้อีก | 128(32.0) | 221(55.3) | 33(8.3) | 14(3.5) | 4(0.9) |
| *21. ฉันไม่สามารถควบคุมสุขภาพของบุตรได้ | 37(9.2) | 189(47.3) | 121(30.3) | 45(11.3) | 8(1.9) |
| *22. ฉันรู้สึกกลัวว่าฉันจะทำบางสิ่งผิดและทำให้บุตรเจ็บป่วย | 113(28.3) | 160(40.0) | 100(25.0) | 26(6.5) | 1(0.2) |
| *23. ฉันกลัวว่าบุตรของฉันจะเสียชีวิต | 144(36.0) | 151(37.8) | 51(12.8) | 42(10.5) | 12(2.9) |
| 24. บุคคลที่ฉันอาศัยอยู่ด้วย ให้การสนับสนุนฉันเป็นอย่างดี | 179(37.3) | 223(55.8) | 19(4.8) | 6(1.4) | 3(0.7) |
| 25. ฉันรู้ว่ามีกลุ่มในชุมชนที่ให้การช่วยเหลือฉัน | 59(14.8) | 148(37.0) | 182(45.5) | 11(2.7) | 0(0.0) |
| 26. ฉันมีคนที่มาแบ่งเบาภาระหน้าที่การดูแลบุตรของฉัน | 86(21.5) | 200(50.0) | 48(12.0) | 46(11.5) | 20(5.0) |
| 27. ฉันรู้ว่าจะดูแลบุตรอย่างไร | 107(26.8) | 259(64.8) | 30(7.5) | 4(0.9) | 0(0.0) |
| 28. ฉันรู้ว่าต้องให้บุตรทานอะไรและให้ในปริมาณเท่าไร | 75(18.8) | 285(71.3) | 37(9.2) | 3(0.7) | 0(0.0) |
| 29. เมื่อบุตรของฉันกำลังร้องไห้ ฉันรู้ว่าบุตรของฉันต้องการอะไร | 95(23.8) | 224(56.0) | 73(18.3) | 8(1.9) | 0(0.0) |
| 30. สามีและฉันจัดสรรเวลาส่วนตัวสำหรับเรา | 68(17.0) | 196(49.0) | 85(21.3) | 29(7.3) | 22(5.4) |

* ข้อความทางลบ

ตาราง 8 (ต่อ)

| ข้อคำถาม | จำนวน (ร้อยละ) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 31. ฉันรู้ว่าคนอื่นๆ จะคาดหวังอะไรจากฉันในการเป็นพ่อแม่ | 78(19.5) | 199(49.8) | 109(27.3) | 14(3.4) | 0(0.0) |
| *32. ฉันต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุตร | 144(36.0) | 225(56.3) | 28(7.0) | 3(0.7) | 0(0.0) |
| 33. บุตรของฉันมีสุขภาพดีและเป็นปกติ | 66(16.5) | 181(45.3) | 123(30.8) | 30(7.4) | 0(0.0) |
| 34. ฉันรู้สึกว่ามีความสามารถในการดูแลบุตร | 125(31.3) | 238(59.5) | 33(8.3) | 4(0.9) | 0(0.0) |

* ข้อความทางลบ

ตาราง 9

*ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ ความเบ้ ความโด่ง และระดับความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน จำแนกตามรายข้อ (N=400)*

| ข้อคำถาม | *M* | *SD* | *Md* | *QD* | *Skewness* | *Kurtosis* | ระดับ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ฉันมีข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลบุตรที่ได้จดบันทึกไว้ | 3.46 | 1.08 | - | - | -3.22 | -1.91 | ปานกลาง |
| 2. ฉันต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลบุตรเพื่อให้บุตรมีสุขภาพดี | 1.81 | 0.58 | - | - | 0.26 | -1.09 | สูง |
| 3. ข้อมูลที่ฉันได้รับ ทำให้ฉันได้มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลบุตร | - | - | 4 | 0.50 | -4.70 | -0.63 | - |
| 4. ฉันรู้ว่าเมื่อใดที่ต้องโทรศัพท์หาแพทย์ | 3.69 | 0.83 | - | - | -2.70 | -0.54 | ต่ำ |
| 5. ฉันเข้าใจในสิ่งที่แพทย์บอกฉัน | - | - | 4 | 0.00 | -5.99 | 2.94 | - |
| 6. ฉันรู้สึกพอใจกับการเตรียมความพร้อมที่ฉันได้รับเกี่ยวกับการดูแลและเลี้ยงดูบุตร | - | - | 4 | 0.50 | -4.20 | -1.03 | - |
| 7. ฉันมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับในเวลากลางคืนเพราะกังวลเกี่ยวกับบุตร | - | - | 2 | 0.50 | 7.07 | 0.05 | - |
| 8. ฉันรู้สึกสบายใจในการดูแลบุตรของฉัน | - | - | 4 | 0.50 | -6.14 | -0.09 | - |
| 9. พยาบาลถามฉันเกี่ยวกับความรู้สึกของฉัน | - | - | 4 | 0.50 | -4.34 | 0.70 | - |

ตาราง 9 (ต่อ)

| ข้อคำถาม | *M* | *SD* | *Md* | *QD* | *Skewness* | *Kurtosis* | ระดับ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10. ฉันรู้สึกโดดเดี่ยวตลอดเวลา | - | - | 4 | 1.00 | -2.26 | -4.56 | - |
| 11. ฉันตั้งใจว่าในแต่ละวันฉันมีเวลาให้ตนเอง | - | - | 4 | 0.50 | -5.80 | 0.43 | - |
| 12. ฉันรู้สึกผิดเมื่อต้องทิ้งบุตรของฉันให้คนอื่นดูแล | - | - | 2 | 1.00 | 6.46 | -2.43 | - |
| 13. ฉันรู้สึกสะดวกใจที่จะถามแพทย์เกี่ยวกับปัญหาที่ฉันมีในการดูแลบุตร | - | - | 4 | 0.88 | -5.72 | -0.19 | - |
| 14. ฉันรู้สึกกลัวที่จะทิ้งบุตรไว้กับพี่เลี้ยง | - | - | 2 | 0.50 | 9.68 | 2.73 | - |
| 15. ฉันรู้สึกหนักใจหรือเครียดที่มีบุตรอยู่ที่บ้าน | - | - | 4 | 1.00 | -4.93 | -2.51 | - |
| 16. ฉันรู้สึกกดดันจากบุตรคนอื่นๆ ของฉัน<br>- ถ้าท่านไม่มีบุตรคนอื่นๆ ให้ตอบในช่อง<br>ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | - | - | 4 | 1.00 | -5.41 | -4.13 | - |
| 17. ไม่มีใครเข้าใจฉันอย่างแท้จริงว่าฉันรู้สึกอย่างไร | - | - | 4 | 1.00 | -2.86 | -3.94 | - |
| 18. ฉันรู้สึกว่าคนอื่นๆ รู้จักบุตรของฉันมากกว่าฉัน | - | - | 4 | 1.00 | -5.60 | -0.51 | - |
| 19. พยาบาลให้การสนับสนุนแก่ฉัน | - | - | 4 | 0.50 | -3.60 | -0.09 | - |
| 20. ฉันกลัวว่าบุตรของฉันอาจเจ็บป่วยได้อีก | - | - | 2 | 0.50 | 9.73 | 9.86 | - |

ตาราง 9 (ต่อ)

| ข้อคำถาม | *M* | *SD* | *Md* | *QD* | *Skewness* | *Kurtosis* | ระดับ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21. ฉันไม่สามารถควบคุมสุขภาพของบุตรได้ | - | - | 2 | 0.50 | 4.43 | 0.40 | - |
| 22. ฉันรู้สึกกลัวว่าฉันจะทำบางสิ่งผิดและทำให้บุตรเจ็บป่วย | - | - | 2 | 1.00 | 3.43 | -2.15 | - |
| 23. ฉันกลัวว่าบุตรของฉันจะเสียชีวิต | - | - | 2 | 1.00 | 7.64 | 0.42 | - |
| 24. บุคคลที่ฉันอาศัยอยู่ด้วย ให้การสนับสนุนฉันเป็นอย่างดี | - | - | 4 | 0.50 | -10.23 | 15.33 | - |
| 25. ฉันรู้ว่ามีกลุ่มในชุมชนที่ให้การช่วยเหลือฉัน | 3.64 | 0.76 | - | - | 2.83 | -2.72 | ปานกลาง |
| 26. ฉันมีคนที่มาแบ่งเบาภาระหน้าที่การดูแลบุตรของฉัน | - | - | 4 | 0.50 | -7.58 | 0.89 | - |
| 27. ฉันรู้ว่าจะดูแลบุตรอย่างไร | - | - | 4 | 0.50 | -2.95 | 3.99 | - |
| 28. ฉันรู้ว่าต้องให้บุตรทานอะไรและให้ในปริมาณเท่าไร | - | - | 4 | 0.00 | -1.89 | 5.67 | - |
| 29. เมื่อบุตรของฉันกำลังร้องไห้ ฉันรู้ว่าบุตรของฉันต้องการอะไร | 4.02 | 0.71 | - | - | -2.97 | 0.03 | ต่ำ |
| 30. สามีและฉันจัดสรรเวลาส่วนตัวสำหรับเรา | - | - | 4 | 0.50 | -7.42 | 2.30 | - |

ตาราง 9 (ต่อ)

| ข้อคำถาม | *M* | *SD* | *Md* | *QD* | *Skewness* | *Kurtosis* | ระดับ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 31. ฉันรู้ว่าคนอื่นๆ จะคาดหวังอะไรจากฉันในการเป็นพ่อแม่ | 3.85 | 0.77 | - | - | -1.75 | -1.58 | ต่ำ |
| 32. ฉันต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุตร | - | - | 2 | 0.50 | 3.73 | 1.34 | - |
| 33. บุตรของฉันมีสุขภาพดีและเป็นปกติ | 3.71 | 0.83 | 4 | - | - | -2.03 | ต่ำ |
| 34. ฉันรู้สึกว่ามีความสามารถในการดูแลบุตร | - | - | 4 | 0.50 | -3.55 | 2.24 | - |

# ภาคผนวก ช
# รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ดร.พิสมัย วัฒนสิทธิ์
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โสเพ็ญ ชูนวล
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชและการผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

นางสาวสุกันติมา ทวีทอง
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลเด็ก
หออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศูนย์ยะลา

# ประวัติผู้เขียน

**ชื่อ สกุล** นางฮานีฟะฮ เจ๊ะอาลี

**รหัสประจำตัวนักศึกษา** 5410420012

**วุฒิการศึกษา**

| วุฒิ | ชื่อสถาบัน | ปีที่สำเร็จการศึกษา |
|---|---|---|
| พยาบาลศาสตรบัณฑิต เกียรตินิยมอันดับ 2 | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ | 2552 |

**ทุนการศึกษา (ที่ได้รับในระหว่างการศึกษา)**

ทุนการศึกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี และ วิทยาเขตหาดใหญ่

**ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน**

พยาบาลวิชาชีพ

**การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน**

ฮานีฟะฮ เจ๊ะอาลี, บุษกร พันธ์เมธาฤทธิ์, และมยุรี นภาพรรณสกุล. (22 พฤษภาคม 2557). *ความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน.* การประชุมวิชาการบัณฑิตศึกษาระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 4 “การศึกษาเชิงสร้างสรรค์”. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน) (Proceeding).