

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาต่อความสามารถของ  
มารดาในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก  
ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

Effects of the Maternal Empowerment Promotion Program on  
Maternal Ability to Care for Very Low Birth Weight  
Newborn in a Newborn Intensive Care Unit

รุ่งนพนันท์ เขียวสุประเสริฐ\* พย.ม.  
นุจรี ไชยมงคล\*\* Ph.D.

Rungnobphanan Keawsuprasert, M.N.S.  
Nujjaree Chaimongkol, Ph.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาต่อความสามารถของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก ( $\leq 1,500$  กรัม) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 14 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนตุลาคม 2554 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาแบบคู่มือ คู่มือทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก และแบบสอบถามความสามารถของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย และทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกันด้วยการทดสอบ Wilcoxon Signed Rank

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มารดามีความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากในหอผู้ป่วย

หนักทารกแรกเกิดดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งคะแนนโดยรวม ( $Z = 3.23$ ,  $p < .001$ ) และรายด้าน ได้แก่ ด้านการให้อาหาร ( $Z = 3.08$ ,  $p < .01$ ) ด้านการทำความสะอาดร่างกาย ( $Z = 3.20$ ,  $p < .001$ ) ด้านการขับถ่าย ( $Z = 3.07$ ,  $p < .01$ ) ด้านการนอนหลับ ( $Z = 3.18$ ,  $p < .001$ ) ด้านการปกป้องคุ้มครอง ( $Z = 2.97$ ,  $p < .01$ ) และด้านการส่งเสริมพัฒนาการ ( $Z = 3.07$ ,  $p < .01$ )

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า พยาบาลที่ให้การดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากควรส่งเสริมพลังอำนาจให้กับมารดา ซึ่งจะส่งผลให้มารดาที่มีความสามารถ และพฤติกรรมในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากที่เหมาะสม

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดา ความสามารถของมารดา ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

Abstract

The purpose of this study was to examine effects of maternal empowerment promo-

\* พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลชลบุรี

\*\* รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

tion program on maternal ability to care for very low birth weight newborn in a Newborn Intensive Care Unit (NICU). Sample included 14 mothers of very low birth weight newborn admitted in the NICU at Chonburi hospital. Data were collected from May to October, 2011. Research instruments consisted of maternal empowerment promotion program, the demographic questionnaire, and the scale of maternal ability to care for a very low birth weight newborn. Data analysis included frequency, percent, mean, standard deviation, range and Wilcoxon Signed Rank test.

Results of the study revealed that after receiving the maternal empowerment promotion program, the mothers had their ability to care for a very low birth weight newborn in the NICU significantly better than those of before receiving the program for both the total score ( $Z=3.23, p<.001$ ) and all its subscales, including maternal ability to provide feeding ( $Z = 3.08, p<.01$ ), general hygiene ( $Z = 3.20, p<.001$ ), caring for excretion ( $Z = 3.07, p<.01$ ), sleeping ( $Z = 3.18, p<.001$ ), protection ( $Z = 2.97, p<.01$ ), and promote development ( $Z = 3.07, p<.01$ ).

These findings suggest that nurses, who are responsible in caring for very low birth weight newborns, should promote empowerment of the mothers, which would be resulted in appropriate maternal ability and behavior to care for their very low birth weight newborns.

**Key words:** Maternal empowerment program, maternal ability, very low birth weight new-

born, newborn intensive care unit (NICU)

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก หมายถึง ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,500 กรัม (สราวุธ สุภาพรรณชาติ, 2540; Carlo, 2011) ด้วยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการแพทย์ในการดูแลทารกแรกเกิด ทำให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากมีอัตราการตายลดลงมาก (Tsou & Tsao, 2003) จากรายงานการรอดชีวิตของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากในโรงพยาบาลชลบุรี ระหว่างปี พ.ศ. 2552 ถึง 2554 พบว่า มีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 80.62, 85.40 และ 89.49 ตามลำดับ (เวชระเบียนหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลชลบุรี, 2554)

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากจะมีลักษณะร่างกายและพฤติกรรม แตกต่างจากทารกปกติ การดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก จึงเป็นประสบการณ์แปลกใหม่ของมารดา ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกวิตกกังวล กลัว รู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับอาการ ความปลอดภัย ของทารก และภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษา (Hummel, 2003; Whitfield, 2003) นอกจากนี้มารดาและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก ต้องถูกแยกออกจากกันทันที มารดาจึงขาดโอกาสในการเรียนรู้และฝึกทักษะในการเลี้ยงดูทารก (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550; นฤมล ชีระรังสิกุล, 2545) ขาดความมั่นใจหรือไม่แน่ใจว่าจะเลี้ยงดูทารกได้ (จิระเนาว์ ทัศนศรี, 2545) รู้สึกล้มเหลวในบทบาทหน้าที่การเป็นมารดา ลึ้นหวัง สูญเสียพลังอำนาจในตนเอง ขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (McGrath, 2007) มารดาเหล่านี้จึงต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูล การยอมรับการทำบทบาทหน้าที่การเป็นมารดา และการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกเท่าที่จะสามารถทำได้ (Kenner, 2010) นอกจากนี้ยังพบว่า การตอบสนองความต้องการของมารดาที่ไม่เหมาะสมไม่ตรงกับ

ความต้องการของมารดาทำให้มารดาหมกมุ่นในปัญหาและเกิดความเครียดมากขึ้น (จุฑารัตน์ มีสุขโข, 2540) ส่งผลกระทบต่อความมั่นใจในการเลี้ยงดูทารกและไม่กล้าให้การดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากซึ่งก่อให้เกิดปัญหาการทอดทิ้งบุตรปล่อยปะละเลย หรือทำร้ายร่างกายบุตรในอนาคต (นฤมล ชีระรังสิกุล, 2545)

การเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก เป็นวิธีการที่ช่วยให้มารดาเรียนรู้พลังอำนาจของตนเอง มีความเชื่อมั่นมั่นใจ และมีความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพลดความกลัว ความเครียด และความวิตกกังวล (ปรีชาติ บัวหลวง, 2552; Melnyk, et al., 2006) ซึ่งหากมารดาของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างถูกต้องและเหมาะสม จะช่วยให้มารดามีพลังอำนาจในตนเอง มีความเชื่อมั่น และมั่นใจในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากตั้งแต่ทารกอยู่ในโรงพยาบาล และช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกลดปัญหาการทอดทิ้งทารก และจากการศึกษาที่ผ่านมา มีการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักมากกว่า 1,500 กรัม และเริ่มกระทำเมื่อทารกเตรียมกลับบ้าน แต่ไม่พบว่า มีการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากที่มุ่งเน้นให้มารดามีความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากขณะที่ทารกยังอยู่ในโรงพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาต่อความสามารถของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลมารดาและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก ส่งเสริมให้มารดามี

ความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ทารกมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่สมวัย

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาโดยการเปรียบเทียบความสามารถของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากขณะที่ทารกอยู่ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคมที่แสดงให้เห็นคุณค่าและการยอมรับ การส่งเสริมพัฒนา และการสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองต่อความต้องการของตนเอง แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยมีกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (taking charge) และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) ทั้งนี้กระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอน ได้นำมาพัฒนาสร้างโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาด้วยการส่งเสริมให้มารดาเรียนรู้ต่อสภาพการณ์ที่เป็นจริงของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก ทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ยอมรับสภาพการณ์ ให้มารดาได้ทบทวนเหตุการณ์และสถานการณ์ เพื่อการตัดสินใจและจัดการแก้ปัญหา นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้มารดาได้แสวงหาข้อมูล โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับแพทย์ พยาบาล หรือบุคคลอื่นๆ ช่วยในการประกอบการตัดสินใจ และเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม จัดกิจกรรมให้มารดามีส่วนร่วม

ในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากเพื่อเพิ่มความมั่นใจ ให้มารดาได้รู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก ให้กำลังใจ รวมทั้งส่งเสริมให้มารดาสามารถให้การดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลองแบบการศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ มารดาของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก ( $\leq 1,500$  กรัม) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ มารดามีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คุณสมบัติทารก คือ น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,500 กรัม มีอายุตั้งแต่ 72 ชั่วโมงขึ้นไป และไม่มีอาการพิการแต่กำเนิดหรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองทุกวันในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 15 คน ซึ่งในจำนวนนี้ทารกเสียชีวิตขณะดำเนินการวิจัย 2 คน จึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่ม 2 คน ทั้งหมดเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึงเดือนตุลาคม 2554 ทั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 1 คน ไม่สามารถให้นมมารดาแก่ทารกได้จึงตัดออกเหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 14 คน ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้

แนวคิดของ Gibson (1995) ร่วมกับการศึกษา ค้นคว้า เอกสาร งานวิจัย วารสารและหนังสือต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 7 ครั้ง โดยแบ่งเป็นการจัดกิจกรรมที่โรงพยาบาลจำนวน 4 ครั้ง และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์จำนวน 3 ครั้ง

1.2 คู่มือทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก มีภาพประกอบ เพื่อใช้เป็นสื่อในการให้ความรู้ และใช้เป็นเอกสารให้กลุ่มตัวอย่างได้ศึกษาด้วยตนเอง และทบทวนที่บ้าน มีเนื้อหาเกี่ยวกับลักษณะทั่วไป การดูแลปัญหาและอาการผิดปกติที่พบได้บ่อย และเกณฑ์ในการจำหน่ายทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากออกจากโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารก ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และประสบการณ์ดูแลทารก และข้อมูลส่วนบุคคลของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก ได้แก่ เพศ วิธีและสถานที่คลอด อายุในครรภ์เมื่อแรกเกิด น้ำหนักแรกเกิด และคะแนนแอฟการ์ดที่ 1 และ 5 นาที

2.2 แบบสอบถามความสามารถของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการให้อาหาร (3 ข้อ) ด้านการทำความสะอาดร่างกาย (5 ข้อ) ด้านการขับถ่าย (2 ข้อ) ด้านการนอนหลับ (3 ข้อ) ด้านการปกป้องคุ้มครอง (2 ข้อ) และด้านการส่งเสริมพัฒนาการ (3 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าตั้งแต่ 1-5 คะแนน 1 หมายถึง มีความสามารถน้อยที่สุด หรือไม่มีเลย จนถึงคะแนน 5 หมายถึง มีความสามารถมากที่สุด การแปลผลใช้คะแนน

รวม ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 18-90 คะแนน ยิ่งสูง หมายถึง มารดามีความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักร้อยมากในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดมาก คะแนนยิ่งน้อย หมายถึง มารดามีความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักร้อยมากในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดน้อย

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และแบบสอบถามความสามารถของมารดา ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันกุมารเวชศาสตร์ด้านทารกแรกเกิดจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านทารกแรกเกิด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลเด็กจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลทารกแรกเกิด จำนวน 2 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไข ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แบบสอบถามมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .87

2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability testing)

แบบสอบถามความสามารถของมารดา นำไปทดลองใช้กับกลุ่มมารดาที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย หากค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .90

### การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลชลบุรี ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ และขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูล

และชี้แจงว่าการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลต่อการดูแลรักษาทารก และสามารถแจ้งยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยใช้รหัสเลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัสแทนชื่อ-นามสกุล และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ข้อมูลจะถูกทำลายหลังจากผลการวิจัยเผยแพร่แล้ว 1 ปี ผลการวิจัยเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้มารดาคลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลทำตามลำดับขั้นตอนดังนี้ คือ ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความสามารถของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักร้อยมาก (pre-test) จัดบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารกแรกเกิดน้ำหนักร้อยมาก หลังจากนั้นแจกคู่มือทารกแรกเกิดน้ำหนักร้อยมาก และจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นรายบุคคล จำนวน 8 ครั้ง ระยะเวลารวม 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยพบและจัดกิจกรรมให้กับมารดา กลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาล ณ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดข้างคู่อุบัติทารก 5 ครั้ง และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 (วันแรกที่พบมารดา กลุ่มตัวอย่าง ณ หอผู้ป่วย) หลังจากสร้างสัมพันธภาพกับมารดา ผู้วิจัยจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคล โดยให้ความรู้ทั่วไปของทารกแรกเกิดน้ำหนักร้อยมาก ได้แก่ ลักษณะทั่วไป ปัญหาและอาการผิดปกติที่พบได้บ่อย ใช้คู่มือทารกแรกเกิดน้ำหนักร้อยมากเป็นสื่อ พร้อมทั้งการอธิบายตามลักษณะของทารก และเปิดโอกาสให้มารดาได้ซักถามข้อสงสัย ใช้เวลาประมาณ 45 นาที

ครั้งที่ 2 (1 วันต่อมาจากครั้งที่ 1 ณ หอผู้ป่วย) ผู้วิจัยประเมินการไหลของน้ำนม สังเกตขั้นตอนการบีบเก็บน้ำนมของมารดา และการนำนมมารดามาส่งทารกในหอผู้ป่วย ผู้วิจัยเพิ่มเติมในส่วนที่มารดายังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ชมเชย ให้กำลังใจมารดาในการบีบเก็บน้ำนมมาให้ทารกที่โรงพยาบาล ให้มารดาสะท้อนความรู้สึกอย่างมีวิจารณญาณ ทบทวนสภาพการณ์ที่เป็นจริงของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก โดยให้อธิบายลักษณะของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากที่ตนเองเห็น และความแตกต่างจากทารกปกติ กระตุ้นให้มารดาได้ระบายความรู้สึก และสะท้อนความรู้สึกของมารดาต่อการมีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก และต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด รับฟังอย่างตั้งใจ สังเกตพฤติกรรม และสีหน้าปλοบโยนโดยการสัมผัส และให้กำลังใจใช้เวลาประมาณ 40 นาที

ครั้งที่ 3 (3 วันต่อมาจากครั้งที่ 2 ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์) ทบทวนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก การยอมรับสภาพการณ์จริง และการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ นัดหมาย และชี้แจงกิจกรรมครั้งต่อไป ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

ครั้งที่ 4 (4 วันต่อมาจากครั้งที่ 3 ณ หอผู้ป่วย) ผู้วิจัยอธิบาย และทบทวนลักษณะของปัสสาวะ และอุจจาระของทารก วิธีการตรวจปัสสาวะ ประกอบกับการอ่านคู่มือทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก สอนและสาธิตวิธีการเปลี่ยนผ้า การทำความสะอาดหลังการขับถ่ายที่มารดาสามารถปฏิบัติได้ขณะที่ทารกอยู่ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด และอธิบายวิธีการดูแลความสะอาดร่างกายทารกเมื่อกลับไปบ้าน สังเกตพฤติกรรมของมารดา และให้กำลังใจ เสริมแรงบวกด้วยการชมเชยเมื่อมารดาสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ครั้งที่ 5 (3 วันต่อมาจากครั้งที่ 4 ติดตาม

เยี่ยมทางโทรศัพท์) ขณะที่ทารกยังคงอยู่ในหอผู้ป่วย ผู้วิจัยโทรศัพท์ถึงมารดาเพื่อทบทวนกิจกรรมที่มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก ในด้านการขับถ่ายและการทำความสะอาดร่างกาย สนับสนุนแหล่งค้นคว้าข้อมูล เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยให้กำลังใจมารดา พร้อมทั้งนัดหมาย และชี้แจงกิจกรรมในครั้งต่อไป ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

ครั้งที่ 6 (4 วันต่อมาจากครั้งที่ 5 ณ หอผู้ป่วย)

ผู้วิจัยอธิบายลักษณะปกติของการนอนหลับของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การเบี่ยงเบนความสนใจ และการกระตุ้นพัฒนาการของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากขณะอยู่ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สอนและสาธิตวิธีการอุ้มสัมผัสวิธีการจัดท่านอนให้ทารกหลับสบายมากขึ้นที่มารดาสามารถปฏิบัติได้ขณะที่อยู่ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดภายใต้ความดูแลของผู้วิจัย และพยาบาล เจ้าของไข้ สังเกตพฤติกรรมของมารดา เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้กำลังใจ ชมเชย เมื่อมารดามีความตั้งใจในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ครั้งที่ 7 (3 วันต่อมาจากครั้งที่ 6 ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์) ผู้วิจัยโทรศัพท์ถึงมารดาเพื่อทบทวนกิจกรรมที่มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากในด้านการนอนหลับ การปกป้องคุ้มครอง และการกระตุ้นพัฒนาการของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สนับสนุนแหล่งในการค้นคว้าข้อมูล เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้กำลังใจมารดา พร้อมทั้งนัดหมาย และชี้แจงกิจกรรมในครั้งต่อไป ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

ครั้งที่ 8 (4 วันต่อมาจากครั้งที่ 7 ณ หอผู้ป่วย)

ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากของมารดา และให้กำลังใจ ชมเชยมารดา เมื่อสามารถปฏิบัติตามการดูแลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

เปิดโอกาสให้มารดาได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึกต่อการได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้มารดาตอบแบบสอบถามความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากชุดเดิม ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูล แล้วนำผลการวิจัยไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ ในครั้งนี้ใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 35 นาที

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อมูลส่วนบุคคลใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสามารถของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดา ใช้สถิติทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Wilcoxon Signed Ranks test)

#### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก อายุเฉลี่ย 26.43 ปี (S.D. = 7.82, range = 16-37) สถานภาพสมรสคู่ 12 คน (ร้อยละ

ตาราง ผลการเปรียบเทียบความสามารถของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยการทดสอบ Wilcoxon Signed Ranks (n = 14)

ความสามารถ	ก่อน		หลัง		Z
	M	S.D.	M	S.D.	
คะแนนโดยรวม	60.43	15.30	82.71	4.70	3.23***
ด้านการให้อาหาร	10.86	2.57	14.43	2.85	3.08**
ด้านการทำความสะอาดร่างกาย	16.64	5.5	22.43	2.03	3.20***
ด้านการจับถ่าย	5.57	2.50	8.14	1.23	3.07**
ด้านการนอนหลับ	9.36	3.39	13.79	1.36	3.18***
ด้านการปกป้องคุ้มครอง	7.00	1.84	9.21	0.70	2.97**
ด้านการส่งเสริมพัฒนาการ	11.00	2.45	14.71	0.83	3.07**

85.71) จบการศึกษาระดับต่ำกว่าอนุปริญญา 9 คน (ร้อยละ 64.29) ทำงานเป็นแม่บ้าน 6 คน (ร้อยละ 42.86) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยมากกว่า 15,000 บาท ต่อเดือน 6 คน (ร้อยละ 42.85) และไม่มีประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดมาก่อน 9 คน (ร้อยละ 64.29)

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากจำนวนทั้งหมด 14 คน ส่วนมากเป็นทารกเพศชาย 8 คน (ร้อยละ 57.14) คลอดทางช่องคลอด 10 คน (ร้อยละ 71.43) ทารกเกิดที่โรงพยาบาลชลบุรี 12 คน (ร้อยละ 85.71) เป็นบุตรคนแรก 8 คน (ร้อยละ 57.14) อายุครรภ์มารดาเมื่อแรกเกิดเฉลี่ย 29.5 สัปดาห์ (S.D. = 1.60, range = 27-33) น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 1,099 กรัม (S.D. = 171.08) คะแนน Apgar score ที่ 1 นาทีเฉลี่ย 7.21 คะแนน (S.D. = 1.93) และที่ 5 นาทีเฉลี่ย 8.79 (S.D. = 0.90)

ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มารดาจะมีความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากโดยรวมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม คะแนนความสามารถเฉลี่ยรายด้านทุกด้านดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง

## อภิปรายผล

ภายหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาที่มีความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยมากในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดดีกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งโดยรวม และรายด้าน คือ ด้านการให้อาหาร ด้านการทำความสะอาดร่างกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการนอนหลับ ด้านการปกป้องคุ้มครอง และด้านการส่งเสริมพัฒนาการ ทั้งนี้ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson (1995) เป็นกระบวนการทางสังคมที่ทำให้เห็นคุณค่าของตนเอง ยอมรับสภาพการณ์ที่เป็นจริง เสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเอง แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีพลังอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ และปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อชีวิตของตน (เครีวอล์ย์ ดิณสุตานนท์, 2550) โดยกิจกรรมตามโปรแกรมที่จัดกระทำเป็นขั้นเป็นตอนตามกระบวนการแนวคิดเสริมสร้างพลังอำนาจนั้น ส่งผลให้มารดามีทักษะในการทำความเข้าใจปัญหามากขึ้น สามารถวางแผนจัดการปัญหาที่มารดาเผชิญอยู่ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งส่งผลให้มารดารับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง และสามารถให้การดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ การที่มารดาได้รับการกระตุ้นเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรม โดยการเสริมแรงบวกด้วยการกล่าวชมเชย และให้กำลังใจตามกิจกรรมในโปรแกรม ทำให้มารดาเกิดความมั่นใจในความสามารถ และให้การดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ กัทราวดี ชัยงาม มณีรัตน์ ภาครูป และนุจรี ไชยมงคล (2554) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ แก่มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,000 กรัม จำนวน 30 คน พบว่า หลังได้รับโปรแกรม มารดากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดสูง

กว่ามารดากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และการศึกษาของ ปารีชาติ บัวหลวง (2552) ที่ได้ให้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะวิกฤต ซึ่งทารกมีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 1,500 กรัม จำนวน 30 คน พบว่า มารดากลุ่มทดลองสามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และสอดคล้องกับ Melnyk และคณะ (2006) ที่รายงานว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีผลให้มารดากลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นมั่นใจ และสามารถให้การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเหมาะสมกว่ามารดากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

เมื่อพิจารณาความสามารถรายด้านของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากสามารถอภิปรายได้ ดังนี้

ด้านการให้อาหาร อธิบายได้ว่า ทารกที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดจำเป็นต้องดื่มน้ำและอาหารทางปากในช่วงแรกๆ รวมทั้งยังอยู่ในภาวะวิกฤตที่ทารกไม่สามารถดูดนมมารดาได้ ต่อมาผลิตน้ำนมของมารดาไม่ได้รับการกระตุ้นเหมือนมารดาหลังคลอดทารกปกติทั่วไป ทำให้กลไกในการสร้างน้ำนมลดน้อยลง และหยุดสร้างในที่สุด (สุอารีย์ อันตระการ และธิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ, 2553) กิจกรรมในโปรแกรมได้มีการประเมินการไหลของน้ำนม ให้คำแนะนำเรื่องกลไกการไหลของน้ำนม สนับสนุนให้ศึกษาเพิ่มเติมจากคู่มือ พร้อมทั้งให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อมารดามีความพยายามในการบีบเก็บน้ำนม กิจกรรมต่างๆ นั้น ส่งผลให้ภายหลังสิ้นสุดการให้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มารดาที่มีความสามารถด้านการให้อาหารทารกดีกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ กัทราวดี ชัยงาม และคณะ (2554) เนตรนภา เทพชนะ (2551) และสุภาวดี นาคสุขุม (2544) ที่รายงานว่า ภายหลังที่ได้รับการเตรียมความพร้อม และการเสริมสร้างพลังอำนาจ มารดาที่มีความสามารถในการให้อาหารทารกดี



กว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

ด้านการทำความสะอาดร่างกาย และด้านการขับถ่าย อธิบายได้ว่า ก่อนการได้รับโปรแกรมมารดาไม่กล้า และไม่มั่นใจที่จะทำความสะอาดร่างกายให้ทารก กลัวว่าทารกจะมีอาการผิปกติมากขึ้น หรือกลัวว่าสายยางและ/หรืออุปกรณ์ต่างๆ ที่ตัวทารกอาจหลุดได้ เข้าใจว่า การดูแลสังเกตลักษณะ และการตรวจปริมาณของปัสสาวะและอุจจาระของทารก เป็นหน้าที่ของพยาบาลเท่านั้น จึงไม่สนใจสังเกตหรือดูแลในส่วนนี้ นอกจากนี้ ทารกแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยมากมักมีปัญหาในการควบคุมอุณหภูมิร่างกาย อาจเกิดภาวะตัวเย็น (sub-temperature) ที่เป็นอันตรายต่อสมองได้ จึงจำเป็นต้องให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากทุกรายอยู่ในตู้อบ (incubator) เพื่อควบคุมอุณหภูมิร่างกาย และป้องกันการสูญเสียความร้อนอย่างแรงครัด (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550) การทำความสะอาดร่างกาย และการดูแลด้านการขับถ่ายทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก จึงจำเป็นต้องมีความระมัดระวัง รวดเร็ว และนุ่มนวล สอดคล้องกับภัทราวดี ชัยงาม และคณะ (2554) และ Melnyk และคณะ (2006) ที่รายงานว่า มารดาที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีความสามารถด้านการทำความสะอาดร่างกาย และดูแลด้านการขับถ่ายของทารก ดีกว่ามารดาที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

ด้านการนอนหลับ ด้านการปกป้องคุ้มครอง และด้านการส่งเสริมพัฒนาการ ตามทฤษฎีอธิบายได้ว่า มารดาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากไม่กล้าสัมผัสทารก และไม่รู้ว่าจะสัมผัสส่วนใด (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550) มารดาจะมองหน้าพยาบาลอย่างไม่มั่นใจ เมื่อพยาบาลอนุญาตให้สัมผัสตัวทารก เนื่องจากมารดาเห็นทารกหลับเป็นส่วนมาก กลัวว่าการสัมผัสทารกของตนเองจะทำให้ทารกตื่นและมีอาการแย่ง จึงได้แต่เฝ้ามองทารกนอกตู้อบ ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มารดาได้

รับคำแนะนำในเรื่องของการนอนหลับ การจัดทำนอนการจัดสิ่งแวดล้อม และการได้ร่วมกันจัดทำนอนพลิกตะแคงตัว และเปลี่ยนท่านอนร่วมกับผู้วิจัยรวมทั้งการเบี่ยงเบนความสนใจ การปกป้องคุ้มครอง การกระตุ้นพัฒนาการของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก และการอนุญาตให้มารดาอยู่กับทารกขณะให้กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การดูแลสัมผัส การเปิดเส้นเลือดดำ เพื่อให้สารน้ำ ทำให้มารดามีความมั่นใจในการสัมผัสทารก จัดท่านอน โอบกอด ลูบสัมผัสพูดคุยเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ ร้องเพลง และเล่นนิทานด้วยเสียงที่นุ่มนวลให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากฟังในตู้อบ พร้อมทั้งสามารถสังเกตพฤติกรรม การตอบสนองของทารกได้ มารดาจึงมีความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากด้านการนอนหลับ ด้านการปกป้องคุ้มครอง และด้านการส่งเสริมพัฒนาการของทารกได้ดีกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเนตรนภา เทพชนะ (2551) ปาริชาติ บัวหลวง (2552) ภัทราวดี ชัยงาม และคณะ (2554) สุภาวดี นาคสุขุม (2544) และ Melnyk และคณะ (2006) ที่รายงานว่า มารดาที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม และการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสามารถ และพฤติกรรมในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดดีกว่ามารดาที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

## ข้อเสนอแนะ

### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจให้มารดาที่มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก โดยเฉพาะที่รับการรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เพื่อให้มารดามีความสามารถในการดูแลทารกในขณะที่ยังอยู่ในโรงพยาบาลและสามารถดูแลทารกที่บ้านได้เมื่อแพทย์อนุญาตให้ทารกกลับบ้าน
2. ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายให้จัดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาในหอผู้ป่วยหนัก

ทารกแรกเกิดให้กับมารดาทุกรายที่มีบุตรเป็นทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาตั้งแต่แรกได้รับเข้ารักษาในหอผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้มารดามีความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ด้านการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยซ้ำและลดข้อจำกัดการวิจัย ได้แก่ การออกแบบวิจัยแบบ 2 กลุ่ม ที่มีทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น และใช้สถิติ parametric ในการทดสอบที่จะสามารถอ้างอิงได้ชัดเจนมากขึ้น

2. ควรมีการติดตามผลระยะยาว วัดผลเป็นระยะ และมีการวัดผลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และเพิ่มตัวแปรตามอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระดับความเครียด พฤติกรรมการดูแลทารก และความมั่นใจในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมา เป็นต้น

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพาที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2550). หลักการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด. ใน ชาญชัย วันทนาศิริ, วิทยา ธิฐาพันธ์, ปราโมทย์ ไพรสุวรรณ, และสุนทร อ้อเผ่าพันธุ์ (บรรณาธิการ), *เวชศาสตร์ปริกำเนิด* (หน้า 79-86). กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอชัน.

เกรือวัลย์ ดิณสุตานนท์. (2550). Theory and benefits of parent empowerment. ใน สุนทร อ้อเผ่าพันธุ์ (บรรณาธิการ), *Neonatology 2007* (หน้า 49-56). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.

จิรเนาว์ ทศศรี. (2545). *การพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนด*. สงขลา: ซานเมืองการพิมพ์.

จตุรรัตน์ มีสุขโข. (2540). *ความต้องการ*

*ข้อมูลและการช่วยเหลือสนับสนุนของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นฤมล ชีระรังสิกุล. (2545). *การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด*. กรุงเทพฯ: พีเพรส.

เนตรนภา เทพชนะ. (2551). *ผลของการเตรียมความพร้อมตามความต้องการของมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ปรีชาติ บัวหลวง. (2552). *ผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจของมารดาต่อความเครียดและการแสดงบทบาทมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะวิกฤต*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ภัทราวดี ชัยงาม มณีรัตน์ ภาคฐูป และนุจรี ไชยมงคล. (2554). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(ฉบับเพิ่มเติม 1), 23-34.

เวชะเบียนหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลชลบุรี. (2554). *สถิติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลชลบุรี*. ชลบุรี: โรงพยาบาลชลบุรี.

สรายุทธ สุภาพรรณชาติ. (2540). ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย. ใน วันดี วราวิทย์, ประพุทธ ศิริปณฺธ์, และสุรางค์ เจียมจรยา (บรรณาธิการ), *ตำรากุมารเวชศาสตร์* (หน้า18-22). กรุงเทพฯ: โอเอสดีค พับลิชซิ่ง.

สุภาวดี นาคสุขุม. (2544). *ความรู้และความมั่นใจในการดูแลบุตรของมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนดที่ได้รับการเตรียมความพร้อมและไม่ได้รับ*

การเตรียมความพร้อม. วิทยาลัยพยาบาลศาสตร  
มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิต  
วิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุอารีย์ อ้นตระกูล และธิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ.  
(2553). ความรู้พื้นฐานสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูก  
ด้วยนมแม่. ใน นิพนธ์พร วรมงคล (บรรณาธิการ),  
คู่มือการอบรมผู้เชี่ยวชาญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่  
(หน้า 44-78). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์  
ทหารผ่านศึก.

Carlo, W. A. (2011). The fetus and the  
neonatal infants. In R. M. Kliegman, & B. F.  
Stanton(Eds.), *Nelson Textbook of Pediatric*  
(19<sup>th</sup> ed., pp. 552-564). Philadelphia, PA:  
Elsevier/Saunders.

Gibson, G. H. (1995). The process of  
empower in mother of chronically ill children.  
*Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1201-1210.

Hummel, P. (2003). Parenting the high-  
risk infant. *Newborn and Infant Nursing Re-  
views*, 3(3), 88-92.

Kenner, C. (2010). Families in crisis. In  
C. Kenner, & J. W. Lott (Eds.), *Comprehen-  
sive neonatal care: An interdisciplinary approach*  
(4<sup>th</sup> ed., pp.347-360). St. Louis: Saunders.

McGrath, J. M. (2007). Family: Essen-  
tial partner in care. In C. Kenner, & J. W. Lott  
(Eds.), *Comprehensive neonatal care: An in-  
terdisciplinary approach* (4<sup>th</sup> ed., pp. 491-509).  
St. Louis: Saunders.

Melnyk, B. M., Feinstein, N. F., Gillis,  
L. A., Fairbanks, E., Crean, H. F., Sinkin, R.  
A., & et al. (2006). Reducing premature infants'  
length of stay and improving parents' mental  
health outcomes with the creating opportunities  
for parent empowerment (COPE) neonatal in-  
tensive care program: A randomized controlled  
trial. *Pediatrics*, 118(5), e1414-e1427.

Tsou, K. I., & Tsao, P. N. (2003). The  
morbidity and survival of very low-birth-weight  
infants in Taiwan. *Acta Paediatr Taiwan*, 44(6),  
349-355.

Whitfield, M. F. (2003). Psychosocial  
effects of intensive care on infant and families  
after discharge. *Seminars in Neonatology*, 8(2),  
185-193.