



ความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับ
การตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดา
ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต
**Needs, Need Responses, and Need Response Satisfaction in Palliative Care
among Mothers of Premature Infants with Life-threatening Illness**

วาสนา อินทโร

Wasana Intharo

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**

2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับ
การตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดา
ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต
**Needs, Need Responses, and Need Response Satisfaction in Palliative Care
among Mothers of Premature Infants with Life-threatening Illness**

วาสนา อินทโร

Wasana Intharo

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**

2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์	ความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต
ผู้เขียน	นางวาสนา อินทโร
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเด็ก)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (รองศาสตราจารย์ ดร.บุญกร พันธุ์เมธาฤทธิ)ประธานกรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช จิตตุนนท์)
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมกรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร.บุญกร พันธุ์เมธาฤทธิ)
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันฉวี วิรุฬห์พานิช)กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันฉวี วิรุฬห์พานิช)
กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกียรติกัจจกร กุศล)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ดำรงศักดิ์ ฟ้ารุ่งสว่าง)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ

(รองศาสตราจารย์ ดร.บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ

(นางวาสนา อินทโร)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ

(นางวาสนา อินทโร)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต
ผู้เขียน	นางวาสนา อินทโร
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเด็ก)
ปีการศึกษา	2560

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดมีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสงขลา จำนวน 63 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม (1) ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารก (2) ความต้องการ (3) การได้รับการตอบสนองความต้องการ และ (4) ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงแบบวัดค่าความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามชุดที่ 2-4 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .98, .97 และ .98 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. ความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 2.77, SD = 0.17, M = 2.71, SD = 0.18$ และ $M = 2.74, SD = 0.18$ ตามลำดับ จากคะแนนสูงสุดเท่ากับ 3)
2. ความต้องการ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .63, p < .001$)

3. การได้รับการตอบสนองความต้องการ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดา ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .97, p < .001$)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ความต้องการของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะด้านการสื่อสารภายในทีมสุขภาพและครอบครัว ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย และการรักษาทารก ดังนั้นพยาบาลจึงควรคำนึงถึงความต้องการ และให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของมารดาในด้านนี้

Thesis Title	Needs, Need Responses, and Need Response Satisfaction in Palliative Care among Mothers of Premature Infants with Life-threatening Illness
Author	Mrs. Wasana Intharo
Major Program	Nursing Science (Pediatric Nursing)
Academic Year	2017

ABSTRACT

This descriptive research aimed to study the levels and correlations of needs, need responses and need response satisfaction in palliative care among mothers of premature infants with life-threatening illness. Purposive sampling was used to select 63 mothers having premature infants with life-threatening illness who were admitted to the Neonatal Intensive Care Unit of a tertiary hospital of Songkhla province. The data were collected using questionnaires including (1) mothers and infants demographic (2) the needs, (3) the need responses, and (4) the need response satisfaction in palliative care questionnaires. All questionnaires were tested for content validity by three experts. The internal consistency reliability of questionnaires 2-4 using Cronbach's alpha coefficients was .98, .97, and .98, respectively. Descriptive statistics and Pearson's product moment correlation were used to analyze the data.

The results revealed that:

1. The mean total scores of needs, need responses, and need response satisfaction of the mothers having premature infants with life-threatening illness were at a high level ($M = 2.77$, $SD = 0.17$, $M = 2.71$, $SD = 0.18$ and $M = 2.74$, $SD = 0.18$, respectively, maximum score = 3).
2. Needs had a significant moderately positive correlation with need responses in palliative care among mothers of premature infants with life-threatening illness ($r = .63$, $p < .001$, respectively)
3. Needs responses had a significant highly positive correlation with need response satisfaction in palliative care among mothers of premature infants with life-threatening illness ($r = .97$, $p < .001$, respectively)

The results indicate that the needs of mothers having premature infants with life-threatening illness were at a high level, especially communication among health care team and family dimension regarding infants' illness and treatments. Thus, nurses should always consider the mothers' needs and take care to response to these needs.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้จากการได้รับความกรุณา และการช่วยเหลือ เกื้อกูลจากรองศาสตราจารย์ ดร.บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันฉนิ วิรุฬห์พานิช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ถ่ายทอดความรู้ ให้คำปรึกษาแนะนำ ให้ข้อคิดเห็น ที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ ด้วยความเอาใจใส่ตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความเมตตาของอาจารย์ทั้งสองเป็น ที่สุด จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้แนวคิด และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความ สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบความ ถูกต้องของเนื้อหาเครื่องมือวิจัย ทำให้เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ถูกต้องเป็นที่น่าเชื่อถือ ขอขอบคุณ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดวิชาการความรู้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยให้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หัวหน้าฝ่ายบริการ พยาบาล หัวหน้าหออภิบาลทารกแรกเกิด พยาบาลและเจ้าหน้าที่หออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทดลองใช้ เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้ เงินสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ท้ายที่สุดขอขอบคุณครอบครัวอันเป็นที่รัก ที่เป็นกำลังใจอันสำคัญยิ่ง คอยดูแล ห่วงใย และช่วยเหลือในทุกๆ ด้าน ขอขอบคุณหัวหน้า พี่และน้องๆ ภายในหออภิบาลทารกแรกเกิด รวมทั้งเพื่อนนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตทุกท่านที่คอยให้กำลังใจให้เสมอมา และให้ความ ช่วยเหลือเป็นอย่างดี คุณประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแด่บุพการี คณะอาจารย์ที่ ประสิทธิ์ประสาทความรู้ทุกๆ ท่านที่เอ่ยนามมา รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านด้วย

วาสนา อินทโร

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(12)
รายการภาพประกอบ.....	(13)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
คำถามการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
สมมุติฐานการวิจัย.....	9
นิยามศัพท์.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	11
ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต.....	12
การดูแลแบบประคับประคองทารกเกิดก่อนกำหนด.....	22
ความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต.....	32
การได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต.....	41
ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต.....	47
ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการกับการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง.....	51
ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการตอบสนองความต้องการกับความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง.....	52

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	53
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	56
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	62
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	63
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	66
ผลการวิจัย.....	66
อภิปรายผลการวิจัย.....	78
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	101
สรุปผลการวิจัย.....	102
ข้อเสนอแนะ.....	102
เอกสารอ้างอิง.....	104
ภาคผนวก.....	115
ก การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	116
ข เครื่องมือในการวิจัย.....	117
ค การหาความตรงของเครื่องมือวิจัย.....	126
ง การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	129
จ การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการหาความสัมพันธ์.....	132
ฉ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	137
ช รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	143
ประวัติผู้เขียน.....	144

รายการตาราง

ตาราง	หน้า	
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (<i>M</i>) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (<i>SD</i>) ค่ามัธยฐาน (<i>Md</i>) ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ (<i>QD</i>) ค่าต่ำสุด (<i>Min</i>) ค่าสูงสุด (<i>Max</i>) ของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (<i>N</i> = 63).....	67
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (<i>M</i>) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (<i>SD</i>) ค่ามัธยฐาน (<i>Md</i>) ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ (<i>QD</i>) ค่าต่ำสุด (<i>Min</i>) ค่าสูงสุด (<i>Max</i>) ของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (<i>N</i> = 63).....	70
3	ค่าเฉลี่ย (<i>M</i>) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (<i>SD</i>) ค่ามัธยฐาน (<i>Md</i>) ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ (<i>QD</i>) ค่าต่ำสุด (<i>Min</i>) ค่าสูงสุด (<i>Max</i>) และระดับความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจในการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาแบ่งตามรายด้านและโดยรวม (<i>N</i> = 63).....	76
4	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (<i>r</i>) ระหว่างคะแนนความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต (<i>N</i> = 63).....	78
5	การทดสอบลักษณะการแจกแจงแบบโค้งปกติ (test of normality) ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามแบ่งตามรายด้านและโดยรวม โดยใช้ค่า Z-value	134
6	จำนวนและร้อยละของความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตจำแนกตามรายชื่อ (<i>N</i> = 63).....	137

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการ กับ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการกับความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการ ในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต.....	8
2	ตารางขนาดตัวอย่างประมาณจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์.....	116
3	ทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้น (linearity) ของตัวแปรความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการ.....	136
4	ทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้น (linearity) ของตัวแปรการได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการ.....	136

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์และการดูแลรักษา ส่งผลดีต่อคุณภาพการรักษาโรค และการช่วยชีวิต ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนด และทารกป่วยวิกฤตมีชีวิตรอดหรือยืดชีวิตให้ยาวนานขึ้น (Kilcullen & Ireland, 2017; Stevens, 2018) ซึ่งทารกที่รอดชีวิตมีอายุครรภ์และน้ำหนักตัวน้อยลงเรื่อยๆ (Dighe, Muckaden, Manerkar, & Duraisamy, 2011) แต่ในทารกที่มีข้อจำกัด การเสียชีวิตก็เป็นความจริงที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (Kilcullen & Ireland, 2017; Stevens, 2018) ทารกเกิดก่อนกำหนดจึงเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก และยังคงมีอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นทุกปี ผลการสำรวจใน 184 ประเทศ พบอัตราการเกิดของทารกเกิดก่อนกำหนดร้อยละ 5-18 ของทารกเกิดมีชีพทั้งหมด (World Health Organization [WHO], 2018) ในประเทศไทยไม่พบรายงานสถิติของทารกเกิดก่อนกำหนด แต่พบรายงานอัตราการเกิดในปี พ.ศ. 2555-2559 ของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,501 กรัม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นทารกเกิดก่อนกำหนด ร้อยละ 10.2, 10.8, 10.4, 10.6 และ 11.1 ของทารกเกิดมีชีพทั้งหมด สูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้คือ ไม่เกินร้อยละ 7 ส่วนอัตราการเสียชีวิตมีรายงานแต่ในทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า 28 วัน ในปี พ.ศ. 2555-2559 คิดเป็น 4.0, 3.7, 3.7, 3.5 และ 3.5 ต่อการเกิดมีชีพหนึ่งพันคน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2560) สำหรับรายงานสถิติทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาภายในหออภิบาลทารกแรกเกิดโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ปี พ.ศ. 2556-2560 มีจำนวนร้อยละ 43.7, 48.5, 46.4, 41.9 และ 45.3 ของทารกที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด และอัตราการเสียชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนด มีจำนวนร้อยละ 5.4, 8.3, 6.5, 7.3 และ 8.9 ของทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด สาเหตุหลักของการเสียชีวิตเกิดจาก การติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะปอดอักเสบ และกลุ่มอาการหายใจลำบาก (ฝ่ายจัดเก็บข้อมูลสถิติหออภิบาลทารกแรกเกิดโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2561)

ภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในทารกเกิดก่อนกำหนด (WHO, 2018) หรือก่อให้เกิดความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต (Boss, 2010) ส่งผลให้ทารกต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่อาจสามารถรักษาให้หายได้ หรืออาจล้มเหลวในการรักษา และมีโอกาสเสียชีวิตสูง (Stayer, 2012) ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมากและทารกเกิดก่อนกำหนดที่อวัยวะในระบบต่างๆของร่างกายยังทำงานไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต จึงถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มที่ควรได้รับการดูแลแบบ

ประคับประคอง (Huijer, 2012) ซึ่งการดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ มีการสื่อสารภายในทีมและครอบครัว มีการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ (Marc-Aurele & English, 2017; WHO, 2018) เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของทารกและครอบครัว ให้มีความสุขสบาย ลดความปวด ทุกข์ทรมานของทารกให้มากที่สุด เริ่มตั้งแต่ทารกได้รับการวินิจฉัยโรค ไปจนตลอดระยะเวลาของความเจ็บป่วย (Together for Short Lives, 2014; WHO, 2018) ไม่ว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นการหายจากความเจ็บป่วยหรือการเสียชีวิต (Marc-Aurele & English, 2017) รวมทั้งการดูแลครอบครัวภายหลังทารกเสียชีวิต ให้สามารถดำเนินชีวิตและทำหน้าที่ได้ต่อไป (WHO, 2018)

ภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตของทารกวิกฤตที่รับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ส่งผลกระทบต่อมารดาด้วยเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยที่ศึกษาในบิตามารดาทารกแรกเกิดและเด็กที่เสียชีวิตจากความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต (Contro, Larson, Scofield, Sourkes, & Cohen, 2002) ซึ่งร้อยละ 9 เป็นทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า การรับรู้คุณภาพการดูแลแบบประคับประคองในด้านการสื่อสารยังไม่มีประสิทธิภาพ โดยทีมสุขภาพมีการให้ข้อมูลไม่ตรงกันเกี่ยวกับการวินิจฉัย การรักษา หรือการพยากรณ์โรค มีการแจ้งข่าวร้ายอย่างไร้ความรู้สึก ให้การดูแลโดยไม่คำนึงถึงภาษาและวัฒนธรรมที่แตกต่าง ไม่มีการดูแลด้านอารมณ์ความรู้สึก ไม่รับรู้และนำพาต่อการตัดสินใจของบิตามารดา และบิตามารดามองเห็นข้อผิดพลาดในการดูแล ส่วนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้การดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของบิตามารดาทารกแรกเกิดและเด็กที่เสียชีวิตในหออภิบาลทารกแรกเกิดและหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก (Brooten et al., 2013) ซึ่งร้อยละ 23.5 เป็นทารกเกิดก่อนกำหนด บิตามารดาระบุว่า ทีมสุขภาพไม่ให้การดูแลด้านอารมณ์ ความรู้สึก และแสดงออกด้วยท่าทีที่ไร้ความรู้สึก มีการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพในช่วงที่ทารกใกล้เสียชีวิต เกิดความขัดแย้งด้านการตัดสินใจในการให้การดูแลรักษาระหว่างครอบครัวและทีมสุขภาพ แพทย์และพยาบาลไม่มีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการดูแล บิตามารดาไม่เข้าใจในการอธิบายและให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การดูแลรักษา และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับทารก และงานวิจัยที่ศึกษาในบิตามารดาที่บุตรเสียชีวิตในวัยทารกแรกเกิด เด็กและวัยรุ่น เกี่ยวกับการรับรู้คุณภาพการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย (Widger & Picot, 2008) พบว่า บิตามารดาเกือบทั้งหมดระบุถึงประสบการณ์ด้านลบในด้านการสื่อสาร และไม่ได้รับการดูแลด้านอารมณ์ความรู้สึก ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวข้างต้นส่งผลให้บิตามารดา รู้สึกปวดร้าว โกรธ เครียด โดดเดี่ยว ลับสน และไม่มีวิ้วางใจในระบบบริการ และเหตุการณ์เหล่านั้นจะติดอยู่ในใจ ก่อให้เกิดความทุกข์ที่ลึกซึ้งและความเศร้าโศกที่ยาวนานเป็นปีตามมา (Contro et al., 2002)

การศึกษาดังกล่าวข้างต้น เป็นงานวิจัยที่เน้นเฉพาะด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งไม่ได้ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ตามหลักของการดูแลแบบประคับประคอง และพบว่าคุณภาพในการดูแลแบบประคับประคองที่มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับยังไม่เพียงพอ ส่วนหนึ่งมาจากทีมสุขภาพให้ความสำคัญในการดูแลทารกมากกว่ามารดา (Boss, 2010) ร่วมกับมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอ (Brooten et al., 2013; Catlin, 2011) รู้สึกเศร้าใจ ลำบากใจในการดูแลแบบประคับประคอง (Catlin, 2011) และไม่ทราบถึงความต้องการที่แท้จริงของมารดา ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นแกนหลักสำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง เพราะอยู่ใกล้ชิดและให้การดูแลมารดาอย่างต่อเนื่อง (Foster & Monterosso, 2012) จึงต้องรู้ถึงความต้องการที่แท้จริงของมารดา เพื่อให้การดูแลตอบสนองตามความต้องการ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (บุษกร, อุทัยวรรณ, และธิดารัตน์, 2550) ความต้องการเป็นสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิต ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลขาดสมดุล ทำให้เกิดความเครียด แต่หากความต้องการได้รับการตอบสนองจะทำให้บุคคลมีความพึงพอใจ มีความสมดุล ก้าวพ้นภาวะวิกฤต สามารถดำเนินชีวิตและทำหน้าที่ได้ต่อไป (เนตรทอง, วิลาวัณย์, และรัตนชฎาวรรณ, 2550; บุษกรและคณะ, 2550)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทารกแรกเกิด ซึ่งศึกษาถึงความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้ายของบิดามารดาที่มีทารกอายุน้อยกว่า 1 ปี ที่เสียชีวิตในหออภิบาลทารกแรกเกิดและหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก (Brosig, Pierucci, Kupst, & Leuthner, 2007) พบว่า บิดามารดาต้องการข้อมูลที่เป็นจริง เปิดเผย ในด้านการสื่อสาร ได้รับการเสริมแรงให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดูแล และเข้าใจในอารมณ์ ความรู้สึก สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีความศรัทธาหรือความไว้วางใจในการพยาบาล การดูแลจากแพทย์ ทีมสุขภาพ และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ส่วนงานวิจัยที่ศึกษาทั้งความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการในบิดามารดาของทารกที่เสียชีวิตในวัยทารกแรกเกิด (Branchett & Stretton, 2012) พบว่า บิดามารดาต้องการของที่ระลึกที่เป็นความทรงจำ มีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ต้องการความเห็นอกเห็นใจ เวลาและพื้นที่ส่วนตัวเพื่ออยู่กับทารกในระยะสุดท้าย ต้องการการดูแล ความเข้าใจ ต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทารกภายในหนึ่งชั่วโมงหลังย้ายไปรักษา การบอกความจริง และได้รับการดูแลด้านความรู้สึก ซึ่งบิดามารดาได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจจากพยาบาล แต่ความต้องการในด้านอื่นๆ ยังได้รับการตอบสนองไม่เพียงพอ และงานวิจัยที่ศึกษาในบิดามารดาทารกแรกเกิดและเด็กในหออภิบาลเด็ก วัยทารกแรกเกิดถึง 18 ปี (Meyer, Ritholz, Burns, & Truog, 2006) พบว่า บิดามารดาต้องการข้อมูลที่เป็นจริง และครบถ้วนสมบูรณ์ การเข้าถึงทีมสุขภาพ การสื่อสารและการประสานการดูแล การแสดงออกทางอารมณ์ การดูแลจากทีมสุขภาพ การรักษาสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาและเด็ก รวมทั้งความ

ศรัทธา ซึ่งบิดามารดายังไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการเข้าถึงทีมสุขภาพ การสื่อสาร และการประสานการดูแล การแสดงออกทางอารมณ์และการดูแลจากทีมสุขภาพ

สำหรับงานวิจัยที่ศึกษาความพึงพอใจในการดูแลแบบประคับประคองของบิดามารดาทารกแรกเกิดในหออภิบาลทารกแรกเกิดจำนวน 22 ราย ส่วนใหญ่เป็นทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า บิดามารดากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองร้อยละ 100 มีความพึงพอใจมากที่สุด ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ร้อยละ 50 มีความพึงพอใจมากที่สุด (Petseys, Goebel, Wallace, & Singh-Carlson, 2015) และงานวิจัยของศรัทธอ (2548) ซึ่งศึกษาความพึงพอใจในการดูแลแบบประคับประคองของบิดามารดาทารกแรกเกิดถึง 18 ปี ที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตด้วยโรคเลือดและมะเร็งในระยะสุดท้าย พบว่า บิดามารดาที่มีความพึงพอใจทั่วไปในเรื่องการดูแลรักษาที่บุตรได้รับ ด้านคุณภาพของการให้ข้อมูลและการสื่อสาร ด้านคุณภาพในการทำงานร่วมกัน ด้านคุณภาพในการดูแลรักษา และบิดามารดาร้อยละ 40 ไม่พึงพอใจการช่วยประคับประคองสภาพจิตใจที่บุตรและครอบครัวได้รับ

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาทารกที่รับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดของบุษกรและคณะ (2550) พบว่า ความต้องการโดยรวมและรายด้าน มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทั้งหมด ส่วนการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดา มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง และรายด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ ยกเว้นด้านจิตใจและด้านส่วนบุคคลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดา พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง และรายด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ ยกเว้นด้านส่วนบุคคลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และยังมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ศึกษาความต้องการของบิดามารดาทารกแรกเกิด (Mundy, 2010; Ward, 2001) ความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาทารกที่รับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด (เนตรทองและคณะ, 2550) ความต้องการของบิดามารดาเด็กโรคมะเร็งอายุเฉลี่ย 6 ปี และเด็กที่มีความพิการทางระบบประสาทอย่างรุนแรง อายุเฉลี่ย 1.8 ปี ที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต (Monterosso & Kristjanson, 2007) บิดามารดาเด็กอายุ 2-7 ปีที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง (Monterosso & Kristjanson, 2008) บิดามารดาเด็กตั้งแต่วัยทารกถึงวัยรุ่นอายุ 0-19 ปี ที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง (Monterosso, Kristjanson, & Phillips, 2009) บิดามารดาเด็กและวัยรุ่นอายุ 1-18 ปี ขณะได้รับการดูแลแบบประคับประคองหรือที่เสียชีวิตจากโรคทางระบบประสาท มะเร็ง และหัวใจ (Inglin, Hornung, & Bergstraesser, 2011) และบิดามารดาเด็กและวัยรุ่นอายุ 12-18 ปี ที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง (Robert et al., 2012)

งานวิจัยที่ผ่านมาดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในบิดามารดาที่บุตรเสียชีวิตในวัยทารกเกิดครบกำหนด วัยเด็กเล็ก เด็กโตและวัยรุ่น อายุ 1-19 ปี มีข้อจำกัดในการนำไปใช้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีน้อย (Brosig et al., 2007; Monterosso et al., 2009; Petteys et al., 2015; Widger & Picot, 2008) ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Branchett & Stretton, 2012; Contro et al., 2002; Inglin et al., 2011; Meyer et al., 2006; Monterosso & Kristjanson, 2008; Robert et al., 2012) ซึ่งระบุถึงความต้องการในด้านต่างๆ แต่ยังไม่ครอบคลุมองค์ประกอบในการดูแลแบบประคับประคองในมิติด้านจิตวิญญาณ และไม่สามารถบอกระดับของความต้องการในแต่ละด้าน จึงไม่สามารถให้การดูแลเพื่อตอบสนองตามความต้องการของมารดาได้ นอกจากนี้ยังพบว่างานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองมีการศึกษาน้อยมาก ส่วนงานวิจัยของบุษกรและคณะ (2550) เป็นการศึกษาในมารดาทารกแรกเกิดที่อยู่ในภาวะวิกฤตและไม่ได้อยู่ในภาวะวิกฤต ซึ่งแบ่งด้านของความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการแตกต่างจากผู้วิจัย ไม่ได้เน้นการดูแลแบบประคับประคองซึ่งประกอบด้วย ครอบคลุมเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ การสื่อสารภายในทีมและครอบครัว การดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลจิตใจและอารมณ์ การดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย และการดูแลจิตวิญญาณ จึงไม่สามารถนำผลการวิจัยมาปรับใช้ในการดูแลแบบประคับประคอง

หออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ยังไม่มีแนวปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองที่ชัดเจน การดูแลมาจากประสบการณ์และความรู้ที่ได้รับจากการเข้าอบรม ซึ่งการดูแลแบบประคับประคองร่วมกับการดูแลรักษาภายในหออภิบาลทารกแรกเกิด มักมุ่งเน้นมิติทางด้านร่างกายก่อนมิติอื่นๆ เพื่อให้ทารกปลอดภัย ผ่านพ้นภาวะวิกฤต ดังนั้นการพยาบาลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณมีน้อย เนื่องจากความเร่งรีบและข้อจำกัดของเวลา และการที่ไม่ทราบความต้องการของมารดาในการดูแลแบบประคับประคอง ส่งผลให้มารดาได้รับการตอบสนองความต้องการไม่ตรงกับความต้องการที่แท้จริง นอกจากนี้ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตมักมีโอกาเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว (Haghighi, Nojomi, Mohabhatian, & Najmi, 2013) จากความเจ็บป่วยวิกฤต และการพยากรณ์โรคที่ไม่แน่นอน (Marc-Aurele & English, 2017) ส่งผลให้มารดาใช้เวลาอยู่กับทารกและเตรียมตัวสำหรับการเสียชีวิตล่วงหน้า (Boss, 2010) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองภายในหออภิบาลทารกแรกเกิดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการกับการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการตอบสนองความต้องการกับความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต

คำถามการวิจัย

1. ความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตอยู่ในระดับใด
2. ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร
3. การได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของบิดามารดา ซึ่งประกอบด้วย ความต้องการด้านการสื่อสาร (Branchett & Stretton, 2012; Meert, Eggly, & Pollack, 2008; Monterosso & Kristjanson, 2007) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Brosig et al., 2007; Inglin et al., 2011) การประสานการดูแลเพื่อความต่อเนื่องใน

การดูแล (Meert et al., 2008; Monterosso & Kristjanson, 2007; Robert et al., 2012) การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์และความรู้สึก (Branchett & Stretton, 2012; Brosig et al., 2007; Robert et al., 2012) การดูแลบรรเทาความปวดและความสุขสบาย (Monterosso & Kristjanson, 2008; Robert et al., 2012) และด้านความศรัทธา (Meyer et al., 2006) ความต้องการของมารดาในงานวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับองค์ประกอบหลักที่สำคัญซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ด้านคุณภาพในการดูแลแบบประคับประคอง มีทั้งหมด 7 ด้าน ได้แก่ (1) ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ (2) การสื่อสารภายในทีมและครอบครัว (3) การดูแลอย่างต่อเนื่อง (4) การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ของครอบครัว (5) การดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย (6) การดูแลด้านจิตวิญญาณของครอบครัว และ (7) การดูแลด้านจิตใจของทีมดูแลผู้ป่วย (Clarke et al., 2003; Levy & McBride, 2006) ดังนั้นในการศึกษาความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องกับมารดาจำนวน 6 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ (2) ด้านการสื่อสารภายในทีมและครอบครัว (3) ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง (4) ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ (5) ด้านการดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย และ (6) ด้านการดูแลจิตวิญญาณ

ส่วนการได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องกับมารดา ซึ่งมีจำนวน 6 ด้าน เช่นเดียวกัน ได้แก่ (1) ด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ (2) ด้านการสื่อสารภายในทีมและครอบครัว (3) ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง (4) ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ (5) ด้านการดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย และ (6) ด้านการดูแลจิตวิญญาณ

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดา จากการทบทวนวรรณกรรม พบเฉพาะการศึกษาในมารดาทารกที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดของนุชกรและคณะ (2550) กล่าวคือ ความต้องการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการได้รับการตอบสนองความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาทารกที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด งานวิจัยดังกล่าวมีกรอบคิดที่สร้างขึ้นโดยอาศัยทฤษฎีความต้องการของมนุษย์และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านส่วนบุคคล ด้านจิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านบทบาทการเป็นมารดา และด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้ที่ผู้วิจัยเลือกศึกษาความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับการ

ตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาจำนวน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ ด้านการสื่อสารภายในทีมและครอบครัว ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ ด้านการดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย และด้านการดูแลจิตวิญญาณ ดังนั้นกรอบแนวคิดระหว่างความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดได้ดังภาพ 1



ภาพ 1. กรอบแนวคิด ความสัมพันธ์ระหว่าง ความต้องการกับการได้รับการตอบสนองความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการกับความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต

สมมุติฐานการวิจัย

1. ความต้องการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต
2. การได้รับการตอบสนองความต้องการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต

นิยามศัพท์

ความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง ความปรารถนาของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต และเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ในเรื่องกิจกรรมการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ซึ่งมีทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ การสื่อสารภายในทีมและครอบครัว การดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลจิตใจและอารมณ์ การดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย และการดูแลจิตวิญญาณ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การรับรู้ของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต และเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ต่อการกระทำที่ได้รับในการดูแลแบบประคับประคองจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ มีทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ การสื่อสารภายในทีมและครอบครัว การดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลจิตใจและอารมณ์ การดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย และการดูแลจิตวิญญาณ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต และเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ที่เกิดจากการรับรู้ต่อการกระทำที่ได้รับ ในการดูแลแบบประคับประคองจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ การสื่อสารภายในทีมและครอบครัว การดูแลอย่างต่อเนื่อง

การดูแลทางจิตใจและอารมณ์ การดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย และการดูแลจิตวิญญาณ ทำให้มารดาบรรลุถึงความต้องการของตนเอง และเกิดความรู้สึกที่ดีตามมา ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาระดับ และความสัมพันธ์ของความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต โดยทำการศึกษา และเก็บข้อมูลในมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสงขลา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองภายในหออภิบาลทารกแรกเกิด เพื่อให้การดูแลตอบสนองตรงตามความต้องการของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต และมารดามีความพึงพอใจต่อการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับต่อไป
2. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางสำหรับพยาบาล และผู้สนใจ ในการนำผลการศึกษาไปพัฒนาการวิจัยเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตต่อไป

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต ผู้วิจัยได้ศึกษา เอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต
 - 1.1 ทารกเกิดก่อนกำหนด
 - 1.2 ผลกระทบของความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต
2. การดูแลแบบประคับประคองทารกเกิดก่อนกำหนด
 - 2.1 แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง
 - 2.2 ประเภทของทารกแรกเกิดที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง
 - 2.3 การดูแลแบบประคับประคองทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต
 - 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลแบบประคับประคอง
3. ความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต
 - 3.1 ความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง
 - 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง
 - 3.3 การประเมินความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง
4. การได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต
 - 4.1 การได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง
 - 4.2 การประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง
5. ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต

5.1 ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบ
ประคับประคอง

5.2 การประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการ
ดูแลแบบประคับประคอง

6. ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการกับการได้รับการตอบสนองความต้องการในการ
ดูแลแบบประคับประคอง

7. ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการตอบสนองความต้องการกับความพึงพอใจต่อการ
ได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง

8. สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต

ทารกเกิดก่อนกำหนด

ทารกเกิดก่อนกำหนด (premature infant) หมายถึง ทารกแรกเกิดมีชีวิตที่คลอดก่อน
อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ (บุษกร, 2555; Quinn et al., 2016; WHO, 2018) หรือน้อยกว่า 259 วัน นับจาก
วันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้ายของมารดา (Quinn et al., 2016) โดยไม่คำนึงถึงน้ำหนักตัวแรก
เกิดของทารก (บุษกร, 2555; Quinn et al., 2016)

ประเภทของทารกเกิดก่อนกำหนด

ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความแตกต่างกันตามอายุครรภ์ สามารถแบ่งประเภทของ
ทารกเกิดก่อนกำหนดเป็น 3 กลุ่มดังนี้

1. ทารกเกิดก่อนกำหนดระดับปานกลาง (moderate preterm) เป็นทารกที่มีอายุ
ครรภ์ระหว่าง 32 สัปดาห์ถึงน้อยกว่า 37 สัปดาห์ (Quinn et al., 2016; WHO, 2018) ทารกกลุ่มนี้มี
จำนวนมากกว่าร้อยละ 80 ของทารกเกิดก่อนกำหนด (Lawn et al., 2013) แต่มีปัญหาความเจ็บป่วย
และอัตราการตายน้อยกว่าอีก 2 กลุ่ม โดยทารกกลุ่มนี้จะมีทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย (late
preterm) รวมอยู่ด้วย มีอายุครรภ์ระหว่าง 34 สัปดาห์ถึงน้อยกว่า 37 สัปดาห์ (Blencowe et al.,
2013) ซึ่งยังมีสรีรวิทยาที่ไม่สมบูรณ์เมื่อเทียบกับทารกครบกำหนด (พรทิพย์และจริยาพร, 2555)
สำหรับอัตราการเสียชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดระดับปานกลางในหออภิบาลทารกแรกเกิดพบ

ได้ ร้อยละ 1-24.1 (นันทวัลย์, 2555; Berger & Hofer, 2009) ส่วนทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย มีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 5-9.9 (Mathews & MacDorman, 2013; Shrestha & Shrestha, 2013)

2. ทารกเกิดก่อนกำหนดระดับมาก (very preterm) เป็นทารกที่มีอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 28 สัปดาห์ถึงน้อยกว่า 32 สัปดาห์ (Quinn et al., 2016; WHO, 2018) ทารกกลุ่มนี้มีประมาณร้อยละ 10 ของทารกเกิดก่อนกำหนด (Lawn et al., 2013) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะทำให้เกิดความเจ็บป่วย ได้แก่ กลุ่มอาการหายใจลำบาก ร้อยละ 60 และการติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 50 ทำให้เกิดอัตราการเสียชีวิตได้ร้อยละ 20 (Shrestha & Shrestha, 2013)

3. ทารกเกิดก่อนกำหนดระดับมากที่สุด (extremely preterm) เป็นทารกที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ (Quinn et al., 2016; WHO, 2018) ซึ่งทารกกลุ่มนี้มีประมาณร้อยละ 5 ของทารกเกิดก่อนกำหนด (Lawn et al., 2013) เป็นกลุ่มทารกที่มีปัญหามากที่สุด เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของอวัยวะต่างๆ มีภาวะแทรกซ้อนในหลายๆระบบของร่างกาย ทำให้เกิดความเจ็บป่วยและเสียชีวิตสูงกว่าทารกกลุ่มอื่น (พรทิพย์และจรรยาพร, 2555) สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยและน้อยมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ทารกอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ (ภิญญดา, 2554) และทารกน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม (นันทวัลย์, 2555; ภิญญดา, 2554) ดังนั้นทารกเกิดก่อนกำหนดยังมีอายุครรภ์และน้ำหนักแรกเกิดน้อยมากเท่าใด อัตราการเสียชีวิตก็จะยิ่งเพิ่มขึ้น (Blencowe et al., 2013) สำหรับอัตราการเสียชีวิตในทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มนี้มีสูงถึงร้อยละ 40.5-52.4 (นันทวัลย์, 2555; ภิญญดา, 2554; Berger & Hofer, 2009)

ลักษณะของทารกเกิดก่อนกำหนด

ทารกเกิดก่อนกำหนดมีสภาพทางด้านร่างกายที่ยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ แตกต่างกันไปตามอายุครรภ์ ลักษณะของทารกเกิดก่อนกำหนดโดยทั่วไปจะมีรูปร่างเล็ก ศีรษะใหญ่เมื่อเทียบกับลำตัว รอยต่อกระดูกกระดูกะโหลกศีรษะกับกระดูกไหปลาร้ากว้าง กระโหลกศีรษะนูน และกระดูกหน้า-หลังมักมีขนาดใหญ่ ฝ่ามืออุ่นเส้นเล็ก มีขนอ่อนตามตัว โดยเฉพาะที่ไหล่ หน้าผากและต้นแขนเมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ และเริ่มร่วงเมื่ออายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์ เปลือกตาบวมตามักปิดตลอดเวลา เริ่มลืมตาเมื่ออายุครรภ์ 22 สัปดาห์ ลืมตาได้สมบูรณ์เมื่ออายุครรภ์ 28 สัปดาห์ ใบหูนูน พับง่าย และคืนรูปซ้ำจากการเจริญของกระดูกอ่อนมีน้อย ผิวหนังบางแดง เห็นเส้นเลือดใต้ผิวหนังชัดเจน ไขเคลือบตัวและไขมันใต้ผิวหนังมีน้อย มักบวมตามมือและเท้าเนื่องจากมีโปรตีนต่ำ กระดูกทรวงอกนูน เวลาหายใจจึงถูกดึงรั้งให้บวมตามแนวกระดูกซี่โครง หายใจไม่สม่ำเสมอ มีกลิ่นหายใจเป็นระยะ หัวนมและลานนมเล็ก แบนราบ เห็นชัดเจนเมื่อทารกอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ และ

ลานนมเริ่มมีเมื่อทารกอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ท้องป่อง อวัยวะเพศยังเจริญไม่เต็มที่ ทารกเพศชาย ถุงอัณฑะมีรอยย่นเล็กน้อย ลูกอัณฑะยังไม่ลงในถุงอัณฑะแต่ยังอยู่ที่บริเวณช่องขาหนีบด้านนอก (external inguinal canal) เมื่ออายุครรภ์ 30 สัปดาห์ และลงถุงอัณฑะเมื่ออายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ ทารกเพศหญิงที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์ จะมองเห็นแคมเล็ก และคลิตอริสชัดเจน แขนขายาวเมื่อเทียบกับลำตัว มีกำลังกล้ามเนื้อน้อย มักนอนเหยียดแขนขา หรืองอเล็กน้อย เส้นสายฟ้าฟ้ามีน้อย เริ่มมองเห็น 1-2 ซีดใกล้ส่วนนิ้วเท้า เมื่อทารกมีอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ เห็นประมาณ 2 ใน 3 ของสันเท้าเมื่อทารกมีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ และเต็มฝ่าเท้าเมื่อครบกำหนด เล็บมือเล็บเท้านุ่มและสั้น เล็บเริ่มงอกเมื่อทารกมีอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ (บุษกร, 2555; รัชตะวรรณ, 2557)

ผลกระทบของความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต

ผลกระทบต่อทารก

ความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต (life-threatening illness) หมายถึง โรคหรือภาวะความเจ็บป่วยที่สามารถรักษาให้หายได้ แต่อาจล้มเหลวในการรักษา และมีโอกาสเสียชีวิตสูง (Stayer, 2012) สำหรับอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วันในประเทศไทยอันดับแรก คือ ทารกเกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักแรกเกิดน้อย โดยร้อยละ 66.7 ของทารกแรกเกิดที่เสียชีวิตเป็นทารกเกิดก่อนกำหนด (Mathews & MacDorman, 2013) สาเหตุของการเสียชีวิต คือ ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนด (WHO, 2018) ได้แก่ ภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก การติดเชื้อในกระแสเลือด ลำไส้เน่าอักเสบ เลือดออกในโพรงสมอง (นันทวัลย์, 2555) ภาวะปอดอักเสบ ภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอดรุนแรง (ภิญญาดา, 2554) และทารกเกิดก่อนกำหนดร่วมกับโรคหัวใจแต่กำเนิด (Peng, Chen, Liu, & Lee, 2012) หรือภาวะหัวใจล้มเหลว (นันทวัลย์, 2555) เกิดเป็นความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อทารก ดังนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย

ภาวะพร่องทางสรีรวิทยาของทารกเกิดก่อนกำหนด ที่ทำให้เกิดปัญหาในระบบต่างๆ ของร่างกาย มีดังนี้

1. ระบบหายใจ เกิดจากศูนย์ควบคุมการหายใจในสมองส่วนเมดัลลา กล้ามเนื้อทรวงอก และกะบังลมยังพัฒนาและเจริญไม่เต็มที่ (รัชตะวรรณ, 2557) หลอดลมฝอย (bronchioles)

เริ่มสร้างเมื่ออายุครรภ์ 24 สัปดาห์ กระดูกอ่อน (cartilage) ถุงลมปอด (alveoli) เริ่มมีชัดเจนเมื่ออายุครรภ์ 28 สัปดาห์ ส่วนท่อของถุงลม (alveolar) และถุงลม (alveolar) สร้างสมบูรณ์เมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ (บุษกร, 2555) ทารกเกิดก่อนกำหนดจึงมีพื้นที่แลกเปลี่ยนก๊าซจำกัด ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด (birth asphyxia) ซึ่งเป็นความผิดปกติในการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ มีผลทำให้ทารกเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด คาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรด ปริมาณเลือดผ่านปอดน้อย หรือมีไม่เพียงพอ ทำให้ทารกไม่หายใจ เมื่อคลอดออกมา (รัชตะวรรณ, 2557) ส่งผลให้อวัยวะที่สำคัญขาดออกซิเจนไปเลี้ยง จนเกิดการสูญเสียหน้าที่ หรือประสิทธิภาพการทำงานลดลง เกิดความบกพร่องหรือความพิการทางสมอง หรือทำให้ทารกเสียชีวิตตามมาได้ (ชญาศักดิ์และปริศนา, 2554) จึงต้องมีการประเมินคะแนนแอสเพนาร์เพื่อบอกถึงความรุนแรงของภาวะขาดออกซิเจน และการช่วยเหลือที่ 1 นาทีแรกคลอด (ชญาศักดิ์และปริศนา, 2554; รัชตะวรรณ, 2557) จากการจำแนกโรคตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องขององค์การอนามัยโลก ฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (The International Classification of Disease 10: ICD 10) ได้กำหนดค่าคะแนนแอสเพนาร์เพื่อใช้ในการประเมินภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอดในทารกแรกเกิด กล่าวคือ หากคะแนนแอสเพนาร์ที่ 1 นาทิน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ถือว่าทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด และองค์การอนามัยโลกยังแบ่งภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอดเป็น 2 ระดับ คือภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอดรุนแรง (severe birth asphyxia) มีคะแนนแอสเพนาร์ที่ 1 นาทีเท่ากับ 0-3 และภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอดเล็กน้อยหรือปานกลาง (mild or moderate birth asphyxia) มีคะแนนแอสเพนาร์ที่ 1 นาที เท่ากับ 4-7 (World Health Organization [WHO], 2016) ซึ่งภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอดรุนแรงเป็นสาเหตุทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดเสียชีวิต ร้อยละ 3.8-9 (ภิญญดา, 2554; Shrestha & Shrestha, 2013)

เซลล์ถุงลมปอดชนิดที่ 2 (alveolar cell type 2) ของระบบหายใจจะเริ่มสร้างสารลดแรงตึงผิว (surfactant) เมื่ออายุครรภ์ประมาณ 26-28 สัปดาห์ สร้างเต็มที่และมีประสิทธิภาพในการทำงาน เมื่อทารกอายุครรภ์ 35 สัปดาห์ (บุษกร, 2555) โดยสารลดแรงตึงผิวจะทำหน้าที่ลดแรงตึงผิวของถุงลม ทำให้ถุงลมสามารถคงรูปอยู่ได้ขณะหายใจออก ดังนั้นทารกที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 35 สัปดาห์ จึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome: RDS) การขาดหรือมีความผิดปกติของสารลดแรงตึงผิว ทำให้เกิดภาวะถุงลมแฟบในขณะหายใจออก (ชานินทร์, 2559; บุษกร, 2555) การแลกเปลี่ยนก๊าซจึงไม่เพียงพอ เกิดอาการหายใจเร็ว หายใจลำบาก หอบเหนื่อยและหายใจล้มเหลวตามมา จนต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ (บุษกร, 2555; นันทวัลย์, 2555) อุบัติการณ์การเกิดภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบากแปรผกผันกับอายุครรภ์และน้ำหนักแรกเกิด โดยทารกอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ เกิดภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก ร้อยละ 60-80 อายุครรภ์

32-36 สัปดาห์ เกิดภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก ร้อยละ 15-30 และทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยมาก มีภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก ร้อยละ 40.2-72.1 (ภิญญดา, 2554; สุธิดา, 2559) อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ ลมรั่วในปอด เลือดออกในปอด เลือดออกในโพรงสมอง มีการเปิดของหลอดเลือดค้ำคัสตอร์เทอร์ไอโอซัสและแรงดันเลือดในปอดสูง (ชานินทร์, 2559) อัตราการเสียชีวิตจากภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบากของทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อย ร้อยละ 55.6 (นันท์วัลย์, 2555) และทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยมาก ร้อยละ 34.3-58.5 (ภิญญดา, 2554; สุธิดา, 2559) อัตราการเสียชีวิตขึ้นอยู่กับ การดูแลก่อนคลอด และหลังคลอด ซึ่งอัตราการรอดชีวิตที่เพิ่มขึ้น และการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบากที่ลดลง เป็นผลมาจากการให้ยาสเตียรอยด์ในมารดา ก่อนคลอด การช่วยหายใจด้วยแรงดันบวกในทารกแรกคลอด และการรักษาด้วยสารลดแรงตึงผิว (สุธิดา, 2559)

2. ระบบภูมิคุ้มกัน พบว่าระบบภูมิคุ้มกันของทารกเกิดก่อนกำหนดยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ ทำให้มีระบบภูมิคุ้มกันต่ำ (อนุชา, 2561) เกิดจากการสร้างได้น้อยขณะอยู่ในครรภ์ ทำให้มีอิมมูโนโกลบูลินเอและเอ็ม (IgA & IgM) ต่ำ การไม่ได้รับภูมิคุ้มกันจากมารดาหรือได้รับน้อย เนื่องจากอิมมูโนโกลบูลินจี (IgG) จะผ่านทางรกเมื่ออายุครรภ์ 34 สัปดาห์ (รัชตะวรรณ, 2557) การทำงานของคอมพลีเมนต์ต่ำ โดยเฉพาะทารกอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์หรือน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม เม็ดเลือดขาวยังทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์ (บุษกร, 2555) ผิวหนังและเยื่อต่างๆบาง จึงฉลอกและถูกทำลายได้ง่าย เชื้อโรคผ่านเข้าสู่ผิวหนังได้ง่าย (บุษกร, 2555; รัชตะวรรณ, 2557) ทารกเกิดก่อนกำหนดจึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ทำให้เกิดการเสียชีวิต (Blencowe et al., 2013) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมยังเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อเพิ่มขึ้น การติดเชื้อในกระแสเลือดของทารกแรกเกิด แบ่งออกเป็น การติดเชื้อในระยะต้น (early-onset sepsis) ซึ่งทารกจะมีการแสดงของการติดเชื้อก่อน 72 ชั่วโมง ส่วนใหญ่เป็นการได้รับเชื้อจากมารดา มักเป็นเชื้อกรุปบีสเตร็ปโตคอคคัส (Group B Streptococcus) ปัจจัยเสี่ยงคือ ทารกเกิดก่อนกำหนด มารดามีน้ำเดินก่อนคลอดมากกว่า 18 ชั่วโมง มารดามีไข้มากกว่า 38 องศา มีเยื่อถุงน้ำคร่ำอักเสบหรือติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ส่วนการติดเชื้อในระยะท้าย (late-onset sepsis) ทารกเกิดอาการแสดงของการติดเชื้อหลังอายุ 72 ชั่วโมง ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับเชื้อจากสิ่งแวดล้อม เป็นเชื้อชนิดแบคทีเรียแกรมบวก ได้แก่ โคแอกกูเลส สตาไฟโลคอคคัส (Coagulase-negative staphylococcus) และเชื้อรูปแท่งแกรมลบ ได้แก่ เคล็บซิลลา (*Klebsiella* spp.) เอสเชอริเชีย โคลิ (*Escherichia coli*) สำหรับปัจจัยเสี่ยง คือ ทารกเกิดก่อนกำหนด ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ การใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน และการสอดใส่สายต่างๆในร่างกาย ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (อนุชา, 2561) ในทารกเกิดก่อนกำหนดพบอัตราการติดเชื้อร้อยละ 37 โดยพบในทารกเกิดก่อนกำหนด

ระดับมากที่สุด ระดับปานกลาง และทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายร้อยละ 50, 48 และ 29 ตามลำดับ (Shrestha & Shrestha, 2013) ส่งผลให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อร้อยละ 40-55 (Abdellatif et al., 2013; Shrestha & Shrestha, 2013)

ระบบภูมิคุ้มกันต่ำ ยังทำให้เกิดการติดเชื้อรุนแรงในระบบทางเดินหายใจ เกิดภาวะปอดอักเสบ (pneumonia) สาเหตุจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี (Respiratory Syncytial Virus: RSV) และเชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อย คือ กรู๊ปบี สเตรปโตคอคคัส (Group B Streptococcus) สตาไฟโลคอคคัส (staphylococcus) และเชื้อแบคทีเรียแกรมลบ เป็นต้น (Reiterer, 2013) ทำให้เกิดการอักเสบของเนื้อปอดในส่วนของหลอดลมฝอยส่วนปลาย (terminal) ถุงลม (alveoli) และเนื้อเยื่อโดยรอบ (interstitium) เกิดการบวมของเยื่อหุ้มทางเดินหายใจ การอุดกั้นทางเดินหายใจ ทำให้อากาศผ่านเข้าสู่ถุงลมปอดลดลง ความยืดหยุ่นและการขยายตัวของปอดลดลง มีผลให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง และขาดออกซิเจนตามมา (วันธณี, 2557) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบ คือ ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลานอนโรงพยาบาล ทารกเกิดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย โดยเฉพาะในทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 1,500 กรัมจะพบได้มากขึ้น การให้เลือด (อนุชา, 2561) การใส่ท่อหลอดลมคอซ้ำ (อนุชา, 2561; Reiterer, 2013) และการติดเชื้อในกระแสเลือดมาก่อน พบว่าโรคปอดอักเสบเป็นสาเหตุทำให้เกิดการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 10 ของการเสียชีวิตในเด็กทั่วโลก และมีอัตราสูงขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก การสูดสำคัญชีเทา และเป็นโรคปอดเรื้อรังมาก่อน (Reiterer, 2013)

3. ระบบไหลเวียนโลหิตและโลหิตวิทยา ทารกเกิดก่อนกำหนดมีผนังหลอดเลือดพัฒนาไม่สมบูรณ์ เปราะแตกง่าย เนื้อเยื่อรอบๆขาดความยืดหยุ่น โพรท롬บินในเลือดต่ำ ทำให้เกิดภาวะเลือดออกและคั่งในอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะในโพรงสมอง ทำให้เกิดภาวะเลือดออกในโพรงสมอง (intraventricular hemorrhage) จากหลอดเลือดฝอยในสมองแตกได้ง่าย (รัชตะวรรณ, 2557) เนื่องจากหลอดเลือดฝอยชั้นใต้เยื่อหุ้มสมองขาดเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (connective tissue) มักพบในทารกอายุครรภ์น้อยกว่า 30 สัปดาห์และน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,000 กรัม สาเหตุเกิดจากภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอดร่วมกับความดันโลหิตต่ำ การให้สารน้ำรวดเร็วเกินไป น้ำตาลในเลือดสูง ให้อาหารคาร์บอนมากเกินไป มีคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง การขาดออกซิเจนในเลือด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ และมักสัมพันธ์กับภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบากอย่างรุนแรง (บุษกร, 2555) ทำให้เกิดการเสียชีวิตร้อยละ 3.7-13 (นันทวัลย์, 2555; Abdellatif et al., 2013)

4. ระบบทางเดินอาหาร ทารกเกิดก่อนกำหนดมีเยื่อลำไส้ที่ยังพัฒนาไม่เต็มที่ขาดสารอิมมูโนโกลบูลินเอ ร่วมกับมีเชื้อแบคทีเรียเติบโตจำนวนมากหลังเริ่มให้นมทางปาก และการขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้เกิดภาวะลำไส้อักเสบ (necrotizing enterocolitis) (รัชตะวรรณ, 2557)

ซึ่งสาเหตุไม่ทราบแน่ชัด แต่มีปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ การเกิดก่อนกำหนด การติดเชื้อแบคทีเรียในลำไส้ ภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิดร่วมกับมีภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ติดเชื้อในกระแสเลือด หรือน้ำตาลในเลือดต่ำ การให้นมผสมในปริมาณที่มากและเร็วเกินไป หรือมีความเข้มข้นสูงเกินไป ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ได้ยาอินโดเมธาซิน (indomethacin) การคาสายสวนทางหลอดเลือดดำใหญ่ การเปิดของหลอดเลือดคัตตัสอาร์เทอร์ไออัส (patent ductus arteriosus: PDA) (บุษกร, 2555) อุบัติการณ์ของภาวะลำไส้เน่าอักเสบในทารกน้ำหนักน้อยมาก มีจำนวนร้อยละ 7 ทำให้ทารกมีอาการของระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ท้องอืด อาเจียน มีปริมาณนมเหลือค้างหรือมีน้ำดีเหลือในกระเพาะอาหาร อุจจาระเป็นเลือด เสียงลำไส้เคลื่อนไหวลดลง ภาพถ่ายรังสีพบลำไส้บางส่วนมีการขยายใหญ่ มีลมในผนังลำไส้หรือลมในเส้นเลือดของตับ หากมีลำไส้ทะลุมักเห็นเป็นลมนอกลำไส้ ซึ่งอาจพบร่วมกับหน้าท้องแดง ส่วนอาการอื่นๆ ได้แก่ ซึม หดหทัยใจ อุณหภูมิกายไม่คงที่ (แสงแข, 2557) ภาวะลำไส้เน่าอักเสบอาจทำให้เกิดกลุ่มอาการลำไส้สั้นภายหลังการผ่าตัด ทารกจึงต้องอยู่ในโรงพยาบาลนาน และมีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 3-22.2 (นันทวัลย์, 2555; Abdellatif et al., 2013)

5. ระบบหัวใจและหลอดเลือด ปัญหาที่พบได้บ่อยในทารกเกิดก่อนกำหนด คือ ภาวะที่มีการเปิดของหลอดเลือดคัตตัสอาร์เทอร์ไออัส (patent ductus arteriosus: PDA) เป็นโรคหัวใจแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ที่มีหลอดเลือดเชื่อมระหว่างหลอดเลือดดำเข้าสู่ปอดและหลอดเลือดแดงที่ออกไปเลี้ยงร่างกาย (จริยาพร, 2553) อุบัติการณ์ของภาวะนี้ พบได้ในทารกอายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์ และแปรผกผันกับอายุครรภ์ของทารก โดยร้อยละ 60 พบในทารกอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ มักแสดงอาการภายในสัปดาห์แรก ในวันที่ 3-7 หลังคลอด อาการสำคัญคือ ฟังเสียงหัวใจได้ยินเสียงเมอร์เมอร์ (systolic ejection murmur) หัวใจเต้นเร็ว ซีฟจรแรง (bounding pulse) หายใจเหนื่อย ค่าความดันเลือดแดงบนและล่าง (pulse pressure) กว้าง ต้องการออกซิเจนหรือเครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น ส่วนการตรวจพบตับโตหรือฟังกี้เสียงเรลส์ (rales) ที่ปอด เป็นอาการแสดงในระยะท้าย (แสงแข, 2557) บ่งบอกถึงภาวะหัวใจล้มเหลว อัตราการเสียชีวิตในทารกเกิดก่อนกำหนดจากภาวะหัวใจล้มเหลวพบร้อยละ 1.9-3.7 (นันทวัลย์, 2555; ภิญญาดา, 2554) และทารกเกิดก่อนกำหนดร่วมกับโรคหัวใจแต่กำเนิดมีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 4.9 (Peng et al., 2012)

ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต จึงต้องได้รับการดูแลรักษาและทำหัตถการต่างๆ ได้แก่ ทารกทุกรายใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้รับการดูแลเสมหะ มีสายให้น้ำเกลือ ยาและเลือด ได้รับการเจาะเลือดสัปดาห์ บ้างรายมีแผลผ่าตัด มีการสอดใส่ท่อระบายทรวงอกหรือเจาะท้อง ซึ่งกระบวนการดูแลรักษาและการต้องเผชิญกับโรคหรือภาวะความเจ็บป่วยต่างๆ ที่คุกคามต่อชีวิตในหออภิบาลทารกแรกเกิด ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความปวดและไม่สุขสบาย (Boss, 2010) ทารกเหล่านี้ไม่สามารถพูดหรือบอกออกมาได้ แต่จะแสดงออก

ทางพฤติกรรมของร่างกาย และมีการเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นของหัวใจเร็ว ค่าออกซิเจนในเลือดแดงซึ่งเป็นการแสดงออกทางสรีรวิทยา แต่บางครั้งความเจ็บป่วยที่รุนแรง การได้รับยาต่างๆ ทำให้ไม่สามารถแสดงพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความปวดหรือแสดงออกได้น้อย จึงทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมักจะถูกละเอียดในการประเมินความปวดและความไม่สุขสบาย ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย (ประสิน, 2557; Marc-Aurele & English, 2017) นอกจากนี้ความเจ็บป่วยวิกฤตของทารกเกิดก่อนกำหนดและการเข้ารับการรักษาภายในหออภิบาลทารกแรกเกิด ยังทำให้สมองและระบบประสาทของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ยังเปราะบาง และอยู่ในระหว่างการพัฒนาถูกรบกวนจากการรักษาพยาบาล การทำหัตถการต่างๆ และสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตทางร่างกายและพัฒนาการของทารกตามมา (ธราทิป, 2559)

ผลกระทบด้านจิตใจ

ภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดทำให้ทารกต้องถูกแยกจาก ซึ่งการถูกแยกจากบิดามารดา การดูแลรักษาพยาบาลและการทำหัตถการต่างๆ รวมทั้งสิ่งแวดล้อม แสง เสียง และสัมผัสที่ไม่เหมาะสม ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีการหลั่งฮอร์โมนความเครียด (stress hormones) และสื่อสัญญาณที่แสดงออกถึงความเครียด (stress signal) ของทารกเกิดก่อนกำหนด สังเกตได้จากการทำงานของ 5 ระบบย่อย ได้แก่ (1) ระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic & physiologic subsystem) ทารกมีภาวะหยุดหายใจ หายใจเร็ว สีผิวเปลี่ยน ตัวลาย สีผิวเขียว คล้ำ สะอึก แหะหนม อาเจียน สะอื้น ไอ จาม และหาว (2) ระบบการทำงานของกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว (motor subsystem) ทารกมีการแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง คือ ใบหน้าเหยง หนูนุ่ม ขมวดคิ้ว แลบลิ้น ลำตัวแขนขาอ่อนปวกเปียก งอเข้า เขย็ดขาดตรง กางแขนออกทั้งสองข้าง ตัวแอ่นเกร็ง กางนิ้วมือ ทำท่าคล้ายป้องกันตัวโดยเอามือมาวางปิดหน้า ยกแขน กำหมัด แขนขาเกร็งงอเข้าหาทรวงอกกลางลำตัว กำมือแน่น ดิ้น กระสับกระส่าย (3) ระบบภาวะหลับตื่น (state organization subsystem) ทารกมีระยะหลับ ตื่น ไม่ชัดเจน มีเสียงคราง ใบหน้ากระตุก ทำตาลอยตาโต ทำท่าตื่นตกใจ มีระยะหลับตื่นไม่สม่ำเสมอและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ร้องไห้ ตื่นบ่อย และพักได้น้อย (4) ระบบท่าที่สนใจและมีปฏิสัมพันธ์ (attention and interaction subsystem) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาใน 3 ระบบแรกและการสื่อสารทางดวงตา โดยการใช้นัยตามองสิ่งต่างๆ รอบตัว มีการมองแบบไร้จุดหมาย (5) ระบบการช่วยปรับตัวเองสู่สมดุล (self-regulation balancing subsystem) พฤติกรรมที่แสดง คือ มีการเปลี่ยนแปลงท่านอน จ้องมอง และกำมือ (LaRossa, 2017)

ผลกระทบต่อมารดา

ผลกระทบด้านร่างกาย

การที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด โดยเฉพาะทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต ส่งผลกระทบต่อร่างกายของมารดา ทำให้นอนไม่เป็นเวลา มีอาการนอนไม่หลับและพักผ่อนไม่เพียงพอ (Heidari, Hasanpour, & Fooladi, 2013; Lee & Kimble, 2009) รับประทานอาหารได้น้อย ไม่เป็นเวลา (อมรรักษ์และจิตติมา, 2551) มีอาการเหนื่อย ล้า ร่างกายอ่อนเพลีย (สุจิราและจริยา, 2551; Lee & Kimble, 2009) เมื่อยล้าจากการเดินทาง จนทำให้เกิดความเจ็บป่วยตามมา (อมรรักษ์และจิตติมา, 2551) รวมทั้งการใช้ชีวิตประจำวันของมารดามีการเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากต้องมาเยี่ยมบุตรที่โรงพยาบาล มารดาจึงไม่ได้รับความสะดวกสบาย ด้านร่างกาย (สุจิราและจริยา, 2551) มารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตจึงมีคุณภาพชีวิตลดลง (Lee & Kimble, 2009)

ผลกระทบด้านจิตใจ

ภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดที่รับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความรู้สึกของมารดา ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ (Heidari et al., 2013; Lee & Kimble, 2009) โดยในระยะวิกฤตมารดาจะเกิดความเครียด วิตกกังวลและความกลัว ซึ่งการแสดงออกขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงของความเจ็บป่วยของทารก (Watson, 2010) การเผชิญกับความเครียดของมารดา ทำให้มีอาการตกใจ กลัว ซ็อก (นฤมล, 2555; Lee, Long, & Boore, 2009) จากการที่มารดาเห็นสภาพทารกซึ่งมีอุปกรณ์ทางการแพทย์หลายชนิดติดตามร่างกาย (นฤมล, 2555; สมสิริ, วรานุช, และอุทุมพร, 2555) และรู้สึกว่าไม่ได้เตรียมตัวสำหรับการเข้ารับการรักษาของบุตร (Lee et al., 2009) มารดาแสดงออกโดยการร้องไห้เพราะสงสารบุตร (นฤมล, 2555) ที่ตัวเล็กและบอบบาง (นฤมล, 2555; สมสิริและคณะ, 2555) มีความรู้สึก วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตรและกลัวว่าบุตรจะเสียชีวิต (นฤมล, 2555; Watson, 2010) เนื่องจากชีวิตบุตรมีความไม่แน่นอน โดยเฉพาะในทารกที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ (นฤมล, 2555; สมสิริและคณะ, 2555) มารดาจึงไม่สุขสบายใจ ร้อนรนและกังวลใจจนต้องเดินมาหน้าหออภิบาลทารกแรกเกิดบ่อยครั้ง (Heidari et al., 2013) ร่วมกับภาวะความเจ็บป่วยของทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ไม่สามารถคาดการณ์ผลลัพธ์หรือสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้

(Watson, 2010) มารดาจึงมีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของบุตรตกอยู่ในอันตรายและอาจจะเสียชีวิตได้ทุกเมื่อ (สมศิริและคณะ, 2555) ซึ่งมารดาไม่ทราบสาเหตุของการเกิดก่อนกำหนด จึงพยายามค้นหาสาเหตุ (นฤมล, 2555; สมศิริและคณะ, 2555) มารดาบางรายโทษตนเองว่าเป็นสาเหตุทำให้บุตรเกิดก่อนกำหนด จากการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ไม่ดี (สมศิริและคณะ, 2555) นอกจากนี้การที่มารดารับรู้ว่าการคลอดจะต้องเสียชีวิตยิ่งเพิ่มความรู้สึกผิดมากขึ้น (Branchett & Stretton, 2012) และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Lee & Kimble, 2009) ภาวะวิกฤตและความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นร่วมกันจะนำไปสู่ความรู้สึกของการสูญเสียพลังอำนาจ ไม่สามารถควบคุมได้ เกิดจากสภาพจิตใจที่สูญเสียพลังจากเหตุการณ์ต่างๆที่มากระทบ ดังนั้นมารดาจึงต้องการการดูแล (Watson, 2010)

ผลกระทบด้านสังคม

ภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น (สมศิริและคณะ, 2555) จึงทำให้มารดาต้องแยกตัวจากสังคมและครอบครัว (Monterosso & Kristjanson, 2007) บิดาอาจต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นมารดาในบางครั้งเพื่อดูแลบุตรคนที่โตกว่า (สมศิริและคณะ, 2555; Monterosso & Kristjanson, 2007) จึงอาจส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัวตามมา (สมศิริและคณะ, 2555) ได้แก่ เกิดการหย่าร้างหรือแยกกันอยู่กับคู่สมรส ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวมากขึ้น เหตุการณ์ดังกล่าว รวมทั้งการให้ความสนใจแต่ผู้ป่วยของมารดา อาจส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจแก่พี่น้องของผู้ป่วยตามมา นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายระหว่างการดูแลรักษา เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อครอบครัวเช่นกัน (ธราธิป, 2559) ในปัจจุบันถึงแม้ทางรัฐจะให้การดูแลด้านคำปรึกษาพยาบาลแก่ทารกเกิดใหม่ที่มีสัญชาติและเชื้อชาติไทยตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา (กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561) อย่างไรก็ตามครอบครัวยังต้องเผชิญกับปัญหาเศรษฐกิจ จากค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่ไม่ครอบคลุมตามโครงการ ได้แก่ นมสูตรพิเศษ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ยาบางตัว และครอบครัวขาดรายได้ จากการที่มารดาต้องหยุดงานเพื่อเข้าเยี่ยมและให้การดูแลทารกที่เจ็บป่วยทำให้มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าอาหาร และค่าที่พัก (บุษกร, 2555)

ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ

ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตมีการพยากรณ์โรคที่ไม่แน่นอน ซึ่งทารกอาจเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว (Davies et al., 2008) ดังนั้นหากขาดการสื่อสารที่ดี

ระหว่างทีมสุขภาพและบิดามารดา (Abib El Halal et al., 2013) รวมทั้งการที่ไม่ได้มีการพูดคุยอย่างเปิดเผย อาจทำลายความน่าเชื่อถือและความไว้วางใจ เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสัมพันธภาพและการดูแลระหว่างทีมสุขภาพและบิดามารดา (Davies et al., 2008) ส่งผลกระทบรุนแรงต่อความเข้าใจและการยอมรับในการเสียชีวิตของทารก มีผลต่ออารมณ์ความรู้สึก ทำให้บิดามารดาเกิดภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกผิดตามมา (Abib El Halal et al., 2013) เหตุการณ์และความรู้สึกเหล่านี้จะติดอยู่ในใจ ก่อให้เกิดความทุกข์ที่ลึกซึ้งและความเศร้าโศกที่ยาวนานเป็นปีตามมา (Contro et al., 2002) หรือเกิดเป็นความทุกข์ที่ลึกทางด้านจิตวิญญาณตามมา (Meyer et al., 2006)

การดูแลแบบประคับประคองทารกเกิดก่อนกำหนด

แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคองในทารกแรกเกิด หมายถึง การดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของทารกและครอบครัว ในทารกที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต (life-threatening illness) หรือทารกที่มีเวลาในชีวิตเหลืออยู่อย่างจำกัด (life-limited illness) ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม โดยดูแลป้องกันและบรรเทาความปวด ความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย ให้ทารกมีความสุขสบาย รวมทั้งการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของครอบครัว เริ่มตั้งแต่ทารกได้รับการวินิจฉัยโรค ไปจนถึงตลอดระยะเวลาของความเจ็บป่วย (Together for Short Lives, 2014; WHO, 2018) ไม่ว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นการหายจากความเจ็บป่วยหรือการเสียชีวิต (Marc-Aurele & English, 2017) รวมทั้งการดูแลครอบครัวภายหลังทารกเสียชีวิต เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตและทำหน้าที่ได้ต่อไป (Together for Short Lives, 2014; WHO, 2018) ปัจจุบันแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง จึงไม่ได้ถูกจำกัดเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย (Moody, Siegel, Scharbach, Cunningham, & Cantor, 2011) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ประสบกับความเจ็บป่วย หรือโรคร้ายแรงที่รักษาไม่หาย ทำให้เวลาในชีวิตเหลืออยู่อย่างจำกัด (life-limited illness) ไม่มีความหวังที่จะหายจากโรค และจะต้องเสียชีวิตในที่สุดเท่านั้น (Stayer, 2012) แต่พบว่า องค์การอนามัยโลกได้เน้นและให้ความสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองแก่ทารกหรือเด็กที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต (life-threatening illness) โดยให้การดูแลตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรค ไม่ว่าจะป็นระยะใดของโรค และต่อเนื่องไปตลอดระยะเวลาของความเจ็บป่วย ให้การดูแลการเจริญเติบโต และพัฒนาการอย่างเหมาะสม เคารพในศักดิ์ศรี และตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (WHO, 2018)

ประเภทของทารกแรกเกิดที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง

จากการแบ่งประเภทของทารกแรกเกิดและเด็กเพื่อให้การดูแลแบบประคับประคอง โดยสมาคมการดูแลเด็กที่มีภาวะความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตหรือระยะสุดท้ายและครอบครัว และราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยแห่งประเทศอังกฤษ (Association for Children with Life-threatening or Terminal Conditions and their Families and the Royal College of Paediatrics and Child Health) พบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมาก และทารกเกิดก่อนกำหนดที่อวัยวะในระบบต่างๆของร่างกายยังทำงานไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Abu-Saad et al., 2009; Huijer, 2012) สำหรับการดูแลแบบประคับประคองแก่ทารกแรกเกิด มักขึ้นอยู่กับบริบทของทารกและครอบครัวเป็นหลัก ทารกแรกเกิดที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลทารกแรกเกิด สามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ (1) ทารกแรกเกิดจำนวนหนึ่งที่ผู้ปกครองแพทย์และทีมสุขภาพสามารถตัดสินใจให้การดูแลแบบประคับประคองทั้งหมดได้เลยตั้งแต่เริ่มต้น (2) ทารกแรกเกิดบางรายที่ได้รับการปรับเปลี่ยนจากการใช้เทคโนโลยีในการช่วยยืดชีวิตมาเป็นการดูแลแบบประคับประคองทั้งหมดเมื่อหมดหนทางรักษา และ (3) ทารกแรกเกิดที่อยู่ในภาวะวิกฤตและประสบกับภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต (life-threatening illness) ซึ่งมีโอกาสสูงที่จะเสียชีวิตได้ โดยทารกกลุ่มนี้จะได้รับการดูแลแบบประคับประคองร่วมกับการรักษาโรค (Catlin & Carter, 2002) ดังนั้นกลุ่มทารกแรกเกิดที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (Catlin, 2011; Catlin & Carter, 2002) สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ทารกแรกเกิดที่มีอายุครรภ์และน้ำหนักตัวน้อยมากมาก (extremely very low birth weight infant) โดยเฉพาะทารกอายุครรภ์น้อยกว่า 24 สัปดาห์ หรือน้ำหนักน้อยกว่า 500 กรัมที่ไม่มีปัญหาจากการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ รวมทั้งทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 750 กรัม หรืออายุครรภ์น้อยกว่า 27 สัปดาห์ที่ช่วงแรกคูดี แต่ภายหลังมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและมีข้อจำกัดในการมีชีวิตรอด

2. ทารกที่มีความพิการซับซ้อน รุนแรงตั้งแต่แรกเกิด ที่ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้นาน ได้แก่ทารกดังต่อไปนี้

- 2.1 มีปัญหาความผิดปกติทางพันธุกรรม คือ มีโครโมโซมผิดปกติ ชนิด ไตรโซมี (trisomy) 13, 15 หรือ 18 หรือมีโครโมโซมเกินเป็น 3 ชุด (triploidy) ความผิดปกติที่มีลักษณะตัวเตี้ยแบบไม่สามารถรอดชีวิตได้หรือโรคกระดูกเจริญผิดปกติ (thanatophoric dwarfism)

หรือ lethal forms of osteogenesis imperfect) หรือความผิดปกติของการเผาผลาญ (metabolism) ที่แม้ได้รับการรักษาที่ไม่สามารถรอดชีวิต

2.2 มีความผิดปกติของไต ที่ทำให้เกิด ภาวะไตฟอทั้ง 2 ข้าง (Potter's syndrome/renal agenesis) ร่วมกับภาวะปอดไม่เจริญพัฒนาชนิดรุนแรง (severe lung hypoplasia) และภาวะไตวายที่ต้องได้รับการฟอกไต

2.3 มีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ ภาวะกะโหลกศีรษะไม่ปิด (anencephaly) สมอส่วนหน้าไม่แยกตัวออกจากกัน (holoprosencephaly) ไขสันหลังโป่งผิดปกติชนิดรุนแรง (complex or severe cases of meningocele) ภาวะวงข้างขนาดใหญ่ (large encephalocele) ภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะชนิดรุนแรง (congenital severe hydrocephalus) ที่ไม่มีหรือมีการเจริญเติบโตของสมองน้อยมาก และภาวะความเสื่อมทางระบบประสาทชนิดที่ต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ

2.4 มีความผิดปกติของหัวใจ ได้แก่ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความซับซ้อน และไม่สามารถผ่าตัดได้ ได้แก่ โรคหัวใจชนิดห้องหัวใจ ลิ้นหัวใจด้านซ้ายและเส้นเลือดแดงใหญ่มีขนาดเล็กและฝ่อ (hypoplastic left heart syndrome) และความพิการของผนังลำตัวและหัวใจร่วมกัน 4 ชนิด (pentalogy of Cantrell)

2.5 มีความผิดปกติของโครงสร้างร่างกาย ได้แก่ ความผิดปกติแต่กำเนิดของผนังหน้าท้องขนาดใหญ่ (giant omphalocele) ภาวะไส้เลื่อนกะบังลมชนิดรุนแรงที่มีภาวะปอดไม่เจริญพัฒนาร่วมด้วย หรือทารกแฝดตัวติดกัน (conjoined twins) ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้

3. ทารกแรกเกิดที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีความรุนแรงมากขึ้น หรือร่วมกับมีเหตุการณ์เฉียบพลันที่คุกคามต่อชีวิต ถึงแม้จะให้การรักษาที่เหมาะสมแล้ว ได้แก่ ทารกแรกเกิดที่ไม่ตอบสนองต่อการช่วยฟื้นคืนชีพ หรือได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพซ้ำ ทารกที่มีการบาดเจ็บที่สมองในช่วงปรกกำเนิดอย่างรุนแรง มีภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง ภาวะสมองขาดออกซิเจนและเลือดไปเลี้ยง (hypoxic-ischemic encephalopathy: HIE) อวัยวะหลายระบบล้มเหลว ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงแม้จะได้รับการรักษา และภาวะลำไส้อักเสบเน่าตาย (necrotizing enterocolitis: NEC) หรือภาวะลำไส้บิดขั้ว (midgut volvulus) ที่ทำให้ลำไส้เล็กไม่สามารถทำงานหรือภาวะลำไส้สั้นมากที่ไม่สามารถให้อาหารได้

ผู้เชี่ยวชาญที่ให้การดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลทารกแรกเกิดได้แนะนำแนวคิดในการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองผสมผสานกับการดูแลรักษา ในทารกป่วยวิกฤตทุกรายที่อยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิด โดยเฉพาะทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต และทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์และน้ำหนักตัวน้อยมาก (Boss, 2010; Catlin

& Carter, 2002) แม้ว่าในระยะเริ่มต้นทารกจะมีอาการคงที่ แต่ต่อมาอาจรุนแรงขึ้น จนมีโอกาสสูงที่จะเสียชีวิตได้ในภายหลัง (Catlin & Carter, 2002) และมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในระยะเวลาอันรวดเร็ว จากความเจ็บป่วยวิกฤต และการพยากรณ์โรคที่ไม่แน่นอน สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสัญญาณในการเริ่มต้นการดูแลแบบประคับประคอง ไม่ควรปล่อยให้ช้าจนเกินไป (Davies et al., 2008) กล่าวคือ ทีมสุขภาพสามารถเริ่มการดูแลแบบประคับประคองร่วมกับการรักษาหลักได้ทันที และอาจมีการปรับเปลี่ยนเพิ่มการดูแลแบบประคับประคองให้มากขึ้น เมื่อพบว่ารูปแบบของการดูแลรักษาที่ให้ไม่เกิดประโยชน์กับทารก โดยไม่ต้องรอนจนหมดหนทางรักษา หรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตเสียก่อน จึงค่อยเริ่มการดูแลแบบประคับประคอง (Catlin & Carter, 2002)

เกณฑ์การวินิจฉัยทารกเกิดก่อนกำหนดที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

สำหรับเกณฑ์การวินิจฉัยทารกเกิดก่อนกำหนดที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในการดูแลแบบประคับประคองทารกแรกเกิด ที่เข้ารับการรักษาภายในหออภิบาลทารกแรกเกิด (ประสิน, 2551; Catlin, 2011; Catlin & Carter, 2002) สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ทารกเกิดก่อนกำหนดที่อวัยวะในระบบต่างๆของร่างกายยังทำงานไม่สมบูรณ์ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตของระบบหายใจทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอดรุนแรงหรือภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก เป็นต้น ระบบภูมิคุ้มกันทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด ระบบไหลเวียนโลหิตและโลหิตวิทยาทำให้เกิดภาวะเลือดออกในโพรงสมองชนิดรุนแรง ระบบทางเดินอาหารทำให้เกิดภาวะลำไส้เน่าอักเสบ และระบบหัวใจและหลอดเลือดทำให้เกิดโรคหัวใจแต่กำเนิดหรือภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น ซึ่งแพทย์ระบุให้ทารกได้รับการดูแลแบบประคับประคองร่วมกับการรักษาโรค

2. ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความผิดปกติหรือความพิการซับซ้อนรุนแรงตั้งแต่เกิด มีข้อจำกัดในการมีชีวิตรอด ได้แก่ ความผิดปกติทางพันธุกรรม ความผิดปกติทางไตอย่างรุนแรง ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความซับซ้อนและไม่สามารถผ่าตัดได้ และความผิดปกติของโครงสร้างร่างกายอื่นๆ ที่รุนแรงซึ่งไม่สามารถทำการผ่าตัดได้ และแพทย์ระบุให้ทารกได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

3. ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา และมีความรุนแรงมากขึ้นหรือร่วมกับมีเหตุการณ์เฉียบพลันที่คุกคามต่อชีวิตถึงแม้จะให้การรักษาที่เหมาะสมแล้ว ได้แก่ ทารกที่ไม่ตอบสนองต่อการช่วยฟื้นคืนชีพ หรือได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพซ้ำ ทารกที่มีการบาดเจ็บที่

สมองในช่วงปริกำเนิดอย่างรุนแรง มีภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง ภาวะสมองขาดออกซิเจนและเลือดไปเลี้ยง หรืออวัยวะหลายระบบล้มเหลว และแพทย์ระบุให้ทารกได้รับการดูแลแบบประคับประคองหรือการดูแลแบบประคับประคองร่วมกับการรักษาโรค

การดูแลแบบประคับประคองทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต

การดูแลแบบประคับประคอง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตและครอบครัว เป็นการศึกษาที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมและความคิดเห็นจากการประชุมระดับนานาชาติของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 36 ราย โดยมูลนิธิโรเบิร์ต วู้ด จอห์นสัน รวมทั้งความคิดเห็นจากแพทย์และพยาบาลจำนวน 15 รายในแผนกผู้ป่วยหนัก 15 แห่ง ได้ข้อสรุปออกมาเป็นข้อบ่งชี้ด้านคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ระยะสุดท้ายในแผนกผู้ป่วยหนัก ทั้งหมด 7 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ (patient and family-centered decision making) การสื่อสารภายในทีมและผู้ป่วยกับครอบครัว (communication within the team and with patients and families) การดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuity of care) การดูแลทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว (emotional and practical support for patients and families) การดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย (symptom management and comfort care) การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว (spiritual support for patients and families) และการดูแลทางด้านจิตใจของทีมดูแลผู้ป่วย (emotional and organizational support for clinicians) (Clarke et al., 2003; Levy & McBride, 2006) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม สามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลแบบประคับประคองทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตและครอบครัวภายในหออภิบาลทารกแรกเกิด ดังนี้

1. ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ กล่าวคือ แพทย์และพยาบาลจะต้องคำนึงเสมอว่าทารกและครอบครัวเป็นหน่วยที่สำคัญที่จะต้องให้การดูแล ดังนั้นเมื่อครอบครัวได้รับข้อมูลด้านการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรคแล้ว ควรประเมินความต้องการ ความขัดแย้งภายในครอบครัว หรือความขัดแย้งของครอบครัวกับทีมสุขภาพด้านการตัดสินใจในการดูแลรักษา และช่วยแก้ไขปัญหา รับฟังความคิดเห็น เพื่อนำมาวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกัน (Clarke et al., 2003) มีการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้มากที่สุด (Boss, 2010; Lewis, 2012) โดยคำนึงถึงความเชื่อและความศรัทธา (Lewis, 2012) การให้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันและมีความต่อเนื่อง (Reid et al., 2011) เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยในกระบวนการตัดสินใจให้การดูแลทารกของบิดามารดา (Lewis, 2012; Reid et al., 2011) เมื่อทารกมีอาการเปลี่ยนแปลง ควรให้คำปรึกษา หรือ

ข้อมูลแก่ครอบครัวเพื่อประเมินผลดี ผลเสียของทางเลือกต่างๆในการดูแลรักษา เพื่อหาแนวทางร่วมกันในการดูแลหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษา รวมถึงให้ความเคารพการตัดสินใจของครอบครัวในการละเว้นการช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อทารกอาการทรุดลง (Clarke et al., 2003)

2. การสื่อสารภายในทีมและกับครอบครัว การสื่อสารถือเป็นพื้นฐานสำคัญในการดูแลตอบสนองความต้องการในทุกมิติของทารกและครอบครัวเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Michelson & Steinhorn, 2007) ในด้านการสื่อสารภายในทีม ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพที่ให้การดูแล ประคับประคอง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์และบุคลากรทางการแพทย์ อื่นๆที่เกี่ยวข้อง จะต้องมีการประชุม เพื่อการรับรู้และเข้าใจตรงกันในประเด็นปัญหาของทารก ความต้องการของครอบครัวและเป้าหมายในการดูแล เพื่อให้ข้อมูลแก่ครอบครัวอย่างสอดคล้อง และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ไม่มีความขัดแย้งกัน (Clarke et al., 2003) ส่วนด้านการสื่อสารกับครอบครัว มีสิ่งที่ต้องคำนึงถึง คือ การมีทักษะในการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว และทักษะในการแจ้งข่าวร้ายหรือให้ข้อมูลในเรื่องความเจ็บป่วย (Clarke et al., 2003; Widdas, McNamara, & Edwards, 2013) โดยคำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม จิตวิญญาณและความเชื่อของครอบครัว (Clarke et al., 2003) การให้ข้อมูลมักเริ่มต้นให้ในช่วงที่ครอบครัวมีความทุกข์ใจอย่างรุนแรง การรับข้อมูลและความเข้าใจในขณะมีความเครียดอาจมีข้อจำกัด การให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งจำเป็น (Widdas et al., 2013) ทีมสุขภาพควรให้ข้อมูล และคอยตอบคำถามต่างๆแก่ครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับทารกในทุกเรื่อง และแจ้งข่าวร้ายแก่ครอบครัวอย่างชัดเจน ซื่อสัตย์ ด้วยท่าทีที่แสดงความเสียใจ เข้าใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญ ไม่แสดงอาการรีบร้อนจนเกินไป ในสถานที่ที่มีความเหมาะสม มีการสอบถามถึงบุคคลในครอบครัวที่สามารถติดต่อได้โดยตรง และวิธีการติดต่อ (Catlin & Carter, 2002; Clarke et al., 2003) รวมทั้งความต้องการในการให้สมาชิกครอบครัวที่เป็นบุคคลสำคัญได้เข้าร่วมในกระบวนการสนทนา (Uthaya et al., 2014) ให้ครอบครัวได้อธิบายเพื่อประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาความเจ็บป่วย และเป้าหมายในการดูแลรักษา เมื่อเริ่มต้นการสนทนาและจบการสนทนา (Klick & Hauer, 2010; Clarke et al., 2003) และการเตรียมครอบครัวเมื่อทารกใกล้เสียชีวิต (Clarke et al., 2003)

3. การดูแลอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ แพทย์ที่ให้การดูแลรักษาและแพทย์เฉพาะทางที่รับปรึกษา ควรเป็นแพทย์ที่ให้การดูแลทารกได้ต่อเนื่องมากที่สุด มีการส่งเวรและให้รายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับทารกและครอบครัว เมื่อเปลี่ยนแพทย์คนใหม่ในการดูแลทารก รวมทั้งบอกครอบครัวล่วงหน้า เมื่อจะมีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ที่ดูแลรักษา และแนะนำแพทย์คนใหม่ให้ครอบครัวได้รู้จัก (Clarke et al., 2003)

4. การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ของครอบครัว ในด้านนี้ที่มสุขภาพจะต้องรับรู้ และเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึก ความต้องการของครอบครัว (วินัดดา, มุกดา, กุณชาติ, ลาวณิชย์, และ วาณี, 2551; Clarke et al., 2003) ให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ (วินัดดาและคณะ, 2551) และ ดูแลครอบครัวตั้งแต่ครั้งแรกที่ทารกเข้ารับการรักษา (Clarke et al., 2003) โดยให้บิดามารดาได้เห็น สัมผัสจับต้องทารก (Reid et al., 2011) ให้แผ่นพับและพูดคุยแนะนำหอผู้ป่วย สถานที่ที่จำเป็น เช่น โรงอาหาร ที่พัก เป็นต้น แนะนำระเบียบการเยี่ยม แหล่งให้ความรู้ (Clarke et al., 2003) ส่งเสริม กิจกรรมแห่งความทรงจำที่บิดามารดาอยากทำให้ทารก ได้แก่ การแต่งตัว การเช็ดตัว อาบน้ำ การ อุ้มสัมผัส การทำแกงการู (gangaroo) เป็นต้น ให้การดูแลช่วยเหลือตามความเหมาะสม เป็นไปตาม ความต้องการและการร้องขอสิ่งของเป็นที่ระลึกสำหรับครอบครัว ได้แก่ รูปถ่ายทารก ลายพิมพ์นิ้ว มือ นิ้วเท้า ป้ายชื่อมือหรือป้ายชื่อเท้า (Boss, 2010; Reid et al., 2011; Uthaya et al., 2014) จัด สถานที่ให้ทารกและครอบครัว มีความเป็นส่วนตัว สงบ และสุขสบาย (วินัดดาและคณะ, 2551; Catlin & Carter, 2002; Uthaya et al., 2014) ให้คุณค่าและสนับสนุนครอบครัวด้านจิตใจโดย คำนึงถึงวัฒนธรรมของครอบครัว หากมีปัญหาด้านสังคม เศรษฐกิจ ดูแลส่งปรึกษานักสังคม สงเคราะห์เพื่อให้คำแนะนำและการช่วยเหลือต่อไป (Catlin & Carter, 2002; Clarke et al., 2003) รวมทั้งให้การดูแลด้านอารมณ์ ความรู้สึกและจิตใจภายหลังทารกเสียชีวิต (วินัดดาและคณะ, 2551; Clarke et al., 2003; Uthaya et al., 2014) การเสียชีวิตของทารกเป็นความเครียดระดับรุนแรงสำหรับ บิดามารดา ทำให้เกิดความเศร้าโศกเสียใจ จึงต้องการความช่วยเหลือให้ได้ระบายความรู้สึก ความ ทุกข์ และการดูแลช่วยเหลือเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมต่อไป การช่วยเหลือหลังการ เสียชีวิตจะทำให้ดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการดูแลก่อนการเสียชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ (วินัดดาและ คณะ, 2551) ในด้านการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง การให้บิดามารดาได้อยู่ใกล้ชิด ได้ใช้เวลาอยู่ด้วยกัน กับทารก การช่วยเหลือตอบสนองตามความต้องการและให้กำลังใจบิดามารดาเป็นระยะ ตลอด ช่วงเวลาที่ทารกอยู่ในภาวะความเจ็บป่วย (วินัดดาและคณะ, 2551; Uthaya et al., 2014)

5. การดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย ควรเน้นการดูแลให้ทารกมีความสุข สบายมากที่สุด มีการประเมินความปวดและอาการต่างๆที่ทำให้ทารกมีความทุกข์ทรมาน ให้การ ช่วยเหลือจัดการความปวดและการจัดการกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้น ให้เป็นไปตามมาตรฐานการดูแล (ประสิน, 2557; Marc-Aurele & English, 2017; Uthaya et al., 2014) การจัดการความปวดเป็นเรื่อง สำคัญสำหรับทารกทุกราย โดยดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดหรือยานอนหลับอย่างเพียงพอ พิจารณานิต ของยา ขนาดและทางที่ให้เหมาะสม สามารถบริหารยาทางเส้นเลือดดำ ทางปาก ชั่นกล้ามเนื้อ และชั้นใต้ผิวหนัง (Uthaya et al., 2014) ยาที่ให้แก่ทารกมักเป็นยามอร์ฟิน (morphine) เฟนทานิล (fentanyl) และมิดาโซแลม (midazolam) (ประสิน, 2557) และควรมีการบริหารจัดการความปวด

โดยการไม่ใช้ยา ได้แก่ การให้ทารกดูดนม น้ำหวาน ดูดอกหลอก ฟังดนตรี การจัดทำ การห่อตัว เป็นต้น หรือมีการบริหารจัดการความปวดโดยการให้ยาและไม่ใช้ยาาร่วมกัน (ประสิน, 2557; Uthaya et al., 2014) ดูแลสิ่งแวดล้อม ได้แก่ แสง เสียง และการสัมผัสที่เหมาะสม ลดการดูแลที่ไม่จำเป็นที่เป็น การเพิ่มความปวดและความไม่สุขสบายแก่ทารก ให้การดูแลรักษาที่ช่วยบรรเทาอาการทางกาย (ประสิน, 2557; Boss, 2010) ได้แก่ การให้ความอบอุ่น การนอนในรัง (nest) (Boss, 2010) และการ ส่งเสริมให้มารดาได้อยู่ใกล้ชิด และมีส่วนร่วมในการดูแลทารก ได้แก่ การเช็ดตัวหรืออาบน้ำ การ นวดสัมผัส และการทำแกงการู (Catlin & Carter, 2002) รวมทั้งการดูแลขั้นพื้นฐานที่สำคัญอย่าง เหมาะสม ได้แก่ การดูแลให้สารน้ำสารอาหาร หรือนมอย่างเพียงพอ การดูแลผิวหนัง (ประสิน, 2557; Uthaya et al., 2014) การให้ความอบอุ่น โดยการสวมเสื้อผ้า ห่อตัว ให้นอนในตู้อบ หรือ ภายใต้อุปกรณ์ให้ความอบอุ่น และบริหารจัดการช่วยเหลือการหายใจของทารกให้เพียงพอ (Marc-Aurele & English, 2017) การมองเห็นทารกมีความปวด และทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย จากการ ดูแลรักษา และการทำหัตถการ ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่บิดามารดา (Boss, 2010) การ ปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลดังกล่าว เป็นการช่วยส่งเสริมความสุขสบายแก่ทารกและลดความทุกข์ ทรมานใจของครอบครัว (Marc-Aurele & English, 2017)

6. การดูแลด้านจิตวิญญาณของครอบครัว จิตวิญญาณตามความหมายของฟาณิต (2557) หมายถึง แรงขับภายในของบุคคลในการให้ความหมายต่อชีวิต การเกิด การดับ การดำเนิน ชีวิต และเป้าหมายของการดำเนินชีวิตที่มีความแตกต่างกันตามพื้นฐานของประสบการณ์ ความเชื่อ ทางศาสนา ความศรัทธาและประเพณี ซึ่งวัฒนธรรม ความเชื่อทางศาสนาและจิตวิญญาณของ ครอบครัว มีอิทธิพลต่อความทุกข์ทรมาน การรักษาและการหาย ความเชื่อในการปฏิบัติกิจกรรม ทางศาสนา และความเชื่อทางจิตวิญญาณมีผลต่อการลดความทุกข์ทรมานของครอบครัว (จินตนา, 2550) ทีมสุขภาพจึงควรมีการประเมินความต้องการของครอบครัวทางด้านจิตวิญญาณ เพื่อทำความเข้าใจในเรื่องความเชื่อ ความศรัทธา และการปฏิบัติด้านศาสนา (Kumaran & Bray, 2010; Reid et al., 2011; Uthaya et al., 2014) เคารพในความแตกต่างทางวัฒนธรรม ความเชื่อและการแสดงออก ของครอบครัว (Uthaya et al., 2014) เปิดโอกาสและคอยอำนวยความสะดวกให้ครอบครัวได้ปฏิบัติ ตามความเชื่อ ความศรัทธา วัฒนธรรม และตามประเพณีที่ยึดถือ (วินัดดาและคณะ, 2551; Boss, 2010; Uthaya et al., 2014) ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวสบายใจขึ้น โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยใกล้จะ เสียชีวิต

7. การดูแลทางด้านจิตใจของทีมดูแลผู้ป่วย การดูแลแบบประคับประคองทารกที่มี ความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตที่อาจเสียชีวิตหรือใกล้เสียชีวิต และครอบครัว ส่งผลกระทบทางด้าน อารมณ์ความรู้สึก (Catlin & Carter, 2002; Clarke et al., 2003; Uthaya et al., 2014) ทำให้ผู้ดูแลรู้สึก

ผิดหวัง เศร้าใจ ไม่สบายใจ และลำบากใจในการสื่อสารกับครอบครัว (Catlin, 2011) ดังนั้นทีมสุขภาพจึงควรดูแลด้านอารมณ์ความรู้สึกของผู้ดูแล โดยให้การสนับสนุน ช่วยเหลือในการดูแลทารกและครอบครัว (Catlin & Carter, 2002; Clarke et al., 2003) การสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพถึงเป้าหมายในการดูแล จัดประชุมทีมสุขภาพเพื่อให้การดูแลทีมได้สอดคล้องตามปัญหาและความต้องการ สมาชิกทีมได้มีโอกาสพูดคุยถึงสิ่งที่ค้ำข้องใจ ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์แก่ทีมสุขภาพ จัดผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองมาให้ความรู้และแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการดูแลทารกและครอบครัว (Clarke et al., 2003; Uthaya et al., 2014)

การได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ช่วยให้มีบิดาและมารดาสามารถปรับตัวกับการสูญเสียได้ (Meyer et al., 2006; Monterosso & Kristjanson, 2008) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของโบรซิกและคณะ (Brosig et al., 2007) ที่ศึกษาถึงการรับรู้ความเศร้าโศกและการปรับตัวภายหลังทารกเสียชีวิตของบิดามารดาทารกอายุน้อยกว่า 1 ปีที่เสียชีวิตในหออภิบาลทารกแรกเกิดและหออภิบาลผู้ป่วยเด็กจากความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต พบว่า บิดามารดาทารกที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความเศร้าโศก ($M = 46.54, SD = 23.22$) ต่ำกว่าบิดามารดาในกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญ ($M = 49.49, SD = 25.58$) ส่วนการปรับตัวภายหลังทารกเสียชีวิต พบว่า บิดามารดาที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองสามารถปรับตัวได้เป็นอย่างดี ($M = 33.16, SD = 4.32$)

สำหรับการดูแลแบบประคับประคองภายในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร การวินิจฉัยว่าทารกตายใดควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองจึงขึ้นอยู่กับแพทย์ และผลการสรุปร่วมกันระหว่างแพทย์พยาบาล และบิดามารดาของทารก ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคองจึงยังไม่ครอบคลุมในด้านการดูแลจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ เมื่อเทียบกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งหรือผู้ป่วยผู้ใหญ่ภายในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามนโยบายของโรงพยาบาลได้ให้ความสำคัญกับการดูแลแบบประคับประคองภายในโรงพยาบาล มีหน่วยงานเฉพาะที่สามารถขอคำปรึกษาในการดูแลแบบประคับประคอง คือ หน่วยชีวนตภิบาล มีแพทย์และพยาบาลที่เชี่ยวชาญในด้านการดูแลแบบประคับประคอง และเป็นแหล่งศึกษาเรียนรู้ พยาบาลและแพทย์ส่วนใหญ่จะได้รับการอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคองที่มีการจัดภายในโรงพยาบาลและหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล ประกอบกับทารกที่รับการรักษาภายในหออภิบาลทารกแรกเกิดเป็นทารกวิกฤต และมีโอกาสเสียชีวิตสูง ทีมสุขภาพส่วนใหญ่จึงมีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคอง

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลแบบประคับประคอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลแบบประคับประคองทั้งหมดเป็นการศึกษาในแพทย์และพยาบาลที่ทำงานภายในหออภิบาลทารกแรกเกิด ดังนี้

1. การพยากรณ์โรคที่ไม่แน่นอน ภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตนอกจากทำให้ทารกต้องทุกข์ทรมานแล้ว ความไม่แน่นอนในการพยากรณ์โรคดังกล่าว อาจทำให้เกิดความสับสนในเป้าหมายของการดูแล ระหว่างการรักษาและการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้ความสามารถของแพทย์ในการดูแลรักษาเพื่อให้ทารกรอดชีวิตลดลง บิดามารดามักคาดหวังให้มีการดูแลรักษา จนหมดหนทางรักษา หรือแพทย์ยืนยันว่าทารกจะต้องเสียชีวิตอย่างแน่นอน ความไม่แน่นอนในการพยากรณ์โรค หากไม่ได้รับการจัดการและมีการพูดคุยอย่างเปิดเผยกับครอบครัว อาจทำลายความน่าเชื่อถือและความไว้วางใจ เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสัมพันธภาพและการดูแลระหว่างทีมสุขภาพและบิดามารดา ทำให้การเริ่มต้นการดูแลแบบประคับประคองทางจิตสังคมและการบรรเทาความทุกข์ทรมานเกิดขึ้นช้าเกินไป ดังนั้นจะเป็นการดีกว่าหากทารกได้รับการดูแลรักษาโรคร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง (Davies et al., 2008)

2. บุคลากรทีมสุขภาพ ปัญหาที่เกิดจากบุคลากรทีมสุขภาพ มีด้วยกันหลายประเด็น ได้แก่ ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคองมีจำนวนน้อย (Kain, 2011; Korzeniewska-Eksterowicz et al., 2013) แพทย์และทีมสุขภาพที่ให้การดูแลรักษา รู้สึกผิดหวังและล้มเหลวในการรักษา หากต้องปล่อยให้ทารกเสียชีวิต ทำให้ไม่ยอมรับการดูแลแบบประคับประคอง จึงพยายามป้องกันไม่ให้เกิดการเสียชีวิต (วินัดดาและคณะ, 2551; Catlin, 2011) และช่วยชีวิตอย่างเต็มที่เพื่อยืดชีวิต โดยไม่คำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว (วินัดดาและคณะ, 2551) ทีมสุขภาพมีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลแบบประคับประคอง (Catlin, 2011; Davies et al., 2008; Korzeniewska-Eksterowicz et al., 2013) ด้านการจัดการกับอาการและความปวดของทารก (Davies et al., 2008; Martin, 2013) และการดูแลด้านจิตใจและสังคมของครอบครัว (Korzeniewska-Eksterowicz et al., 2013) มีความขัดแย้งระหว่างสมาชิกทีมสุขภาพและครอบครัว (Korzeniewska-Eksterowicz et al., 2013; Martin, 2013) ทีมสุขภาพรู้สึกเศร้าใจ ลำบากใจในการดูแลแบบประคับประคองด้านการสื่อสาร และการตัดสินใจร่วมกับบิดามารดา โดยเฉพาะแพทย์มีความลำบากใจเมื่อต้องบอกข่าวร้ายหรือการพยากรณ์โรคที่แย่งแก่ครอบครัว (Davies et al., 2008)

3. ครอบครัวของผู้ป่วย พบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นได้บ่อย คือ การไม่ยอมรับการวินิจฉัยโรค และมีความต้องการการรักษาที่ช่วยยืดชีวิต (Davies et al., 2008; Korzeniewska-Eksterowicz et al., 2013) มีความหวัง ความฝัน และความคาดหวังเกี่ยวกับบุตร คือมีความหวังว่าจะ

มีปฏิกิริยาเกิดขึ้น และคาดหวังว่าบุตรจะหายดี (Catlin, 2011; Davies et al., 2008) มีความเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์ และคาดหวังว่าเทคโนโลยีทางการแพทย์สามารถช่วยชีวิตของบุตร ทำให้อาการดีขึ้น จึงไม่พร้อมที่จะยอมรับว่าอาการของบุตรไม่สามารถรักษาให้หายได้ (Davies et al., 2008) และสมาชิกครอบครัวมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่ไม่ตรงกัน (Korzeniewska-Eksterowicz et al., 2013)

4. สภาพแวดล้อม เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมของหออภิบาลทารกแรกเกิด ไม่มีความสงบและความเป็นส่วนตัว จึงควรจัดสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว บิดามารดารู้สึกสุขสบายในการได้อยู่ใกล้ชิดและดูแลทารกในช่วงเวลาที่ทารกใกล้จะเสียชีวิต และมีห้องให้มารดาได้พักผ่อน (Kain, 2011)

5. การเสียชีวิตอย่างรวดเร็วภายหลังคลอด ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความแตกต่างจากเด็กโตและผู้ใหญ่ กล่าวคือ ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต มักจะเสียชีวิตในระยะเวลาด่วนรวดเร็ว จากภาวะความเจ็บป่วยวิกฤตและการพยากรณ์โรคที่ไม่แน่นอน (Davies et al., 2008) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดร้อยละ 39 (Haghighi et al., 2013) และร้อยละ 44.4 (นันทวัลย์, 2555) เสียชีวิตภายในวันแรก ร้อยละ 63.7 เสียชีวิตภายใน 2 วัน ร้อยละ 84.3 (Haghighi et al., 2013) และร้อยละ 59.3 (นันทวัลย์, 2555) เสียชีวิตในสัปดาห์แรก ร้อยละ 12.24 (Haghighi et al., 2013) และร้อยละ 25.9 (นันทวัลย์, 2555) เสียชีวิตในช่วง 8-28 วัน และทารกมีระยะเวลาเฉลี่ยก่อนเสียชีวิต 10.2 ± 8.8 วัน (Shrestha & Shrestha, 2013) ผลการศึกษาดังกล่าวจึงทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนด ที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต มีระยะเวลาที่จะได้รับการดูแลแบบองค์รวมในทุกมิติถูกจำกัดลง (Kumaran & Bray, 2010)

ความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต

ความต้องการ หมายถึงความปรารถนาที่จะได้รับบางสิ่งบางอย่างที่มีความจำเป็น (พวงเพชร, 2540; Mundy, 2010) เพื่อบรรเทา หรือลดความทุกข์ ทำให้ความรู้สึกหรือสภาพดีขึ้น (Mundy, 2010) เพื่อให้ชีวิตดำรงอยู่ต่อไป และมีความสมดุลในการดำเนินชีวิตทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม (พวงเพชร, 2540)

ในการวิจัยครั้งนี้ ความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง ความปรารถนาของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต และเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ในเรื่องกิจกรรมการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ทีม

สุขภาพ ซึ่งมีทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ การสื่อสารภายในทีม และครอบครัว การดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลจิตใจและอารมณ์ การดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย และการดูแลจิตวิญญาณ

ความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง

ในการดูแลแบบประคับประคอง บิดาและมารดาได้ระบุถึงความต้องการให้ทีมสุขภาพเห็นความสำคัญในการดูแลครอบครัวเช่นเดียวกับทารก (Brosig et al., 2007) และมีความรู้สึกไวต่อความต้องการของครอบครัว (Monterosso & Kristjanson, 2008) โดยเฉพาะมารดาซึ่งพบว่ามีความต้องการในด้านต่างๆ มากกว่าบิดา (Ward, 2001) และความต้องการของมารดาตามความคิดเห็นของพยาบาลอาจมีความแตกต่างจากความต้องการที่แท้จริงของมารดา จึงจำเป็นต้องมีการประเมินเพื่อให้ทราบถึงความต้องการที่แท้จริง (Mundy, 2010) จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตโดยตรง ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ และงานวิจัยเชิงบรรยายร่วมกับเชิงคุณภาพในการดูแลแบบประคับประคองบิดามารดาทารกแรกเกิดและเด็ก ซึ่งความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของบิดามารดาประกอบด้วย ความต้องการด้านการสื่อสาร (Branchett & Stretton, 2012; Meert et al., 2008; Monterosso & Kristjanson, 2007) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Brosig et al., 2007; Inglin et al., 2011) การประสานการดูแลเพื่อความต่อเนื่องในการดูแล (Meert et al., 2008; Monterosso & Kristjanson, 2007; Robert et al., 2012) การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ ความรู้สึก (Branchett & Stretton, 2012; Brosig et al., 2007; Robert et al., 2012) การดูแลบรรเทาความปวดและความสุขสบาย (Monterosso & Kristjanson, 2008; Robert et al., 2012) และด้านความศรัทธา (Meyer et al., 2006) ซึ่งความต้องการในงานวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับองค์ประกอบหลักที่สำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง (Clarke et al., 2003; Levy & McBride, 2006) ที่เกี่ยวข้องกับมารดาจำนวน 6 ด้าน ดังนั้นความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต มีดังนี้

1. ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ ในด้านนี้พบว่า บิดามารดาต้องการการดูแลจากทีมสุขภาพและการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Brosig et al., 2007; Inglin et al., 2011) โดยเฉพาะในการตัดสินใจยุติการช่วยประคับประคองชีวิตของทารก หากว่าทารกจะต้องเสียชีวิตอย่างแน่นอน บิดามารดาก็ไม่อยากจะยืดชีวิตของทารกต่อไป ต้องการให้ทีมสุขภาพยอมรับและให้ความเคารพในการตัดสินใจของบิดามารดา (Brosig et al., 2007)

2. การสื่อสารภายในทีมและกับครอบครัว บิดามารดาต้องการข้อมูลที่ตรงกันหรือเป็นไปในแนวทางเดียวกันจากทีมสุขภาพ (Meyer et al., 2006) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ภาวะความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ วิธีการดูแลรักษาที่ให้ การพยากรณ์โรค การเปลี่ยนแปลงการรักษา (Monterosso & Kristjanson, 2007; Robert et al., 2012) และต้องการให้ทีมสุขภาพแจ้งให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอาการและการรักษา กล่าวคือต้องการได้รับข้อมูลว่ามีการเปลี่ยนแปลงการรักษาเมื่อไรและเปลี่ยนแปลงอย่างไร (Monterosso & Kristjanson, 2007) ต้องการข้อมูลที่เป็นจริง (Branchett & Stretton, 2012; Brosig et al., 2007; Inglin et al., 2011; Meert et al., 2008) ครบถ้วน สมบูรณ์ (Meert et al., 2008) และเปิดเผย (Inglin et al., 2011; Meert et al., 2008; Monterosso & Kristjanson, 2008) มีการอธิบายทุกสิ่งทุกอย่างได้ชัดเจน (Inglin et al., 2011; Monterosso & Kristjanson, 2007) และตรงไปตรงมา (Meert et al., 2008) เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของบุตร โดยเฉพาะในการให้ข้อมูลที่ยุ่งยากซับซ้อน หรือในการแจ้งข่าวร้าย (Brosig et al., 2007; Inglin et al., 2011) และไม่กลัวในการบอกความจริง (Branchett & Stretton, 2012) ต้องการได้รับข้อมูลด้วยภาษาที่เข้าใจได้ง่าย เป็นข้อมูลปกติธรรมดา มากกว่าการใช้ภาษาทางการแพทย์ ด้วยน้ำเสียงที่แสดงออกถึงความอบอุ่น ความเอื้ออาทร และการปลอบโยน (Meert et al., 2008) ต้องการที่จะได้รับข้อมูล คำแนะนำปรึกษาอย่างรวดเร็วตั้งแต่เริ่มต้นการรักษา (Branchett & Stretton, 2012; Robert et al., 2012) กล่าวคือ ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทารกภายในหนึ่งชั่วโมงหลังการย้ายไปรักษา (Branchett & Stretton, 2012) และไม่ล่าช้าในการให้ข้อมูลข่าวสารทั้งในระหว่างที่มีความเจ็บป่วยและภายหลังการเสียชีวิต รวมทั้งรับฟังคำพูดและการระบายจากบิดามารดาอย่างตั้งใจ (Monterosso & Kristjanson, 2008)

3. การดูแลอย่างต่อเนื่อง บิดามารดาต้องการให้ทีมสุขภาพมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบิดามารดา (Monterosso & Kristjanson, 2008) ต้องการทราบถึงบุคลากรที่ครอบครัวสามารถสอบถามเกี่ยวกับการดูแลได้โดยตรง (Monterosso & Kristjanson, 2007) สามารถเข้าถึงแพทย์ที่ให้การดูแลได้ง่าย (Inglin et al., 2011; Meert et al., 2008; Monterosso & Kristjanson, 2007) พบได้อย่างรวดเร็ว ไม่ว่าจะเป็นเวลาใด (Meert et al., 2008) และมีผู้ประสานการดูแลเพื่อความต่อเนื่องในการดูแล โดยเฉพาะในการพบแพทย์ (Inglin et al., 2011) และต้องการผู้ดูแลและทีมสุขภาพที่มึเดิมที่มีการพัฒนาด้านสัมพันธ์ภาพ และบิดามารดาให้ความไว้วางใจในการดูแลรักษา เพื่อความเพียงพอและความต่อเนื่องในการดูแล (Robert et al., 2012)

4. การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ บิดามารดาต้องการได้รับการดูแลด้านอารมณ์ ความรู้สึกจากทีมสุขภาพ (Branchett & Stretton, 2012; Robert et al., 2012) ทั้งระยะก่อนและภายหลังการเสียชีวิต (Robert et al., 2012) ต้องการให้ทีมสุขภาพเข้าใจในอารมณ์และความรู้สึกของ

บิดามารดาในการที่จะต้องสูญเสียบุตร ต้องการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม บิดามารดาเชื่อว่า เจ้าหน้าที่ที่ทีมสุขภาพควรส่งเสริมให้บิดามารดาารู้สึกสบาย (Brosig et al., 2007) โดยการจัดสถานที่ที่เป็นส่วนตัวหรือห้องแยกให้ครอบครัวได้ใช้เวลาอยู่กับทารกในช่วงสุดท้ายของชีวิต (วินัดดาและคณะ, 2551; Brosig et al., 2007) มีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม แสงไฟไม่สว่างจนเกินไป และมีห้องสำหรับบิดามารดาได้พักผ่อน แต่อย่างไรก็ตามบิดามารดาทั้งหมดระบุว่าสถานที่ไม่ได้สำคัญไปกว่าการมีคนอยู่เคียงข้างและให้กำลังใจในช่วงเวลาที่ทารกมีอาการทรุดลงหรือกำลังจะเสียชีวิต (Brosig et al., 2007) และต้องการกำลังใจจากทีมสุขภาพเป็นระยะๆ (วินัดดาและคณะ, 2551) ต้องการได้อยู่ใกล้ชิด ได้ดูแลบุตร ต้องการเข้าถึง ได้สัมผัส ได้เห็น และต้องการความเป็นส่วนตัวที่จะใช้ร่วมกับบุตร (วินัดดาและคณะ, 2551; Meyer et al., 2006) ต้องการการแสดงออกของทีมนสุขภาพทั้งทางวาจาและพฤติกรรมถึงความเข้าใจ เอาใจใส่ มีความจริงใจ มีเมตตากรุณา และความเห็นอกเห็นใจ (Monterosso & Kristjanson, 2007; Monterosso & Kristjanson, 2008; Robert et al., 2012) ทำให้บิดามารดาารู้สึกว่าสถานการณ์และสภาพแวดล้อมที่รุนแรง ได้บรรเทาเบาบางลง (Meyer et al., 2006) นอกจากนี้ยังต้องการการดูแลจากคนในครอบครัว (Monterosso et al., 2009) และการดูแลสนับสนุนทางสังคม (Robert et al., 2012)

5. การดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย บิดามารดาต้องการผู้ดูแลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ (Robert et al., 2012) เป็นคนที่ไว้ใจได้ในการจัดการความปวด (วินัดดาและคณะ, 2551) สามารถให้การดูแลที่มีมาตรฐานในด้านความสุขสบาย (Robert et al., 2012) และต้องการให้บุตรไม่มีอาการปวด มีความสุขสบายมากที่สุด (Monterosso & Kristjanson, 2008) หรือทุกข์ทรมานและเจ็บปวดน้อยที่สุด ต้องการรู้วิธีการจัดการความปวด (Monterosso et al., 2009) และวิธีการดูแลให้บุตรมีความสุขสบาย (Monterosso & Kristjanson, 2007; Monterosso et al., 2009) ต้องการอยู่เคียงข้าง เพื่อแสดงความรัก และดูแลความสุขสบายโดยการทำกิจวัตรประจำวันให้ (Monterosso & Kristjanson, 2008; Robert et al., 2012)

6. การดูแลด้านจิตวิญญาณ บิดามารดาเชื่อว่าต้องการสวดมนต์เพื่อขอพรจากพระเจ้าที่ตนเองศรัทธา ต้องการได้รับคำปรึกษาจากพระหรือนักบวช (Meyer et al., 2006) โดยต้องการให้พระหรือผู้นำทางศาสนาช่วยชี้ทางให้วิญญาณไปสู่ภพภูมิที่ดี (วินัดดาและคณะ, 2551) และการสนับสนุนการดูแลทางด้านสังคมและอารมณ์จากคนในชุมชนที่มีความศรัทธาเดียวกัน (Meyer et al., 2006)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านครอบครัว เป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ ด้านการสื่อสารภายในทีมและครอบครัว ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ ด้านการดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย และด้านการดูแลจิตวิญญาณ

ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง

สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการ พบแต่งงานวิจัยในบิดามารดาหรือมารดาทารกที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดเท่านั้น กล่าวคือ อายุ ระดับการศึกษา (ฉันทนา, 2537; Mundy, 2010) สถานะการแต่งงาน ประสบการณ์การนำบุตรเข้ารับการรักษา (Mundy, 2010) และรายได้ครอบครัว (ฉันทนา, 2537; บุญกรและคณะ, 2550) มีผลต่อความต้องการของมารดา ดังนี้

1. อายุ การพัฒนาด้านความรู้สึกลึกซึ้งมากขึ้นอยู่กับอายุเป็นสำคัญ อายุที่มากขึ้นทำให้มีประสบการณ์ในการเรียนรู้ มีความคิด และความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดี อายุที่แตกต่างกันของมารดาจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ความต้องการของมารดาแตกต่างกันไปด้วย (ฉันทนา, 2537) จากงานวิจัยของมอนด์ (Mundy, 2010) พบว่าบิดามารดาที่มีอายุมากกว่า 30 ปี มีความต้องการโดยรวมสูงกว่าบิดามารดาที่มีอายุน้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .002$) สำหรับความต้องการรายด้านที่บิดามารดาอายุมากกว่า 30 ปี มีความต้องการสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ด้านการดูแล ($p = .04$) และด้านความสุขสบาย ($p = .05$) เนื่องจากมารดาที่มีอายุมากกว่ามักมีประสบการณ์ และการรับรู้ถึงเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับบุตร ทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลได้มากกว่า จึงทำให้มีความต้องการสูงกว่ามารดาที่มีอายุน้อยกว่า

2. สถานะการแต่งงาน มารดาที่มีสถานะคู่กับมารดาเลี้ยงเดี่ยวมักมีความต้องการที่แตกต่างกัน ดังงานวิจัยของมอนด์ (Mundy, 2010) พบว่าบิดามารดาเลี้ยงเดี่ยวมีความต้องการสูงกว่าบิดามารดาที่มีสถานะคู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในหัวข้อ การได้รับการยอมรับเช่นเดียวกับการดูแลทารกให้อาการดีขึ้น ($p = .001$) และมีสถานะที่เป็นส่วนตัวภายในโรงพยาบาล ($p = .03$)

3. ระดับการศึกษา มารดาที่มีการศึกษาแตกต่างกัน จะมีการรับรู้ และเข้าใจในสิ่งต่างๆ แตกต่างกัน ทำให้มีการปรับตัว การตัดสินใจและการปฏิบัติตนแตกต่างกัน กล่าวคือ มารดาที่มีการศึกษาค่ำกว่า มีโอกาสในการเรียนรู้ น้อยกว่า อาจทำให้มีการรับรู้และปฏิบัติตนได้ถูกต้องน้อยกว่า ดังนั้นมารดาที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน จึงอาจมีความต้องการในการได้รับการช่วยเหลือที่แตกต่างกัน (ฉันทนา, 2537) สอดคล้องกับงานวิจัยของมอนด์ (Mundy, 2010) พบว่าบิดามารดาที่มีการศึกษาสูง มีความต้องการโดยรวมสูงกว่าบิดามารดาที่มีการศึกษาค่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ส่วนความต้องการรายด้านที่บิดามารดาที่มีการศึกษาสูงมีความต้องการสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ด้านการดูแล ($p = .01$) และด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร ($p = .01$) กล่าวคือ

มารดาที่มีการศึกษาสูงมักมีความเข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับโรคมากกว่า เนื่องจากมีการแสวงหาความรู้จากแหล่งต่างๆ และกล้าซักถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร ทำให้ทราบถึงอาการและการรักษาที่บุตรได้รับ ส่วนมารดาที่มีการศึกษาต่ำกว่ามักไม่กล้าซักถาม หรือไม่รู้ว่าจะถามคำถามอะไร มารดาที่มีการศึกษาสูงจึงมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากกว่า ส่วนด้านการดูแล มารดาที่มีการศึกษาสูงรับรู้ถึงการบริการที่จะต้องได้รับจากทีมสุขภาพ จึงต้องการการดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของบุตรมากกว่ามารดาที่มีการศึกษาต่ำกว่า (ฉันทนา, 2537)

4. ประสบการณ์บุตรเคยรับการรักษาในโรงพยาบาล มารดาที่บุตรเคยรับการรักษาในโรงพยาบาล มักมีประสบการณ์และมีความคุ้นเคยกับสภาพของผู้ป่วย สิ่งแวดล้อม การดูแล การทำหัตถการ และบุคลากรในโรงพยาบาล จึงทำให้มีการปรับตัวได้ดีกว่า ซึ่งแตกต่างจากมารดาที่บุตรรับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก มักไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การทำหัตถการที่ทำให้บุตรเกิดความเจ็บปวด ดังนั้นมารดาที่บุตรรับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรกจึงมีความต้องการสูงกว่า (ฉันทนา, 2537) สอดคล้องกับงานวิจัยของบุษกรและคณะ (2550) ที่พบว่า มารดาที่มีประสบการณ์ของการมีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดครั้งแรก มีความต้องการโดยรวมสูงกว่ามารดาที่เคยมีประสบการณ์ของการมีบุตรรับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด เนื่องจากมารดาไม่ทราบว่าบุตรมีความเจ็บป่วยอยู่ในระดับรุนแรงปานกลางถึงมาก ทำให้มารดาเหล่านี้เกิดความเครียด ความกลัว และวิตกกังวลว่าทารกจะได้รับความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานหรือเสียชีวิต จึงทำให้มารดาที่มีความต้องการสูงในทุกๆ ด้าน ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของมันดี (Mundy, 2010) ที่พบว่า บิดามารดาที่เคยมีประสบการณ์ของการมีบุตรรับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดมีความต้องการโดยรวมสูงกว่าบิดามารดาที่ไม่เคยมีประสบการณ์บุตรรับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .009$) ส่วนความต้องการรายด้านที่บิดามารดาที่เคยมีประสบการณ์บุตรรับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดมีความต้องการสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ด้านการดูแล ($p = .05$) และด้านความสุขสบาย ($p = .03$)

5. รายได้ของครอบครัว รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต สามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ และเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคล ดังนั้นผู้มีรายได้สูง จึงมีแหล่งประโยชน์ที่จะให้บรรลุถึงการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้ตามต้องการ (บุษกรและคณะ, 2550) สามารถเอื้ออำนวยในการเข้ารับการรักษาพยาบาลของบุตร ทำให้มารดาที่มีรายได้สูงคาดหวังถึงการได้รับบริการที่ควรได้รับจากทีมสุขภาพมากกว่ามารดาที่มีรายได้ต่ำกว่า (ฉันทนา, 2537) สอดคล้องกับงานวิจัยของบุษกรและคณะ (2550) ที่พบว่ารายได้สามารถทำนายความต้องการของมารดาโดยรวมได้เล็กน้อย ร้อยละ 2.2 ($F = 4.05, df = 1, 137, p = .046$)

กล่าวคือ ฐานะทางเศรษฐกิจของมารดา มีผลต่อความต้องการของมารดา โดยมารดาที่มีรายได้ต่ำ มีความต้องการต่ำไปด้วย

สำหรับปัจจัยที่ไม่มีผลต่อความต้องการ ได้แก่ ศาสนา ความรุนแรงของโรค จำนวนครั้งในการเยี่ยมบุตร ระยะเวลาในการเยี่ยมบุตร จำนวนบุตร (บุษกรและคณะ, 2550) และ ลำดับการเกิดของบุตร (Mundy, 2010)

การประเมินความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าไม่มีเครื่องมือเฉพาะที่ใช้ในการประเมินความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง แต่มีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อนำมาประเมินความต้องการของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งหรือเด็กที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง และเครื่องมือที่ใช้ประเมินความต้องการของมารดาทารกที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ดังนี้

1. แบบประเมินความต้องการการดูแลของครอบครัวเด็ก (Family Inventory of Needs-Pediatrics II: FIN-PED II) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความต้องการของครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยประเทศออสเตรเลีย เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากความต้องการการดูแลของครอบครัว (Family Inventory of Needs: FIN) (Kristjanson, Atwood, & Degner, 1995) ซึ่งใช้วัดความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง หลังจากนั้นได้มีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อนำมาใช้วัดความต้องการของครอบครัวที่ดูแลเด็กป่วยเป็นครั้งแรกปี 1999 (Family Inventory of Needs-Pediatrics: FIN-PED) และต่อมาถูกปรับปรุงให้เหมาะสมมากขึ้นโดยมอนเตออสโซ โคริสต์ เจนสัน และดาดด์ (Monterosso, Kristjanson, & Dadd, 2006) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความต้องการการดูแลของครอบครัวเด็ก (Family Inventory of Needs-Pediatrics II: FIN-PED II) มีข้อความทั้งหมด 17 ข้อที่เกี่ยวข้องกับความต้องการที่สำคัญของผู้ดูแลเด็กทางด้านข้อมูลข่าวสารและด้านจิตสังคม แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความต้องการที่สำคัญ ความต้องการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและความต้องการข้อมูลข่าวสาร ลักษณะของแบบวัดเป็นการประเมินค่าความต้องการ 5 ระดับ ตั้งแต่ มีความต้องการน้อยที่สุด (1 คะแนน) ต้องการเล็กน้อย (2 คะแนน) ต้องการปานกลาง (3 คะแนน) ต้องการมาก (4 คะแนน) และต้องการมากที่สุด (5 คะแนน) โดยแบบประเมินได้ผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหา และได้ผ่านการทดสอบค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .88 (Arabiat, Hamdan-Mansour, Al Jabery, Wardam, & Tamimi, 2015) และแบบประเมินดังกล่าวได้นำไปศึกษาความต้องการของบิดามารดาเด็กโรคมะเร็งซึ่งมีอายุเฉลี่ย 6 ปี และเด็กที่มีความพิการทางระบบประสาทอย่างรุนแรง อายุเฉลี่ย 1.8 ปี ที่มีความ

เจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต ในการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลและที่บ้านหรือสถานบริการในชุมชน (Monterosso & Kristjanson, 2007) และประเมินความต้องการของบิดามารดาของทารก เด็กและวัยรุ่น อายุระหว่าง 0-19 ปี ที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ในการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับในโรงพยาบาลและสถานบริการของชุมชน (Monterosso et al., 2009) โดยในงานวิจัยทั้งสองไม่ได้กล่าวถึงการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ

2. แบบสำรวจความต้องการของผู้ดูแลเด็กป่วย (The Patient Carer's Needs Survey: PCNS) ประเทศออสเตรเลีย ซึ่งพัฒนามาจากเครื่องมือสำรวจความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Caregiver Needs Survey: HCNS) เดิมใช้วัดความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่บ้าน ซึ่งเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ มีข้อคำถามจำนวน 90 ข้อ แบบประเมินได้ผ่านการทดสอบค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .71-.92 (Hudson et al., 2010) ส่วนแบบสำรวจความต้องการของผู้ดูแลเด็กป่วย ได้ถูกพัฒนามาใช้ในผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง มีจำนวนข้อคำถามลดลงเป็น 16 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลครอบครัว การดูแลผู้ดูแลเด็ก การบริการและความรู้ และแบบวัดเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ ตั้งแต่ มีความต้องการน้อยที่สุด (1 คะแนน) ต้องการเล็กน้อย (2 คะแนน) ต้องการปานกลาง (3 คะแนน) ต้องการมาก (4 คะแนน) และต้องการมากที่สุด (5 คะแนน) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในงานวิจัยที่ศึกษาถึงความต้องการของบิดามารดาเด็กโรคมะเร็งซึ่งมีอายุเฉลี่ย 6 ปี และเด็กที่มีความพิการทางระบบประสาทอย่างรุนแรง อายุเฉลี่ย 1.8 ปี ที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต ในการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลและที่บ้านหรือสถานบริการในชุมชน (Monterosso & Kristjanson, 2007) และความต้องการของบิดามารดาของทารก เด็ก และวัยรุ่น อายุระหว่าง 0-19 ปี ที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ในการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับในโรงพยาบาลและสถานบริการของชุมชน (Monterosso et al., 2009) โดยในงานวิจัยทั้งสองไม่ได้กล่าวถึงการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ

3. แบบประเมินความต้องการของครอบครัวในหออภิบาลทารกแรกเกิด (Neonatal Intensive Care Unit Family Needs Inventory) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความต้องการของครอบครัวที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยความต้องการของครอบครัวในหออภิบาลผู้ใหญ่ได้รับการศึกษามาตั้งแต่ช่วงปลายปี 1970 โดยมอลเตอร์ (Molter, 1979) จากนั้นในปี 1986 ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินความต้องการของญาติในภาวะวิกฤต (Critical Care Family Needs Inventory) และเป็นเครื่องมือที่นิยมนำมาใช้ในการวิจัยตลอดมาจนถึงปัจจุบัน (Meert, Schim, & Briller, 2011, Mundy, 2010) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ให้ความสำคัญในการประเมินความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของครอบครัวที่มีสมาชิกครอบครัวกำลังป่วยหนัก ครอบคลุมความต้องการในด้านต่างๆ และมีความเหมาะสมในการใช้ประเมินทางคลินิก (Mundy,

2010) ส่วนแบบประเมินความต้องการของครอบครัวในหอภิบาลทารกแรกเกิดได้ถูกพัฒนาโดย วอร์ด (Ward, 2001) เพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำมาใช้ประเมินความต้องการของครอบครัวในหอภิบาลทารกแรกเกิด แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความมั่นใจ ด้านความใกล้ชิด ด้านข่าวสาร ด้านความสุขสบาย และด้านการดูแล มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 56 ข้อ แบบวัดเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ ตั้งแต่ ต้องการน้อยที่สุด (1 คะแนน) ต้องการเล็กน้อย (2 คะแนน) ต้องการปานกลาง (3 คะแนน) ต้องการมาก (4 คะแนน) และต้องการมากที่สุด (5 คะแนน) แบบประเมินได้ผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหา และการทดสอบค่าความเที่ยงโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94 แบบประเมินได้ถูกนำมาใช้ในการประเมินความต้องการของบิดามารดาทารกที่รับการรักษาในหอภิบาลทารกแรกเกิด ประเทศสหรัฐอเมริกา (Mundy, 2010; Ward, 2001)

4. แบบสัมภาษณ์ความต้องการของมารดาทารกที่เข้ารับการรักษาในหอภิบาลทารกแรกเกิดของเนตรทองและคณะ (2550) เป็นเครื่องมือที่มีการดัดแปลงมาจากเครื่องมือประเมินความต้องการของญาติในภาวะวิกฤตของมอลเตอร์ (Molter, 1979) และแบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาผู้ป่วยเด็กของจันทนา (2537) นำมาใช้ประเมินความต้องการของมารดาทารกที่เข้ารับการรักษาในหอภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยแบ่งความต้องการออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการช่วยเหลือสนับสนุน ด้านจิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการแสดงบทบาทแม่ และด้านส่วนบุคคล และมีข้อคำถามทั้งหมด 56 ข้อ แต่ละข้อคำถามให้เลือกตอบได้ 2 แบบ คือ ต้องการและไม่ต้องการ เครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ .80 ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้วิธีคูเคอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson, KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น .76

5. แบบสัมภาษณ์ความต้องการของมารดาทารกที่เข้ารับการรักษาในหอภิบาลทารกแรกเกิดของบุษกรและคณะ (2550) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นโดยอาศัยทฤษฎีความต้องการของมนุษย์และจากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาใช้ประเมินความต้องการของมารดาทารกที่เข้ารับการรักษาในหอภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่าง โดยแบ่งความต้องการออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านส่วนบุคคล ด้านจิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านบทบาทการเป็นมารดา และด้านการรักษาพยาบาล มีข้อคำถามทั้งหมด 75 ข้อ แบบวัดเป็นการประเมินค่า 4 อันดับ ตั้งแต่ไม่มีความต้องการ (0 คะแนน) ต้องการเล็กน้อย (1 คะแนน) ต้องการปานกลาง (2 คะแนน) และต้องการมาก (3 คะแนน) เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ผ่านการทดสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือกับมารดาที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92

6. แบบประเมินความต้องการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลเด็กของสุจิราและจิริยา (2550) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดทฤษฎีวิฤตและทฤษฎีบทบาทการเป็นมารดาเป็นกรอบแนวคิด นำมาใช้ประเมินความต้องการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ แบบประเมินมีการแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านความปลอดภัยของบุตร ด้านจิตใจ ด้านบทบาทของมารดา และด้านความสะดวกในการเยี่ยมบุตร มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ แบบวัดเป็นการประเมินค่า 4 อันดับ ตั้งแต่ไม่มีความต้องการ (0 คะแนน) ต้องการเล็กน้อย (1 คะแนน) ต้องการปานกลาง (2 คะแนน) และต้องการมาก (3 คะแนน) เครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และผ่านการทดสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาภายในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .97

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความต้องการดังกล่าว เป็นแบบประเมินความต้องการของผู้ดูแลผู้ใหญ่และเด็กที่เป็นมะเร็ง รวมทั้งความต้องการทั่วไปของมารดาทารกและเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดและหออภิบาลเด็ก ซึ่งแบบประเมินดังกล่าว เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านยังไม่ครอบคลุมตามแนวคิดและความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง จึงไม่มีความเหมาะสมในการนำมาวัดความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยอาศัยองค์ประกอบหลักที่สำคัญซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ด้านคุณภาพในการดูแลแบบประคับประคอง (Clarke et al., 2003; Levy & McBride, 2006) ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แบบสอบถามจำนวน 6 ด้าน ดังนี้ (1) ด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ (2) ด้านการสื่อสารภายในทีมและครอบครัว (3) ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง (4) ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ (5) ด้านการดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย และ (6) ด้านการดูแลจิตวิญญาณ

การได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต

การได้รับการตอบสนองความต้องการ หมายถึง การรับรู้ของบุคคล ต่อการปฏิบัติ หรือการดูแลต่างๆ (พวงเพชร, 2540) หรือการกระทำใดๆ ก็ตามที่ได้รับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องด้วย

เพื่อตอบสนองตามความต้องการของบุคคล ที่ปรารถนาให้กระทำในสิ่งที่ต้องการ ทำให้บุคคลได้รับการตอบสนองตามความมุ่งหมายที่ตนเองต้องการ (นารีรัตน์, 2558)

ในการวิจัยครั้งนี้ การได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การรับรู้ของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต และเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ต่อการกระทำที่ ได้รับในการดูแลแบบประคับประคองจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ซึ่งมีทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ ครอบคลุมเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ การสื่อสารภายในทีมและครอบครัว การดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลจิตใจและอารมณ์ การดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย และการดูแลจิตวิญญาณ

การได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง

การประเมินความต้องการของมารดาเพื่อให้ทราบถึงความต้องการที่แท้จริง (Mundy, 2010) สามารถใช้เป็นข้อมูลในการค้นหาวิธีการ และแนวทางในการตอบสนองความต้องการของมารดาเพื่อให้มารดาสามารถปรับตัว ให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤต มีความสมดุลในการดำเนินชีวิต และสามารถทำหน้าที่ของตนเองได้ต่อไป (เนตรทองและคณะ, 2550; บุญกรและคณะ, 2550; สุจิราและจรียา, 2551) จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบบงานวิจัยเกี่ยวกับ การได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตโดยตรง แต่มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า บิดามารดารับรู้ว่าการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองดังนี้

1. การได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ จากการศึกษานี้ของ คอนโตรและคณะ (Contro et al., 2002) ที่ศึกษาในบิดามารดาทารกแรกเกิดและเด็กที่เสียชีวิตจากความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตในโรงพยาบาลเด็ก ประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดา ซึ่งร้อยละ 9.0 เป็นทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่าบิดามารดาได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลบุตร โดยทีมสุขภาพให้การยอมรับว่าบิดามารดาเป็นสมาชิกทีมสุขภาพ มีการรับฟังและสอบถามความคิดเห็นก่อนที่จะตัดสินใจทำอะไรให้แก่ทารก ส่วนงานวิจัยของบรูทเทนและคณะ (Brooten et al., 2013) ที่ศึกษาในบิดามารดาทารกแรกเกิด ซึ่งร้อยละ 23.5 เป็นทารกเกิดก่อนกำหนด และเด็กที่เสียชีวิตในหออภิบาลทารกแรกเกิดและหออภิบาลเด็ก จำนวน 4 แห่งของรัฐฟลอริดา ประเทศสหรัฐอเมริกา เกี่ยวกับการรับรู้การดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย พบว่า บิดามารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลและการตัดสินใจ โดยได้รับข้อมูลที่เป็นปัจจุบันเกี่ยวกับอาการ การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับ

อาการและแผนการรักษาก่อนการตัดสินใจ โดยเฉพาะการตัดสินใจในเรื่องการยุติการดูแลรักษาที่ช่วยชีวิตซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญ อย่างไรก็ตามยังพบการศึกษาที่ระบุว่าบิดามารดายังไม่ได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เป็นการศึกษาในบิดามารดาเด็กอายุ 2 เดือน-11 ปี ที่เสียชีวิตในหออภิบาลเด็ก จำนวน 2 แห่งในประเทศบราซิล เกี่ยวกับคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง บิดามารดาระบุว่าไม่ได้รับการแจ้งจากทีมสุขภาพ ก่อนการตัดสินใจในการดูแลรักษา ซึ่งบิดามารดา รู้สึกเหมือนถูกบังคับให้ยอมรับการรักษาและการทำหัตถการที่ถูกกำหนดโดยทีมแพทย์ในหออภิบาลเด็ก ทำให้ไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจอะไร โดยเฉพาะไม่ได้รับการสื่อสารอย่างชัดเจนในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการช่วยชีวิต หรือการไม่ต้องช่วยกู้ชีพ (Abib El Halal et al., 2013)

2. การได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาด้านการสื่อสารภายในทีมและกับครอบครัว จากการศึกษาของบรูเทนและคณะ (Brooten et al., 2013) พบว่าบิดามารดาส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของทารก เนื่องจากทีมสุขภาพมีการให้ข้อมูลด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ให้ข้อมูลและตอบคำถามมากกว่า 1 ครั้ง แต่ยังมีบิดามารดาหลายรายที่ยังไม่เข้าใจการให้ข้อมูลในเรื่อง การดูแลรักษาและอาการของทารก จากการใช้ภาษาที่ไม่ตรงกัน และไม่ได้รับการอธิบายเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับทารก ส่วนงานวิจัยที่ศึกษาในบิดามารดาเด็กอายุ 2 เดือนถึง 11 ปี ที่เสียชีวิตในหออภิบาลเด็ก เกี่ยวกับคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า บิดามารดายังได้รับข้อมูลไม่เพียงพอและชัดเจน ทำให้ไม่เข้าใจในความรุนแรงของโรค การพยากรณ์โรค และการรักษาที่ให้ ไม่เข้าใจในการอธิบายเกี่ยวกับอาการของเด็ก เพราะมีการใช้ภาษาและศัพท์ทางการแพทย์ในการให้ข้อมูล (Abib El Halal et al., 2013) และงานวิจัยของคอนโตรและคณะ (Contro et al., 2002) บิดามารดาระบุว่าได้รับข้อมูลที่ไม่ตรงกันจากทีมสุขภาพ หรือได้รับคำแนะนำที่ผิดพลาดเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษา และการพยากรณ์โรค ทำให้รู้สึกสับสน และเพิ่มความเครียด ทีมสุขภาพมีปัญหาในการแจ้งข่าวร้าย ควรมีการพัฒนา กล่าวคือ ทีมสุขภาพควรแจ้งข่าวร้ายด้วยความซื่อสัตย์ ตรงไปตรงมา มีความเห็นอกเห็นใจ ไม่ใช่ภาษาที่เป็นศัพท์ทางการแพทย์ บุคลากรที่แจ้งข่าวร้ายควรเป็นบุคคลที่คุ้นเคย มีสัมพันธภาพที่ดีกับบิดามารดา ดังนั้นการสื่อสารที่ตรงระหว่างบิดามารดาและทีมสุขภาพจึงเป็นกุญแจสำคัญที่จะทำให้ประสบความสำเร็จในการดูแลรักษา เพื่อตอบสนองความต้องการ และช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของบิดามารดา (Abib El Halal et al., 2013)

3. การได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาการรับรู้การดูแลแบบประคับประคองในบิดามารดาเด็กที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต จากโรคมะเร็งและโรคหัวใจ อายุ 9-21 ปี ที่รับการรักษาในหออภิบาลเด็ก ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อความต่อเนื่องในการดูแล บิดา

มารดาร้อยละ 50 ระบุว่าได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากแพทย์คนเดิมหรือกลุ่มเดิม ส่วนบิดามารดา ร้อยละ 45 ระบุว่าแพทย์มีการพัฒนาสัมพันธภาพกับครอบครัว โดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล ทำให้บิดามารดาสามารถเข้าถึงทีมสุขภาพได้ง่าย โดยเฉพาะแพทย์ ซึ่งสนใจและเอาใจใส่ต่อความต้องการข้อมูลของบิดามารดา (Meert et al., 2008) แต่ยังมีบิดามารดาที่มีความเห็นต่าง กล่าวคือ บิดามารดาร้อยละ 20 ระบุว่าแพทย์มีการแสดงออกที่ทำให้ยับยั้งความไว้วางใจและสัมพันธภาพที่ดี กับบิดามารดา โดยการไม่ยอมรับความผิดพลาด ไม่ทำตามสัญญา และขอโทษแบบไม่จริงใจ บิดามารดา ร้อยละ 25 ระบุว่าแพทย์ทำตัวไม่คุ้นเคยกับบิดามารดา (Hsiao, Evan, & Zeltzer, 2007) และ บิดามารดา ร้อยละ 15.4 ที่ไม่ทราบว่าพวกเขาจะขอความช่วยเหลือจากบุคคลใดในเวลาที่ต้องการ (Widger & Picot, 2008)

4. การได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของ มารดา ด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่ายังได้รับการดูแลไม่เพียงพอ ดังงานวิจัยของบรูทเทนและคณะ (Brooten et al., 2013) ที่บิดามารดาระบุว่า ทีมสุขภาพมีการแสดงออกด้วยท่าทางที่เย็นชาและไร้ ความรู้สึกในขณะที่ให้ข้อมูล ไม่ให้อุ้มหรือสัมผัสทารกในช่วงก่อนทารกจะเสียชีวิต โดยทีมสุขภาพ บอกว่าเป็นการกระตุ้นและทำร้ายทารก อาจทำให้อาการของทารกแย่ลง นอกจากนี้ทีมสุขภาพยังมีการ แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยการหัวเราะสนุกสนานอยู่ภายนอกห้องในขณะที่ทารกกำลัง จะเสียชีวิต แต่มีบิดามารดาบางส่วนได้ระบุว่าทีมสุขภาพให้การดูแลด้วยความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ได้โทรศัพท์ตามเมื่อทารกอาการทรุดลง และเปิดโอกาสให้สัมผัสและกอดทารก บิดามารดา ยังระบุ ถึงความเชื่อใจ ไว้วางใจในพยาบาลที่ดูแลทารก เนื่องจากมีความรู้และประสบการณ์ เสียสละเวลา ในการดูแล บิดามารดาให้ความไว้วางใจในการดูแลของพยาบาลในทุกเวลา แม้ว่าบิดามารดาจะ ไม่ได้อยู่ข้างเตียง และสามารถกลับบ้านด้วยความรู้สึกที่ดี มีความมั่นใจว่าทารกจะได้รับการดูแล เป็นอย่างดีจากพยาบาล

5. การได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของ มารดา ด้านการดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย สำหรับการจัดการความปวดในทารกเป็นเรื่อง ที่สำคัญ เนื่องจากบิดามารดาในงานวิจัยของคอนโตรและคณะ (Contro et al., 2002) ระบุว่า มีความรู้สึกปวดร้าว เมื่อเห็นบุตรมีความปวด ส่วนงานวิจัยของบรูทเทนและคณะ (Brooten et al., 2013) ระบุว่า ในด้านนี้ทีมสุขภาพมีการดูแลส่งเสริมให้ทารกมีความสุขสบาย

6. การได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของ มารดา ด้านจิตวิญญาณ ซึ่งในด้านนี้ มีงานวิจัยของเมเยอร์และคณะ (Meyer et al., 2006) ที่ศึกษาการ ดูแลแบบประคับประคองบิดามารดาทารกแรกเกิดและเด็ก วัยทารกแรกเกิดถึงอายุ 18 ปีที่เสียชีวิต ภายในหออภิบาลเด็ก จำนวน 3 แห่งในบอสตัน ประเทศอังกฤษ พบว่า บิดามารดา ระบุว่าความ

ศรัทธาเป็นศูนย์กลางของจิตใจในการให้ความหมายกับสถานการณ์เลวร้ายที่กำลังเผชิญอยู่ ความศรัทธาช่วยในการตัดสินใจและการจัดการที่ดีในระยยะสุดท้ายของชีวิต การมีศรัทธาในพระเจ้าช่วยให้มีความสบายใจ เมื่อบิดามารดาได้สวดมนต์ขอพรจากพระเจ้า และได้รับคำปรึกษาจากพระหรือนักบวช ความศรัทธาจึงมีความสำคัญสำหรับบิดามารดา และมีบิดามารดาบางรายระบุว่ามีความทุกข์ที่ลึกทางด้านจิตวิญญาณ ส่วนงานวิจัยของบรูทเทนและคณะ (Brooten et al., 2013) ได้ระบุว่าทีมสุขภาพได้ดูแลและเปิดโอกาสให้บิดามารดาได้สวดมนต์ในช่วงที่บุตรกำลังจะเสียชีวิต และทีมสุขภาพยังได้ร่วมสวดมนต์กับบิดามารดาด้วย

การดูแลแบบประคับประคองที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้มารดาได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองไม่เพียงพอ ส่งผลให้มีความรู้สึกโกรธ (Brosig et al., 2007; Contro et al., 2002) ปวดร้าว เกรียด โดดเดี่ยว สับสน และไม่ไว้วางใจในระบบบริการของโรงพยาบาล (Contro et al., 2002) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้แบ่งการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต ออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ ด้านการสื่อสารภายในทีมและครอบครัว ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ ด้านการดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย และด้านการดูแลจิตวิญญาณ

การประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าไม่มีเครื่องมือเฉพาะที่ใช้ในการประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง แต่มีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อนำมาประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้ายของบิดามารดาทารกและเด็กที่เสียชีวิต และเครื่องมือที่ประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาทารกที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ดังนี้

1. แบบประเมินการรับรู้ของบิดามารดาในการดูแลในระยะสุดท้าย ซึ่งพัฒนามาจาก เครื่องมือวัดการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต (Tool Kit of Instruments to Measure End-of-Lift Care) ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้ประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลในระยะสุดท้ายของเด็กและบิดามารดาในประเทศแคนาดา แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการสื่อสาร ด้านความสัมพันธ์และการดูแลในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบ คือ ใช่ และไม่ใช่ โดยเครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ .98 แต่ไม่ได้กล่าวถึงการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

และเครื่องมือดังกล่าวผู้วิจัยได้ทำการศึกษาควบคู่ไปกับการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลในระยะสุดท้ายในบิดามารดาที่บุตรเสียชีวิตในวัยทารก เด็กและวัยรุ่นช่วง 12-24 เดือนก่อนการศึกษาในประเทศแคนาดา (Widger & Picot, 2008)

2. แบบสัมภาษณ์การได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาทารกที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดของเนตรทองและคณะ (2550) เป็นเครื่องมือที่ดัดแปลงมาจากเครื่องมือประเมินความต้องการของญาติในภาวะวิกฤตของมอลเตอร์ (Molter, 1979) และแบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาผู้ป่วยเด็กของนันทนา (2537) นำมาใช้ประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาทารกที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยแบ่งการได้รับการตอบสนองความต้องการออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการช่วยเหลือสนับสนุนด้านจิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการแสดงบทบาทแม่ และด้านส่วนบุคคล มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 56 ข้อ แต่ละข้อคำถามให้เลือกตอบได้ 2 แบบ คือ ได้รับการตอบสนองความต้องการ และไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ โดยเครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ .80 และทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยวิธีคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson, KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นในส่วนของการสอบถามการได้รับการตอบสนองความต้องการเท่ากับ .83

3. แบบสัมภาษณ์การได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาทารกที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดของบุษกรและคณะ (2550) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นโดยอาศัยทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ และจากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาใช้ประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาทารกที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่าง โดยมีการแบ่งการได้รับการตอบสนองความต้องการเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านส่วนบุคคล ด้านจิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านบทบาทการเป็นมารดา และด้านการรักษาพยาบาล มีข้อคำถามทั้งหมด 75 ข้อ แบบวัดเป็นการประเมินค่า 4 อันดับ ได้แก่ ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ (0 คะแนน) ได้รับการตอบสนองความต้องการเล็กน้อย (1 คะแนน) ได้รับการตอบสนองความต้องการปานกลาง (2 คะแนน) และได้รับการตอบสนองความต้องการมาก (3 คะแนน) เครื่องมือดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และผ่านการทดสอบหาความเที่ยงกับมารดาที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงหรือเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .97

4. แบบประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลเด็กของสุจิตราและจรรยา (2550) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิด

ทฤษฎีวิกฤตและทฤษฎีบทบาทการเป็นมารดาเป็นกรอบแนวคิด นำมาใช้ประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยแบ่งการได้รับการตอบสนองความต้องการเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านความปลอดภัยของบุตร ด้านจิตใจ ด้านบทบาทของมารดา และด้านความสะดวกในการเยี่ยมบุตร ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ แบบวัดเป็นการประเมินค่า 4 อันดับ ได้แก่ ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ (0 คะแนน) ได้รับการตอบสนองความต้องการเล็กน้อย (1 คะแนน) ได้รับการตอบสนองความต้องการปานกลาง (2 คะแนน) และได้รับการตอบสนองความต้องการมาก (3 คะแนน) เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และผ่านการทดสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .97

เครื่องมือดังกล่าวข้างต้น เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านยังไม่ครอบคลุมตามแนวคิดและองค์ประกอบหลักของการดูแลแบบประคับประคอง จึงไม่มีความเหมาะสมในการนำมาวัดการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยองค์ประกอบหลักที่สำคัญซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ด้านคุณภาพในการดูแลแบบประคับประคอง (Clarke et al., 2003; Levy & McBride, 2006) ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แบบสอบถามการได้รับการตอบสนองความต้องการจำนวน 6 ด้านเช่นเดียวกับความต้องการ ดังนี้ (1) ด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ (2) ด้านการสื่อสารภายในทีมและครอบครัว (3) ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง (4) ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ (5) ด้านการดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย และ (6) ด้านการดูแลจิตวิญญาณ

ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต

ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการ หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนคติทางด้านบวกของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือเป็นความรู้สึกที่ดี (สุภัทรา, 2551) ซึ่งเกิดจากการรับรู้ของบุคคลต่อการกระทำใดๆก็ตามที่ได้รับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องด้วย เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล ที่ปรารถนาให้กระทำในสิ่งที่ต้องการ ทำให้บุคคลได้รับการตอบสนองตามความมุ่งหมายที่ตนเองต้องการ ความพึงพอใจจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อสิ่งนั้นสามารถตอบสนองความ

ต้องการให้แก่บุคคลนั้นได้ ซึ่งระดับความพึงพอใจของบุคคลอาจมีความแตกต่างกันได้ ขึ้นอยู่กับค่านิยมของแต่ละบุคคล และความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ ตลอดจนสิ่งเร้าต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการ ความสะดวกสบาย ความเป็นกันเอง ความภูมิใจ การยกย่อง และความศรัทธา เป็นต้น (นารีรัตน์, 2558)

ในการวิจัยครั้งนี้ ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต และเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ที่เกิดจากการรับรู้ต่อการกระทำที่ได้รับ ในการดูแลแบบประคับประคองจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ การสื่อสารภายในทีมและครอบครัว การดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลทางจิตใจและอารมณ์ การดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย และการดูแลจิตวิญญาณ ทำให้มารดาบรรลุถึงความต้องการของตนเอง และเกิดความรู้สึกที่ดีตามมา

ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง

ความพึงพอใจเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (บุญกรและคณะ, 2550; Morita, Chihara, & Kashiwagi, 2002) ครอบคลุมการดูแลรักษาโรค การเสียชีวิต ความพิการ และความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น (Morita et al., 2002) เป็นการประเมินว่าพยาบาลสามารถให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้หรือไม่ (บุญกรและคณะ, 2550) การเกิดโรคและการเสียชีวิตเป็นกฎเกณฑ์ธรรมชาติที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในบริบทการดูแลแบบประคับประคอง ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นตัวชี้วัดสำคัญในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก (Morita et al., 2002) ซึ่งความพึงพอใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้รับบริการ ดังนั้นความพึงพอใจที่เกิดจากการดูแลแบบประคับประคองจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง (Aoun, Bird, Kristjanson, & Currow, 2010; Morita et al., 2002) จากการทบทวนวรรณกรรม ไม่พบการศึกษาความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต แต่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งสามารถสรุปผลได้ดังนี้

1. ด้านการสื่อสารภายในทีมและครอบครัว จากงานวิจัยของศรัยอร (2548) ที่ศึกษาความพึงพอใจในการดูแลแบบประคับประคองของบิดามารดาทารกแรกเกิดถึง 18 ปี ที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตด้วยโรคเลือดและมะเร็งในระยะสุดท้ายจำนวน 20 รายที่เข้าร่วมโครงการ

การดูแลเด็กระยะสุดท้ายของภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าบิดามารดา มากกว่าร้อยละ 50 มีความพึงพอใจด้านคุณภาพของการให้ข้อมูลและคุณภาพในการสื่อสาร

2. ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากงานวิจัยของศรีขจร (2548) ระบุว่าบิดามารดา ร้อยละ 95 มีความพึงพอใจทั่วไปในระดับมากถึงมากที่สุดในเรื่องการดูแลรักษาที่บุตรได้รับ บิดามารดามากกว่าร้อยละ 65-80 มีความพึงพอใจด้านคุณภาพในการทำงานร่วมกัน บิดามารดา ร้อยละ 40-75 มีความพึงพอใจด้านคุณภาพในการดูแลรักษา

3. ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ จากงานวิจัยของศรีขจร (2548) ระบุว่าบิดามารดาร้อยละ 40 ไม่พึงพอใจการช่วยประคับประคองสภาพจิตใจที่บุตรและครอบครัวได้รับ

นอกจากนี้ยังพบงานวิจัยที่ศึกษาถึงผลของการดูแลแบบประคับประคองต่อความเครียดและความพึงพอใจของบิดามารดาทารกแรกเกิดภายในหออภิบาลทารกแรกเกิด ของรัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นทารกเกิดก่อนกำหนดจำนวน 22 ราย เป็นการวัดความพึงพอใจก่อนกลับบ้าน ($n = 10$) โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($n = 8$) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ($n = 2$) พบว่า บิดามารดากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองร้อยละ 100 มีความพึงพอใจมากที่สุด และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติร้อยละ 50 มีความพึงพอใจมากที่สุด (Petteys et al., 2015) และงานวิจัยของบุษกรและคณะ (2550) พบว่าความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดามีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 4 ด้าน คือ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านบทบาทการเป็นมารดา และด้านจิตใจ ตามลำดับ สำหรับด้านส่วนบุคคลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ ด้านการสื่อสารภายในทีม และครอบครัว ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ ด้านการดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย และด้านการดูแลจิตวิญญาณ

การประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าไม่มีเครื่องมือเฉพาะที่ใช้ในการประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง แต่มีการพัฒนา

เครื่องมือเพื่อนำมาประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้ายของบิดามารดาเด็กโรคมะเร็ง และเครื่องมือที่ใช้ประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาทารกที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ดังนี้

1. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กป่วยในการดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้ายของศรัยอร์ (2548) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นจากการทบทวนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาใช้ประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กป่วยในการดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้ายของฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยแบ่งความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจทั่วไป ความพึงพอใจเกี่ยวกับการให้ข้อมูลอาการป่วยและการรักษา ความพึงพอใจเกี่ยวกับความเข้าใจผู้ป่วยและญาติ ความพึงพอใจในการทำงานร่วมกันของทีมงานและความพึงพอใจในการดูแลรักษา มีข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ ซึ่งแบบวัดเป็นการประเมินค่า 5 อันดับ ตั้งแต่ ไม่แสดงความคิดเห็น พึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการน้อยที่สุด พึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการน้อย พึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการปานกลาง พึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการมาก และพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการมากที่สุด ในงานวิจัยไม่ได้กล่าวถึงการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

2. แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาทารกที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดของนุชกรและคณะ (2550) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นโดยอาศัยทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ และจากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาใช้ประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาทารกที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่าง โดยแบ่งความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านส่วนบุคคล ด้านจิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านบทบาทการเป็นมารดา และด้านการรักษาพยาบาล มีข้อคำถามทั้งหมด 75 ข้อ และแบบวัดเป็นการประเมินค่า 4 อันดับ ตั้งแต่ ไม่พึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการ (0 คะแนน) พึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการเพียงเล็กน้อย (1 คะแนน) พึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการปานกลาง (2 คะแนน) และพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการมาก (3 คะแนน) เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และผ่านการทดสอบเพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือกับมารดาที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .97

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการทั้ง 2 เครื่องมือ เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านยังไม่ครอบคลุมตามแนวคิดและองค์ประกอบหลักของการดูแลแบบประคับประคอง จึงไม่มีความเหมาะสมในการนำมาวัดความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยองค์ประกอบหลักที่สำคัญซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ด้านคุณภาพในการดูแลแบบประคับประคอง (Clarke et al., 2003; Levy & McBride, 2006) ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งแบบสอบถามเป็น 6 ด้าน เช่นเดียวกับความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการ ดังนี้ (1) ด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ (2) ด้านการสื่อสารภายในทีมและครอบครัว (3) ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง (4) ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ (5) ด้านการดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย และ (6) ด้านการดูแลจิตวิญญาณ

ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการกับการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง

จากการทบทวนวรรณกรรม ไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการกับการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง แต่มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นงานวิจัยของบุษกรและคณะ (2550) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการกับการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาทารกที่รับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด พบว่าความต้องการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .37, p < .01$) กรอบแนวคิดของงานวิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านส่วนบุคคล ด้านจิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านบทบาทการเป็นมารดา และด้านการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยของโจเซฟ (Joseph, 2015) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการที่จำเป็นกับความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับของมารดาที่มีทารกเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด พบว่าความต้องการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.265, p < 0.5$) งานวิจัยมีการแบ่งความต้องการที่จำเป็นของมารดาออกเป็น ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านความสุขสบาย ด้านความมั่นใจ ด้านความใกล้ชิด ด้านความปลอดภัย และด้านจิตวิญญาณ แตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้เลือกศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการกับความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการ

ส่วนงานวิจัยของลักขณา, จันทิมา, และจรัสศรี (2551) เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลกับการรับรู้พฤติกรรมการดูแลที่ได้รับจากพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า ความต้องการการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการรับรู้พฤติกรรมการดูแลโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .59, p < .001$) ดังนั้นงานวิจัยที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มารดาทารกแรกเกิด และมีกรอบแนวคิดที่มีความแตกต่างกับการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยเลือกศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาจำนวน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ ด้านการสื่อสารภายในทีมและครอบครัว ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ ด้านการดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย และด้านการดูแลจิตวิญญาณ

ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการตอบสนองความต้องการกับความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง

จากการทบทวนวรรณกรรม ไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการตอบสนองความต้องการกับความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง แต่มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นงานวิจัยของบุษกรและคณะ (2550) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการตอบสนองความต้องการกับความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาทารกที่รับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด พบว่า การได้รับการตอบสนองความต้องการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .90, p < .01$) งานวิจัยมีกรอบแนวคิดที่สร้างขึ้นโดยอาศัยทฤษฎีความต้องการของมนุษย์และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านส่วนบุคคล ด้านจิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านบทบาทการเป็นมารดาและด้านการรักษาพยาบาล ส่วนงานวิจัยของลักขณาและคณะ (2551) เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้พฤติกรรมการดูแลกับความพึงพอใจในพฤติกรรมการดูแลที่ได้รับจากพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า การรับรู้พฤติกรรมการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความพึงพอใจในพฤติกรรมการดูแลของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .82, p < .001$) ดังนั้นงานวิจัยที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มารดาทารกแรกเกิด และมีกรอบแนวคิดที่มีความแตกต่างกับการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยเลือกศึกษาการได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาจำนวน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการ

ตัดสินใจ ด้านการสื่อสารภายในทีมและครอบครัว ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้านการดูแลจิตใจ และอารมณ์ ด้านการดูแลบรรเทาอาการและความสบาย และด้านการดูแลจิตวิญญาณ

สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

ทารกเกิดก่อนกำหนดยังคงเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกและมีอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นทุกปี ความไม่สมบูรณ์ของอวัยวะในระบบต่างๆของร่างกาย ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดต้องประสบกับภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนดซึ่งเป็นความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต ทำให้ทุกข์ทรมานจากความปวดและไม่สบายด้านร่างกาย เกิดความเครียด และส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามมา นอกจากนี้ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต มีการพยากรณ์โรคที่ไม่แน่นอน และทารกอาจเสียชีวิตได้ทุกเมื่อ ผู้เชี่ยวชาญจึงได้แนะนำการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองผสมผสานกับการดูแลรักษา ในทารกป่วยวิกฤต โดยเฉพาะทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์และน้ำหนักตัวน้อยมาก และทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต ซึ่งการดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของทารกและครอบครัว ครอบครัวการดูแลแบบองค์รวม โดยดูแลป้องกันและบรรเทาความปวด ความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย ให้ทารกมีความสุขสบาย รวมทั้งการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของครอบครัว เริ่มตั้งแต่ทารกได้รับการวินิจฉัยโรค ไปจนถึงตลอดระยะเวลาของความเจ็บป่วย ไม่ว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นการหายจากความเจ็บป่วยหรือการเสียชีวิต

ภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตของทารกวิกฤตที่ได้รับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ส่งผลกระทบต่อมารดาทำให้เกิดความเครียด และพบว่าคุณภาพในการดูแลแบบประคับประคองที่มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับยังไม่เพียงพอ เกิดจากการไม่รู้ถึงความต้องการที่แท้จริงของมารดา ทำให้ตอบสนองได้ไม่ตรงตามความต้องการ จากการศึกษาพบว่ามารดามีความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองด้านการสื่อสาร การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การประสานการดูแลเพื่อความต่อเนื่องในการดูแล การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ ความรู้สึก การดูแลบรรเทาความปวดและความสบาย และการดูแลด้านความศรัทธาและจิตวิญญาณ แต่ยังไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองไม่เพียงพอ รวมทั้งมารดายังไม่พึงพอใจต่อการดูแลแบบประคับประคองด้านการสื่อสารและด้านการดูแลจิตใจ ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดา คือ อายุ สถานะการแต่งงาน ระดับการศึกษา ประสบการณ์บุตรเคยรับการรักษาในโรงพยาบาล และรายได้ของครอบครัว

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับความต้องการ การได้รับการตอบสนอง ความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบ ประคับประคองของมารดา พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในบิดามารดาที่บุตรเสียชีวิต เป็นกลุ่ม ทารกเกิดครบกำหนด วัยเด็กเล็ก เด็กโตและวัยรุ่น ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพและการศึกษาเชิง บรรยายร่วมกับคุณภาพ ส่วนการศึกษาเชิงบรรยาย และงานวิจัยกึ่งทดลองมีน้อย งานวิจัยที่ศึกษา ความสัมพันธ์เป็นการศึกษาความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจ ต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาทารกที่รับการรักษาในหออภิบาลทารกแรก เกิด ด้านส่วนบุคคล ด้านจิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านบทบาทการเป็นมารดา และด้านการ รักษาพยาบาล ซึ่งยังไม่ครอบคลุมองค์ประกอบหลักในการดูแลแบบประคับประคอง ด้าน ครอบครัวยังเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ การสื่อสารภายในทีมและครอบครัว การดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลจิตใจและอารมณ์ การดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย และการดูแลจิตวิญญาณ และ งานวิจัยดังกล่าวเป็นการศึกษาในมารดาทารกแรกเกิดในภาวะวิกฤตและไม่ได้อยู่ในภาวะวิกฤติ จึง ไม่สามารถนำมาอ้างอิงใช้ในการดูแลแบบประคับประคองมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความ เจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการ การได้รับการ ตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแล แบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต เพื่อนำ ผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อตอบสนองได้ ตรงตามความต้องการมารดา ทำให้มารดาเกิดความพึงพอใจ สามารถปรับตัวให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤต มีความสมดุลในการดำเนินชีวิต และทำหน้าที่ของตนเองได้ต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสงขลา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่อยู่ในภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่อยู่ในภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต และเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสงขลา ซึ่งมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

1. เป็นมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ที่มีภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต
2. เคยเข้าเยี่ยมบุตรอย่างน้อย 3 ครั้ง รวมทั้งรับทราบข้อวินิจฉัยโรค และอาการของบุตร ซึ่งการเข้าเยี่ยมบุตรหลายครั้ง ทำให้มารดาได้รับข้อมูล และคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพมากขึ้น (นฤมล, 2555)
3. สามารถสื่อสารโดยการพูดและฟังภาษาไทยได้เข้าใจ
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

คุณสมบัติของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต

1. เป็นทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์
2. มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของระบบทางเดินหายใจหรือระบบอื่นๆในร่างกายทำให้ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความผิดปกติหรือความพิการซับซ้อนรุนแรงตั้งแต่เกิด

3. แพทย์ประเมินว่าเป็นทารกที่ต้องให้การดูแลแบบประคับประคอง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ อ้างอิงค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยของบุษกรและคณะ (2550) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาทารก ที่เข้ารับการรักษาภายในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่าง ได้ค่าขนาดอิทธิพล $r = .367$ และ $r = .899$ ตามลำดับ กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ $.80$ และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $.05$ จากนั้นเปิดตารางขนาดตัวอย่าง ประมาณจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของโพลิตและฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1999) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 63 ราย และ 13 ราย ตามลำดับ ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 63 ราย (ภาคผนวก ก)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารก (2) แบบสอบถามความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต (ภาคผนวก ข) ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต มีลักษณะคำถามแบบปลายปิดและปลายเปิด ประกอบด้วย อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ การมีบุตรเกิดก่อนกำหนด ประสบการณ์การนำบุตรเข้ารับการรักษ จำนวนครั้งของการเยี่ยมบุตร และระยะเวลาที่ใช้ในการเยี่ยมบุตร

1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของทารก ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติของทารก มีลักษณะคำถามแบบปลายปิดและปลายเปิด ประกอบด้วย เพศ น้ำหนักตัวแรก

เกิด อายุครรภ์ อายุหลังคลอด คะแนนแอฟการ์ด วิธีการคลอด สาเหตุที่ทำให้เกิดก่อนกำหนด โรค หรือความผิดปกติของทารก หัตถการที่ทารกได้รับ และระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา

2. แบบสอบถามความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต ซึ่งเป็นแบบสอบถามกลุ่มงาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยองค์ประกอบหลักที่สำคัญซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ด้านคุณภาพในการดูแลแบบประคับประคอง (Clarke et al., 2003; Levy & McBride, 2006) ที่เกี่ยวข้องกับมารดา ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 6 ด้าน ดังนี้

1) ด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ หมายถึง การประเมินความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดา ที่ได้รับจากทีมสุขภาพในด้าน การตัดสินใจในการดูแลรักษา โดยการส่งเสริมให้มารดาและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ให้มากที่สุด มีการคำนึงถึงความเชื่อและความศรัทธา รับฟังความคิดเห็นเพื่อนำมาวางแผนการดูแล ล่วงหน้าร่วมกัน หรือหาแนวทางร่วมกันในการดูแลและการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา ให้ คำปรึกษา ให้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันและต่อเนื่องเพื่อช่วยในกระบวนการตัดสินใจ ประเมินผลดี ผลเสียของทางเลือกต่างๆ ในการดูแลรักษา และให้การยอมรับการตัดสินใจของมารดาและ ครอบครัว โดยแบ่งเป็นแบบสอบถามความต้องการด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านครอบครัวเป็น ศูนย์กลางในการตัดสินใจจำนวน 5 ข้อ

2) ด้านการสื่อสารภายในทีมและครอบครัว หมายถึง การประเมินความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนอง ความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดา ที่ได้รับจากทีมสุขภาพในด้านการสื่อสาร โดยทีมสุขภาพมีการรับรู้และเข้าใจตรงกันในประเด็นปัญหาของทารก ความต้องการของมารดา และครอบครัว รวมทั้งเป้าหมายในการดูแล เพื่อให้ข้อมูลแก่มารดาและครอบครัวอย่างสอดคล้อง และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ไม่มีความขัดแย้งกัน ต้องมีทักษะในการสื่อสารเกี่ยวกับการแจ้งข่าวร้ายหรือให้ข้อมูลในเรื่องความเจ็บป่วยของทารก การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค อาการ การดูแลรักษา การเปลี่ยนแปลงของอาการและการดูแลรักษาด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย มีการให้ข้อมูลอย่างรวดเร็วตั้งแต่เริ่มต้นการรักษา เปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความรู้สึก ทีมสุขภาพมีการรับฟังการ ชักถามและคอยตอบคำถามต่างๆเกี่ยวกับทารกอย่างสม่ำเสมอ มีการแจ้งให้มารดาและครอบครัว

ทราบทันทีเมื่อทารกมีอาการเปลี่ยนแปลง ให้ข้อมูลและแจ้งข่าวร้ายด้วยข้อมูลที่เป็นจริง อย่างชัดเจน ด้วยท่าที สีหน้าและน้ำเสียงที่แสดงออกถึงความเสียใจ เข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ความเอื้ออาทร ออบอ้อมและปลอบโยน ไม่รีบร้อนจนเกินไป ในสถานที่ที่มีความเหมาะสม สอบถามถึงบุคคลในครอบครัวที่สามารถติดต่อได้โดยตรง วิธีการติดต่อ สมาชิกครอบครัวที่เป็นบุคคลสำคัญที่ต้องการเข้าร่วมในการสนทนา ให้มารดาและครอบครัวได้อธิบายเพื่อประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหา ความเจ็บป่วยและเป้าหมายในการดูแลรักษาทารก โดยแบ่งเป็นแบบสอบถามความต้องการด้านการสื่อสารภายในทีมและกับครอบครัวจำนวน 11 ข้อ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการสื่อสารภายในทีมและกับครอบครัวจำนวน 11 ข้อ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการสื่อสารภายในทีมและกับครอบครัวจำนวน 11 ข้อ

3) ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การประเมินความต้องการการได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดา ที่ได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพในด้านการดูแลทารก มารดาและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการดูแลนับตั้งแต่วันแรกที่ทารกเข้ารับการรักษาภายในหออภิบาลทารกแรกเกิด และให้การดูแลต่อเนื่องไปตลอดระยะเวลาของความเจ็บป่วย โดยการประสานการดูแลให้มารดาและครอบครัว สามารถเข้าถึงแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาเพื่อรับทราบ ข้อมูลความก้าวหน้าเกี่ยวกับอาการและการดูแลรักษาของทารก ทีมสุขภาพมีการส่งเวร และให้รายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับทารกและครอบครัวแก่แพทย์และพยาบาลคนใหม่ที่ใช้การดูแลทารกเพื่อความต่อเนื่องในการดูแลรักษา มีการแจ้งมารดาและครอบครัวล่วงหน้าเมื่อจะมีการเปลี่ยนแปลง แพทย์และทีมแพทย์ที่ให้การดูแลรักษา รวมทั้งมีการแนะนำให้มารดาและครอบครัวได้รู้จัก โดยแบ่งเป็นแบบสอบถามความต้องการด้านการดูแลอย่างต่อเนื่องจำนวน 5 ข้อ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการดูแลอย่างต่อเนื่องจำนวน 5 ข้อ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการดูแลอย่างต่อเนื่องจำนวน 5 ข้อ

4) ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ หมายถึง การประเมินความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาในด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ โดยทีมสุขภาพมีการรับรู้ และเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกของมารดาและครอบครัว ให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ มีการแนะนำสถานที่ ระเบียบการเยี่ยม สิทธิการรักษาพยาบาลและขั้นตอนการติดต่อสิทธิ หากมีปัญหา ด้านสังคม เศรษฐกิจ ดูแลส่งปรึกษา นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้คำแนะนำและการช่วยเหลือต่อไป ให้มารดาและครอบครัวได้เห็น สัมผัสจับต้องทารก ส่งเสริมกิจกรรมแห่งความทรงจำที่บิดามารดาอยากทำให้ทารก ได้แก่ การอุ้มสัมผัส การนวดตัว การทำแกงการู เป็นต้น ให้สิ่งของเป็นที่ระลึก

ได้แก่ รูปถ่ายทารก ลายพิมพ์นิ้วมือ นิ้วเท้า หรือป้ายข้อมือหรือป้ายชื่อเท้า จัดสถานที่ให้ทารกและครอบครัว เป็นสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว สงบ และสุขสบาย ให้มารดาได้อยู่ใกล้ชิด ได้ใช้เวลาอยู่ด้วยกันกับทารกในสถานที่ที่เป็นส่วนตัวหรือห้องแยก ช่วยเหลือตอบสนองตามความต้องการ และให้กำลังใจมารดาเป็นระยะตลอดช่วงเวลาความเจ็บป่วยของทารก โดยแบ่งเป็นแบบสอบถามความต้องการด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์จำนวน 8 ข้อ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์จำนวน 8 ข้อ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์จำนวน 8 ข้อ

5) ด้านการดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย หมายถึง การประเมินความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดา ที่ได้รับจากทีมสุขภาพในด้าน การดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบายของทารก โดยมีการดูแลให้ทารกมีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุดและมีความสุขสบายมากที่สุด มีการประเมินอาการทุกข์ทรมานและความปวดของทารก ให้การช่วยเหลือและดูแลจัดการความทุกข์ทรมานและความปวดแก่ทารก โดยดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดหรือยานอนหลับอย่างเพียงพอ พิจารณาชนิดของยา ขนาดและทางที่ให้ถูกต้องตามมาตรฐาน มีการบริหารจัดการความทุกข์ทรมานและความปวดโดยการไม่ใช้ยา ได้แก่ การให้ทารกดูดนมหัวาน ดูดจุกหลอก ฟังดนตรี การจัดทำ การห่อตัว เป็นต้น การดูแลสิ่งแวดล้อม ได้แก่ แสง เสียง การสัมผัสให้เหมาะสม ลดการดูแลที่ไม่จำเป็นที่เป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานความปวด และความไม่สุขสบายแก่ทารก การส่งเสริมให้มารดาได้อยู่ใกล้ชิดกับทารกเพื่อดูแลความสุขสบาย โดยการทำกิจวัตรประจำวันหรือมีส่วนร่วมในการดูแลทารก ได้แก่ การเช็ดตัวหรืออาบน้ำ การแต่งตัว รวมทั้งการดูแลขั้นพื้นฐานที่สำคัญอย่างเหมาะสม ได้แก่ การดูแลให้สารน้ำสารอาหาร หรือนมอย่างเพียงพอ การดูแลผิวหนัง การให้ความอบอุ่น โดยการสวมเสื้อผ้า ห่อตัว การนอนในรัง (nest) นอนในตู้อบหรือภายใต้เครื่องให้ความอบอุ่น และบริหารจัดการช่วยเหลือการหายใจของทารกให้เพียงพอ โดยแบ่งเป็นแบบสอบถามความต้องการด้านการดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบายจำนวน 6 ข้อ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบายจำนวน 6 ข้อ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบายจำนวน 6 ข้อ

6) ด้านการดูแลจิตวิญญาณ หมายถึง การประเมินความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดา ที่ได้รับจากทีมสุขภาพในด้านจิตวิญญาณ โดยทีมสุขภาพให้การดูแลทารกอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มีการประเมินความต้องการของมารดาและ

ครอบครัวทางด้านจิตวิญญาณ เพื่อทำความเข้าใจในเรื่องความเชื่อ ความศรัทธา และการปฏิบัติด้านศาสนา เคารพในความแตกต่างทางวัฒนธรรม ความเชื่อและการแสดงออกของครอบครัว รับรู้เข้าใจในความรู้สึกถึงความทุกข์ของมารดา เปิดโอกาส คอยอำนวยความสะดวก จัดสถานที่ และจัดหาแหล่งสนับสนุนให้ครอบครัวได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธา วัฒนธรรม ประเพณีที่ยึดถือ รวมทั้งเปิดโอกาสให้มารดาและครอบครัวได้พูดคุยถึงความเชื่อและความศรัทธาที่มี รวมทั้งสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องดังกล่าว โดยแบ่งเป็นแบบสอบถามความต้องการด้านการดูแลจิตวิญญาณ จำนวน 8 ข้อ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการดูแลจิตวิญญาณ จำนวน 8 ข้อ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการดูแลจิตวิญญาณ จำนวน 8 ข้อ

ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามกลุ่มงานทั้ง 3 ชุดดังกล่าว เป็นการประเมินค่า 4 ระดับ ดังนี้

3 คะแนน หมายถึง มีความต้องการ/ได้รับการตอบสนองความต้องการ/มีความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการมาก

2 คะแนน หมายถึง มีความต้องการ/ได้รับการตอบสนองความต้องการ/มีความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการปานกลาง

1 คะแนน หมายถึง มีความต้องการ/ได้รับการตอบสนองความต้องการ/มีความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการน้อย

0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความต้องการ/ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ/ไม่มีความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการ

สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนในแต่ละชุดแบบสอบถาม ใช้ค่าที่กำหนดจากค่าคะแนนสูงสุดลบค่าคะแนนต่ำสุด และหารด้วยจำนวนระดับของความ ต้องการหรือการได้รับการตอบสนองหรือความพึงพอใจ ซึ่งเท่ากับ $(3-0)/3 = 1.0$ จึงสามารถแบ่งระดับของค่าคะแนนออกเป็น 3 ระดับ (บุญใจ, 2553) ดังนี้

ระดับต่ำ	มีค่าคะแนน	0.0-1.0	คะแนน
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนน	1.1-2.1	คะแนน
ระดับสูง	มีค่าคะแนน	2.2-3.0	คะแนน

การตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย

การหาความตรงของเครื่องมือ (Validity)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นแบบสอบถามกลุ่มงานจำนวน 3 ชุด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองทารกแรกเกิด อาจารย์พยาบาลที่เคยมีประสบการณ์ด้านการดูแลแบบประคับประคองทารกแรกเกิดและเด็ก และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองทารกแรกเกิด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) เพื่อดูความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการวัด ความซ้ำซ้อน และความชัดเจนของข้อความ หลังผ่านการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มาปรับปรุงแก้ไข โดยการเพิ่มตัวเลือกของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา ข้อ 3, 6 และ 12 เพิ่มตัวเลือกของแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของทารกข้อ 3, 5 และ 6 สาเหตุที่ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนด และเหตุการณ์ที่ทารกได้รับ ส่วนโรคหรือความผิดปกติของทารก ปรับจากคำถามปลายเปิดเป็นคำถามปลายปิด เพื่อให้แบบสอบถามมีความชัดเจน และมีความเหมาะสมมากขึ้น (ภาคผนวก ก) ส่วนแบบสอบถามความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขคำชี้แจง ตัดคำที่มีความซ้ำซ้อนออก ปรับเพิ่มคำในข้อความบางข้อ และตัดข้อความที่มีความซ้ำซ้อน หรือไม่ชัดเจนออก ซึ่งจากข้อความทั้งหมด 46 ข้อ ตัดออกไปทั้งหมด 3 ข้อ เหลือข้อความจำนวน 43 ข้อ เพื่อให้แบบสอบถามมีความชัดเจน และเหมาะสมในการนำไปใช้กับมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดมีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต ตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ (ภาคผนวก ก)

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นแบบสอบถามกลุ่มงานจำนวน 3 ชุด ที่ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา นำไปทดลองใช้กับมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดมีความเจ็บป่วย

คุณภาพต่อชีวิต ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสงขลา ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย เพื่อหาค่าความเที่ยงโดยการหาค่าความสอดคล้องภายในเนื้อหา (internal consistency) ของแบบสอบถามความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง นำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .98, .97 และ .98 ตามลำดับ ซึ่งค่าความเที่ยงต่ำสุดที่ยอมรับได้คือ .70 (บุญใจ, 2553)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอนการเตรียมการและขั้นตอนดำเนินการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อยื่นโครงร่างวิจัยนำเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสงขลา ที่ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล
2. เมื่อโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (REC: 59-223-19-9) ผู้วิจัยได้ทำหนังสือเพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย ผ่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสงขลา ที่ผู้วิจัยต้องการเก็บข้อมูลการวิจัย
3. เมื่อได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยโรงพยาบาลดังกล่าว เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยขอความร่วมมือพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ในการสำรวจรายชื่อทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2. ผู้วิจัยให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยขออนุญาตมารดาให้ผู้วิจัยเข้าพบ เพื่อเชิญชวนให้มารดาเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

3. ผู้วิจัยได้เข้าพบมารดาหลังจากได้รับอนุญาต เพื่อแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการเก็บข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมและปฏิเสธการวิจัย โดยแจ้งให้มารดาทราบว่า การปฏิเสธที่จะเข้าร่วมในการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการได้รับการรักษาภายในโรงพยาบาลของทารก ข้อมูลที่ได้มาจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

4. ผู้วิจัยให้มารดาลงชื่อยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย (ภาคผนวก ง) เมื่อมารดาสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

5. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของทารกเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย สำหรับแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา แบบสอบถามความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาที่เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้มารดาตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ส่วนกรณีที่มารดาไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยจะอ่านรายละเอียดข้อคำถามให้ฟังทีละข้อ แล้วให้มารดาตัดสินใจเลือกคำตอบด้วยตนเอง จากการเก็บข้อมูลการวิจัยพบว่า มารดาทุกรายอ่านและตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ตามการรับรู้และความรู้สึกรวมของมารดา โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-60 นาทีต่อราย

6. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลหลังการตอบแบบสอบถามของมารดาเรียบร้อยแล้ว พบว่ามีแบบสอบถามไม่สมบูรณ์หรือไม่ครบถ้วนจำนวน 3 ชุด ผู้วิจัยจึงได้ชี้แจงและอธิบายซ้ำ รวมทั้งขอความร่วมมือมารดาในการตอบแบบสอบถามอีกครั้ง จากนั้นตรวจสอบแบบสอบถามทุกฉบับซ้ำอีกครั้ง และเก็บข้อมูลจนครบ

7. นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการเสนอโครงร่างผ่านคณะกรรมการประเมินจริยธรรมในงานวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้แนะนำตัวกับมารดาซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งประโยชน์ที่ได้รับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย และกลุ่ม

ตัวอย่างสามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างอิสระ แต่หากกลุ่มตัวอย่างไม่มีความพร้อมที่จะให้ข้อมูลก็สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถยุติการตอบแบบสอบถาม และถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล ซึ่งจะไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างและทารกต่อการดูแลรักษาพยาบาลที่จะได้รับจากโรงพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจะไม่ระบุชื่อ หรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลที่ได้จะนำไปวิเคราะห์เป็นภาพรวมเพื่อแสดงผลของการวิจัยเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยใดๆเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ สามารถซักถามจากผู้วิจัยได้โดยตรง ในการตอบแบบสอบถามการวิจัยครั้งนี้ อาจมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจและความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง ดังแบบสอบถามข้อที่ 8 ทีมสุขภาพให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับทารกแก่ฉันและ/หรือครอบครัวได้แก่ การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค อาการ การดูแลรักษา การเปลี่ยนแปลงของอาการและการดูแลรักษา และข้อ 9 ทีมสุขภาพมีการแจ้งให้ฉันและ/หรือครอบครัวทราบทันทีเมื่อทารกมีอาการแยลง ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเศร้า เสียใจ ร้องไห้ เกรียด หรือรู้สึกไม่สบายใจ ที่อาจเกิดได้จากการระลึกถึงเหตุการณ์ความเจ็บป่วยของบุตรหรือประสบการณ์ที่ไม่ดีในการดูแล ผู้วิจัยจะทำการยุติการเก็บข้อมูลและให้การช่วยเหลือด้านจิตใจเบื้องต้น โดยการนั่งเป็นเพื่อน สัมผัส พูดคุยปลอบประโลม และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างระบายความรู้สึกออกมา เพื่อให้จิตใจผ่อนคลาย เมื่อกลุ่มตัวอย่างอาการดีขึ้นและยินยอมจะตอบแบบสอบถามต่อ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลและให้อยู่ในกลุ่มตัวอย่างต่อไป แต่หากกลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจอย่างรุนแรง ผู้วิจัยจะให้ออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจะประสานงานเจ้าหน้าที่จิตเวชของโรงพยาบาลเพื่อให้คำปรึกษาและช่วยเหลือต่อไป ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใดๆ และไม่พบอาการผิดปกติที่เกิดจากการกระทบต่อจิตใจ ความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง ในการตอบแบบสอบถามการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนด โดยการใช่วิธีสถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลที่มีระดับการวัดตั้งแต่ช่วงมาตราขึ้นไปที่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ส่วนข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

2. วิเคราะห์คะแนนความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดา โดยรวม โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ สำหรับรายด้านพบว่าข้อมูลส่วนใหญ่มีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด ส่วนข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความต้องการกับการได้รับการตอบสนองความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการกับความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดา ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation coefficient) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

4. ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ (บุญใจ, 2553) พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ (ภาคผนวก จ) ดังนี้

4.1 ตัวแปรทั้ง 3 ตัว ได้แก่ ความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง มีค่าอยู่ในมาตรวัดระดับอัตราส่วน (ratio scale) ข้อมูลแต่ละตัวแปรมาจากกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน และมีความเป็นอิสระต่อกัน เมื่อทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล โดยพิจารณาจากการวิเคราะห์ค่าความเบ้ (skewness value) และค่าความโด่ง (kurtosis value) มีค่าน้อยกว่า ± 3.29 (Tabachnick & Fidell, 2007) จึงถือว่าการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ (normality)

4.2 ทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้น (linear relationship) ระหว่างคะแนนความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง และระหว่างคะแนนการได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง โดยพิจารณาจากแผนภาพการกระจาย (scatter plot) ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา พบว่า จุดของข้อมูลกระจายตัวในลักษณะเฉียงไปทางขวามือ แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีทิศทางความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถลากเส้นตรงผ่านกลุ่มของจุดเหล่านี้ได้ ซึ่งแสดงว่าตัวแปรมีรูปแบบความสัมพันธ์เชิงเส้น

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 63 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2559 ถึงเดือนธันวาคม 2560 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต

ส่วนที่ 2 ระดับของความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการกับการได้รับการตอบสนองความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการกับความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต

ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา

ผลการศึกษานี้พบว่า มารดาทั้งหมด ($N = 63$) มีอายุระหว่าง 16-47 ปี อายุเฉลี่ย 32.14 ปี ($SD = 6.94$) และมีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 57.1 มารดา ร้อยละ 66.7 นับถือศาสนาพุทธ และเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98.4) มีสถานภาพคู่ มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ

58.7 และระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 25.4 มีอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 33.3 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ร้อยละ 30.2 โดยมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 30.2 มารดามีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 49.2 และมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายและเหลือเก็บ ร้อยละ 42.9 ยังไม่เคยมีบุตร ร้อยละ 44.4 มีบุตรเพียง 1 คน ร้อยละ 28.6 เคยมีบุตรเกิดก่อนกำหนด ร้อยละ 7.9 และมีบุตรเกิดก่อนกำหนดจำนวน 1 ราย ร้อยละ 80 มารดาส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การมีบุตรที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 95.2 มีค่ามัธยฐานของการเข้าเยี่ยมบุตรจำนวน 6 ครั้ง ($QD = 1.50$) โดยจำนวนครั้งของการเข้าเยี่ยมบุตรต่ำสุด 3 ครั้ง สูงสุด 16 ครั้ง จำนวนครั้งของการเข้าเยี่ยมบุตรอยู่ในช่วง 3-6 ครั้ง ร้อยละ 63.4 มีค่ามัธยฐานของเวลาในการเข้าเยี่ยมบุตร 1 ชั่วโมง ($QD = 0.50$) ใช้เวลาในการเข้าเยี่ยมบุตรต่ำสุด 30 นาที สูงสุด 4 ชั่วโมง และใช้เวลาในการเยี่ยมบุตร 1-2 ชั่วโมง ร้อยละ 85.7 (ตาราง 1)

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่ามัธยฐาน (Md) ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ (QD) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($N = 63$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
11-20	4	6.4
21-30	17	27.0
31-40	36	57.1
41-50	6	9.5
$M = 32.14$, $SD = 6.94$, $Min = 16.00$, $Max = 47.00$, skewness value = -0.90, kurtosis value = -0.50		
ศาสนา		
พุทธ	42	66.7
อิสลาม	21	33.3
สถานภาพสมรส		
คู่	62	98.4
หย่า/แยกกันอยู่	1	1.6

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา	16	25.4
อนุปริญญา/อาชีวศึกษา	6	9.5
ปริญญาตรี	37	58.7
สูงกว่าปริญญาตรี	4	6.4
อาชีพ		
แม่บ้าน	21	33.3
รับจ้าง	19	30.2
เกษตรกรรวม	3	4.8
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	13	20.6
ธุรกิจส่วนตัว	7	11.1
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000	13	20.6
10,001-20,000	19	30.2
20,001-30,000	15	23.8
30,001-40,000	4	6.4
40,001-50,000	5	7.9
มากกว่า 50,000	7	11.1
ความเพียงพอของรายได้ (มารดาพร้อมกับสามี)		
มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย	5	7.9
มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ	31	49.2
มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายและเหลือเก็บ	27	42.9
จำนวนบุตรที่มีชีวิต (คน) (ไม่รวมทารกที่เพิ่งคลอด)		
0	28	44.4
1	18	28.6
2	13	20.6
3	3	4.8
4	1	1.6

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การมีบุตรเกิดก่อนกำหนด (คน) (ไม่รวมทารกที่เพิ่งคลอด)		
ไม่มี	58	92.1
มี	5	7.9
1	4	80.0
2	1	20.0
ประสบการณ์การมีบุตรที่มีความเจ็บป่วยลูกความต่อชีวิตเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ครั้ง)		
ไม่มี	60	95.2
มี	3	4.8
1	2	66.7
2	1	33.3
จำนวนครั้งของการเยี่ยมบุตรที่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้ (ครั้ง)		
3-6	40	63.4
7-10	14	22.3
มากกว่า 10	9	14.3
$Md = 6.00$, $QD = 1.50$, $Min = 3.00$, $Max = 16.00$, skewness value = 4.63, kurtosis value = 2.32		
ระยะเวลาที่ใช้ในการเยี่ยมบุตรในแต่ละครั้ง (ชั่วโมง)		
น้อยกว่า 1	5	7.9
1-2	54	85.7
3-4	4	6.4
$Md = 1.00$, $QD = 0.50$, $Min = 0.50$, $Max = 4.00$, skewness value = 6.93, kurtosis value = 8.06		

ข้อมูลส่วนบุคคลของทารกเกิดก่อนกำหนด

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยลูกความต่อชีวิต เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 54 และร้อยละ 46 ตามลำดับ) ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดช่วง

410-2,800 กรัม เฉลี่ย 1481.16 กรัม ($SD = 608.35$) แพทย์ประเมินอายุครรภ์ของทารกโดยการทำอัลตราซาวด์ ร้อยละ 60.3 พบว่าทารกมีอายุครรภ์ระหว่าง 25 สัปดาห์-น้อยกว่า 37 สัปดาห์ มีอายุครรภ์เฉลี่ย 30.21 สัปดาห์ ($SD = 3.11$) อายุครรภ์ 33 สัปดาห์-น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ร้อยละ 41.3 และอายุครรภ์ 29-32 สัปดาห์ ร้อยละ 38.1 ทารกมีอายุหลังคลอดขณะเก็บข้อมูล 3-20 วัน อายุหลังคลอดเฉลี่ย 8.92 วัน ($SD = 4.16$) ค่าคะแนนแอฟการ์ดที่ 1 นาฬิกาในช่วง 4-7 คะแนน ร้อยละ 38.1 คะแนนแอฟการ์ดที่ 1 นาฬิกาเฉลี่ย 5.62 คะแนน ($SD = 2.83$) ส่วนคะแนนแอฟการ์ดที่ 5 นาฬิกา ในช่วง 8-10 คะแนน ร้อยละ 61.9 ค่ามัธยฐานของคะแนนแอฟการ์ดที่ 5 นาฬิกา 9 คะแนน ($QD = 1.50$) และคะแนนแอฟการ์ดที่ 10 นาฬิกา (ประเมินเฉพาะทารกที่มีคะแนนแอฟการ์ดที่ 5 นาฬิกาต่ำกว่า 7 คะแนน) อยู่ในช่วง 4-7 คะแนน ร้อยละ 50 คะแนนแอฟการ์ดที่ 10 นาฬิกาเฉลี่ย 5.06 คะแนน ($SD = 2.62$) มารดาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81) คลอดโดยการผ่าตัดออกทางหน้าท้อง สาเหตุที่ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดเกิดจากมารดาเคยมีประวัติแท้งบุตร ร้อยละ 38.1 มารดามีอายุมาก ร้อยละ 36.5 ส่วนโรค/ความผิดปกติของทารกเกิดจากภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก (RDS) ร้อยละ 65.1 โรคหัวใจแต่กำเนิด ร้อยละ 41.3 ภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด ร้อยละ 28.6 และปอดอักเสบ ร้อยละ 28.6 หัตถการที่ทารกทุกคนได้รับ คือ การใส่ท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะและการเจาะเลือด ส่วนใหญ่ได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดสะดือ ร้อยละ 90.5 และการแทงเส้นเลือดเพื่อให้สารน้ำ ร้อยละ 84.1 และระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาของทารกในขณะเก็บข้อมูล 3-20 วัน มีค่าเฉลี่ย 8.92 วัน ($SD = 4.16$) (ตาราง 2)

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่ามัธยฐาน (Md) ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ (QD) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($N = 63$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	54.0
หญิง	29	46.0
น้ำหนักตัวแรกเกิด (กรัม)		
น้อยกว่า 500	1	1.6
500-999	15	23.8
1,000-1,499	20	31.7

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักตัวแรกเกิด (กรัม) (ต่อ)		
1,500-1,999	11	17.5
2,000-2,499	12	19.0
2,500-3,000	4	6.4
$M = 1481.16$, $SD = 608.35$, $Min = 410.00$, $Max = 2800.00$, skewness value = 1.33, kurtosis value = -1.05		
อายุครรภ์ (สัปดาห์)		
24-28	13	20.6
29-32	24	38.1
33- น้อยกว่า 37	26	41.3
วิธีการประเมินอายุครรภ์		
การทำอัลตราซาวด์	38	60.3
$M = 30.21$, $SD = 3.11$, $Min = 25.00$, $Max = 35.00$, skewness value = -0.38, kurtosis value = -1.65		
การตรวจของแพทย์โดยใช้ค่าคะแนนของบัลลาร์ด	22	34.9
$M = 32.55$, $SD = 3.11$, $Min = 28.00$, $Max = 36.00$, skewness value = -0.23, kurtosis value = -1.14		
นับจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย	3	4.8
อายุหลังคลอด (วัน)		
1-5	15	23.8
6-10	33	52.4
11-15	9	14.3
16-20	6	9.5
$M = 8.92$, $SD = 4.16$, $Min = 3.00$, $Max = 20.00$, skewness value = 2.60, kurtosis value = 0.25		

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนแอฟการ์ดที่ 1 นาที (คะแนน)		
0-3	17	27.0
4-7	24	38.1
8-10	22	34.9
$M = 5.62, SD = 2.83, \text{Min} = 0.00, \text{Max} = 9.00, \text{skewness value} = -2.07, \text{kurtosis value} = -1.80$		
คะแนนแอฟการ์ดที่ 5 นาที (คะแนน)		
0-3	11	17.5
4-7	13	20.6
8-10	39	61.9
$Md = 9.00, QD = 1.50, \text{Min} = 0.00, \text{Max} = 10.00, \text{skewness value} = -4.07, \text{kurtosis value} = 0.17$		
คะแนนแอฟการ์ดที่ 10 นาที (คะแนน)		
ไม่ได้ประเมิน	45	71.4
ได้ประเมิน	18	28.6
0-3	6	33.3
4-7	9	50.0
8-10	3	16.7
$M = 5.06, SD = 2.62, \text{Min} = 0.00, \text{Max} = 8.00, \text{skewness value} = -1.06, \text{kurtosis value} = -1.03$		
วิธีการคลอด		
คลอดปกติ	12	19.0
ผ่าตัดออกทางหน้าท้อง	51	81.0
สาเหตุที่ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนด*		
ไม่ทราบสาเหตุ	4	6.4
มารดามีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด	5	7.9

*เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุที่ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนด* (ต่อ)		
มารดามีความผิดปกติของมดลูก ปากมดลูก หรือรก	9	14.3
เนื้องอกมดลูก	1	11.1
ภาวะรกเกาะต่ำ หรือรกเกาะผิดปกติ	8	88.9
มารดามีภาวะโรคเรื้อรัง หรือโรคแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์	15	23.8
โรคเอสแอลอี (systemic lupus erythematosus: SLE)	1	6.7
ความดันโลหิตสูง	2	13.3
ภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง	9	60.0
เบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ (overt DM)	2	13.3
โรคหัวใจ	1	6.7
มารดาอายุมาก (มากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี)	23	36.5
มารดาอายุน้อย (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 ปี)	1	1.6
มารดาตั้งครรภ์แฝด	18	28.6
ทารกในครรภ์มีความผิดปกติ	18	28.6
มารดามีประวัติแท้งบุตร	24	38.1
มารดามีความผิดปกติของถุงน้ำคร่ำ	19	30.2
โรค/ความผิดปกติของทารก*		
ภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด	18	28.6
กลุ่มอาการหายใจลำบาก	41	65.1
การติดเชื้อในกระแสเลือด	5	7.9
ปอดอักเสบ	18	28.6
ลำไส้เน่าอักเสบ	11	17.5
ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง	3	4.8
โรคหัวใจแต่กำเนิด	26	41.3
โรคทางศัลยกรรม	4	6.3
ภาวะแรงต้านเลือดในปอดสูง	9	14.3

*เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โรค/ความผิดปกติของทารก* (ต่อ)		
ภาวะหัวใจหยุดเต้น	8	12.7
พิการ/มีความผิดปกติของโครโมโซม	2	13.2
หัตถการที่ทารกได้รับ*		
การใส่ท่อช่วยหายใจ	63	100.0
การใส่ท่อระบายทรวงอก	6	9.5
การเจาะหลัง	6	9.5
การเจาะปอด	2	3.2
การเจาะเลือด	63	100.0
การแทงเส้นเลือดเพื่อให้สารน้ำ	53	84.1
การใส่สายสวนหลอดเลือดสะดือ	57	90.5
การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	19	30.2
การดูดเสมหะ	63	100.0
การทำแผล	12	19.0
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา (วัน)		
1-5	15	23.8
6-10	33	52.4
11-15	9	14.3
16-20	6	9.5
$M = 8.92, SD = 4.16, \text{Min} = 3.00, \text{Max} = 20.00, \text{skewness value} = 2.60, \text{kurtosis value} = 0.25$		

*เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 ระดับของความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต

ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต มีความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 2.77, SD = 0.17; M = 2.71, SD = 0.18$ และ $M = 2.74, SD = 0.18$ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติเพียง 1 ด้าน คือ ความต้องการด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์อยู่ในระดับสูง ($M = 2.72, SD = 0.29$) ส่วนความต้องการที่เหลืออีก 5 ด้าน มีการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงรายงานผลโดยใช้ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ ดังนี้ ความต้องการด้านการสื่อสารภายในทีมและครอบครัวมีค่ามัธยฐาน 3.00 คะแนน ($QD = 0.05$) ความต้องการด้านการดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบายมีค่ามัธยฐาน 3.00 คะแนน ($QD = 0.09$) ความต้องการด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีค่ามัธยฐาน 3.00 คะแนน ($QD = 0.10$) ความต้องการด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ มีค่ามัธยฐาน 2.80 คะแนน ($QD = 0.20$) และความต้องการด้านการดูแลจิตวิญญาณ มีค่ามัธยฐาน 2.50 คะแนน ($QD = 0.32$) ตามลำดับ (ตาราง 3)

สำหรับการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตแบ่งตามรายด้าน พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติจำนวน 3 ด้าน ได้แก่ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจอยู่ในระดับสูง ($M = 2.77, SD = 0.27$) การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบายอยู่ในระดับสูง ($M = 2.76, SD = 0.28$) และการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์อยู่ในระดับสูง ($M = 2.63, SD = 0.30$) ตามลำดับ ส่วนการได้รับการตอบสนองความต้องการอีก 3 ด้าน มีการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงรายงานผลโดยใช้ค่ามัธยฐานและส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ ดังนี้ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 3.00 คะแนน ($QD = 0.20$) การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการสื่อสารภายในทีมและครอบครัว มีค่ามัธยฐาน 2.91 คะแนน ($QD = 0.14$) และการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการดูแลจิตวิญญาณมีค่ามัธยฐาน 2.63 คะแนน ($QD = 0.25$) ตามลำดับ (ตาราง 3)

เมื่อพิจารณาความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตแบ่งตามรายด้าน พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติจำนวน 2 ด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจอยู่ในระดับสูง ($M = 2.79$, $SD = 0.26$) และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์อยู่ในระดับสูง ($M = 2.64$, $SD = 0.33$) ตามลำดับ ส่วนความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการอีก 4 ด้าน มีการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงรายงานผลโดยใช้ค่ามัธยฐานและส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ ดังนี้ ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการดูแลอย่างต่อเนื่องมีค่ามัธยฐาน 3.00 คะแนน ($QD = 0.10$) ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการสื่อสารภายในทีมและครอบครัวมีค่ามัธยฐาน 2.91 คะแนน ($QD = 0.14$) ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบายมีค่ามัธยฐาน 2.83 คะแนน ($QD = 0.17$) และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการดูแลจิตวิญญาณมีค่ามัธยฐาน 2.63 คะแนน ($QD = 0.32$) ตามลำดับ (ตาราง 3)

ตาราง 3

ค่าเฉลี่ย (M) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่ามัธยฐาน (Md) ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ (QD) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) และระดับความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจในการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาแบ่งตามรายด้านและโดยรวม ($N = 63$)

ตัวแปร	M	SD	Md	QD	Min	Max	ระดับ
ความต้องการ							
ด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการ							
ตัดสินใจ	-	-	2.80	0.20	2.00	3.00	-
ด้านการสื่อสารภายในทีมและ							
ครอบครัว	-	-	3.00	0.05	2.27	3.00	-
ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง							
ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์	2.72	0.29	-	-	2.00	3.00	สูง
ด้านการดูแลบรรเทาอาการและ							
ความสุขสบาย	-	-	3.00	0.09	1.83	3.0	-

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปร	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i>	<i>QD</i>	Min	Max	ระดับ
ความต้องการ (ต่อ)							
ด้านการดูแลจิตวิญญาณ	-	-	2.50	0.32	1.00	3.00	-
โดยรวม	2.77	0.17	-	-	2.37	3.00	สูง
การได้รับการตอบสนองความต้องการ							
ด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการ							
ตัดสินใจ	2.77	0.27	-	-	2.20	3.00	สูง
ด้านการสื่อสารภายในทีมและ							
ครอบครัว	-	-	2.91	0.14	2.00	3.00	-
ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง	-	-	3.00	0.20	2.20	3.00	-
ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์	2.63	0.30	-	-	2.00	3.00	สูง
ด้านการดูแลบรรเทาอาการและ							
ความสุขสบาย	2.76	0.28	-	-	2.00	3.00	สูง
ด้านการดูแลจิตวิญญาณ	-	-	2.63	0.25	1.13	3.00	-
โดยรวม	2.71	0.18	-	-	2.25	3.00	สูง
ความพึงพอใจต่อการได้รับการ							
ตอบสนองความต้องการ							
ด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการ							
ตัดสินใจ	2.79	0.26	-	-	2.20	3.00	สูง
ด้านการสื่อสารภายในทีมและ							
ครอบครัว	-	-	2.91	0.14	2.00	3.00	-
ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง	-	-	3.00	0.10	2.20	3.00	-
ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์	2.64	0.33	-	-	1.88	3.00	สูง
ด้านการดูแลบรรเทาอาการและ							
ความสุขสบาย	-	-	2.83	0.17	2.00	3.00	-
ด้านการดูแลจิตวิญญาณ	-	-	2.63	0.32	1.13	3.00	-
โดยรวม	2.74	0.18	-	-	2.26	3.00	สูง

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการกับการได้รับการตอบสนองความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการกับความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการ ในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต

ความต้องการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .63, p < .001$) ส่วนการได้รับการตอบสนองความต้องการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .97, p < .001$) (ตาราง 4)

ตาราง 4

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) ระหว่างความต้องการกับการได้รับการตอบสนองความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการกับความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต ($N = 63$)

ตัวแปร	r
1. ความต้องการกับการได้รับการตอบสนองความต้องการ	.63***
2. การได้รับการตอบสนองความต้องการกับความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการ	.97***

*** $p < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา

ผลการศึกษาพบว่า มารดากลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 16-47 ปี อายุเฉลี่ย 32.14 ปี มารดาร้อยละ 58.7 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ถือว่ามีระดับการศึกษาสูง อายุของมารดากลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นวัยทำงาน นอกจากนี้อายุของมารดาที่มากขึ้น ทำให้มารดามีประสบการณ์ และมีความพร้อมทั้งกับบทบาทของมารดาและการสร้างครอบครัว (นฤมล, วรรณ, และฉวีวรรณ, 2559) รวมทั้งมีความมุ่งมั่นในการสร้างความสำเร็จในหน้าที่การงาน (ธานีพะอ, 2557) เพื่อให้มีฐานะทางเศรษฐกิจที่มั่นคง ผลการศึกษาเทียบเคียงได้กับงานวิจัยของนฤมลและคณะ (2559) ที่ศึกษาปัจจัยด้านมารดา ทารกและสิ่งแวดล้อมในการทำนายความสำเร็จของบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอดทารกก่อนกำหนด พบว่า มารดามีอายุระหว่าง 15-45 ปี อายุเฉลี่ย 31.7 ปี ($SD = 6.6$) และมารดาร้อยละ 42.9 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ซึ่งความสำเร็จของบทบาทมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .547, p < .01$) ดังนั้นมารดาที่มีการศึกษาสูงร่วมกับมีอายุมากขึ้น จึงมีความสำเร็จของบทบาทมารดาเมื่อได้รับการดูแลตอบสนองความต้องการที่เหมาะสม ทำให้มีความพร้อมมากขึ้น และสามารถแสดงออกทางพฤติกรรมที่เหมาะสมในการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทารก

มารดากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.1 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี โดยมารดาร้อยละ 36.5 มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งในปัจจุบันมารดาที่ตั้งครรภ์ในขณะอายุมากมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ เกิดจากมารดามีการศึกษาสูงขึ้น มีการะับผิดชอบในหน้าที่การงาน รวมทั้งประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดที่ดี ทำให้มารดามีลูกช้าลง (บรรพจน์และประภัสสร, 2550) การที่มารดามีอายุมาก ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ มารดาจึงมีแนวโน้มที่จะคลอดก่อนกำหนดจากความไม่สมบูรณ์ของร่างกายมารดาขณะตั้งครรภ์ (จรียาพร, 2553) เทียบเคียงได้กับงานวิจัยของบรรพจน์และประภัสสร (2550) ที่ศึกษาอายุมารดากับผลการคลอด พบว่า มารดาที่มีอายุมากมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดการคลอดก่อนกำหนด ภาวะเลือดออกก่อนคลอด เบาหวาน ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ทำให้ทารกมีภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด และต้องการความช่วยเหลือแรกคลอด ภาวะความเจ็บป่วย และภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดก่อนกำหนด ทำให้ทารกได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ และต้องเข้ารับการรักษาภายในหออภิบาลทารกแรกเกิด จึงส่งผลกระทบต่อมารดาตามมา

มารดากลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-20,000 บาท มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ซึ่งรายได้เป็นแหล่งประโยชน์ของมารดา เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต สามารถ

ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ดังนั้นฐานะทางเศรษฐกิจของมารดาจึงมีผลต่อความต้องการของมารดา โดยมารดาที่มีรายได้สูง สามารถเข้าถึงการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการได้ตรงตามความต้องการของตนเองมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ (บุษกรและคณะ, 2550) ผลการศึกษาเทียบเคียงได้กับงานวิจัยของนฤมลและคณะ (2559) พบว่า มารดาร้อยละ 33.1 มีอาชีพที่มั่นคง ทำให้มารดาที่มีรายได้ที่แน่นอนระหว่าง 10,001-20,000 บาท รายได้เฉลี่ย 22,053.60 บาท และงานวิจัยของบุษกรและคณะ (2550) พบว่ารายได้สามารถทำนายความต้องการของมารดาโดยรวมได้เล็กน้อย ร้อยละ 2.2 ($F = 4.05, df = 1, 137, p = .046$) ดังนั้นมารดาที่มีรายได้สูง มักมีความต้องการสูง ส่วนมารดาที่มีรายได้ต่ำ มักมีความต้องการต่ำ แต่อาจไม่ได้เกิดขึ้นกับมารดาทุกรายเนื่องจากค่าความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับความต้องการของมารดาโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ

มารดาในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.7 นับถือศาสนาพุทธ รองลงมาก็คือศาสนาอิสลาม ซึ่งเป็นไปตามโครงสร้างของประเทศไทยที่ประชากรนับถือศาสนาพุทธมากที่สุดเพราะเป็นศาสนาประจำชาติ รองลงมาก็คือนับถือศาสนาอิสลาม โดยเฉพาะในจังหวัดของภาคใต้ตอนล่าง ที่พบว่ามีประชากรนับถือศาสนาอิสลามมากกว่าภูมิภาคอื่นในประเทศไทย (อัศลี, 2554; ฮานีพะส, 2557) เทียบเคียงได้กับงานวิจัยของฮานีพะส (2557) พบว่า มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดร้อยละ 64 นับถือศาสนาพุทธ และร้อยละ 36 นับถือศาสนาอิสลาม และงานวิจัยของอัศลี (2554) พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 90 เป็นมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้ดูแลร้อยละ 54.3 นับถือศาสนาพุทธ และร้อยละ 45.4 นับถือศาสนาอิสลาม

ผลการศึกษายังพบว่า มารดาในกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดไม่เคยมีประสบการณ์การมีบุตรที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก มักจะไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความกลัว เครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และเหตุการณ์ที่ทำให้บุตรเกิดความเจ็บปวด แตกต่างจากมารดาที่บุตรเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มักมีประสบการณ์และมีความคุ้นเคยกับสภาพของผู้ป่วยสิ่งแวดล้อม การดูแล การทำหัตถการ และบุคลากรในโรงพยาบาล จึงทำให้มีการปรับตัวได้ดีกว่า (ฉันทนา, 2537) เทียบเคียงได้กับงานวิจัยของบุษกรและคณะ (2550) พบว่า มารดาร้อยละ 87.9 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการนำบุตรมารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด และงานวิจัยของฉันทนา (2537) พบว่า มารดาร้อยละ 57.4 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการนำบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มารดาจึงมีความต้องการการดูแลสูง เพื่อปรับตัวจากความเครียด ความกลัวที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้ทารกประสบกับความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน และอาจเสียชีวิตได้ทุกเมื่อ

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของทารกเกิดก่อนกำหนด

ผลการศึกษาพบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตเป็นเพศชายร้อยละ 54 เพศหญิงร้อยละ 46 มีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 1481.16 กรัม ($SD = 608.35$) น้ำหนักแรกเกิดอยู่ระหว่าง 410-2,800 กรัม และทารกทุกรายต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ เมื่อพิจารณาจากน้ำหนักแรกเกิด พบว่า ทารกกลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ยน้อยกว่า 1,500 กรัม และร้อยละ 31.7 มีน้ำหนักแรกเกิดระหว่าง 1,000-1,499 กรัม ซึ่งถือว่าเป็นทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก ทารกจึงมีสรีรวิทยาที่ไม่สมบูรณ์ อวัยวะในร่างกายยังทำงานได้ไม่เต็มที่ ทำให้มีภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดก่อนกำหนด เกิดเป็นความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต และอาจเสียชีวิตตามมา (Shrestha & Shrestha, 2013) ผลการศึกษาเทียบเคียงได้กับงานวิจัยของนันทวัลย์ (2555) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,000 กรัมในโรงพยาบาลแพร์ พบว่าทารกเป็นเพศชายร้อยละ 53.9 และเพศหญิงร้อยละ 46.1 มีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 1,592.20 กรัม ($SD = 320.80$) สำหรับปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,000 กรัมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ น้ำหนักทารกน้อยกว่า 1,000 กรัมและทารกที่มีความต้องการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ทารกกลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินอายุครรภ์จากแพทย์โดยการทำอัลตราซาวด์ ร้อยละ 60.3 พบว่า ทารกมีอายุครรภ์เฉลี่ย 30.21 สัปดาห์ ($SD = 3.11$) ซึ่งโรคหรือความผิดปกติของทารกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ ภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก โรคหัวใจแต่กำเนิด ภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด และปอดอักเสบ ตามลำดับ หากพิจารณาตามอายุครรภ์ ทารกกลุ่มตัวอย่างถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มทารกเกิดก่อนกำหนดระดับมาก (very preterm) เป็นทารกที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 28 สัปดาห์ถึงน้อยกว่า 32 สัปดาห์ (WHO, 2018) ทารกกลุ่มนี้มักมีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนดที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต ได้แก่ ภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก ภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด ปอดอักเสบ (สุริดา, 2559) ภาวะลำไส้เน่าอักเสบ (นันทวัลย์, 2555) การติดเชื้อในกระแสเลือด (นันทวัลย์, 2555; สุริดา, 2559) ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง (นันทวัลย์, 2555; Abdellatif et al., 2013) ทารกเกิดก่อนกำหนดร่วมกับโรคหัวใจแต่กำเนิด (Peng et al., 2012) และภาวะหัวใจล้มเหลว (นันทวัลย์, 2555; ภิญญาดา, 2554) ผลการศึกษา พบว่าทารกกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.1 มีภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก ซึ่งเทียบเคียงได้กับงานวิจัยของนันทวัลย์ (2555) พบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดมีภาวะกลุ่มหายใจลำบาก ร้อยละ 67.6 และงานวิจัยของสุริดา (2559) พบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดมีภาวะกลุ่มหายใจลำบาก ร้อยละ 72.1 ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับแรกของทารกเกิดก่อนกำหนด ความรุนแรงของโรคจะสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกเกิดและอายุครรภ์ที่น้อยลง

ทารกกลุ่มตัวอย่างเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดทั้งหมด มีคะแนนแอฟการ์ที่ 1 นาที่ อยู่ในช่วง 4-7 คะแนน ร้อยละ 38.1 ค่าเฉลี่ย 5.62 คะแนน ($SD = 2.83$) ส่วนคะแนนแอฟการ์ที่ 5 นาที่ อยู่ในช่วง 8-10 คะแนน ร้อยละ 61.9 มีค่ามัธยฐานของคะแนนแอฟการ์ที่ 5 นาที่เท่ากับ 9 คะแนน ($QD = 1.50$) ซึ่งภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอดของทารกเกิดก่อนกำหนด ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด คาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรด ปริมาณเลือดผ่านไปปอดน้อย หรือมีไม่เพียงพอ ส่งผลให้อวัยวะที่สำคัญขาดออกซิเจน ไปเลี้ยง จนเกิดการสูญเสียหน้าที่ หรือประสิทธิภาพการทำงานลดลง เกิดความบกพร่องหรือความพิการทางสมอง อาจทำให้ทารกเสียชีวิตตามมาได้ (ชญาศักดิ์และปริศนา, 2554; รัชตะวรรณ, 2557) องค์การอนามัยโลก (WHO, 2016) ได้กำหนดค่าคะแนนแอฟการ์เพื่อใช้ประเมินภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด โดยภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด (birth asphyxia) เป็นภาวะที่ทารกแรกเกิดมีคะแนนแอฟการ์ที่ 1 นาที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 มีการแบ่งภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอดเป็น 2 ระดับ คือภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอดอย่างรุนแรงมีคะแนนแอฟการ์ที่ 1 นาที่เท่ากับ 0-3 และภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอดเล็กน้อยหรือปานกลางมีคะแนนแอฟการ์ที่ 1 นาที่ เท่ากับ 4-7 ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมาของชญาศักดิ์และปริศนา (2554) พบว่าทารกเกิดก่อนกำหนด มีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอดเท่ากับ 2.08 เท่าของทารกเกิดครบกำหนด และทารกเกิดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .006$)

ทารกกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความสัมพันธ์กับมารดาที่มีอายุมาก ผลการศึกษา พบว่า มารดาในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 36.5 มีอายุมาก (มากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี) และมารดาร้อยละ 57.1 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ดังนั้นมารดาที่มีอายุมากมักเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ภาวะทำผิดปกติของทารก ภาวะรกเกาะต่ำทำให้มีเลือดออกก่อนคลอด การคลอดก่อนกำหนด และภาวะทารกติดส่วนกับอุ้งเชิงกราน เป็นสาเหตุทำให้มารดาต้องได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงขึ้น (บรรพจน์และประภัสสร, 2550) ผลการศึกษาเทียบเคียงได้กับงานวิจัยของนฤมลและคณะ (2559) พบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดร้อยละ 67 เกิดโดยวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และงานวิจัยของบรรพจน์และประภัสสร (2550) พบว่า มารดาอายุมากมีอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเกิดการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง สาเหตุจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ของมารดา ภาวะทำผิดปกติของทารก และในขณะที่คลอดอาจพบภาวะผิดปกติส่วนของทารกกับอุ้งเชิงกราน ทำให้ต้องเกิดโดยวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

สำหรับสาเหตุที่ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนด เกิดจากมารดามีภาวะรกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด มารดามีประวัติแท้งบุตร การติดเชื้อ มารดามีโรค

ในขณะที่ตั้งครรภ์ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ มารดาอายุน้อยกว่า 16 ปี หรือมากกว่า 35 ปี มารดาติดยาเสพติด บุหรี่หรือสุรา ปัญหาด้านพันธุกรรม มารดาดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ไม่ดีพอ และการตั้งครรภ์แฝด ซึ่งความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ทำให้มารดามีการตั้งครรภ์แฝดมากขึ้น และอาจทำให้เกิดความดันภายในถุงน้ำคร่ำ หรือมดลูกขยายตัวมากขึ้น เป็นสาเหตุให้มารดาคลอดก่อนกำหนด (จริยาพร, 2553) ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า สาเหตุที่ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนด เกิดจากมารดาเคยมีประวัติแท้งบุตร มารดามีอายุมาก มารดาที่มีความผิดปกติของถุงน้ำคร่ำ ได้แก่ มีน้ำเดินก่อนคลอด ภาวะน้ำคร่ำมาก มารดาตั้งครรภ์แฝด ทารกในครรภ์มีความผิดปกติ มารดามีโรคเรื้อรัง หรือโรคแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ มารดาที่มีความผิดปกติของมดลูก ปากมดลูกหรือรก และมีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด ตามลำดับ เทียบเคียงได้กับงานวิจัยของสุธิดา (2559) พบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยมาก มีสาเหตุมาจากมารดาอายุมาก มีภาวะครรภ์แฝด มารดาวัยรุ่นร่วมกับส่วนหนึ่งมีประวัติทำแท้ง และมีความดันโลหิตสูง ส่วนงานวิจัยของรุ่งตวรรณ, เขียวลักษณ์, เอมพร, และเอกชัย (2552) พบว่าสาเหตุของการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ประกอบด้วย มารดาเคยมีประวัติแท้งและคลอดก่อนกำหนด มีประวัติการผ่าตัดคลอด และมีน้ำเดินก่อนคลอด

หัตถการที่ทารกกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับ คือ การใส่ท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะ และการเจาะเลือด และส่วนใหญ่ได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดสะดือ การแทงเส้นเลือดเพื่อให้สารน้ำ นอกจากนี้ทารกยังได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง การทำแผล และการใส่ท่อระบายทรวงอก ภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดก่อนกำหนดทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดต้องรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลใช้เวลานานเป็นอาทิตย์หรือเป็นเดือน ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความปวดจากภาวะความเจ็บป่วยของโรคและการหัตถการต่างๆ สำหรับหัตถการที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดระดับรุนแรง คือ การใส่ท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะทางท่อหลอดลมคอ การเจาะเลือด การแทงเส้นเลือดเพื่อให้สารน้ำ การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง การใส่ท่อระบายทรวงอกและการทำแผล (Cignacco et al., 2009) ทำให้เกิดความเจ็บป่วยเฉียบพลันซึ่งเกิดจากผิวหนังบาดเจ็บจากการทำหัตถการเพื่อการวินิจฉัยหรือรักษา และความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดจากภาวะความเจ็บป่วยที่รุนแรงและต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน (ประสิน, 2557) ผลการศึกษาเทียบเคียงได้กับการศึกษาของซิกแนคโคและคณะ (2009) พบว่า หัตถการที่ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจได้รับชมะรักษาตัวในหออภิบาลทารกแรกเกิด สูงถึง 22.9 ครั้งต่อวันต่อคน ซึ่งร้อยละ 75 เป็นหัตถการที่ก่อให้เกิดความปวด หัตถการที่เกิดบ่อยสุด คือ การดูดเสมหะทางท่อหลอดลมคอ การเจาะเลือดที่สันเท้า การเจาะเลือดผ่านหลอดเลือด การแทงเส้นเลือดเพื่อให้สารน้ำ การใส่ท่อหลอดลมคอ และการใส่ท่อระบายทรวงอก ตามลำดับ

2. ความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต

2.1 ความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต

ความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณารายด้าน ข้อมูลส่วนใหญ่มีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงรายงานผลความต้องการด้วยค่ามัธยฐาน ซึ่งมีคะแนนสูงทุกด้าน ส่วนด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์มารดาในกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการอยู่ในระดับสูง เนื่องจากภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกของมารดา ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ (Heidari et al., 2013) เกิดจากมารดาไม่ได้เตรียมตัวสำหรับการเข้ารับการรักษาของบุตร มารดาจึงมีความรู้สึกที่ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนกับอาการเจ็บป่วยของทารก โดยเฉพาะทารกที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ (นฤมล, 2555; สมสิริและคณะ, 2555) มารดาจึงเกิดความเครียด วิตกกังวล กลัวว่าบุตรจะได้รับความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานจากหัตถการ และความเจ็บป่วยวิกฤตของทารก และกลัวว่าบุตรจะเสียชีวิต (นฤมล, 2555; Watson, 2010) ส่งผลให้มารดามีความต้องการอยู่ในระดับสูง เทียบเคียงได้กับงานวิจัยของบุษกรและคณะ (2550) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความต้องการของมารดาที่มีทารกที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 2.64$, $SD = 0.21$) งานวิจัยของเนตรทองและคณะ (2550) พบว่า มารดาที่มีทารกที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดมากกว่าร้อยละ 80 ต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจ ข้อมูลข่าวสาร การแสดงบทบาทการเป็นมารดา และความต้องการส่วนบุคคล ผลการศึกษาแตกต่างจากงานวิจัยของโจเซฟ (Joseph, 2015) ศึกษาความต้องการที่สำคัญของมารดาที่มีทารกเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด พบว่า มารดาร้อยละ 51.7 มีความต้องการในระดับมากที่สุด และร้อยละ 46.7 มีความต้องการในระดับมาก ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านความสุขสบาย ด้านความมั่นใจ ด้านความใกล้ชิด ด้านความปลอดภัย และด้านจิตวิญญาณตามลำดับ

ความเจ็บป่วยวิกฤตของทารกที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ความรู้สึกของมารดาจนทำให้เกิดความทุกข์ด้านจิตใจ ซึ่งความรุนแรงมีมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงของความเจ็บป่วยของทารกเป็นหลัก (Watson, 2010) ผลการศึกษานี้ พบว่า โรคหรือความผิดปกติของทารกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ ภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก โรคหัวใจแต่กำเนิด

ภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด และภาวะปอดอักเสบ ตามลำดับ ทำให้ทารกทุกรายได้รับการทำหัตถการต่างๆ ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะ การเจาะเลือด เป็นต้น ภาวะความเจ็บป่วยดังกล่าวเกิดจากความไม่สมบูรณ์ของระบบต่างๆ ของร่างกายทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต ส่งผลให้มารดาในกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการอยู่ในระดับสูง เทียบเคียงได้กับงานวิจัยของฟางเพชร (2540) พบว่า มารดาร้อยละ 94 ระบุว่าบุตรมีความเจ็บป่วยที่รุนแรงมาก และงานวิจัยของบุษกรและคณะ (2550) พบว่า มารดาร้อยละ 81.4 ระบุว่าบุตรมีความเจ็บป่วยอยู่ในระดับที่รุนแรงปานกลางถึงมาก การรับรู้ดังกล่าวทำให้มารดาเกิดความเครียด ความกลัว และวิตกกังวลว่าบุตรจะได้รับความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานหรือเสียชีวิตตามมา (บุษกรและคณะ, 2550; สุจิราและจรรยา, 2551) ทำให้มารดาจึงมีความต้องการสูงในทุกๆ ด้าน แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้เก็บข้อมูลการรับรู้ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยของทารก จึงไม่สามารถเปรียบเทียบผลการวิจัยกับงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น ได้โดยตรง

ผลการศึกษาพบว่า มารดาในกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95.2) ไม่เคยมีประสบการณ์การมีบุตรที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม พบว่ามารดาที่ไม่เคยมีประสบการณ์การมีบุตรที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 2.77, SD = 0.18$) ซึ่งไม่แตกต่างจากมารดาที่เคยมีประสบการณ์การมีบุตรที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่ามีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ($M = 2.81, SD = 0.16$) และมารดาร้อยละ 66.6 มีอายุ 31 ปีขึ้นไป จากการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมพบว่า มารดาที่ไม่เคยมีประสบการณ์ของการมีบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีอายุเฉลี่ย 31.93 ปี และมารดาที่เคยมีประสบการณ์ของการมีบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีอายุเฉลี่ย 36.33 ปี มารดาที่มีอายุมากส่วนใหญ่มักมีประสบการณ์ พัฒนาการด้านความรู้สึกรู้สึกผิด และการรับรู้ถึงเหตุการณ์ต่างๆ และภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับบุตรจากการเข้ารับการรักษาภายในหออภิบาลทารกแรกเกิด มากกว่ามารดาที่มีอายุน้อยกว่า ทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลได้มากกว่า (Mundy, 2010) ดังนั้นมารดาที่มีอายุมากแม้ว่าจะเคยมีประสบการณ์ของการมีบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน หรือมีประสบการณ์ครั้งนี้เป็นครั้งแรกก็มีความต้องการอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน เทียบเคียงได้กับงานวิจัยของมันดี (Mundy, 2010) พบว่าบิดามารดาทารกที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดที่มีอายุมากกว่า 30 ปี มีความต้องการโดยรวมสูงกว่าบิดามารดาที่มีอายุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .002$) แต่หากพิจารณาจากประสบการณ์ของการมีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด กลับพบว่า มีความแตกต่างจากผลการศึกษาครั้งนี้ กล่าวคือ บิดามารดาที่เคยมีประสบการณ์ของการมีบุตรรับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดมีความต้องการโดยรวมสูงกว่า

บิดามารดาที่ไม่เคยมีประสบการณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .009$) ผลการศึกษาซึ่งแตกต่างกับงานวิจัยของบุษกรและคณะ (2550) พบว่า มารดาร้อยละ 87.9 ไม่เคยมีประสบการณ์ของการมีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด และมารดาในกลุ่มนี้มีความต้องการโดยรวมสูงกว่ามารดาที่เคยมีประสบการณ์ของการมีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด

เมื่อพิจารณาความต้องการรายข้อ ด้านแรกที่มารดามีความต้องการในระดับมากคือด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมารดามีความต้องการสูงถึงร้อยละ 85.7-100 อาจเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดก่อนกำหนด ทำให้เกิดความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต ทารกกลุ่มตัวอย่างจึงต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น ซึ่งภาวะความเจ็บป่วยของทารกสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ไม่สามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้ (Watson, 2010) มารดาจึงมีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของทารกตกอยู่ในอันตราย มีความไม่แน่นอนเกี่ยวกับอาการและอาจจะเสียชีวิตได้ทุกเมื่อ มารดาจึงต้องการให้ทีมสุขภาพให้การดูแลทารกอย่างดีที่สุด (สมศิริและคณะ, 2555) สำหรับผลการศึกษารั้งนี้ พบว่า มารดาในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 มีความต้องการให้ทีมสุขภาพให้การดูแลทารกอย่างต่อเนื่อง และมารดาร้อยละ 98.4 มีความต้องการให้ทีมสุขภาพให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาแก่นักเรียนและ/หรือครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เทียบเคียงได้กับงานวิจัยเชิงคุณภาพที่บิดามารดาระบุว่า ต้องการผู้ดูแลและทีมสุขภาพที่เดิมที่สามารถไว้วางใจในการดูแลรักษา และเพื่อความต่อเนื่องในการดูแล (Robert et al., 2012) ต้องการทราบถึงบุคคลที่ครอบครัวสามารถสอบถามเกี่ยวกับการดูแลได้โดยตรง (Monterosso & Kristjanson, 2007) และสามารถเข้าถึงแพทย์ที่ให้การดูแลได้ง่าย เพื่อสอบถามเกี่ยวกับอาการและการดูแลรักษาของทารก (Inglis et al., 2011)

เมื่อพิจารณาความต้องการรายข้อ พบว่า ด้านถัดมาที่มารดาในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 69.8-100 มีความต้องการในระดับมาก คือ ด้านการสื่อสารภายในทีมและครอบครัว อาจเนื่องจากการเข้ารับการรักษาภายในหออภิบาลทารกแรกเกิดของทารก ส่งผลให้มารดาต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนเกี่ยวกับอาการของทารก (นฤมล, 2555) ร่วมกับการต้องแยกจาก การจำกัดเวลาเข้าเยี่ยมทำให้ไม่ได้เห็นทารกอยู่ตลอดเวลา จึงกลัวว่าทารกจะได้รับการดูแลรักษาไม่เต็มที่ อาจทำให้ทารกเจ็บปวด ทุกข์ทรมานและเสียชีวิตได้ มารดาจึงมีความต้องการข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับทารกอยู่ในระดับสูง (เนตรทองและคณะ, 2550) ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของทารก การวินิจฉัยโรควิธีการดูแลรักษาที่ให้ การพยากรณ์โรค (Robert et al., 2012) การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอาการและการรักษา (Monterosso & Kristjanson, 2007) ต้องการข้อมูลที่เป็นความจริง (Monterosso & Kristjanson, 2008) มีการอธิบายได้ชัดเจน (Inglis et al., 2011) ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ไม่ใช่ภาษาทาง

การแพทย์ ด้วยน้ำเสียงที่อบอุ่น เอื้ออาทร และปลอดภัย (Meert et al., 2008) สนใจรับฟังคำพูด การซักถามและการระบายจากบิดามารดาอย่างตั้งใจ (Monterosso & Kristjanson, 2008)

ความต้องการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับทารกดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษา พบว่า มารดาร้อยละ 100 มีความต้องการให้ทีมสุขภาพให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับทารกแก่ฉันและ/หรือครอบครัวได้แก่ การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค อาการ การดูแลรักษา การเปลี่ยนแปลงของอาการและการดูแลรักษา และให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของทารกแก่ฉันและ/หรือครอบครัว ตั้งแต่เริ่มต้นการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด และมารดาร้อยละ 98.4 มีความต้องการให้ทีมสุขภาพได้ให้ข้อมูลแก่ฉันและ/หรือครอบครัวอย่างสอดคล้องตรงกัน เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของทารก เทียบเคียงได้กับงานวิจัยของบุษกรและคณะ (2550) พบว่ามารดาทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับสูง ($M = 2.78, SD = 0.22$) งานวิจัยของเนตรทองและคณะ (2550) พบว่ามารดาทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ร้อยละ 94 มีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ส่วนงานวิจัยของบรานเชตต์และสเตรทตัน (Branchett & Stretton, 2012) ที่ศึกษาความต้องการของบิดามารดาทารกที่เสียชีวิตในวัยทารกแรกเกิด พบว่า บิดามารดาต้องการได้รับข้อมูล คำแนะนำอย่างรวดเร็วเกี่ยวกับอาการและแผนการรักษาของทารกตั้งแต่เริ่มต้นการรักษา ภายในหนึ่งชั่วโมง ภายหลังการย้ายไปรักษา และงานวิจัยของเมเยอร์และคณะ (Meyer et al., 2006) พบว่า บิดามารดาต้องการข้อมูลที่เป็นความจริง ครบถ้วน และเป็นไปในแนวทางเดียวกันจากทีมสุขภาพ

เมื่อพิจารณาความต้องการรายข้อด้านการดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย พบว่า มารดากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71.4-96.8 มีความต้องการอยู่ในระดับมาก โดยมารดาร้อยละ 96.8 มีความต้องการให้ทีมสุขภาพมีการดูแลให้ทารกลดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค เช่น อาการหอบหืดออกซิเจน อาการปวดให้ยาลดปวด ให้ดูดจุกหลอก ห่อตัว ฟังดนตรี เป็นต้น และต้องการให้ทีมสุขภาพให้การดูแลขั้นพื้นฐานแก่ทารก ได้แก่ ให้สารน้ำสารอาหารหรือนม ดูแลผิวหนัง ความสะอาดของร่างกาย ให้ความอบอุ่นโดยสวมเสื้อผ้า ห่อตัว นอนในอุ้บหรือภายใต้เครื่องให้ความอบอุ่น อาจเนื่องจากกิจกรรมการดูแลหลายๆ อย่างมารดาไม่สามารถปฏิบัติได้ เพราะไม่ได้มีความรู้ ความชำนาญเหมือนทีมสุขภาพ ร่วมกับภาวะความเจ็บป่วยวิกฤตทำให้ทารกกลุ่มตัวอย่างต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และมีอุปสรรคทางการแพทย์รอบๆ ตัวทารก มารดาจึงไม่กล้าที่จะสัมผัสใกล้ชิด หรือให้การดูแล ทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ ให้ทารก เนื่องจากกลัวว่าจะทำให้ทารกเกิดความปวด หรือเกิดอันตรายจากอุปกรณ์เคลื่อนหลุด (เนตรทองและคณะ, 2550) มารดาจึงมีความต้องการให้ทีมสุขภาพเป็นผู้ให้การดูแลบรรเทาอาการเจ็บป่วย ความปวด และความสบายแก่ทารก โดยต้องการผู้ดูแลที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ สามารถให้การดูแลที่มีมาตรฐานในด้าน

ความสุขสบาย (Robert et al., 2012) เพื่อให้ทารกมีความสุขสบายมากที่สุด ไม่มีอาการปวด และมีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด (Monterosso et al., 2009) เทียบเคียงได้กับงานวิจัยของสมศิริและคณะ (2555) ศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าการมีส่วนร่วมของมารดา มีความแตกต่างจากทารกทั่วไป โดยมารดาส่วนใหญ่ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เป็นกิจวัตรประจำวัน เช่น การเปลี่ยนเสื้อผ้า การเช็ดตัว การอาบน้ำ ทำได้เพียงการจับสัมผัส ปลอดภัยทารก เนื่องจากมีข้อจำกัดเกี่ยวกับอาการและความเจ็บป่วยวิกฤตของทารก จึงต้องการให้ทีมสุขภาพเป็นคนที่ให้การดูแลทารกมากกว่าการดูแลด้วยตนเอง

การที่มารดาต้องเผชิญกับความเครียดในการเข้ารับการรักษาของทารก ส่งผลให้มารดา มีความต้องการสูงในด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ความรู้สึกจากทีมสุขภาพ (Branchett & Stretton, 2012; Robert et al., 2012) ผู้เชี่ยวชาญได้ระบุปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดภายในหออภิบาลทารกแรกเกิด ได้แก่ สภาพสิ่งแวดล้อมที่เห็นและเสียงที่ได้ยิน พฤติกรรมและลักษณะของทารกที่พบเห็น การเปลี่ยนแปลงบทบาทของมารดา การสื่อสารและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ (Miles & Carter, 1983) ทำให้มารดา มีความต้องการด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ โดยมารดาต้องการได้อยู่ใกล้ชิด ได้เห็น ได้สัมผัส และดูแลบุตร ต้องการความเป็นส่วนตัวในการอยู่กับทารก (Meyer et al., 2006) ต้องการการแสดงออกของทีมสุขภาพทั้งทางวาจาและพฤติกรรมว่ามีความจริงจัง เอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจ มีความเมตตา กรุณา (Robert et al., 2012) เข้าใจความรู้สึก เปิดโอกาสให้ซักถาม ได้ระบายความรู้สึก ได้พูดคุยกับทีมสุขภาพทุกวัน (สุจิราและจรรยา, 2551) และต้องการคนอยู่เคียงข้าง คอยปลอดภัยและให้กำลังใจในช่วงเวลาที่ทารกมีอาการทรุดลงหรือกำลังจะเสียชีวิต (Brosig et al., 2007) ซึ่งผลการศึกษา พบว่า มารดาร้อยละ 52.4-96.8 มีความต้องการด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ในระดับมาก โดยมารดาร้อยละ 96.8 ต้องการให้ทีมสุขภาพให้ฉันได้สัมผัส จับต้อง อุ้ม ได้อยู่ใกล้ชิดหรือใช้เวลาอยู่กับทารกตามที่ฉันต้องการ มารดาร้อยละ 92.1 ต้องการให้ทีมสุขภาพแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ รับรู้ หรือเข้าใจในอารมณ์ ความรู้สึก หรือความวิตกกังวลของฉัน เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของทารก เทียบเคียงได้กับงานวิจัยของบุษกรและคณะ (2550) พบว่ามารดาทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดมีความต้องการด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง ($M = 2.40, SD = 0.32$) และงานวิจัยของเนตรทองและคณะ (2550) พบว่ามารดาทารกแรกเกิดมากกว่าร้อยละ 80 ต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนด้านจิตใจ

ผลการศึกษายังพบว่า มารดาในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 84.1 มีความต้องการให้ทีมสุขภาพให้คำแนะนำในเรื่องที่วิตกกังวลเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลของทารก อาจเนื่องจากมารดาในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44 ไม่เคยมีบุตรและทารกรายนี้เป็นบุตรคนแรก จึงทำให้ไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับหลักฐานและขั้นตอนการติดต่อสิทธิดังกล่าว แม้ว่าทางรัฐบาลจะให้การดูแล

ด้านค่ารักษาพยาบาลแก่ทารกเกิดใหม่ที่มีสัญชาติและเชื้อชาติไทยตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา (กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561) แต่บางครอบครัวยังต้องเผชิญกับปัญหาเศรษฐกิจ เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาทารก ซึ่งมีบางอย่างที่ไม่ครอบคลุมตามโครงการ การขาดรายได้จากการที่มารดาต้องหยุดงาน และมีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าอาหารและค่าที่พัก (เนตรทองและคณะ, 2550; บุญกร, 2555) มารดาจึงต้องการคำแนะนำในเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาล และการช่วยผ่อนผันหรือลดหย่อนค่าใช้จ่าย เทียบเคียงได้กับงานวิจัยของบุญกรและคณะ (2550) พบว่ามารดามีความต้องการให้เจ้าหน้าที่รับฟังและให้คำปรึกษา แนะนำแหล่งที่ให้การช่วยเหลือด้านการเงินอยู่ในระดับสูง และงานวิจัยของเนตรทองและคณะ (2551) พบว่า มารดาทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดมากกว่าร้อยละ 90 ต้องการให้เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา โดยเฉพาะด้านการเงิน ต้องการให้โรงพยาบาลช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา

เมื่อพิจารณาความต้องการรายข้อในด้านที่เหลืออีก 2 ด้าน พบว่ามารดาร้อยละ 49.2-95.2 มีความต้องการด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจระดับมาก และมารดาร้อยละ 19.0-95.2 มีความต้องการด้านการดูแลจิตวิญญาณระดับมาก ซึ่งในด้านการดูแลจิตวิญญาณ มีเพียงเรื่องเดียวที่มารดาร้อยละ 95.2 มีความต้องการในระดับมาก คือ ทีมสุขภาพให้การดูแลทารกอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เช่นการดูแลให้สงบ สุขสบาย ลดความทุกข์ทรมาน เป็นต้น อาจเนื่องจากราคากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการให้ทีมสุขภาพให้ความสำคัญในการดูแลทารกมากกว่าการดูแลมารดา (สมศิริและคณะ, 2555) มารดาจึงมีความต้องการด้านจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นด้านที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมารดาน้อยกว่าด้านอื่นๆ เทียบเคียงได้กับการศึกษาของโจเซฟ (Joseph, 2015) พบว่ามารดาร้อยละ 75.8 มีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณในระดับน้อย

ส่วนความต้องการด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ พบว่า มารดาร้อยละ 95.2 มีความต้องการให้ทีมสุขภาพให้การยอมรับหรือเคารพในการตัดสินใจของฉันทันและ/หรือครอบครัว และมารดาร้อยละ 93.7 มีความต้องการให้ทีมสุขภาพได้ให้ข้อมูลต่างๆแก่ฉันทันและ/หรือครอบครัวอย่างเพียงพอจนสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาทารกร่วมกับทีมสุขภาพได้ ซึ่งการตัดสินใจหรือการแสดงความยินยอมเพื่อให้การรักษาพยาบาลทารกเป็นขั้นตอนที่สำคัญทางกฎหมาย และเป็นหน้าที่ของบิดามารดา เนื่องจากทารกยังไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง โดยทีมสุขภาพต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน เกี่ยวกับวิธีการรักษา เป้าหมาย ประโยชน์ รวมทั้งความเสี่ยงของการรักษา และทางเลือกอื่นๆ จากนั้นต้องตรวจสอบประเมินความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับก่อนจะให้บิดามารดาตัดสินใจ และทีมสุขภาพต้องยอมรับและเคารพการตัดสินใจดังกล่าว (สุภาพรและวงจันทร์, 2556) ผลการศึกษาเทียบเคียงได้กับงานวิจัยของอิงลินและคณะ (Inglin et al., 2011)

พบว่า บิดามารดาต้องการการดูแลจากทีมสุขภาพ โดยเฉพาะ และการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และงานวิจัยของโบรซิกและคณะ (Brosig et al., 2007) ศึกษาความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของบิดามารดาทารกและเด็ก พบว่า บิดามารดาต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยเฉพาะในการตัดสินใจยุติการช่วยประคับประคองชีวิตของทารก หากทารกจะต้องเสียชีวิตอย่างแน่นอน บิดามารดาก็ไม่อยากยืดชีวิตของทารกต่อไป และต้องการให้ทีมสุขภาพยอมรับและเคารพในการตัดสินใจของบิดามารดา

2.2 การได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต

ผลการศึกษา พบว่า การได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ส่วนรายค้านี้มีคะแนนมาตรฐานสูง และค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากนโยบายของโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับการดูแลแบบประคับประคอง มีหน่วยชีวิตวันตาภิบาล มีแพทย์และพยาบาลที่เชี่ยวชาญในด้านการดูแลแบบประคับประคอง และเป็นแหล่งศึกษาเรียนรู้ แม้ว่าการดูแลแบบประคับประคองภายในหออภิบาลทารกแรกเกิด ยังไม่มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน และการดูแลไม่ครอบคลุมองค์รวมเมื่อเทียบกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งหรือผู้ป่วยผู้ใหญ่ แต่พยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคอง เทียบเคียงได้กับงานวิจัยของปราณีและวารินทร์ (2554) ศึกษาพฤติกรรมมารดาเด็กป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล พบว่า พยาบาลมีพฤติกรรมมารดาเด็กป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 2.37, SD = 0.35$) ดังนั้นหากพยาบาลซึ่งเป็นแกนหลักสำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากอยู่ใกล้ชิด และให้การดูแลมารดาได้อย่างต่อเนื่อง (Foster & Monterosso, 2012) มีความตระหนักในการประเมินความต้องการของมารดา และให้การดูแลตอบสนองได้ตรงตามความต้องการ จะทำให้มารดาได้รับการตอบสนองความต้องการอยู่ในระดับสูง เทียบเคียงได้กับงานวิจัยของบุษกรและคณะ (2550) พบว่า การได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดามีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 2.25, SD = 0.34$) และงานวิจัยของสุจิตราและจรรยา (2551) พบว่า การได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาทารกที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 2.34, SD = 0.44$)

นอกจากนี้ยังพบว่า การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ของมารดามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากหออภิบาลทารกแรกเกิดที่ผู้วิจัยเก็บ

ข้อมูลมีแนวทางในการให้ข้อมูลข่าวสารตั้งแต่แรกเริ่ม โดยการแนะนำหรือผู้ป่วย ระเบียบการเชื่อมสิทธิการรักษาและขั้นตอนการติดต่อ อธิบายอาการและแผนการดูแลรักษาของทารก ให้มารดาได้พูดคุยกับแพทย์หรือพยาบาลทุกวัน ทีมสุขภาพส่วนใหญ่มีการแสดงออกถึงความเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของมารดา ซึ่งหากพยาบาลสามารถประเมินและตอบสนองความต้องการของมาราด้านจิตใจ ให้คำปรึกษาในเรื่องต่างๆ เช่น ด้านการรักษาพยาบาล ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ช่วยเหลือและหาแหล่งสนับสนุนขณะอยู่โรงพยาบาล ก็จะสามารถตอบสนองความต้องการของมารดาอยู่ในระดับสูงได้ (ปราณีและวราภรณ์, 2554) ผลการศึกษาเทียบเคียงได้กับงานวิจัยของสุจิราและจรรยา (2551) พบว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการของมาราด้านจิตใจมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($M = 2.24$, $SD = 0.55$) และงานวิจัยเชิงคุณภาพของบรูทเทนและคณะ (Brooten et al., 2013) พบว่า บิดามารดาบางส่วนได้รับการตอบสนองความต้องการ โดยได้รับการดูแลด้วยความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ โทรศัพท์ติดตามเมื่อทารกอาการทรุดลง และเปิดโอกาสให้สัมผัสและกอดทารก บิดามารดาจึงมีความเชื่อใจ ไว้วางใจในพยาบาลที่ดูแลตลอดเวลา และมีความมั่นใจว่าทารกจะได้รับการดูแลเป็นอย่างดีจากพยาบาล

อย่างไรก็ตามแม้ว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณารายข้อกลับพบว่า มารดาได้รับการตอบสนองความต้องการต่ำกว่าความต้องการ มีทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการสื่อสารภายในทีมและครอบครัว ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ และด้านการดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย โดยเฉพาะด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ พบว่า มารดาเพียงร้อยละ 54 และ 73 ได้รับการตอบสนองความต้องการในระดับมาก หัวข้อทีมสุขภาพสนับสนุนให้ฉันได้ทำกิจกรรมแห่งความทรงจำ เช่น การอุ้ม การนวดตัวทารก การสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ หรือให้ของที่ระลึกที่เป็นความทรงจำเกี่ยวกับทารก เช่น รูปถ่าย ลายพิมพ์นิ้วมือ หรือนิ้วเท้า และทีมสุขภาพอยู่เคียงข้างคอยช่วยเหลือพูดคุย ให้กำลังใจ ปลอบใจฉันเพื่อลดความวิตกกังวลหรือความเครียดในช่วงที่ทารกมีอาการทรุดลง อาจเนื่องจากหออภิบาลทารกแรกเกิดที่ผู้วิจัยทำการศึกษายังไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลแบบประคับประคองที่ชัดเจน รูปแบบการดูแลต่างๆ รวมทั้งการให้ของที่ระลึกที่เป็นความทรงจำเกี่ยวกับทารก เช่น รูปถ่าย ลายพิมพ์นิ้วมือ หรือนิ้วเท้าจึงยังไม่มี ร่วมกับทารกกลุ่มตัวอย่างเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยมาก อายุครรภ์เฉลี่ย 30.21 สัปดาห์ และต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังนั้นเมื่อมารดาเข้าเยี่ยม จึงทำได้เพียงการซักถามข้อมูล การสัมผัสจับต้องและพูดคุยกับทารก ทำให้มารดาได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมน้อย

ผลการศึกษาเทียบเคียงได้กับงานวิจัยของปราณีและคณะ (2556) พบว่า มารดาร้อยละ 48.9 และร้อยละ 31.8 มีส่วนร่วมด้านกิจกรรมที่ทำประจำในระดับน้อย และปานกลางตามลำดับ

และมารดาร้อยละ 54.5 มีส่วนร่วมด้านกิจกรรมพยาบาลในระดับน้อย เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนดมีอายุครรภ์น้อยและมีขนาดตัวเล็ก และมีความเจ็บป่วยที่รุนแรง พยาบาลจึงมุ่งให้การดูแลทารกมากกว่าจึงทำให้ตอบสนองความต้องการได้น้อยกว่าที่มารดาต้องการ (สุจิราและจรียา, 2551) ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูล คำแนะนำ และให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง (Joseph, 2015) ดูแลให้มารดาและทารกได้ใกล้ชิดกัน การอยู่เคียงข้างมารดา และส่งเสริมการมีส่วนร่วมต่างๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยทำให้มารดาลดความเครียด และสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น (สมสิริและคณะ, 2555) ทำให้ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์มากขึ้น ผลการศึกษายังสามารถเทียบเคียงกับงานวิจัยของบุญกรและคณะ (2550) พบว่า การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของมารดามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.15$, $SD = 0.40$) ซึ่งต่ำกว่าคะแนนความต้องการ ส่วนงานวิจัยของเนตรทองและคณะ (2550) พบว่า มารดามากกว่าร้อยละ 64 ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจต่ำกว่าความต้องการ และงานวิจัยเชิงคุณภาพของบรูทเทนและคณะ (Brooten et al., 2013) พบว่า บิดามารดาบางส่วนยังได้รับการตอบสนองความต้องการไม่เพียงพอ ได้แก่ ทีมสุขภาพมีการแสดงออกด้วยท่าทางที่เย็นชา และไร้ความรู้สึกในขณะที่ให้ข้อมูล ไม่ให้อุ้มหรือสัมผัสทารกในช่วงก่อนทารกจะเสียชีวิต โดยบอกว่าเป็นการกระตุ้นและทำร้ายทารก อาจทำให้อาการของทารกแย่ลง

เมื่อพิจารณารายชื่อด้านการดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย พบว่า มารดา ร้อยละ 84.1-90.5 ได้รับการตอบสนองความต้องการระดับมาก หัวข้อที่ทีมสุขภาพเป็นผู้ให้การดูแลทารกเพื่อลดปวดและส่งเสริมความสุขสบาย ส่วนหัวข้อที่มารดาได้รับการตอบสนองความต้องการต่ำกว่าความต้องการได้แก่ มารดา ร้อยละ 63.5 และ 66.7 ได้รับการตอบสนองความต้องการในระดับมาก หัวข้อทีมสุขภาพให้ฉันได้ดูแลความสุขสบายของทารกโดยการทำกิจวัตรประจำวันให้ และทีมสุขภาพให้ข้อมูลแก่ฉันเกี่ยวกับวิธีการดูแลให้ทารกมีความสุขสบาย ซึ่งหัวข้อดังกล่าวเกี่ยวข้องกับมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารก อาจเนื่องจากความรุนแรงของความเจ็บป่วยของทารก ทำให้ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมกับอุปกรณ์การรักษาพยาบาลต่างๆ ส่งผลให้มารดาไม่มีความกล้าในการที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลทารก ร่วมกับพยาบาลให้ความสนใจดูแลผู้ป่วย และอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ มากกว่า ทำให้ตอบสนองความต้องการของมารดาต่ำกว่าที่มารดาต้องการ (สุจิราและจรียา, 2551) เทียบเคียงได้กับงานวิจัยของปราณี, ศรีพรรณ, และพิมพ์ภรณ์ (2556) พบว่า มารดาเพียงร้อยละ 48.9 และ 54.5 มีส่วนร่วมด้านกิจกรรมที่ทำประจำและด้านกิจกรรมการพยาบาลระดับน้อย

นอกจากนี้เหตุการณ์ที่ทารกกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับ คือ การใส่ท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะ การเจาะเลือด และส่วนใหญ่ได้รับการแทงเส้นเลือดเพื่อให้สารน้ำ เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้

เกิดความปวดในระดับรุนแรง (Cignacco et al., 2009) ซึ่งภาวะความเจ็บป่วยของทารก และการดูแลรักษาเป็นสาเหตุให้ทารกมีความปวด ทุกข์ทรมาน และไม่สุขสบาย (Boss, 2010) การที่มารดามองเห็นทารกมีความปวด และทุกข์ทรมาน ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสภาพจิตใจและอารมณ์ของมารดา ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล และความทุกข์ทรมาน (เนตรทองและคณะ, 2550) พยาบาลมีบทบาทในการประเมินและจัดการความปวดของทารก รับฟังความคิดเห็นของมารดาที่กล่าวถึงความเจ็บปวดและไม่สุขสบายของทารก ให้คำแนะนำในการดูแลส่งเสริมความสุขสบาย และการจัดการความปวด (Foster & Monterosso, 2012) และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกเพื่อตอบสนองความต้องการของมารดาในกิจกรรมที่สามารถทำได้ ผลการศึกษาเทียบเคียงได้กับงานวิจัยของเนตรทองและคณะ (2550) พบว่า มีมารดาเพียงร้อยละ 55 ได้รับการตอบสนองความต้องการให้มีส่วนช่วยในการปลอบโยนบุตรระหว่างและหลังการตรวจรักษา เมื่อบุตรร้องไห้หรือเจ็บป่วย และงานวิจัยของสุจิราและจริยา (2551) พบว่า มารดาได้รับการตอบสนองความต้องการไม่เพียงพอในเรื่องการอยู่ด้วยกับบุตรขณะและภายหลังการตรวจรักษาเพื่อปลอบโยนบุตร

สำหรับหัวข้อที่มารดาระบุว่าได้รับการตอบสนองความต้องการต่ำกว่าความต้องการด้านการสื่อสารภายในทีมและครอบครัว ได้แก่ มารดาร้อยละ 65.1 ได้รับการตอบสนองความต้องการในระดับมาก หัวข้อที่มสุขภาพให้ฉันและ/หรือบุคคลสำคัญในครอบครัวเข้าร่วมการสนทนาก่อนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของทารกเป็นการส่วนตัว เนื่องจากนโยบายของหออภิบาลทารกแรกเกิดที่ผู้วิจัยทำการศึกษาให้เข้าเยี่ยมได้เฉพาะบิดามารดา ดังนั้นบุคคลสำคัญในครอบครัวจึงไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าเยี่ยมทารก จึงอาจทำให้บุคคลสำคัญไม่ได้เข้าร่วมการสนทนา ร่วมกับสถานที่ภายในหออภิบาลทารกแรกเกิดมีความคับแคบ ดังนั้นหากไม่ใช้การพูดคุยที่สำคัญ แพทย์และพยาบาลมักใช้พื้นที่บริเวณเตียงทารกในการพูดคุยให้ข้อมูล และการดูแลมักมุ่งเน้นการดูแลรักษาทารกให้ปลอดภัย ผ่านพื้นภาวะวิกฤต ทำให้มีการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลความเจ็บป่วยของทารกแก่ครอบครัวลดลง ซึ่งการให้ข้อมูลมักเริ่มต้นในช่วงที่ครอบครัวมีความทุกข์ใจอย่างรุนแรง มารดาจึงมีข้อจำกัดในการรับข้อมูล และการทำความเข้าใจกับข้อมูลในขณะที่มีความเครียดสูง รวมทั้งทักษะของบุคลากรในการให้ข้อมูลมีความแตกต่างกัน (Widdas et al., 2013) มารดาจึงได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของทารกต่ำกว่าความต้องการเทียบเคียงได้กับงานวิจัยของปราณีและคณะ (2556) พบว่า มารดาร้อยละ 67 ได้รับการตอบสนองความต้องการในการมีส่วนร่วมด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลในระดับมาก งานวิจัยของเนตรทองและคณะ (2550) พบว่า มารดามากกว่าร้อยละ 80 ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารต่ำกว่าความต้องการ ในเรื่องการรักษา โรค อากาศ การรักษา ตลอดจนแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของการเจ็บป่วยทางโทรศัพท์ ผลของการรักษาและผลกระทบของความเจ็บป่วย และมารดาร้อยละ 68

และ 72 ได้รับการตอบสนองความต้องการ โดยการรู้ผลการตรวจต่างๆ และรู้ประมาณการค่าใช้จ่ายในการรักษา ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากงานวิจัยของบุษกรและคณะ (2550) ที่พบว่า การได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาด้านข้อมูลข่าวสารมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($M = 2.33$, $SD = 0.43$)

เมื่อพิจารณาหัวข้อที่มารดาได้รับการตอบสนองความต้องการต่ำกว่าความต้องการด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง พบว่า มารดาร้อยละ 73 และ 74.6 ได้รับการตอบสนองความต้องการระดับมาก หัวข้อที่มสุขภาพแข็งแรงให้ฉันและ/หรือครอบครัวได้ทราบถึงบุคคลที่จะสอบถามเกี่ยวกับความก้าวหน้าของอาการการดูแลรักษาทารกได้โดยตรงอย่างต่อเนื่อง และที่มสุขภาพให้ความสนใจและ/หรือเอาใจใส่ฉันและ/หรือครอบครัวอย่างต่อเนื่อง การที่มารดาได้รับการตอบสนองในหัวข้อดังกล่าวต่ำ อาจเนื่องมาจากการทำงานเป็นผลคของแพทย์และพยาบาล ซึ่งต้องทำงานหมุนเวียนกัน ทำให้แพทย์และพยาบาลไม่ใช่คนเดิมในการดูแลทารก การเปลี่ยนแปลงแพทย์และพยาบาล ร่วมกับไม่ได้แนะนำตัวหรือแจ้งแก่มารดา อาจทำให้มารดาสับสน และไม่ทราบถึงบุคคลที่ให้การดูแลบุตร ทำให้มารดาได้รับการตอบสนองในด้านนี้ต่ำกว่าความต้องการได้ สำหรับด้านนี้ ผู้เชี่ยวชาญแนะนำว่า แพทย์ที่ให้การดูแลรักษาควรเป็นแพทย์ที่ให้การดูแลทารกได้ต่อเนื่องมากที่สุด หากมีการเปลี่ยนแปลงแพทย์และพยาบาล ควรมีการส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับทารกและครอบครัว รวมทั้งบอกครอบครัวล่วงหน้าเมื่อจะมีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ที่ดูแลรักษา และแนะนำแพทย์คนใหม่ให้รู้จัก (Clarke et al., 2003) ผลการศึกษาดังกล่าวเทียบเคียงได้กับการศึกษาการรับรู้การดูแลแบบประคับประคองในบิดามารดาเด็กที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต (Meert et al., 2008) พบว่า บิดามารดาร้อยละ 50 ระบุว่าได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากแพทย์คนเดิมหรือกลุ่มเดิม ส่วนบิดามารดาร้อยละ 45 ระบุว่าแพทย์มีการพัฒนาสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว โดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล ทำให้บิดามารดาสามารถเข้าถึงที่มสุขภาพได้ง่าย

ส่วนหัวข้อที่มารดาได้รับการตอบสนองความต้องการสูงกว่าหรือใกล้เคียงกับความต้องการ แต่ยังคงพบว่า มารดาได้รับการตอบสนองความต้องการไม่เพียงพอ มี 2 ด้าน คือ ด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ โดยมารดาร้อยละ 57.1 และ 76.2 ได้รับการตอบสนองความต้องการในระดับมาก หัวข้อที่มสุขภาพคำนึงถึงความต้องการความเชื่อหรือความศรัทธาของฉันและ/หรือครอบครัวก่อนตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา และหัวข้อที่มสุขภาพมีการสอบถามความคิดเห็น รับฟังข้อเสนอแนะจากฉันและ/หรือครอบครัวก่อนตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา และมีมารดาเพียงร้อยละ 49.2 และ 71.4 มีความต้องการในหัวข้อดังกล่าวอยู่ในระดับมาก สำหรับเรื่องการตัดสินใจที่ต้องคำนึงถึงความเชื่อหรือความศรัทธา อาจเป็นนามธรรมเกินไป จึงขึ้นอยู่กับความรู้สึกและมุมมองของมารดาในการตอบคำถาม ร่วมกับในช่วงแรกที่ทารกเข้ารับการรักษา บิดา

มารดาอาจยังไม่ได้เข้าเยี่ยมทันที เนื่องจากเป็นมารดาหลังคลอด ร่างกายยังไม่แข็งแรง บิดาอาจต้องอยู่ดูแลมารดา ทีมสุขภาพจึงให้การดูแลรักษาโดยไม่ได้สอบถามบิดามารดาก่อนการตัดสินใจช่วยชีวิตทารก ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ ให้ยา การทำหัตถการเร่งด่วนที่รอไม่ได้ และผลการศึกษาพบว่า มารดาร้อยละ 44.4 มีทารกเกิดก่อนกำหนดรายนี้เป็นบุตรคนแรก และส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการมีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด อาจทำให้มารดาคิดว่าตนเองไม่มีความรู้ในการรักษาพยาบาล (ปราณีและคณะ, 2556) ร่วมกับทารกอยู่ในภาวะวิกฤต มารดาอาจเห็นว่าแพทย์เป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูรักษา จึงมอบหมายให้ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาแทนมารดา (สมศิริและคณะ, 2555) ผลการศึกษาเทียบเคียงได้กับงานวิจัยของปราณีและคณะ (2556) พบว่ามารดาร้อยละ 67 และ 88.6 มีทารกเกิดก่อนกำหนดรายนี้เป็นบุตรคนแรก และส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการมีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ตามลำดับ และมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดร้อยละ 0 และ 65.9 ได้รับการดูแลตอบสนองความต้องการด้านการตัดสินใจระดับมากและระดับน้อย ตามลำดับ

ผลการศึกษา พบว่า มารดาร้อยละ 20.6 และ 49.2 ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการดูแลจิตวิญญาณในระดับมาก หัวข้อทีมสุขภาพช่วยจัดหาแหล่งสนับสนุนด้านความเชื่อ ความศรัทธา และทีมสุขภาพเปิดโอกาสให้ฉันพูดคุยถึงความเชื่อ ความศรัทธาที่มี หรือสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องดังกล่าว และมีมารดาเพียงร้อยละ 19.0 และ 41.3 มีความต้องการในหัวข้อดังกล่าวอยู่ในระดับมาก การที่พยาบาลให้การดูแลตอบสนองความต้องการของมารดาด้านจิตวิญญาณต่ำ เนื่องจากหออภิบาลทารกแรกเกิดยังไม่มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจนและการปฏิบัติยังไม่ตรงกัน ร่วมกับผลการศึกษาพบว่า มารดาในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.4 เข้าเยี่ยมบุตรจำนวน 3-6 ครั้ง ซึ่งเป็นช่วงที่ทารกยังอยู่ในภาวะวิกฤต และอาจเสียชีวิตได้ทุกเมื่อ ทำให้มารดาเกิดความเครียด ความกลัว มารดาจึงมุ่งให้ความสำคัญในเรื่องการดูแลรักษาทารกมากกว่าการดูแลด้านอื่นๆ (เนตรทองและคณะ, 2550) ส่งผลให้มารดามีความต้องการและได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณต่ำ ผลการศึกษาไม่สามารถเปรียบเทียบกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ เนื่องจากไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีแต่งานวิจัยที่เป็นการศึกษาในพยาบาลของปราณีและวารภรณ์ (2554) พบว่า พยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยระยะสุดท้ายด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง ($M = 2.28$, $SD = 0.52$) ซึ่งการรับรู้การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของพยาบาลในงานวิจัยดังกล่าว มีความแตกต่างจากการรับรู้การได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาในครั้งนี้ นอกจากนี้งานวิจัยของบรูทเทนและคณะ (Brooten et al., 2013) ยังพบว่า ทีมสุขภาพได้ดูแลตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยเปิดโอกาสให้บิดามารดาได้สวดมนต์ในช่วงที่บุตรกำลังจะเสียชีวิต และทีมสุขภาพยังได้ร่วมสวดมนต์กับบิดามารดาด้วย อย่างไรก็ตามแม้ว่าหัวข้อ

เหล่านี้มารดาจะมีความต้องการต่ำ พยาบาลก็ไม่ควรละเลย ควรให้ความสำคัญในการประเมินความต้องการเพื่อให้การพยาบาลตอบสนองความต้องการของมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2.3 ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต

ผลการศึกษา พบว่า ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาโดยรวมอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากพยาบาลหออภิบาลทารกแรกเกิดส่วนใหญ่มีองค์ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง ที่มาจากการได้รับการอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคองร่วมกับมีประสบการณ์ในการดูแลทารกวิกฤตที่มีโอกาสเสียชีวิตสูง ทำให้มีความสามารถในการประเมินความต้องการ และให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองได้ตรงตามความต้องการของมารดา ทำให้มารดาเกิดความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการอยู่ในระดับสูงเช่นกัน เมื่อพิจารณาการได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดารายด้าน พบว่ามีคะแนนใกล้เคียงกัน และเมื่อเปรียบเทียบรายข้อ พบว่า มารดาส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในระดับมากใกล้เคียงกันหรือมากกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการเพียงเล็กน้อยในทุกๆ ด้าน ความพึงพอใจเป็นตัวชี้วัดสำคัญใช้ประเมินการดูแลของพยาบาลในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (บุษกร, 2550) ความพึงพอใจจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อการดูแลนั้นสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ ซึ่งระดับความพึงพอใจขึ้นอยู่กับ ค่านิยม ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ ตลอดจนการได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการ (นารีรัตน์, 2558) ผลการศึกษาพบว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง (บุญใจ, 2553) ดังนั้นหากมารดาในกลุ่มตัวอย่างได้รับการตอบสนองความต้องการสูงก็จะมีความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการสูงเช่นกัน พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญในการประเมินความต้องการของมารดา และนำมาวางแผนการพยาบาลเพื่อให้การดูแลตอบสนองความต้องการให้ครอบคลุมตรงตามความต้องการที่แท้จริง ย่อมทำให้มารดาเกิดความพึงพอใจตามมา (Joseph, 2015)

ผลการศึกษาดังกล่าวเทียบเคียงได้กับงานวิจัยของบุษกรและคณะ (2550) พบว่าความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดา มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ใน

ระดับสูง ($M = 2.31$, $SD = 0.31$) และรายด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ ยกเว้น ด้านส่วนบุคคลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนงานวิจัยของโจเซฟ (Joseph, 2015) พบว่า มารดาร้อยละ 70 มีความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับระดับมากที่สุด มารดาเพียงร้อยละ 25 มีความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับระดับมากที่สุดด้านข้อมูลข่าวสารและการดูแลทารก และมารดาร้อยละ 14 มีความพึงพอใจในระดับน้อย เรื่องการสื่อสารและการดูแลทารก และงานวิจัยของสรัยอร์ (2548) พบว่าบิดามารดาร้อยละ 95 มีความพึงพอใจทั่วไปในระดับมากถึงมากที่สุดในเรื่องการดูแลรักษาที่บุตรได้รับ บิดามารดามากกว่าร้อยละ 50 มีความพึงพอใจด้านคุณภาพของการให้ข้อมูลและคุณภาพในการสื่อสาร บิดามารดามากกว่าร้อยละ 65-80 มีความพึงพอใจด้านคุณภาพในการทำงานร่วมกัน บิดามารดาร้อยละ 40-75 มีความพึงพอใจด้านคุณภาพในการดูแลรักษา และงานวิจัยที่ศึกษาความพึงพอใจของบิดามารดาทารกแรกเกิดภายในหออภิบาลทารกแรกเกิดจำนวน 22 ราย (Petteys et al., 2015) พบว่า บิดามารดากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองร้อยละ 100 มีความพึงพอใจมากที่สุด และบิดามารดากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติร้อยละ 50 มีความพึงพอใจมากที่สุด

หากพิจารณารายชื่อของความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดา พบว่า หัวข้อที่มีคะแนนต่ำมาก 2 ด้าน คือ ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ พบว่ามารดา ร้อยละ 46 มีความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในระดับมาก หัวข้อ ทีมสุขภาพมีการจัดสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวหรือห้องแยกเพื่อให้ฉันและ/หรือครอบครัวได้ใช้เวลาอยู่กับทารก และในด้านการดูแลจิตวิญญาณ พบว่า มารดา ร้อยละ 27 และ 49.2 มีความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในระดับมาก หัวข้อ ทีมสุขภาพช่วยจัดหาแหล่งสนับสนุนด้านความเชื่อ ความศรัทธา และทีมสุขภาพเปิดโอกาสให้ฉันพูดคุยถึงความเชื่อ ความศรัทธาที่มีหรือสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องดังกล่าว ตามลำดับ ซึ่ง 2 ด้านนี้เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมารดาเป็นส่วนใหญ่ ส่วนด้านอื่นๆ มักเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทารก จึงเป็นไปได้ว่าในภาวะวิกฤต ทารกเกิดก่อนกำหนดมีภาวะแทรกซ้อนจากความไม่สมบูรณ์ของร่างกายหลายๆ ระบบ จึงทำให้ทีมสุขภาพมุ่งเน้นการดูแลทารกเป็นหลัก และให้ความสนใจการดูแลมารดา รองลงมา (เนตรทองและคณะ, 2550; ปราณิและคณะ, 2556) พยายามจึงควรให้การดูแลตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและด้านจิตวิญญาณให้มากขึ้น เนื่องจากเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล โดยพยาบาลต้องรับรู้และเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึก และความต้องการของมารดาในด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือสนับสนุนด้านจิตใจ รวมทั้งประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ เพื่อทำความเข้าใจในเรื่องความเชื่อ ความศรัทธา และการปฏิบัติด้านศาสนา เปิดโอกาสและคอยอำนวยความสะดวกให้ครอบครัวได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธา โดยคำนึงถึงประเพณีและวัฒนธรรมของครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้มารดาสบายใจขึ้น (Clarke et al., 2003) ซึ่งการ

ดูแลตอบสนองความต้องการของมารดาด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ และด้านการดูแลจิตวิญญาณ ได้ตรงตามความต้องการ ย่อมทำให้เพิ่มความพึงพอใจของมารดาตามมา ผลการศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างจากงานวิจัยของศรีอร (2548) ที่พบว่าบิดามารดาร้อยละ 40 ไม่พึงพอใจการช่วยประคับประคองสภาพจิตใจที่บุตรและครอบครัวได้รับ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต

ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า ความต้องการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสามารถอธิบายได้ว่า มารดาในกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองสูง ก็จะได้รับการตอบสนองความต้องการสูงเช่นเดียวกัน ส่วนมารดาที่มีความต้องการต่ำก็จะได้รับการตอบสนองความต้องการต่ำ แต่อาจไม่ได้เป็นกับมารดาทุกรายเนื่องจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปรดังกล่าวอยู่ในระดับปานกลาง (บุญใจ, 2553) เกิดจากพยาบาลมีการรับรู้ถึงความต้องการของมารดาแตกต่างจากการรับรู้ความต้องการของตัวมารดา (บุญกร, 2550; Mundy, 2010) จึงตอบสนองความต้องการได้ไม่ครอบคลุมกับความต้องการที่แท้จริงของมารดา โดยดูได้จากผลการศึกษา ถึงแม้ว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาโดยรวมอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณารายด้านและรายข้อ กลับพบว่า มารดาได้รับการตอบสนองความต้องการต่ำกว่าความต้องการ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินความต้องการ และนำเข้าสู่กระบวนการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของมารดาให้มากขึ้น ช่วยเหลือมารดาในการปรับตัว และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกพร้อมกับทีมสุขภาพ (Heidari, 2013) ผลการศึกษาเทียบเคียงได้กับงานวิจัยของบุญกรและคณะ (2550) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการกับการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาทารกที่รับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด พบว่า ความต้องการมี

ความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยของโจเซฟ (Joseph, 2015) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการที่จำเป็นกับความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับของมารดาที่มีทารกเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด พบว่าความต้องการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการศึกษารูปร่างความสัมพันธ์ของตัวแปรในครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้เลือกศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการกับความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการ ผลการศึกษาจึงไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้ ส่วนงานวิจัยของลักษณะและคณะ (2551) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลกับการรับรู้พฤติกรรมดูแลที่ได้รับจากพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า ความต้องการการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการรับรู้พฤติกรรมดูแลโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ งานวิจัยที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในมารดาทารกแรกเกิดในภาวะวิกฤตและไม่ได้อยู่ในภาวะวิกฤตและศึกษาในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยทำการศึกษา ซึ่งเป็นมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต อยู่ในภาวะวิกฤตและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง นอกจากนี้งานวิจัยของบุษกรและคณะ (2550) ได้แบ่งความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาทารกที่รับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ออกเป็นด้านส่วนบุคคล ด้านจิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านบทบาทการเป็นมารดา และด้านการรักษาพยาบาล ส่วนงานวิจัยของโจเซฟ (Joseph, 2015) มีการแบ่งความต้องการกับความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับของมารดา ออกเป็น ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านความสุขสบาย ด้านความมั่นใจ ด้านความใกล้ชิด ด้านความปลอดภัย และด้านจิตวิญญาณ ซึ่งแตกต่างกับที่ผู้วิจัยทำการศึกษาที่มีทั้งหมด 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ การสื่อสารภายในทีมและครอบครัว การดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลจิตใจและอารมณ์ การดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย และการดูแลจิตวิญญาณ งานวิจัยดังกล่าวข้างต้นจึงไม่ได้ครอบคลุมองค์ประกอบหลักในการดูแลแบบประคับประคอง ผลการศึกษานี้จึงไม่อาจเปรียบเทียบกับงานวิจัยดังกล่าวได้โดยตรง

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต

ผลการศึกษาพบว่า การได้รับการตอบสนองความต้องการ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาคะแนนการได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาโดยรวม รายด้านและรายชื่อของทั้ง 2 ตัวแปร พบว่ามีคะแนนใกล้เคียงกัน สามารถอธิบายได้ว่า มารดาในกลุ่มตัวอย่างได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองสูงก็จะมีความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการสูง แต่หากมารดาได้รับการตอบสนองความต้องการต่ำ ก็จะมี ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการต่ำเช่นเดียวกัน เหตุการณ์นี้มีโอกาสเกิดขึ้นได้กับมารดาทุกราย เนื่องจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง (บุญใจ, 2553) ผลการวิจัยเทียบเคียงได้กับงานวิจัยของบุญกรและคณะ (2550) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการตอบสนองความต้องการกับความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาทารกที่รับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด พบว่า การได้รับการตอบสนองความต้องการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และงานวิจัยของลักษณะและคณะ (2551) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้พฤติกรรมการดูแลกับความพึงพอใจในพฤติกรรมกรดูแลที่ได้รับจากพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า การรับรู้พฤติกรรมการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความพึงพอใจในพฤติกรรมกรดูแลโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ไม่อาจเปรียบเทียบกับงานวิจัยดังกล่าวได้โดยตรง เนื่องจากงานวิจัยดังกล่าว เป็นการศึกษาในมารดาที่มีทารกแรกเกิดในภาวะวิกฤตและไม่ได้อยู่ในภาวะวิกฤติ และศึกษาในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยทำการศึกษา และงานวิจัยดังกล่าวได้แบ่งการได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการออกเป็นด้านที่แตกต่างจากที่ผู้วิจัยทำการศึกษาในครั้งนี้ จึงไม่ได้ครอบคลุมองค์ประกอบหลักในการดูแลแบบประคับประคอง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์ (correlational research design) เพื่อศึกษาระดับ และความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของ มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ มารดา ของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารก แรกเกิดของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสงขลา ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2559 ถึงเดือน ธันวาคม 2560 จำนวน 63 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความ เจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และ (2) แบบสอบถาม ความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการ ตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นแบบสอบถามคู่มือ ที่ได้ผ่านการ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และหาความเที่ยงโดยการหาค่าความสอดคล้องภายในของ แบบสอบถามความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับ การตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง กับมารดาที่มีลักษณะเหมือนกลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 20 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่ง หนึ่ง ในจังหวัดสงขลา ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .98, .97 และ .98 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนด และระดับของความต้องการ การ ได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการใน การดูแลแบบประคับประคองของมารดาโดยรวม และรายด้าน โดยใช้สถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลที่มีระดับการวัดตั้งแต่ช่วงมาตราขึ้นไปที่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ โดยการหา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ส่วนข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบไม่เป็น โค้งปกติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด และ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความต้องการกับการได้รับการตอบสนองความต้องการ และ การได้รับการตอบสนองความต้องการกับความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการ ในการดูแลแบบประคับประคองของมารดา โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

สรุปผลการวิจัย

1. ความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 2.77, SD = 0.17, M = 2.71, SD = 0.18$ และ $M = 2.74, SD = 0.18$ ตามลำดับ จากคะแนนสูงสุดเท่ากับ 3)

2. ความต้องการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .63, p < .001$)

3. การได้รับการตอบสนองความต้องการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .97, p < .001$)

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติพยาบาล ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่ามารดาของทารกเกิดก่อนกำหนด ที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด มีความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับสูง แต่ยังคงพบว่าในบางประเด็นยังได้รับการตอบสนองน้อยกว่าความต้องการอยู่มาก ได้แก่ ด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ ข้อที่ 5 ทีมสุขภาพให้การยอมรับหรือเคารพในการตัดสินใจของมารดาและครอบครัว และด้านการดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย ข้อที่ 33 ทีมสุขภาพให้ข้อมูลแก่ฉันเกี่ยวกับวิธีการดูแลให้ทารกมีความสุขสบาย เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลจึงควรตระหนักในการดูแลเพื่อตอบสนองได้ตรงตามความต้องการที่แท้จริงของมารดาในทุกๆด้านให้มากขึ้น เพื่อเพิ่มความพึงพอใจของมารดาตามมา

2. ด้านการวิจัย ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและผู้สนใจในการศึกษาเกี่ยวกับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของมารดา หรือพัฒนาการวิจัยเชิงทดลอง โดยการพัฒนาโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งนี้เพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลที่สามารถตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจแก่มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความ

เจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด หรือหอผู้ป่วยอื่นๆ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

3. ด้านการศึกษา นำไปใช้ในการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลเห็นความสำคัญของการประเมินความต้องการของมารดาก่อนให้การดูแลแบบประคับประคอง และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดมีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด

เอกสารอ้างอิง

- กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2561). *ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*.
 ค้นจาก <https://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/2017/005/N008.pdf>
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559*. ค้นจาก
http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_strategy2559.pdf
- จริยาพร วรรณโชติ. (2553). การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสาร
 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า*, 22(1), 83-90.
- จินตนา วัชรสินธุ์. (2550). *ทฤษฎีการพยาบาลครอบครัวขั้นสูง*. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- ฉันทนา ผ่องคำพันธุ์. (2537). *ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดา
 ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิงห์บุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก
 โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- ชญาศักดิ์ พิสง, และปริศนา พานิชกุล. (2554). ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของ
 ทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า [อิเล็กทรอนิกส์]. *เวชสารแพทย์ทหารบก*,
 64(3), 109-119.
- ธราธิป โกละทัต. (2559). *ผลกระทบของการคลอดก่อนกำหนด*. ค้นจาก <http://www.tmchnetwork.com/node/164>
- ธานินทร์ พิรุณเนตร. (2559). แนวทางการวินิจฉัยภาวะฉุกเฉินทางระบบหายใจในทารกแรกเกิด
 ใน สันติ ปุณณะหิตานนท์, โสภภาพรรณ เงินฉ่ำ, อัญชลี ลีมรังสิกุล, และน้ำทิพย์ ทองสว่าง
 (บรรณาธิการ), *Critical Condition in Neonate* (หน้า 327-358). กรุงเทพมหานคร: แอคทีฟ
 พรินท์.
- นฤมล จินเมือง, วรรณภา พาหุวัฒน์กร, และฉวีวรรณ อยู่สำราญ. (2559). ปัจจัยด้านมารดา ทารก
 และสิ่งแวดล้อมในการทำนายความสำเร็จของบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอดทารกก่อน
 กำหนด [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 8(2), 44-53.
- นฤมล ชีระรังสิกุล. (2555). ประสบการณ์ชีวิตของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด
 [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 5(1), 25-39.
- นันท์วัลย์ ตันดิธนวัฒน์. (2555). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,000
 กรัมในโรงพยาบาลแพร่ [อิเล็กทรอนิกส์]. *กุมารเวชศาสตร์*, 51(4), 296-303.

- นารีรัตน์ ชูอัชฌา. (2558). ความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการขององค์การบริหารส่วนตำบลบางยอ อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. สารนิพนธ์บริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัย คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยสยาม, กรุงเทพมหานคร. ค้นจาก <http://www.research-system.siam.edu/>
- เนตรทอง ทะยา, วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, และรัตนชฎาวรรณ อยู่เนา. (2550). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาทารกที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 16(2), 268-274.
- บรรพจน์ สุวรรณชาติ, และประภัสสร เอื้อลลิตชวงศ์. (2550). อายุมารดากับผลการคลอด [อิเล็กทรอนิกส์]. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 22(4), 401-407.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ยูเอสดอทไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ. (2555). *การพยาบาลผู้ป่วยทารกภาวะเฉียบพลันและเรื้อรัง*. สงขลา: การเมืองการพิมพ์.
- บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ, อุทัยวรรณ พุทธรัตน์, และธิดารัตน์ กำลังดี. (2550). ความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาทารกที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ ตอนล่าง [อิเล็กทรอนิกส์]. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(2), 117-126.
- ประสิน จันท์วิทัน. (2551). Palliative care in the neonatal intensive care unit. ใน *สุนทร อ้อเผ่าพันธุ์, พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์, และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์* (บรรณาธิการ), *Neonatology 2008* (หน้า 168-178). กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- ประสิน จันท์วิทัน. (2557). Pain management in NICU. ใน *สันติ ปุณณะหิตานนท์* (บรรณาธิการ), *Update and Practical point in Preterm Care* (หน้า 261-276). กรุงเทพมหานคร: แอคทีฟพริ้นท์.
- ปราณี ผลอนันต์, ศรีพรรณ กันธวัง, และพิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิ่น. (2556). การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง [อิเล็กทรอนิกส์]. *พยาบาลสาร*, 40(1), 89-101.
- ปราณี รัตนอุดม, และวราภรณ์ กาวไชสง. (2554). พฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล [อิเล็กทรอนิกส์]. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 29(6), 267-276.
- ผานิต หลีเจริญ. (2557). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: สะท้อนคุณค่าของวิชาชีพ [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติวิชาการ*, 17(34), 127-138.

- ฝ่ายจัดเก็บข้อมูลสถิติหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. (2561). *ทะเบียนผู้ป่วย*. สงขลา: หออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.
- พวงเพชร ยี่พัฒน์พันธ์. (2540). *ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดา ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจากโครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- พรทิพย์ ศิริบูรณ์พัฒนา, และจริยาพร วรรณโชติ. (2555). การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนด. ใน พรทิพย์ ศิริบูรณ์พัฒนา (บรรณาธิการ), *การพยาบาลเด็ก เล่ม 1* (213-234). กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- ภิญญาดา แก้วปลั่ง. (2554). อัตราการรอดชีวิตและปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยมากในโรงพยาบาลสุรินทร์ [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 26(3), 379-392.
- รัชตะวรรณ โอพาพิริยกุล. (2557). การพยาบาลทารกแรกเกิด. ใน ศรีกัลยา ภิญโญสโมสร, บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์, เกศรา เสนงาม, และวันฉวี วิรุฬห์พานิช (บรรณาธิการ), *ตำราการพยาบาลเด็กเล่ม 1* (หน้า 120-190). สงขลา: ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รุ่งตะวันรัตน์ ซ้อยจ่อหอ, เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร, เอมพร รตินธร, และเอกชัย โควาวิสารัช. (2552). ผลของการบำบัดทางการพยาบาลต่อการจัดการเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดการกลับมารักษาซ้ำและอายุครรภ์เมื่อคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 27(2), 39-48.
- ลักขณา สุวะจันทร์, จันทิมา ขนบดี, และจรัสศรี ชีระกุลชัย. (2551). ความต้องการการดูแล การรับรู้พฤติกรรมดูแล และความพึงพอใจในพฤติกรรมดูแลที่ได้รับจากพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารการพยาบาล*, 10(2), 16-28.
- วันฉวี วิรุฬห์พานิช. (2557). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ. ใน ศรีกัลยา ภิญโญสโมสร, บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์, เกศรา เสนงาม, และวันฉวี วิรุฬห์พานิช (บรรณาธิการ), *ตำราการพยาบาลเด็กเล่ม 1* (หน้า 191-242). สงขลา: ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วินัดดา ปิยะศิลป์, มุกดา ส กาญจนะชัย, ฤกษ์ฤดี สุตรสุวรรณ, ลาวันย์ ลิ้มนิยม, และวาณี แม่นยำ. (2551). Multidisciplinary approach on palliative care [อิเล็กทรอนิกส์]. *กุมารเวชสาร*, 15(2), 222-225.

- สุจิรา ศรีรัตน์, และจรียา สายวารี. (2551). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ [อิเล็กทรอนิกส์]. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(5), 481-489
- สุธิดา แผ้วพัฒนากุล. (2559). ผลการรักษาทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยมากในโรงพยาบาลอุทัยธานี [อิเล็กทรอนิกส์]. *สวรงค์ประชารักษ์เวชสาร*, 13(3), 24-35.
- สุภัทรา มิ่งปรีชา. (2551). ความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลแพร์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจากโครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- สุภาพร วรรณสันทัด, และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2556). บทบาทพยาบาลกับประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี*, 29(1), 158-168.
- แสงแข ชำนาญนกิจ. (2557). การวินิจฉัยภาวะเจ็บป่วยของทารกเกิดก่อนกำหนด. ในสันติ ปุณณะหิตานนท์ (บรรณาธิการ), *Update and Practical points in Preterm Care* (หน้า 137-150). กรุงเทพมหานคร: แอคทีฟ พรินท์.
- สมสิริ รุ่งอมรรัตน์, วรรณุช กาญจนเวนิช, และอุทุมพร ม่วงอยู่. (2555). การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและต้องได้รับเครื่องช่วยหายใจ [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารวิทยาศาสตร์การพยาบาล*, 30(4), 49-61.
- ศรัยอร ธงอินเนตร. (2548). วิจัยความคิดเห็นของแพทย์ พยาบาล และผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายของฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจากโครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- อนุชา ชาติริมตริชัย. (2561). การติดเชื้อในกระแสเลือดในทารกแรกเกิด. ใน อนุชา ชาติริมตริชัย, และประยงค์ เวชวิชสนอง (บรรณาธิการ), *การติดเชื้อในทารกแรกเกิด* (หน้า 15-56). กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.
- อมรรักษ์ งามสวย, และจิตติมา สุขเลิศตระกูล. (2551). ผลกระทบของความเจ็บป่วยและการอยู่โรงพยาบาลต่อผู้ป่วยเด็ก. ใน มาลี เอื้ออำนวย, สุธิศา ล่ามช้าง, และจรัสศรี เย็นบุตร (บรรณาธิการ), *การพยาบาลเด็ก เล่มที่ 1* (หน้า 15-32). เชียงใหม่: นันทพันธ์พรินติ้ง.
- อัศลิ แสงอารี. (2554). คุณภาพการนอนหลับและการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจากโครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).

- ธานีพะส เจ๊ะอาลี. (2557). ความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจากโครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- Abdellatif, M., Ahmed, M., Bataclan, M. F., Khan, A. A., Battashi, A. A., & Maniri, A. A. (2013). The patterns and causes of neonatal mortality at a tertiary hospital in oman. *Oman Medical Journal*, 28(6), 422-426. doi:10. 5001/omj.2013.119
- Abib El Halal, G. M. C., Piva, J. P., Lago, P. M., El Halal, M. G. S., Cabral, F. C., Nilson, C., & Garcia, P. C. R. (2013). Parents' perspectives on the deaths of their children in two Brazilian paediatric intensive care units. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(10), 495-502. doi:10.12968/ijpn.2013.19.10.495
- Abu-Saad, H. H., Benini, F., Ferraris, P. C., Craig, F., Leora, K., Wood, C., & Zernikow, B. (2009). *Palliative care for infants, children and young people*. Retrieved from http://www.palliative.lv/wp-content/uploads/2013/01/The_Fact.pdf
- Aoun, S., Bird, S., Kristjanson, L. J., & Currow, D. (2010). Reliability testing of the FAMCARE-2 scale: Measuring family carer satisfaction with palliative care. *Palliative Medicine*, 24(7), 674-681. doi:10.1177/0269216310373166
- Arabiat, D. H., Hamdan-Mansour, A., Al Jabery, M. A., Wardam, L., & Tamimi, A. (2015). Measuring care needs of parents of children with cancer: Psychometric properties of the FIN-PED II arabic version. *Journal of Nursing Measurement*, 23(2), 255-270. doi:10.1891/1061-3749.23.2.255
- Berger, T. M., & Hofer, A. (2009). Causes and circumstances of neonatal deaths in 108 consecutive cases over a 10-year period at the Children's Hospital of Lucerne, Switzerland. *Neonatology*, 95(2), 157-163. doi:10.1159/000153100
- Blencowe, H., Cousens, S., Chou, D., Oestergaard, M., Say, L., Moller, A. B.,...Lawn, J. (2013). Born too soon: The global epidemiology of 15 million preterm births. *Reproductive Health*, 10(Suppl.1), 1-14. doi:10.1186/1742-4755-10-S1-S2
- Boss, R. D. (2010). Palliative care for extremely premature infants and their families. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 16(4), 296-301. doi:10.1002/ ddr.123
- Branchett, K., & Stretton, J. (2012). Neonatal palliative and end of life care: What parents want from professionals. *Journal of Neonatal Nursing*, 18(2), 40-44.

- Brooten, D., Youngblut, J. M., Seagrave, L., Caicedo, C., Hawthorne, D., Hidalgo, I., & Roache, R. (2013). Parent's perceptions of health care providers actions around child ICU death: What helped, what did not. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 30(1), 40-49. doi:10.1177/1049909112444301
- Brosig, C. L., Pierucci, R. L., Kupst, M. J., & Leuthner, S. R. (2007). Infant end-of-life care: The parents' perspective. *Journal of Perinatology*, 27(8), 510-516. doi:10.1038/sj.jp.7211755
- Catlin, A. (2011). Transition from curative efforts to purely palliative care for neonates: Does physiology matter?. *Advances in Neonatal Care*, 11(3), 216-222.
- Catlin, A., & Carter, B. (2002). Creation of a neonatal end-of-life palliative care protocol. *Journal of Perinatology*, 22(3), 184-195.
- Cignacco, E., Hamers, J., van Lingen, R., Stoffel, L., Buchi, S., & Mller, R. (2009). Neonatal procedural pain exposure and pain management in ventilated preterm infants during the first 14 days of life. *Swiss Medical Weekly*, 139, 226-232.
- Clarke, E. B., Curtis, J. R., Luce, J. M., Levy, M., Danis, M., Nelson, J., & Solomon, M. Z. (2003). Quality indicators for end-of-life care in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*, 31(9), 2255-2262.
- Contro, N., Larson, J., Scofield, S., Sourkes, B., & Cohen, H. (2002). Family perspectives on the quality of pediatric palliative care. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156(1), 14-19. doi:10.1097/00004703-200206000-00030
- Davies, B., Sehring, S. A., Partridge, J. C., Cooper, B. A., Hughes, A., Philp, J. C.,...Kramer, R. F. (2008). Barriers to palliative care for children: Perceptions of pediatric health care providers. *Pediatrics*, 121(2), 282-288. doi:10.1542/peds.2006-3153
- Dighe, M. P., Muckaden, M. A., Manerkar, S. A., & Duraisamy, B. P. (2011). Is there a role of palliative care in the neonatal intensive care unit in India?. *Indian Journal of Palliative Care*, 17(2), 104-107. doi:10.4103/0973-1075.84530
- Foster, C., & Monterosso, L. (2012). The ventilator-dependent infant requiring palliative care in the neonatal intensive care unit: A literature review. *Neonatal, Paediatric & Child Health Nursing*, 15(1), 8-19.

- Haghighi, L., Nojomi, M., Mohabbatian, B., & Najmi, Z. (2013). Survival predictors of preterm neonates: Hospital based study in Iran (2010-2011). *Iranian Journal of Reproductive Medicine, 11*(12), 957-964.
- Heidari, H., Hasanpour, M., & Fooladi, M. (2013). The experiences of parents with infants in Neonatal Intensive Care Unit. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 18*(3), 208-213.
- Hsiao, J. L., Evan, E. E., & Zeltzer, L. K. (2007). Parent and child perspectives on physician communication in pediatric palliative care. *Palliative & Supportive Care, 5*(04), 355-365. doi:10.1017/S1478951507000557
- Hudson, P. L., Trauer, T., Graham, S., Grande, G., Ewing, G., Payne, S.,...Thomas, K. (2010). A systematic review of instruments related to family caregivers of palliative care patients. *Palliative Medicine, 24*(7), 656-668. doi:10.1177/0269216310373167
- Huijjer, H. (2012). *Palliative care in children*. Retrieved from <https://www.intechopen.com/books/contemporary-and-innovative-practice-in-palliative-care/palliative-care-in-children>
- Inglin, S., Hornung, R., & Bergstraesser, E. (2011). Palliative care for children and adolescents in Switzerland: A needs analysis across three diagnostic groups. *European Journal of Pediatrics, 170*(8), 1031-1038. doi:10.1007/s00431-011-1398-5
- Joseph, A. M. (2015). A correlative study to assess the perceived needs and satisfaction of care among mothers of neonates admitted in NICU in a selected Hospital at Mangalore. *International Journal of Nursing Education and Research, 3*(4), 382-392
- Kain, V. (2011). Exploring the barriers to palliative care practice in neonatal nursing: A focus group study. *Neonatal, Paediatric & Child Health Nursing, 14*(1), 9-14.
- Kilcullen, M., & Ireland, S. (2017). Palliative care in the neonatal unit: Neonatal nursing staff perceptions of facilitators and barriers in a regional tertiary nursery. *BMC Palliative Care, 16*(1), 1-12. doi:10.1186/s12904-017-0202-3
- Klick, J. C., & Hauer, J. (2010). Pediatric palliative care. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 40*(6), 120-151. doi:10.1016/j.cppeds.2010.05.001
- Kristjanson, L.J., Atwood, J. & Degner, L.F. (1995). Validity and reliability of the family inventory of needs (FIN): Measuring the care needs of families of advanced cancer patients. *Journal of Nursing Measurement, 3*, 109-126.

- Korzeniewska-Eksterowicz, A., Respondek-Liberska, M., Przyslo, L., Fendler, W., Mlynarski, W., & Gulczynska, E. (2013). Perinatal palliative care: Barriers and attitudes of neonatologists and nurses in Poland. *The Scientific World Journal*, 1-7.
- Kumaran, V., & Bray, Y. (2010). Palliative care for newborn infants: The current scene in New Zealand and the way forward. *New Series*, 7(2), 113-129.
- LaRossa, M.M. (2017). *Understanding preterm infant behavior in the NICU*. Retrieved from <http://www.pediatrics.emory.edu/divisions/neonatology/dpc/nicubeh.html>
- Lawn, J. E., Davidge, R., Paul, V. K., von Xylander, S., de Graft Johnson, J., Costello, A.,... Molyneux, L. (2013). Born too soon: Care for the preterm baby. *Reproductive Health*, 10(Suppl.1), 1-19. doi:10.1186/1742-4755-10-S1-S5
- Lee, S. N. C., Long, A., & Boore, J. (2009). Taiwanese women's experiences of becoming a mother to a very-low-birth-weight preterm infant: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(3), 326-336.
- Lee, S. Y., & Kimble, L. P. (2009). Impaired sleep and well-being in mothers with low-birth-weight infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 38(6), 676-685. doi:10.1111/j.1552-6909.2009.01064.x
- Levy, M. M., & McBride, D. L. (2006). End-of-life care in the Intensive Care Unit: State of the art in 2006. *Critical Care Medicine*, 34(11 Suppl), S306-8.
- Lewis, S. L. (2012). Palliative care in the neonatal intensive care setting: Our past and our future. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 14(2), 149-157.
- Marc-Aurele, K.L. & English, N.K. (2017). Primary palliative care in neonatal intensive care. *Seminar in Perinatology*, 41(2), 133-139. doi:10.1053/j.semperi.2016.11.005.
- Martin, M. (2013). Missed opportunities: A case study of barriers to the delivery of palliative care on neonatal intensive care units. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(5), 251-256.
- Mathews, T. J., & MacDorman, M. F. (2013). National vital statistics reports infant mortality statistics from the 2010 period linked birth/infant death data set. *National Vital Statistics Reports*, 62(8), 1-27.

- Meert, K. L., Eggly, S., & Pollack, M. (2008). Parents' perspectives on physician-parent communication near the time of a child's death in the pediatric intensive care unit. *Pediatric Critical Care Medicine, 9*(1), 2-7.
- Meert, K. L., Schim, S. M., & Briller, S. H. (2011). Parental bereavement needs in the pediatric intensive care unit: Review of available measures. *Journal of Palliative Medicine, 14*(8), 951-964. doi:10.1089/jpm.2010.0453
- Meyer, E. C., Ritholz, M. D., Burns, J. P., & Truog, R. D. (2006). Improving the quality of end-of-life care in the pediatric intensive care unit: Parents' priorities and recommendations. *Pediatrics, 117*(3), 649-657. doi:10.1542/peds.2005-0144
- Michelson, K. N., & Steinhorn, D. (2007). Pediatric end-of-life issues and palliative care. *Clinical Pediatric Emergency Medicine, 8*(3), 212-219.
- Miles, M. S., & Carter, M. C. (1983). Assessing parental stress in intensive care units. *American Journal of Maternal Child Nursing, 8*(5), 354-359.
- Molter, N. C. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Heart Lung, 8*(2), 332-339.
- Monterosso, L., & Kristjanson, L. (2007). Supportive and palliative care needs of families of children with life-threatening illnesses in Western Australia: Evidence to guide the development of a palliative care. *Palliative Medicine, 21*, 689-696.
- Monterosso, L., & Kristjanson, L. (2008). Supportive and palliative care needs of families of children who die from cancer: An Australian study. *Palliative Medicine, 22*, 59-69.
- Monterosso, L., Kristjanson, L. J., & Dadd, G. (2006). Content validity and reliability testing of the FIN-PED II: A tool to measure care needs of parents of children with cancer. *Journal of nursing measurement, 14*(1), 31.
- Monterosso, L., Kristjanson, L., & Phillips, M. (2009). The supportive and palliative care needs of Australian families of children who die from cancer. *Palliative Medicine, 23*, 526-536.
- Moody, K., Siegel, L., Scharbach, K., Cunningham, L., & Cantor, R. M. (2011). Pediatric palliative care. *Primary Care, 38*(2), 327-361. doi:10.1016/j.pop.2011.03.011
- Morita, T., Chihara, S., & Kashiwagi, T. (2002). A scale to measure satisfaction of bereaved family receiving inpatient palliative care. *Palliative Medicine, 16*(2), 141-150. doi:10.1191/0269216302pm514oa

- Mundy, C. A. (2010). Assessment of family needs in neonatal intensive care units. *American Journal of Critical Care, 19*(2), 156-163. doi:10.4037/ajcc2010130
- Peng, N. H., Chen, C. H., Liu, H. L., & Lee, H. Y. (2012). To explore the conditions of dying infants in NICU in Taiwan. *Journal of Critical Care, 27*(1), 102.e7-102.e13. doi:10.1016/j.jcrc.2011.02.045
- Petteys, A. R., Goebel, J. R., Wallace, J. D., & Singh-Carlson, S. (2015). Palliative care in neonatal intensive care, effects on parent stress and satisfaction: A feasibility study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 32*(8), 869-875.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: principles and methods*. Philadelphia: JB Lippincott Company.
- Quinn, J.A., Munoz, F. M., Gonik, B., Frau, L., Cutland, C., Mallett-Moore, T.,...Buttery, J. (2016). Preterm birth: Case definition & guidelines for data collection, analysis, and presentation of immunisation safety data. *Vaccine, 34*(49), 6047-6056.
- Reid, S., Bredemeyer, S., Berg, C. V., Cresp, T., Martin, T., Miara, N.,...Wooderson, S. (2011). Palliative care in the neonatal nursery. *Neonatal, Paediatric & Child Health Nursing, 14*(2), 2-8.
- Reiterer, F. (2013). *Neonatal pneumonia*. Retrieved from <http://www.intechopen.com/books/neonatal-bacterial-infection>
- Robert, R., Zhukovsky, D. S., Mauricio, R., Gilmore, K., Morrison, S., & Palos, G. R. (2012). Bereaved parents' perspectives on pediatric palliative care. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care, 8*(4), 316-338. doi:10.1080/15524256.2012.732023
- Shrestha, L., & Shrestha, P. (2013). Mortality and morbidity pattern of preterm babies at Tribhuvan University Teaching Hospital. *Nepal Paediatric Society, 33*(3), 201-205. doi:<http://dx.doi.org/10.3126/jnps.v33i3.9200>
- Stayer, D. (2012). Pediatric palliative care: A conceptual analysis for pediatric nursing practice. *Journal of Pediatric Nursing, 27*(4), 350-356. doi:10.1016/j.pedn.2011.04.031
- Stevens, P. (2018). *Palliative care in the NICU*. Retrieved from <https://dailynurse.com/palliative-care-nicu/>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5 th ed). New York: Harper Collins.

- Together for Short Lives. (2014). *Commissioning children's palliative care: A guide for clinical commissioning groups*. Retrieved from http://www.togetherforshortlives.org.uk/assets/0000/8448/Together_for_Short_Lives_clinical_commissioning_group_guidance.pdf
- Uthaya, S., Mancini, A., Beardsley, C., Wood, D., Ranmal, R., & Modi, N. (2014). Managing palliation in the neonatal unit. *British Medical Journal*, *99*(5), 349-352.
doi:10.1136/archdischild-2013-305845
- Ward, K. (2001). Perceived needs of parents of critically ill infants in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *Pediatric Nursing*, *27*(3), 281-286.
- Watson, G. (2010). Parental liminality: A way of understanding the early experiences of parents who have a very preterm infant. *Journal of Clinical Nursing*, *20*, 1462-1471.
- Widdas, D., McNamara, K., & Edwards, F. (2013). *A core care pathway for children with life-limiting and life-threatening conditions*. Retrieved from <http://www.togetherforshortlives.org.uk/assets/0000/4121/TfSL.pdf>
- Widger, K., & Picot, C. (2008). Parents' perceptions of the quality of pediatric and perinatal end-of-life care. *Pediatric Nursing*, *34*(1), 53-58.
- World Health Organization. (2016). *ICD-10 Version: 2016*. Retrieved from <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/P20>.
- World Health Organization. (2018, February). *Preterm birth*. Retrieved from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- World Health Organization. (2018). *WHO definition of palliative care*. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ อ้างอิงค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยของบุษกรและคณะ (2550) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาทารกที่เข้ารับการรักษาภายในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่าง ได้ค่าขนาดอิทธิพล $r = .367$ และ $r = .899$ ตามลำดับ กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จากนั้นเปิดตารางขนาดตัวอย่างประมาณจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของโพลิตและฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1999) (ภาพ 2) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนเท่ากับ 63 ราย และ 13 รายตามลำดับ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 63 ราย

Chapter 19: Inferential Statistics 495

TABLE 19-8 Approximate Sample Sizes Necessary To Achieve Selected Levels of Power as a Function of Estimated Population Value of ρ

POWER	POPULATION CORRELATION COEFFICIENT									
	.10	.15	.20	.25	.30	.40	.50	.60	.70	.80
PART A: $\alpha = .05$										
.60	489	218	123	79	55	32	21	15	11	9
.70	616	274	155	99	69	39	26	18	14	11
.80	785	349	197	126	88	50	32	23	17	13
.90	1050	468	263	169	118	67	43	30	22	17
.95	1297	577	325	208	145	82	53	37	27	21
.99	1841	819	461	296	205	116	75	52	39	30
PART B: $\alpha = .01$										
.60	802	357	201	129	90	51	33	23	17	14
.70	962	428	241	155	108	61	39	28	21	16
.80	1171	521	293	188	131	74	48	33	25	19
.90	1491	663	373	239	167	94	61	42	31	24
.95	1782	792	446	286	199	112	72	50	37	28
.99	2402	1068	601	385	267	151	97	67	50	39

ภาพ 2 ตารางขนาดตัวอย่างประมาณจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (sample size estimates for bivariate correlation) (Polit & Hungler, 1999)

ภาคผนวก ข
เครื่องมือในการวิจัย

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบสอบถามการวิจัยเรื่อง

ความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับ
การตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดา
ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสอบถามเพื่อการศึกษาวิจัยเรื่อง ความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบ่งเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาจำนวน 12 ข้อ

ตอนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของทารกจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต ซึ่งเป็นแบบสอบถามกึ่งขานจำนวน 43 ข้อ

2. ขอความร่วมมือให้ท่านอ่านและตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ คำตอบของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อารได้รับบริการของท่านและบุตร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน [] หน้าข้อความ หรือเติมคำหรือข้อความลงในช่องว่างตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านและครอบครัวของท่านมากที่สุด

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา

1. อายุ.....ปี
2. ศาสนา

<input type="checkbox"/> พุทธ	<input type="checkbox"/> คริสต์
<input type="checkbox"/> อิสลาม	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> คู่	<input type="checkbox"/> โสด
<input type="checkbox"/> หม้าย	<input type="checkbox"/> หย่าหรือแยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการศึกษา	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> อนุปริญญา/อาชีวศึกษา
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ

<input type="checkbox"/> แม่บ้าน	<input type="checkbox"/> รับจ้าง
<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

<input type="checkbox"/> ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	<input type="checkbox"/> 10,001-20,000 บาท
<input type="checkbox"/> 20,001-30,000 บาท	<input type="checkbox"/> 30,001-40,000 บาท
<input type="checkbox"/> 40,001-50,000 บาท	<input type="checkbox"/> มากกว่า 50,000 บาท
7. ความเพียงพอของรายได้ (มารดาพร้อมกับสามี)

<input type="checkbox"/> มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย
<input type="checkbox"/> มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ
<input type="checkbox"/> มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายและเหลือเก็บ
8. จำนวนบุตรที่มีชีวิตทั้งหมด.....คน (ไม่รวมทารกที่เพิ่งคลอด)

9. การมีบุตรเกิดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์) (ไม่รวมทารกที่เพิ่งคลอด)
 ไม่มี
 มี ระบุ.....คน
10. ประสบการณ์การมีบุตรที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 ไม่มี
 มี ระบุ.....ครั้ง
11. จำนวนครั้งของการเยี่ยมบุตรที่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้.....ครั้ง
12. ระยะเวลาที่ใช้ในการเยี่ยมบุตรในแต่ละครั้ง.....ชม.นาที

สำหรับผู้วิจัย

ตอนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของทารก (ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติ)

1. เพศ ชาย หญิง
2. น้ำหนักตัวแรกเกิด.....กรัม
3. อายุครรภ์แรกเกิด
 จากการตรวจอัลตราซาวด์ของแพทย์.....สัปดาห์
 นับจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย.....สัปดาห์
 จากการตรวจของแพทย์โดยใช้ค่าคะแนนของบัลลาร์ด.....สัปดาห์
4. อายุของทารกปัจจุบัน.....วัน
5. คะแนนแอฟการ์
 คะแนนแอฟการ์ที่ 1 นาที.....คะแนน
 คะแนนแอฟการ์ที่ 5 นาที.....คะแนน
 คะแนนแอฟการ์ที่ 10 นาที.....คะแนน
6. วิธีการคลอด
 คลอดปกติ ใช้เครื่องดูดสุญญากาศ
 ใช้คีมดิงออก ผ่าตัดออกทางหน้าท้อง
7. สาเหตุที่ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนด (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
 ไม่ทราบสาเหตุ
 มารดามีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด

- มารดา มีความผิดปกติของมดลูก ปากมดลูกหรือรก ระบุ.....
- มารดา มีภาวะโรคเรื้อรัง หรือ โรคแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ระบุ.....
- มารดา อายุมากเกินไป (มากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี)
- มารดา อายุ น้อยเกินไป (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 ปี)
- มารดา ตั้งครรภ์แฝด
- ทารก ในครรภ์ มีความผิดปกติ ระบุ.....
- มารดา มีประวัติแท้งบุตร
- มารดา มีความผิดปกติของถุงน้ำคร่ำ ระบุ.....

8. โรค/ ความผิดปกติของทารก (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด | <input type="checkbox"/> กลุ่มอาการหายใจลำบาก |
| <input type="checkbox"/> การติดเชื้อในกระแสเลือด | <input type="checkbox"/> ปอดอักเสบ |
| <input type="checkbox"/> ลำไส้เน่าอักเสบ | <input type="checkbox"/> ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง |
| <input type="checkbox"/> โรคหัวใจแต่กำเนิด ระบุ..... | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |

9. หัตถการที่ทารกได้รับ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> การใส่ท่อช่วยหายใจ | <input type="checkbox"/> การใส่ท่อระบายทรวงอก |
| <input type="checkbox"/> การเจาะหลัง | <input type="checkbox"/> การเจาะปอด |
| <input type="checkbox"/> การเจาะเลือด | <input type="checkbox"/> การแทงเส้นเลือดเพื่อให้สารน้ำ |
| <input type="checkbox"/> การใส่สายสวนหลอดเลือดสะดือ | <input type="checkbox"/> การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง |
| <input type="checkbox"/> การดูดเสมหะ | <input type="checkbox"/> การทำแผล |

10. ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา.....วัน (นับจนถึงวันที่เก็บข้อมูล)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามกลุ่มชนาน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ท่านประเมินความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง ที่ท่านและบุตรของท่านได้รับจาก ทีมสุขภาพ ได้แก่ พยาบาลและแพทย์ ขอความกรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นและความรู้สึกของท่านมากที่สุด ซึ่งระดับคะแนนของความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง มีดังนี้

ระดับคะแนนของความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง

- 3 คะแนน หมายถึง มีความต้องการมาก
- 2 คะแนน หมายถึง มีความต้องการปานกลาง
- 1 คะแนน หมายถึง มีความต้องการน้อย
- 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความต้องการ

ระดับคะแนนของการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง

- 3 คะแนน หมายถึง ได้รับการตอบสนองความต้องการมาก
- 2 คะแนน หมายถึง ได้รับการตอบสนองความต้องการปานกลาง
- 1 คะแนน หมายถึง ได้รับการตอบสนองความต้องการน้อย
- 0 คะแนน หมายถึง ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ

ระดับคะแนนของความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง

- 3 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการมาก
- 2 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการปานกลาง
- 1 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการน้อย
- 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการ

ภาคผนวก ก

การหาความตรงของเครื่องมือวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองซึ่งเป็นแบบสอบถามคู่มือจำนวน 3 ชุด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองทารกแรกเกิด อาจารย์พยาบาลที่เคยมีประสบการณ์ด้านการดูแลแบบประคับประคองทารกแรกเกิดและเด็ก และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองทารกแรกเกิด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) เพื่อดูความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการวัด ความซ้ำซ้อน และความชัดเจนของข้อคำถาม หลังจากผ่านการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความชัดเจน และเหมาะสมในการนำไปใช้กับมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดมีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต ตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

- เพิ่มตัวเลือกในแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา ข้อที่ 3 สถานภาพสมรส จาก โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ เป็น 3 ตัวเลือกคือ โสด หม้าย และหย่าหรือแยกกันอยู่ ปรับข้อ 6 รายได้ครอบครัวต่อเดือน เป็น รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน และปรับจากคำถามปลายเปิดเป็นคำถามปลายปิด โดยระบุรายได้เป็นช่วง (range) ให้เลือกตอบ และปรับข้อ 12 ระยะเวลาที่ใช้ในการเยี่ยมบุตรแต่ละครั้ง จากหน่วยนาทีก่อน เป็น.....ชั่วโมง.....นาทีก่อน

- ปรับแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของทารก หัวข้อที่ 3 อายุครรภ์ให้เพิ่มตัวเลือกนับจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย และการตรวจประเมินของแพทย์โดยใช้ค่าคะแนนบัลลาร์ด ข้อที่ 5 คะแนนแอฟการ์ด ปรับเป็น 3 ตัวเลือกโดยเพิ่มตัวเลือก คะแนนแอฟการ์ดที่ 10 นาทีก่อน ข้อที่ 6 วิธีการคลอด ปรับตัวเลือก ใช้เครื่องดูดสุญญากาศ/ใช้คีมดิงออก ออกเป็น 2 ตัวเลือก คือ ใช้เครื่องดูดสุญญากาศ และใช้คีมดิงออก ปรับเพิ่มสาเหตุที่ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนด หัวข้อโรคหรือความผิดปกติของทารกปรับจากคำถามปลายเปิดเป็นคำถามปลายปิด ซึ่งสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ และเพิ่มหัวข้อเหตุการณ์ที่ทารกได้รับ เป็นแบบเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

2. แบบสอบถามความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจ ต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต

- ปรับแก้ตรงคำชี้แจง ระบุให้ชัดเจนว่า ทีมสุขภาพ ได้แก่ พยาบาลและแพทย์
- ปรับข้อคำถามที่ 2 ให้ชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อน โดยตัดคำว่า “ชัดเจน” ออก เปลี่ยนเป็นคำว่า “เพียงพอ” แทน
- ตัดคำว่า “ทักษะใน” ตรงข้อคำถามที่ 7 ที่มีความซ้ำซ้อนออก
- ตัดคำว่า “ทุกอย่าง” ตรงข้อคำถามที่ 8 ที่มีความซ้ำซ้อนออก
- ปรับข้อคำถามที่ 9 ให้ชัดเจน โดยตัดคำว่า “เปลี่ยนแปลง” ออก เปลี่ยนเป็นคำว่า “แย่ง” แทน
- ตัดคำว่า “อย่างรวดเร็ว” ตรงข้อคำถามที่ 10 ที่มีความซ้ำซ้อนออก และท้ายประโยคให้เติมคำว่า “ในหออภิบาลทารกแรกเกิด”
- ตัดคำว่า “ประเมิน” ตรงข้อคำถามที่ 16 ที่มีความซ้ำซ้อนออก และปรับประโยคท้ายหัวข้อจาก “หลังการให้ข้อมูล” เป็น “ภายหลังการให้ข้อมูลเกี่ยวกับทารก”
- ปรับข้อคำถามที่ 18 ให้ชัดเจน ไม่มีความซ้ำซ้อน โดยปรับจาก ทีมสุขภาพให้การดูแลและ/หรือครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เป็น ทีมสุขภาพให้ความสนใจและ/หรือเอาใจใส่ฉันและ/หรือครอบครัวอย่างต่อเนื่อง
- ปรับข้อคำถามที่ 20 ให้ชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อน โดยปรับจาก ผู้ดูแลทารกและทีมสุขภาพเป็นทีมเดิมในการดูแลทารก เพื่อความต่อเนื่องในการดูแลรักษา เป็น ทีมสุขภาพมีการส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษาทารกภายในทีม ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจปัญหาของทารกและครอบครัวได้อย่างต่อเนื่อง
- ปรับข้อคำถามที่ 27 ให้ชัดเจน โดยเติมคำว่า “อ้อม” เพิ่มลงไป
- ปรับข้อคำถามที่ 29 ให้ชัดเจน จาก “พยาบาล” เป็น “ทีมสุขภาพ”
- ปรับขยายคำในข้อคำถามที่ 31 ให้ชัดเจน จาก ให้ออกซิเจน ให้ขาดไป เป็น อาการหอบให้ออกซิเจน อาการปวดให้ขาดไป ให้ดูจุดหลอก ห่อตัว ฟังดนตรี
- ตัดคำว่า “เหมาะสม” ในข้อคำถามที่ 35 ที่มีความซ้ำซ้อนออก และปรับเพิ่มคำว่า “แก่ทารก” ลงไปแทน
- ตัดคำว่า “ประเมิน” ในข้อคำถามที่ 38 ที่ไม่ชัดเจนออก ปรับเพิ่มคำว่า “สอบถาม” ลงไปแทน และปรับขยายการยกตัวอย่างให้ชัดเจน ได้แก่ การอ่าน/เปิดเทปเสียงบทสวดมนต์ บทสวดในพระคัมภีร์ไบเบิล การอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน

- ปรับเพิ่มคำว่า “ยอมรับ” ตรงข้อคำถามที่ 39 เพื่อให้มีความชัดเจนเพิ่มขึ้น
- ตัดข้อคำถามที่มีความซ้ำซ้อน หรือไม่ชัดเจนออก จากข้อคำถามทั้งหมด 46 ข้อ ตัดออกทั้งหมด 3 ข้อ เหลือ 43 ข้อ ได้แก่ ทีมสุขภาพให้ข้อมูลที่เป็นความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของทารก คนในครอบครัวมีการดูแลหรือให้กำลังใจแก่ฉัน ทีมสุขภาพมีการช่วยเหลือ บรรเทาอาการปวดให้ทารก เช่น การให้ยาแก้ปวด ยานอนหลับ การให้ดูดจุกหลอก การให้ฟังดนตรี การห่อตัวขณะเจาะเลือด เป็นต้น

ภาคผนวก ง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการ

ด้วยดิฉัน นางสาวนา อินทโร เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต และท่านเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติตรงตามกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ หากท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ดิฉันใคร่ขอความร่วมมือท่านดังนี้

1. ให้ท่านอ่านและตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของตัวเอง จำนวน 12 ข้อ ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 10 นาที
2. ให้ท่านอ่านและตอบแบบสอบถามความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต ซึ่งเป็นแบบสอบถามคู่ขนาน จำนวนอย่างละ 43 ข้อ โดยให้ท่านตอบคำถามจนครบทุกข้อ ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 50 นาที

ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับท่านและบุตรของท่าน อย่างไรก็ตาม ในขณะที่ตอบแบบสอบถามการวิจัย หากท่านมีอาการอ่อนล้าหรือมีอาการกระทบต่อสภาพจิตใจและความรู้สึก ซึ่งอาจทำให้ท่านรู้สึกไม่สบายใจ/ไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูล ดิฉันจะให้ความช่วยเหลือโดยให้หยุดพักการตอบแบบสอบถาม และให้การช่วยเหลือด้านจิตใจเบื้องต้น โดยการนั่งเป็นเพื่อน พูดคุยปลอบใจ และให้ท่านระบายความรู้สึกออกมา เพื่อให้จิตใจผ่อนคลาย เมื่อท่านอาการดีขึ้นและยินยอมจะตอบแบบสอบถามต่อ ดิฉันจึงจะเก็บข้อมูลและให้ท่านอยู่ในกลุ่มตัวอย่างต่อไป แต่หากท่านเกิดภาวะวิกฤติทางจิตใจอย่างรุนแรง ดิฉันจะยุติการตอบแบบสอบถามของท่าน และให้ออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างทันที จากนั้นจะประสานงานกับแพทย์ เพื่อปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในการให้ความช่วยเหลือต่อไป

การเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม และไม่มีค่าตอบแทนใดๆ ทั้งสิ้นในการเข้าร่วมการวิจัย และการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยของท่าน จะไม่มีผลต่อการได้รับการบริการหรือการดูแลรักษาที่ท่านและบุตรของท่านจะได้รับ

ข้อมูลของของท่านจะถูกปกปิดไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูล จะเสนอในภาพรวมของกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด อย่างไรก็ตาม หากท่านมีความลำบากใจ หรือไม่สะดวกใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยไม่ว่ากรณีใดๆ ในทุกขั้นตอนของการวิจัย ท่านสามารถยกเลิก หรือออกจากกรวิจัยเมื่อไรก็ได้ การตัดสินใจดังกล่าว จะไม่มีผลกระทบต่อบริการและการรักษาพยาบาลที่ท่านและบุตรจะได้รับจากโรงพยาบาล หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับการวิจัย ให้ท่านติดต่อผู้วิจัยโดยตรงคือ นางวาสนา อินทโร ใต้ที่ หออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เบอร์โทรศัพท์ 074..... และ/หรือ 089..... ได้ตลอด 24 ชั่วโมง หรืออาจติดต่อ รศ.ดร.บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เบอร์โทรศัพท์ 083..... ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในวันและเวลาราชการ เพื่อรับทราบข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ งานวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต โดยนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองภายในหออภิบาลทารกแรกเกิด เพื่อดูแลตอบสนองตามความต้องการของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตต่อไป ท่านจะได้รับเอกสารคำชี้แจงฉบับนี้ และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัยที่ท่านได้ลงลายมือชื่อกำกับแล้วเก็บไว้ 1 ฉบับ

เอกสารให้การยินยอม

การวิจัยเรื่อง ความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการ
ได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อน
กำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต

ชื่อผู้วิจัย นางวาสนา อินทโร

ข้าพเจ้า นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

อายุ..... ปี ที่อยู่.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้าได้อ่านเอกสารคำอธิบายโครงการวิจัย และ/หรือ
ได้รับฟังคำอธิบายจาก นางวาสนา อินทโร และได้รับทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัย
เกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับ ความไม่สุขสบายที่อาจเกิดขึ้นจาก
การเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ และข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้วิจัย ใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจาก
การวิจัย โดยให้นำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล
ทั้งนี้ข้าพเจ้าสามารถถอนตัว หรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสีย
สิทธิ์ใดๆ ในการรับบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าและบุตรจะได้รับต่อไปในอนาคต

หากข้าพเจ้ามีข้อสงสัยใดๆเกี่ยวกับการศึกษาวิจัย และ/หรือกระบวนการต่างๆ หรือ
ความปลอดภัยของข้าพเจ้าจากการเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อและซักถามจาก
นางวาสนา อินทโร ได้ที่ หออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เบอร์โทรศัพท์ 074-
451260 และ/หรือ 089..... ได้ตลอด 24 ชั่วโมง หรืออาจติดต่อ รศ.ดร.บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เบอร์โทรศัพท์ 083..... ซึ่งเป็นอาจารย์ที่
ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในวันและเวลาราชการ

หากได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้า
สามารถขอรับคำปรึกษา/แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทรศัพท์ 0-7445-1157 หรือทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์
medpsu.ec@gmail.com

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนา
ยินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก จ

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการหาความสัมพันธ์

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการหาความสัมพันธ์พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม ได้แก่ ความต้องการ การได้รับการตอบสนอง ความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองมีค่าต่อเนื่อง อยู่ในมาตรวัดระดับอัตราส่วน (ratio scale)

2. ตัวแปรอิสระ และตัวแปรตามมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (test of normality) โดยการพิจารณาจากลักษณะการแจกแจงของข้อมูลจากค่า Z-value ของความเบ้ (skewness) และความโด่ง (kurtosis) ของตัวแปรดังกล่าว โดยค่า Z-value ของความเบ้ (skewness) คิดจาก

$$\frac{\text{Skewness}}{\text{SE of Skewness}} \quad \text{และค่า Z-value ของความ โด่ง (kurtosis) คิดจาก} \quad \frac{\text{Kurtosis}}{\text{SE of Kurtosis}}$$

จากการคำนวณ พบว่า ค่า Z-value ของความเบ้ (skewness) ของคะแนนความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมเท่ากับ -2.30, -2.07 และ -2.63 ตามลำดับ และมีค่า Z-value ของความโด่ง (kurtosis) ของคะแนนความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมเท่ากับ -0.77, -0.13 และ -0.18 ตามลำดับ (ตาราง 5) ซึ่งค่า Z-value ของความเบ้และความโด่งมีค่าน้อยกว่า ± 3.29 แสดงว่าข้อมูลมีลักษณะการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Tabachnick & Fidell, 2007)

หากพิจารณาคะแนนความต้องการเป็นรายด้าน พบว่า ค่า Z-value ของความเบ้ (skewness) ของคะแนนความต้องการ ด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ ด้านการสื่อสารภายในทีมและครอบครัว ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ ด้านการดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย และด้านการดูแลจิตวิญญาณ เท่ากับ -3.43, -9.30, -7.67, -2.90, -7.40 และ -3.60 ตามลำดับ และมีค่า Z-value ของความโด่ง (kurtosis) ของคะแนนความต้องการ ด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ ด้านการสื่อสารภายในทีมและครอบครัว ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ ด้านการดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย และด้านการดูแลจิตวิญญาณ เท่ากับ 0.95, 16.72, 9.42, -0.73, 9.07 และ 1.15 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าข้อมูลส่วนใหญ่มีลักษณะการแจกแจงแบบไม่เป็น โค้งปกติ มีเฉพาะด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์เพียง

ด้านเดียว ที่มีค่า Z-value ของความเบ้และความโด่งน้อยกว่า ± 3.29 ซึ่งแสดงว่าข้อมูลมีลักษณะการแจกแจงแบบโค้งปกติ (ตาราง 5) (Tabachnick & Fidell, 2007)

ส่วนคะแนนการได้รับการตอบสนองความต้องการเป็นรายด้าน พบว่า ค่า Z-value ของความเบ้ (skewness) ของคะแนนการได้รับการตอบสนองความต้องการ ด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ ด้านการสื่อสารภายในทีมและครอบครัว ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ ด้านการดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย และด้านการดูแลจิตวิญญาณ เท่ากับ -3.13, -5.43, -4.27, -1.57, -3.20 และ -4.07 ตามลำดับ และมีค่า Z-value ของความโด่ง (kurtosis) ของคะแนนการได้รับการตอบสนองความต้องการ ด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ ด้านการสื่อสารภายในทีมและครอบครัว ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ ด้านการดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย และด้านการดูแลจิตวิญญาณ เท่ากับ -0.53, 6.22, 1.08, -1.27, -0.30 และ 1.88 ตามลำดับ พบว่าค่าคะแนนจำนวน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ และด้านการดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบายที่มีค่า Z-value ของความเบ้และความโด่งน้อยกว่า ± 3.29 ซึ่งแสดงว่าข้อมูลมีลักษณะการแจกแจงแบบโค้งปกติ (ตาราง 5) (Tabachnick & Fidell, 2007)

เมื่อพิจารณาคะแนนความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการเป็นรายด้าน พบว่า ค่า Z-value ของความเบ้ (skewness) ของคะแนนความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการ ด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ ด้านการสื่อสารภายในทีมและครอบครัว ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ ด้านการดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบายและด้านการดูแลจิตวิญญาณ เท่ากับ -3.23, -6.23, -5.33, -2.50, -3.67 และ -4.53 ตามลำดับ มีค่า Z-value ของความโด่ง (kurtosis) ของคะแนนความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการ ด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ ด้านการสื่อสารภายในทีมและครอบครัว ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ ด้านการดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย และด้านการดูแลจิตวิญญาณ เท่ากับ -0.42, 8.92, 2.85, -0.77, 0.27 และ 2.40 ตามลำดับ พบว่ามีเฉพาะด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ และด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์เท่านั้นที่มีค่า Z-value ของความเบ้และความโด่งน้อยกว่า ± 3.29 ซึ่งแสดงว่าข้อมูลมีลักษณะการแจกแจงแบบโค้งปกติ (ตาราง 5) (Tabachnick & Fidell, 2007)

ตาราง 5

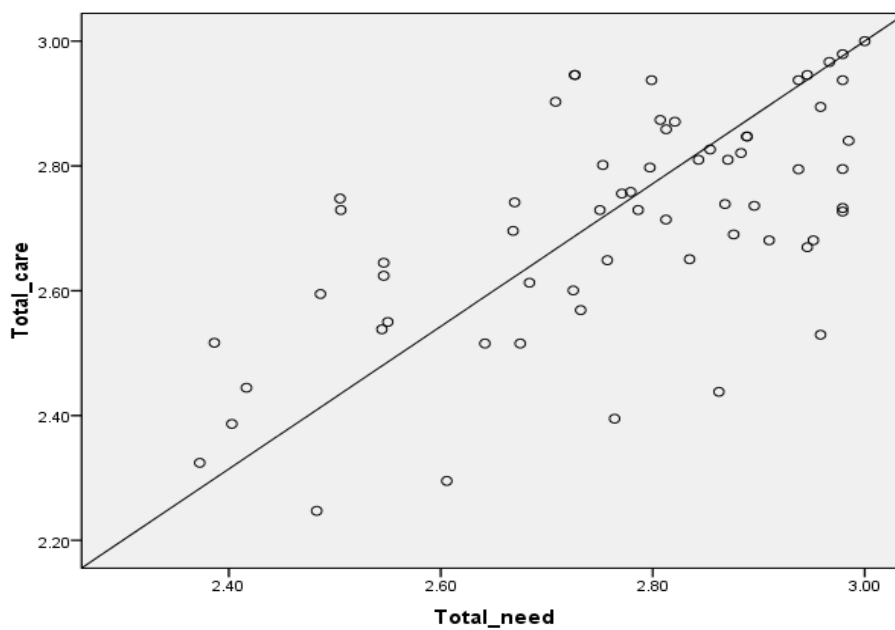
การทดสอบลักษณะการแจกแจงแบบโค้งปกติ (*test of normality*) ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม แบ่งตามรายด้านและโดยรวม โดยใช้ค่า Z-value

ตัวแปร	Skewness	SE of Skewness	Kurtosis	SE of Kurtosis	Z-value of Skewness	Z-value of Kurtosis
ความต้องการ						
ด้านครอบครัวเป็น						
ศูนย์กลางในการตัดสินใจ	-1.03	0.30	0.57	0.60	-3.43	0.95
ด้านการสื่อสารภายในทีม						
และครอบครัว	-2.79	0.30	10.03	0.60	-9.30	16.72
ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง	-2.30	0.30	5.65	0.60	-7.67	9.42
ด้านการดูแลจิตใจและ						
อารมณ์	-0.87	0.30	-0.44	0.60	-2.90	-0.73
ด้านการดูแลบรรเทาอาการ						
และความสุขสบาย	-2.22	0.30	5.44	0.60	-7.40	9.07
ด้านการดูแลจิตวิญญาณ	-1.08	0.30	0.69	0.60	-3.60	1.15
โดยรวม	-0.69	0.30	-0.46	0.60	-2.30	-0.77
การได้รับการตอบสนอง						
ความต้องการ						
ด้านครอบครัวเป็น						
ศูนย์กลางในการตัดสินใจ	-0.94	0.30	-0.32	0.60	-3.13	-0.53
ด้านการสื่อสารภายในทีม						
และครอบครัว	-1.63	0.30	3.73	0.60	-5.43	6.22
ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง	-1.28	0.30	0.65	0.60	-4.27	1.08
ด้านการดูแลจิตใจและ						
อารมณ์	-0.47	0.30	-0.76	0.60	-1.57	-1.27
ด้านการดูแลบรรเทาอาการ						
และความสุขสบาย	-0.96	0.30	-0.18	0.60	-3.20	-0.30
ด้านการดูแลจิตวิญญาณ	-1.22	0.30	1.13	0.60	-4.07	1.88
โดยรวม	-0.62	0.30	-0.08	0.60	-2.07	-0.13

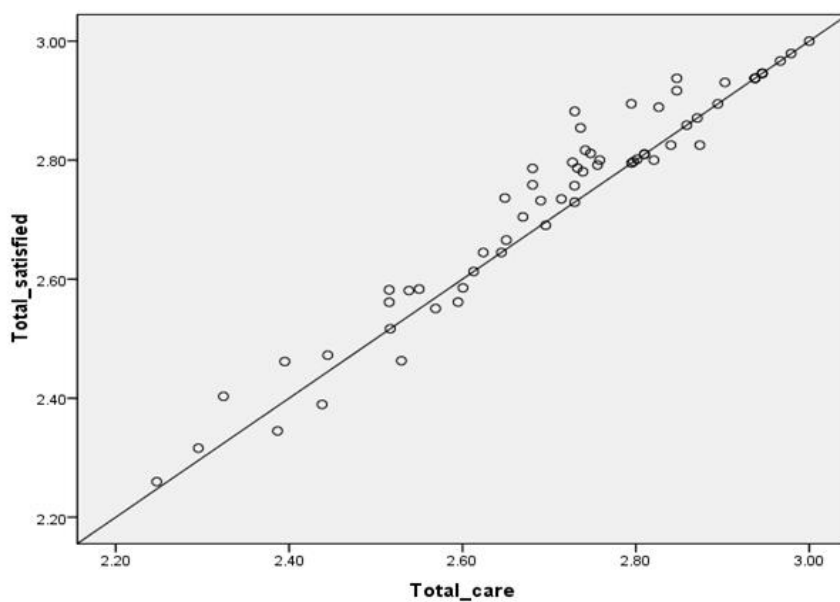
ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปร	Skewness	SE of Skewness	Kurtosis	SE of Kurtosis	Z-value of Skewness	Z-value of Kurtosis
ความพึงพอใจต่อการได้รับการ						
ตอบสนองความต้องการ						
ด้านครอบครัวเป็น						
ศูนย์กลางในการตัดสินใจ	-0.97	0.30	-0.25	0.60	-3.23	-0.42
ด้านการสื่อสารภายในทีม						
และครอบครัว	-1.87	0.30	5.35	0.60	-6.23	8.92
ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง	-1.60	0.30	1.71	0.60	-5.33	2.85
ด้านการดูแลจิตใจและ						
อารมณ์	-0.75	0.30	-0.46	0.60	-2.50	-0.77
ด้านการดูแลบรรเทาอาการ						
และความสุขสบาย	-1.10	0.30	0.16	0.60	-3.67	0.27
ด้านการดูแลจิตวิญญาณ	-1.36	0.30	1.44	0.60	-4.53	2.40
โดยรวม	-0.79	0.30	-0.11	0.60	-2.63	-0.18

3. ทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้น (linear relationship) ระหว่างคะแนนความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง โดยพิจารณาจากแผนภาพการกระจาย (scatter plot) ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา พบว่าแนวโน้มการกระจายตัวในลักษณะเฉียงไปทางขวามือ แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีทิศทางความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถลากเส้นตรงผ่านกลุ่มของจุดเหล่านี้ได้ ซึ่งพบว่าการกระจายของจุดมีแนวใกล้เคียงกับเส้นปกติ แสดงว่าตัวแปรมีรูปแบบความสัมพันธ์เชิงเส้น (ภาพ 3 และภาพ 4)



ภาพ 3 ทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้น (linearity) ของตัวแปรความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการ



ภาพ 4 ทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้น (linearity) ของตัวแปรการได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการ

ภาคผนวก จ
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง 6

จำนวนและร้อยละของความถี่ของการได้รับการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตจำแนกตามรายชื่อ (N = 63)

ข้อคำถาม	ความต้องการ				การได้รับการตอบสนองความต้องการ				ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการ			
					จำนวน (ร้อยละ)							
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
ด้านครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ												
1. ทีมสุขภาพให้ฉันและ/หรือครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา	55	8	0	0	52	11	0	0	55	8	0	0
	(87.3)	(12.7)	(0.0)	(0.0)	(82.5)	(17.5)	(0.0)	(0.0)	(87.3)	(12.7)	(0.0)	(0.0)
2.....	59	4	0	0	56	7	0	0	54	9	0	0
	(93.7)	(6.3)	(0.0)	(0.0)	(88.9)	(11.1)	(0.0)	(0.0)	(85.7)	(14.3)	(0.0)	(0.0)
3.....	31	30	1	1	36	25	1	1	39	22	1	1
	(49.2)	(47.6)	(1.6)	(1.6)	(57.1)	(39.7)	(1.6)	(1.6)	(61.9)	(34.9)	(1.6)	(1.6)
4.....	45	17	1	0	48	15	0	0	49	14	0	0
	(71.4)	(27.0)	(1.6)	(0.0)	(76.2)	(23.8)	(0.0)	(0.0)	(77.8)	(22.2)	(0.0)	(0.0)
5.....	60	2	1	0	52	11	0	0	54	9	0	0
	(95.2)	(3.2)	(1.6)	(0.0)	(82.5)	(17.5)	(0.0)	(0.0)	(85.7)	(14.3)	(0.0)	(0.0)

ข้อความ	ความต้องการ				การได้รับการตอบสนองความต้องการ				ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการ			
	จำนวน (ร้อยละ)				จำนวน (ร้อยละ)				จำนวน (ร้อยละ)			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
ด้านการสื่อสารภายในทีม												
และครอบครัว												
6. ทีมสุขภาพได้ให้ข้อมูลแก่ ฉันและ/หรือครอบครัวอย่าง สอดคล้องตรงกัน เป็นไปใน แนวทางเดียวกันเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยของทารก	62 (98.4)	1 (1.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	59 (93.7)	4 (6.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	58 (92.1)	5 (7.9)	0 (0.0)	0 (0.0)
7.....	61 (96.8)	2 (3.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	54 (85.7)	8 (12.7)	1 (1.6)	0 (0.0)	54 (85.7)	9 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
8.....	63 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	55 (87.3)	8 (12.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	55 (87.3)	8 (12.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
9.....	62 (98.4)	0 (0.0)	1 (1.6)	0 (0.0)	51 (80.9)	11 (17.5)	1 (1.6)	0 (0.0)	51 (80.9)	11 (17.5)	1 (1.6)	0 (0.0)
10.....	63 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	60 (95.2)	3 (4.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	60 (95.2)	3 (4.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
11.....	59 (93.7)	4 (6.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	54 (85.7)	9 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	53 (84.1)	10 (15.9)	0 (0.0)	0 (0.0)
12.....	60 (95.2)	3 (4.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	59 (93.7)	4 (6.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	61 (96.8)	2 (3.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
13.....	44 (69.8)	18 (28.6)	0 (0.0)	1 (1.6)	49 (77.8)	9 (14.3)	4 (6.3)	1 (1.6)	50 (79.4)	12 (19.0)	0 (0.0)	1 (1.6)

ข้อคำถาม	ความต้องการ				การได้รับการตอบสนองความต้องการ				ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการ			
					จำนวน (ร้อยละ)							
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
ด้านการสื่อสารภายในทีม												
และครอบครัว (ต่อ)												
14.....	51	11	1	0	41	21	1	0	43	19	1	0
	(80.9)	(17.5)	(1.6)	(0.0)	(65.1)	(33.3)	(1.6)	(0.0)	(68.2)	(30.2)	(1.6)	(0.0)
15.....	59	4	0	0	54	8	1	0	55	8	0	0
	(93.7)	(6.3)	(0.0)	(0.0)	(85.7)	(12.7)	(1.6)	(0.0)	(87.3)	(12.7)	(0.0)	(0.0)
16.....	56	7	0	0	51	11	1	0	52	10	1	0
	(88.9)	(11.1)	(0.0)	(0.0)	(80.9)	(17.5)	(1.6)	(0.0)	(82.5)	(15.9)	(1.6)	(0.0)
ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง												
17. ทีมสุขภาพให้การดูแล	63	0	0	0	61	1	1	0	62	1	0	0
ทารอย่างต่อเนื่อง	(100)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(96.8)	(1.6)	(1.6)	(0.0)	(98.4)	(1.6)	(0.0)	(0.0)
18.....	54	8	0	1	47	16	0	0	49	14	0	0
	(85.7)	(12.7)	(0.0)	(1.6)	(74.6)	(25.4)	(0.0)	(0.0)	(77.8)	(22.2)	(0.0)	(0.0)
19.....	55	8	0	0	46	15	2	0	48	13	2	0
	(87.3)	(12.7)	(0.0)	(0.0)	(73.0)	(23.8)	(3.2)	(0.0)	(76.2)	(20.6)	(3.2)	(0.0)
20.....	58	5	0	0	54	9	0	0	53	10	0	0
	(92.1)	(7.9)	(0.0)	(0.0)	(85.7)	(14.3)	(0.0)	(0.0)	(84.1)	(15.9)	(0.0)	(0.0)
21.....	62	1	0	0	55	8	0	0	57	6	0	0
	(98.4)	(1.6)	(0.0)	(0.0)	(87.3)	(12.7)	(0.0)	(0.0)	(90.5)	(9.5)	(0.0)	(0.0)

ข้อคำถาม	ความต้องการ				การได้รับการตอบ สนองความต้องการ				ความพึงพอใจต่อการได้รับ การตอบสนองความต้องการ			
	จำนวน (ร้อยละ)											
	มาก กลาง	ปาน กลาง	น้อย	ไม่มี	มาก กลาง	ปาน กลาง	น้อย	ไม่มี	มาก กลาง	ปาน กลาง	น้อย	ไม่มี
ด้านการดูแลจิตใจและ												
อารมณ์												
22. ทิมสุขภาพแสดงออกถึง ความเห็นอกเห็นใจ รับรู้ หรือเข้าใจ ในอารมณ์ ความรู้สึก หรือความวิตก กังวลของฉันเกี่ยวกับความ เจ็บป่วยของทารก	58 (92.1)	5 (7.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	51 (81.0)	12 (19.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	51 (81.0)	12 (19.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
23.....	39 (61.9)	22 (34.9)	2 (3.2)	0 (0.0)	39 (61.9)	22 (34.9)	1 (1.6)	1 (1.6)	42 (66.7)	20 (31.7)	1 (1.6)	0 (0.0)
24.....	41 (65.1)	20 (31.7)	2 (3.2)	0 (0.0)	40 (63.5)	21 (33.3)	2 (3.2)	0 (0.0)	39 (61.9)	22 (34.9)	2 (3.2)	0 (0.0)
25.....	55 (87.3)	6 (9.5)	2 (3.2)	0 (0.0)	46 (73.0)	17 (27.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	43 (68.3)	20 (31.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
26.....	33 (52.4)	25 (39.7)	1 (1.6)	4 (6.3)	22 (34.9)	35 (55.5)	3 (4.8)	3 (4.8)	29 (46.0)	29 (46.0)	2 (3.2)	3 (4.8)
27.....	61 (96.8)	1 (1.6)	0 (0.0)	1 (1.6)	54 (85.7)	9 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	55 (87.3)	8 (12.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
28.....	47 (74.6)	12 (19.0)	2 (3.2)	2 (3.2)	34 (54.0)	24 (38.0)	2 (3.2)	3 (4.8)	34 (54.1)	21 (33.3)	4 (6.3)	4 (6.3)
29.....	53 (84.1)	7 (11.1)	3 (4.8)	0 (0.0)	54 (85.7)	7 (11.1)	2 (3.2)	0 (0.0)	56 (88.9)	5 (7.9)	2 (3.2)	0 (0.0)

ข้อคำถาม	ความต้องการ				การได้รับการตอบสนองความต้องการ				ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการ			
					จำนวน (ร้อยละ)							
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
ด้านการดูแลบรรเทาอาการและความสุขสบาย												
30. ทีมสุขภาพมีการประเมินอาการของทารก เช่น ไม่สุขสบาย ปวด เป็นต้น	59 (93.6)	3 (4.8)	1 (1.6)	0 (0.0)	53 (84.1)	9 (14.3)	1 (1.6)	0 (0.0)	54 (85.7)	8 (12.7)	1 (1.6)	0 (0.0)
31.....	61 (96.8)	2 (3.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	54 (85.7)	9 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	57 (90.5)	6 (9.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
32.....	60 (95.2)	3 (4.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	57 (90.5)	6 (9.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	57 (90.5)	6 (9.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
33.....	57 (90.5)	5 (7.9)	1 (1.6)	0 (0.0)	42 (66.7)	20 (31.7)	1 (1.6)	0 (0.0)	45 (71.4)	16 (25.4)	2 (3.2)	0 (0.0)
34.....	45 (71.4)	12 (19.1)	2 (3.2)	4 (6.3)	40 (63.5)	15 (23.8)	5 (7.9)	3 (4.8)	41 (65.1)	15 (23.8)	4 (6.3)	3 (4.8)
35.....	61 (96.8)	0 (0.0)	1 (1.6)	1 (1.6)	57 (90.5)	5 (7.9)	1 (1.6)	0 (0.0)	59 (93.6)	3 (4.8)	0 (0.0)	1 (1.6)
ด้านการดูแลจิตวิญญาณ												
36. ทีมสุขภาพให้การดูแลทารกอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เช่น การดูแลให้สงบ สุขสบาย ลดความทุกข์ทรมาน เป็นต้น	60 (95.2)	3 (4.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	59 (93.7)	4 (6.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	57 (90.5)	6 (9.5)	0 (0.0)	0 (0.0)

ข้อคำถาม	ความต้องการ				การได้รับการตอบสนองความต้องการ				ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการ			
					จำนวน (ร้อยละ)							
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
ด้านการดูแลจิตวิญญาณ												
(ต่อ)												
37.....	50	12	1	0	42	21	0	0	44	18	1	0
	(79.4)	(19.0)	(1.6)	(0.0)	(66.7)	(33.3)	(0.0)	(0.0)	(69.8)	(28.6)	(1.6)	(0.0)
38.....	35	18	7	3	36	20	7	0	40	17	6	0
	(55.5)	(28.6)	(11.1)	(4.8)	(57.1)	(31.8)	(11.1)	(0.0)	(63.5)	(27.0)	(9.5)	(0.0)
39.....	41	17	2	3	46	15	2	0	46	15	0	2
	(65.0)	(27.0)	(3.2)	(4.8)	(73.0)	(23.8)	(3.2)	(0.0)	(73.0)	(23.8)	(0.0)	(3.2)
40.....	26	29	5	3	31	24	7	1	31	27	4	1
	(41.3)	(46.0)	(7.9)	(4.8)	(49.2)	(38.1)	(11.1)	(1.6)	(49.2)	(42.9)	(6.3)	(1.6)
41.....	37	19	4	3	40	18	2	3	42	16	2	3
	(58.7)	(30.2)	(6.3)	(4.8)	(63.5)	(28.5)	(3.2)	(4.8)	(66.6)	(25.4)	(3.2)	(4.8)
42.....	31	22	7	3	34	21	5	3	36	20	4	3
	(49.2)	(34.9)	(11.1)	(4.8)	(54.0)	(33.3)	(7.9)	(4.8)	(57.1)	(31.8)	(6.3)	(4.8)
43. ทีมสุขภาพช่วยจัดหา แหล่งสนับสนุนด้านความ เชื่อ ความศรัทธา เช่น หนังสืออัลกุรอาน หนังสือ/ เทปเสียงบทสวดมนต์ บทสวดในคัมภีร์ไบเบิล คัมภีร์อัลกุรอาน เป็นต้น	12	34	8	9	13	32	8	10	17	32	5	9
	(19.0)	(54.0)	(12.7)	(14.3)	(20.6)	(50.8)	(12.7)	(15.9)	(27.0)	(50.8)	(7.9)	(14.3)

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงประสลิน จันทร์วิทัน
อาจารย์แพทย์พิเศษประจำภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กัลยา วิริยะ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. คุณสุพรรณ วงศ์ตัน
พยาบาลชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	วาสนา อินทโร		
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5610420011		
วุฒิการศึกษา			
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา	
พยาบาลศาสตรบัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์)	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2538	

ทุนการศึกษา

ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ จากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีงบประมาณ 2558 จำนวน 6,000 บาท

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลชำนาญการ หออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์