

ประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต
ศัลยกรรมทารกแรกเกิด



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2559
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

LIVED EXPERIENCES OF PARENTS PARTICIPATED IN CARING FOR INFANTS IN
NEONATAL SURGICAL INTENSIVE CARE UNIT

Miss Supaporn Kaewlao



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด
โดย	นางสาวสุภาพร แก้วเหลา
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิริ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(พันเอกหญิง ดร.วาสนา นัยพัฒน์)

สุภาพร แก้วเหลา : ประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ขณะรับ
การรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด (LIVED EXPERIENCES OF PARENTS
PARTICIPATED IN CARING FOR INFANTS IN NEONATAL SURGICAL INTENSIVE
CARE UNIT) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ศ. ดร. วิณา จีระแพทย์, 107 หน้า.

การวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาการตีความของ Heidegger มี
วัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความหมายและบรรยายประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดาในการมีส่วนร่วม
ดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด ผู้ให้ข้อมูลคือบิดาหรือมารดาที่
มีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดศัลยกรรมในหอผู้ป่วยวิกฤต ระหว่าง 14-80 วัน เก็บรวบรวม
ข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกร่วมกับการบันทึกเทป ข้อมูลอ้อมตัวจากผู้ให้ข้อมูล จำนวน 14
ราย นำข้อมูลที่ได้มาถอดความแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีของ Diekelman และคณะ

ผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมหมายถึง การได้ทำหน้าที่ของความเป็นพ่อแม่อย่างสมบูรณ์
ได้ให้กำลังใจ พุดคุย สัมผัส บอกรักลูก ร่วมรับรู้และทำสิ่งที่เกี่ยวกับลูก ส่วนประสบการณ์ชีวิตของ
บิดามารดา ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก คือ 1) สิ่งใหม่ ไม่คุ้นเคย ในภาพลักษณ์ของทารกและ
สภาพแวดล้อมในการรักษา 2) รู้สึกกลัว ๆ กล้า ๆ โดยมีทั้งรู้สึกกลัวไม่กล้าที่จะทำ และรู้สึกทำดีกว่า
ไม่ทำอะไร 3) สิ่งที่ได้จากการมีส่วนร่วมดูแล คือได้ใกล้ชิดทารก ได้ทำหน้าที่พ่อแม่ ได้ความอดทน
และได้เรียนรู้จากบุคลากร และ 4) กำลังใจและความคาดหวัง จากครอบครัวและคนใกล้ชิด สร้าง
กำลังใจให้ตนเอง และจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ยึดถือ

ข้อค้นพบสะท้อนประสบการณ์ของบิดามารดาในการที่ต้องเผชิญกับความไม่คาดหวังที่บุตร
มีภาพลักษณ์ผิดจากทารกทั่วไป โดยมีปัจจัยขับเคลื่อนคือกำลังใจของตนเองและทุกฝ่ายที่ร่วมใน
ปรากฏการณ์ของการดูแล การขอพรจากสิ่งที่ยึดถือ และสิ่งที่เรียนจากการมีส่วนร่วม ซึ่งพยาบาล
สามารถใช้ข้อมูลนี้วางแผนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกวิกฤตศัลยกรรมได้
ตรงตามความต้องการ

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5777203936 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: PARENTS / PARTICIPATED IN CARING INFANTS IN NEONATAL SURGICAL INTENSIVE CARE

SUPAPORN KAEWLAO: LIVED EXPERIENCES OF PARENTS PARTICIPATED IN CARING FOR INFANTS IN NEONATAL SURGICAL INTENSIVE CARE UNIT. ADVISOR: PROF. VEENA JIRAPAET, Ph.D., 107 pp.

This qualitative research used Heidegger phenomenology approach. The purpose was to seek meaning and to describe experiences of parents participating in caring for infants in the neonatal surgical intensive care unit. The informants were parents who had directed experiences in caring for their critically ill infants for 14 to 80 days in the Neonatal Surgical Intensive Care Unit. Data were collected by using the in-depth interview with tape-record and found saturated after 14 informants. Data were analyzed by using Diekelman et al method.

The findings revealed the meaning of parents participating in caring for infants in neonatal surgical intensive care unit as fulfilling a parent's duty, giving support, chatting, touching, expressing their love, being aware of and doing things for their infants. The parents participating experiences could be categorized into 4 major themes as follows: 1) unfamiliarity of infant appearance and treatment environment; 2) hesitation feeling toward the infant's care by mixed feelings of being afraid of doing it and being better to do something than to do nothing; 3) benefit from participation made the parents closer to the infant, fulfilling parental roles, learning to be patient and learning from the staff, and 4) morale support and expectation from family and friends, self-courage and sacred items.

The results reflected parental experience in coping with an unexpected unusual newborn body image. The driving factors were self-courage and all of the caring partners within the phenomena, praying and participation learning. Nurses can apply this information for planning parental involvement in their critical surgical ill neonates and meeting the parental needs.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2016

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความเมตตากรุณาและความรักของ ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้การสนับสนุนในด้าน ความรู้ ตลอดจนการทุ่มเทเอาใจใส่ เสียสละเวลาให้โดยไม่คำนึงถึงแม้เวลามืดค่ำ ด้วยความ ห่วงใย และให้กำลังใจเสมอ อาจารย์เป็นผู้สร้างพลังใจและพลังความคิดให้กับผู้วิจัยให้ได้เดินก้าว ต่อไปจนสำเร็จ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและระลึกถึงพระคุณของอาจารย์เสมอ ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์เป็นพระคุณอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี ที่ให้ความรักความ เมตตาต่อผู้วิจัย และขอบพระคุณสำหรับการทำหน้าที่เป็นประธานสอบวิทยานิพนธ์ ขอกราบ ขอบพระคุณ พันเอกหญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และข้อคิดเห็นที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ทุกท่าน ในคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ความรู้ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการศึกษาตลอดจนสำเร็จการศึกษาเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณบุคลากรในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และหอผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ และ กราบขอบพระคุณท่านผู้ปกครองของทารกที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรก เกิด ที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอบคุณเพื่อนๆทุกคนสำหรับกำลังใจ และประสบการณ์ที่ได้ร่วมแบ่งปันตลอด ระยะเวลาที่ร่วมศึกษา

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยได้ผ่านประสบการณ์ชีวิตที่พบกับการเปลี่ยนแปลงและปัญหามากมาย ตลอดระยะเวลาในการศึกษาระดับมหาบัณฑิต บางครั้งท้อแท้ สิ้นหวัง หมดกำลังใจที่จะศึกษาต่อ แต่ด้วยความอดทน ความพยายามของผู้วิจัย และกำลังใจจากกัลยาณมิตรรอบข้างทุกท่าน ซึ่ง กำลังใจที่สำคัญคือครอบครัวของผู้วิจัย ทำให้ผู้วิจัยมีพลังใจในการศึกษาจนประสบความสำเร็จได้

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
วัตถุประสงค์.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	5
คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
แนวคิดพื้นฐาน.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
1. หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด.....	9
2. ทารกแรกเกิดศัลยกรรมในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด.....	10
3. การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม.....	17
4. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	21
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	36
บทที่ 3 วิธีการดำเนินงานวิจัย.....	41
1. พื้นที่ในการเก็บข้อมูล (Setting).....	41
2. ผู้ให้ข้อมูล (Key informant).....	42

3. การได้มาและการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล.....	42
4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	43
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	45
6. การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล.....	46
7. การวิเคราะห์ข้อมูล.....	46
8. ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness).....	47
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	72
สรุปผลการวิจัย.....	72
การอภิปรายผลการวิจัย.....	73
ข้อเสนอแนะ.....	76
รายการอ้างอิง.....	78
ภาคผนวก.....	92
ภาคผนวก ก หนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย แนวคำถามในการสัมภาษณ์ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกภาคสนาม และแบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น.....	93
ภาคผนวก ข หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัย เอกสารอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคน และเอกสารการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคน.....	100
ภาคผนวก ค เอกสารตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล.....	104
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	107

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูล	53
---	----



สารบัญแผนภาพ

หน้า

แผนภาพที่ 1	สรุปประเด็นประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ขณะรับ การรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด	71
-------------	---	----



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

ทารกแรกเกิดที่มีปัญหาทางด้านศัลยกรรมคือ ทารกที่มีความพิการหรือผิดปกติของอวัยวะต่างๆในร่างกายตั้งแต่กำเนิด ได้แก่ ภาวะไส้เลื่อนกระบังลม ไม่มีผนังหน้าท้องแรกเกิด ไม่มีรูทวารหนัก มีการอุดตันของระบบทางเดินอาหาร (ศรีวงศ์ หะวานนท์, 2533) บางรายมีความผิดปกติร่วมหลายระบบ (สุวรรณี สุเรศณีวงศ์, 2548) และเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะการติดเชื้อของแผลผ่าตัด การทะลุของลำไส้ (ไพบูลย์ สุทธิสุวรรณ, 2536) จากการสำรวจจำนวนของทารกแรกเกิดที่รับการรักษา ในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ปี พ.ศ. 2557 มีจำนวน 1,367 ราย เป็นทารกแรกเกิดศัลยกรรมจำนวน 271 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.82 ของจำนวนทารกแรกเกิดทั้งหมด (งานสารสนเทศ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 2555-2557)

การเจ็บป่วยทางด้านศัลยกรรมในทารกแรกเกิดจัดเป็นภาวะฉุกเฉินที่มีความรุนแรง และเสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิต (รังสรรค์ นิรามิษ และคณะ, 2547) ต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน และดูแลใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมทารก โดยทารกแรกเกิดศัลยกรรมที่มีภาวะวิกฤตจะแยกจากบิดามารดาทันทีหลังคลอด (Whitfield, 2003) และแยกจากบิดามารดาเป็นระยะเวลานาน (บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์, 2555) เพื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด ทารกแรกเกิดศัลยกรรมจะมีอุปกรณ์การแพทย์ติดตามผิวหนังของร่างกาย เพื่อติดตามสัญญาณชีพ การมีท่อต่างๆตามร่างกาย การมีบาดแผลจากการผ่าตัด มีเลือดออกตามอวัยวะหรือซ็อก (อุดมญา พันธนิษฐ์, 2555) สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิดประกอบไปด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์จำนวนมาก (ณัฐิกา ปฐมอารีย์, 2552) มีแสงและเสียงเตือนดังจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ (ชนิดา แป๊ะสกุล, 2553) รวมถึงลักษณะการทำงานที่เร่งรีบ และเคร่งเครียดในการช่วยชีวิตทารกที่เจ็บป่วยของแพทย์ พยาบาล ทำให้บิดามารดาเกิดความเครียด (Hollywood & Hollywood, 2012; สุภา หมดทุกข์ และคณะ, 2556) บางรายรู้สึกผิดและโทษตัวเองที่เป็นสาเหตุทำให้บุตรมีความพิการและเจ็บป่วย (ทัตนี ประสพกิตติคุณ, 2555; สมสิริ รุ่งอมรรัตน์, 2553) วิตกังวล กลัวว่าบุตรจะเสียชีวิต (Wraight et al., 2014; Fegran et al., 2008; Blanch D'Souza et al., 2009) อาจทำให้บิดามารดาไม่กล้าที่จะสัมผัส หรืออุ้มบุตร (Fegran et al., 2008; Arnold et al., 2012; ชนิดา แป๊ะสกุล, 2553; Finlayson et al., 2013) หรือไม่กล้ามีส่วนร่วมดูแลช่วยเหลือบุตรขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากกลัว (Arnold et al., 2012) และคิดว่าตนเองไม่มีความรู้ในการดูแลช่วยเหลือบุตรเท่ากับพยาบาลและ

แพทย์ (ชนิดา แป๊ะสกุล, 2553) ส่งผลให้บิดามารดาอาจมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรน้อย ซึ่งมีผลกระทบต่อการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดากับทารก (นฤมล จีระรังสิกุล, 2545) และการเปลี่ยนแปลงบทบาทของการเป็นบิดามารดา (Hollywood & Hollywood, 2012) การที่บิดามารดาไม่สามารถเฝ้าบุตรได้ ไม่ได้เห็นบุตรตลอดเวลา เมื่อบุตรร้องด้วยความเจ็บปวดจากการได้รับการทำหัตถการ ไม่สามารถอุ้ม กอด ปลอดภัยหรือดูแลช่วยเหลือบุตรได้ตามความต้องการ (เนตรทอง ทะยา และคณะ, 2550) บิดามารดาไม่สามารถแสดงบทบาทการเป็นบิดามารดาในการดูแลบุตรได้อย่างเหมาะสม (อุดมญา พันธนิษฐ์, 2555) อาจทำให้บิดามารดาเกิดความสับสนในบทบาท อาจเกิดความไม่มั่นใจในการเลี้ยงดูบุตร (ไกรวรรร กาพันธ์, 2552) หรืออาจละเลยหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตร มีโอกาสทอดทิ้งบุตร ทำร้ายบุตร (ณัฐิกา ปฐมอารีย์, 2552) และอาจสูญเสียบทบาทการเป็นบิดามารดาได้ในที่สุด (Holditch-Davis & Miles, 2000)

การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตคือ การที่บิดามารดาได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤต (Franck & Caller, 2004; Gephart & McGrath, 2012) โดยลักษณะกิจกรรมการมีส่วนร่วมของบิดามารดา ในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตประกอบไปด้วยกิจกรรมที่ทำประจำ เช่น การบีบเก็บน้ำนมแม่และนำน้ำนมมาให้ทารกขณะที่ทารกได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล การสัมผัสทารก (Johnson et al., 2009; Gephart & McGrath, 2012) กิจกรรมการแลกเปลี่ยนข้อมูล เช่น การสอบถามเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่ทารกได้รับ การที่บิดามารดาได้รับการแจ้งข้อมูลการเจ็บป่วยของทารกแรกเกิดวิกฤต (Bruns & McColum, 2002) และกิจกรรมการตัดสินใจ เช่น การที่บิดามารดาได้มีส่วนร่วมตัดสินใจร่วมกับทีมแพทย์และพยาบาล ก่อนที่ทารกจะได้รับการทำหัตถการ (Johnson et al., 2009; ณัฐิกา ปฐมอารีย์, 2552)

โดยสถานการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีปัญหาทางด้านศัลยกรรมในประเทศไทยยังมีจำกัด แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบาย และมีโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรของครอบครัว โดยนโยบายให้มีการดูแลทารกแรกเกิดแบบองค์รวม และดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (รัชณี นามจันทร์, 2552; เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2556) เพื่อส่งเสริมให้บิดามารดาและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรมากขึ้น (สุภารัตน์ ไวยชีตา และคณะ, 2545) ซึ่งมีประโยชน์คือทารกแรกเกิดได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมแม่มากขึ้น (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2556) ทารกแรกเกิดได้รับการสัมผัส การดูแลที่ใกล้ชิด การตอบสนองความต้องการที่รวดเร็วและสม่ำเสมอ ทำให้ทารกแรกเกิดเกิดความไว้วางใจต่อบิดามารดา (รัชตะวรรณ โอฬาพิริยะกุล, 2544) มีความรักใคร่ผูกพันกับบิดามารดามากขึ้น (บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์, 2555) ซึ่งเป็นพื้นฐานในการสร้างสัมพันธภาพ และพัฒนาความไว้วางใจของทารกแรกเกิดกับบุคคลอื่น รวมถึงบิดามารดาได้ดูแลบุตรอย่างใกล้ชิด เกิดความรักใคร่ ผูกพัน (ชญาพัฒน์ ธรรมภาสสุวรรณ, 2554) ลดอัตราการทอดทิ้งบุตร (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2556)

มีโอกาสเรียนรู้พฤติกรรมและวิธีการดูแลบุตร ได้รับรู้ข้อมูลการรักษาจากเจ้าหน้าที่ครบถ้วน ได้แลกเปลี่ยนข้อมูล หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแผนการรักษาที่ทารกได้รับ (ปราณี ผลอนันต์, 2554) ทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษาพยาบาลที่ทารกแรกเกิดได้รับมากขึ้น มีความมั่นใจในการดูแลบุตร ความเครียดและวิตกกังวลลดลง (Colville et al., 2005; ทศนีย์ ตรีศายลักษณ์, 2542) บิดามารดาจะรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น (ณัฐพร ฉันทวรลักษณ์, 2546) และคงบทบาทของการเป็นบิดามารดา (Alves et al., 2014) รวมถึงทำให้บิดามารดามีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลากรสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น (ปาริชาติ ดำรงรักษ์, 2555) ส่งผลให้อัตราการร้องเรียนลดลง (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2556) แต่ยังพบปัญหาการมีส่วนร่วมของบิดามารดาและครอบครัวในการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตอยู่ในระดับน้อย (รัชณี นามจันทร์, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ จรัสศรี หินศิลป์ (2549) พบว่าร้อยละ 82.1 ของมารดาที่ทารกได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลนครพิงค์ มีส่วนร่วมดูแลทารกอยู่ในระดับน้อย ผลการศึกษาของ ไกรวรร กาศพันธ์ (2552) พบว่าร้อยละ 52.3 ของบิดามารดาที่ทารกได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีส่วนร่วมดูแลบุตรอยู่ในระดับน้อย และผลการศึกษาของ ชนิตา แป๊ะสกุล (2553) พบว่าร้อยละ 32 ของมารดาที่ทารกได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบว่ามีส่วนร่วมดูแลบุตรอยู่ในระดับน้อย จึงแสดงให้เห็นว่าการศึกษาที่ผ่านมายังมีข้อจำกัดในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ายังไม่มีการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิดในประเทศไทยมาก่อน การศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศเป็นการศึกษาวิจัยในเชิงปริมาณเกี่ยวกับ ผลกระทบด้านจิตใจของบิดาที่ดูแลทารกศัลยกรรม เช่น ภาวะเครียดของบิดาที่มีทารกที่มีปัญหาทางด้านศัลยกรรม (Joseph et al., 2007) และโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาและครอบครัวในการดูแลบุตรที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (ปาริชาติ ดำรงรักษ์, 2555; ดร.ณิ ท่วมเพชร, 2553) โดยเมื่อวิเคราะห์วรรณกรรม พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมนั้นเป็นการศึกษาในบริบทของทารกแรกเกิดอายุครรภ์หรือในภาพรวมที่ไม่ได้แยกเฉพาะทารกแรกเกิดด้านศัลยกรรม (ณัฐภา ปฐมอารีย์, 2552; Gephart & McGrath, 2012) ซึ่งทารกแรกเกิดด้านอายุครรภ์และศัลยกรรมมีความแตกต่างกัน ในเรื่องภาพลักษณ์ของร่างกาย เช่น การมีลำไส้ใหญ่มาเปิดที่หน้าท้อง (colostomy) ทำให้ถ่ายอุจจาระบ่อยครั้งและมีลักษณะเหลว หากดูแลไม่ดีจะมีการอักเสบรอบๆ colostomy ซึ่งทารกแรกเกิดที่มีการเจ็บป่วยทางด้านศัลยกรรม จะมีความยากลำบากในการดูแลมากกว่าด้านอายุครรภ์ (สุขวัฒน์ วัฒนาธิฐาน, 2547; นงเยาว์ สมพิทยานุรักษ์, 2553) ส่งผลให้บิดามารดาเกิดความไม่

มั่นใจในการดูแล (สุวรรณณี สุวรรณวงศ์, 2548; celegato & gancia, 2011) มองว่าเป็นความยากลำบากในการเลี้ยงดูบุตร อาจทำให้ไม่กล้าให้การช่วยเหลือหรือดูแลบุตร (ไกรวรรร กาพันธ์, 2552) ซึ่งส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร สัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาและทารกเกิดขึ้นน้อย (Fegran et al., 2008) เกิดความผูกพันที่ไม่มั่นคง และอาจส่งผลให้เกิดปัญหาพฤติกรรมของทารกในภายหลังได้ (Holditch-Davis & Miles, 2000; บุษกร พันธุมธาทฤธิ์, 2555; ญัฐิกา ปฐมอารีย์, 2552)

จากสถานการณ์รูปแบบการบริการการพยาบาลในปัจจุบัน พบว่าบิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรน้อย การเข้าใจถึงความหมาย (meaning) ต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรที่มีการเจ็บป่วยวิกฤตศาสตร์กรรม และปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามมุมมองของบิดามารดาอาจจะแตกต่างกันกับมุมมองของพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งอาจทำให้การจัดบริการการพยาบาลที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรของบิดามารดา ไม่ตรงกับความต้องการของบิดามารดา ส่งผลทำให้การจัดรูปแบบการบริการการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรนั้นไม่ประสบความสำเร็จ ซึ่งการเข้าใจถึงความหมาย และปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามมุมมองของบิดามารดาที่ได้มีประสบการณ์ตรงในการมีส่วนร่วมดูแลบุตรจึงเป็นสิ่งที่ควรค้นหา

จากเหตุผลและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยต้องการศึกษาถึงประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศาสตร์กรรมทารกแรกเกิดในเชิงปรากฏการณ์วิทยา เนื่องจากการศึกษาในเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาที่เชื่อว่ามนุษย์มีความเป็นพลวัต มีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา เพราะมนุษย์มีการรับรู้ ให้ความหมาย และแสดงพฤติกรรมตามสิ่งที่เห็นว่าเหมาะสมกับบริบท (context) ที่อาศัยอยู่ ณ เวลานั้นๆ การแสวงหาความรู้ภายใต้แนวคิดนี้จึงมุ่งที่การทำความเข้าใจพฤติกรรมมนุษย์ และข้อเท็จจริงทางสังคม โดยผู้ที่รู้ข้อเท็จจริงนั้นๆดีที่สุด คือ ผู้ที่เป็นสมาชิกของสังคมนั้นเท่านั้น ซึ่งแนวคิดนี้ให้ความสำคัญต่อความคิดความรู้สึกและอิทธิพลทางวัฒนธรรม (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2555) ดังนั้นการศึกษาถึงประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศาสตร์กรรมทารกแรกเกิด จะทำให้พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ทราบความต้องการการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรที่มีภาวะวิกฤตศาสตร์กรรม เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมให้บิดามารดามีส่วนร่วมดูแลบุตรที่มีภาวะวิกฤตศาสตร์กรรมที่ตรงตามต้องการ เพิ่มองค์ความรู้และข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการพยาบาลที่ตรงกับปัญหา และความต้องการที่แท้จริงของบิดามารดาและครอบครัว และเพื่อให้เข้าใจถึงประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศาสตร์กรรมทารกแรกเกิดที่ชัดเจนขึ้น โดยเลือกใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาการตีความของ Heidegger ในการค้นหาความหมายของการมีส่วนร่วม และอธิบายประสบการณ์ชีวิตในการมีส่วนร่วมดูแลบุตรของบิดามารดาที่มีบุตรป่วย

ทางด้านศีลยกรรม ซึ่งการมีส่วนร่วมจะมีมากน้อยอย่างไร มีรูปแบบใด ส่งผลอย่างไร ทั้งข้อมูลในด้านบวกและลบจะได้ถูกถ่ายทอดออกมาเป็นข้อความรู้จากประสบการณ์ตรงของบิดามารดา โดยการตีความร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้เกิดความเข้าใจในประสบการณ์ของบิดามารดา ในการมีส่วนร่วมดูแลบุตรที่มีการเจ็บป่วยด้านศีลยกรรมที่ชัดเจนขึ้น ซึ่งการทำวิจัยเป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กขั้นสูง (สภาการพยาบาล, 2552) อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการพยาบาลเด็ก เพื่อวางแผนการพยาบาลและส่งเสริมให้บิดามารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศีลยกรรมทารกแรกเกิด ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความหมายของการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศีลยกรรมทารกแรกเกิด ตามการรับรู้ของบิดามารดา
2. เพื่อบรรยายประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศีลยกรรมทารกแรกเกิด

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาการตีความของ Martin Heidegger (1976) เพื่อศึกษาความหมายของการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรตามการรับรู้ของบิดามารดา และบรรยายประสบการณ์การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร ผู้ให้ข้อมูลคือ บิดามารดา หรือคนใดคนหนึ่ง ที่มีประสบการณ์การมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศีลยกรรมทารกแรกเกิดอย่างน้อย 14 วัน โดยบิดาหรือมารดาที่มีความสนใจและยินดีที่จะเข้าร่วมงานวิจัย และไม่มีปัญหาทางด้านการสื่อสาร ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ตามแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง ร่วมกับการสังเกต การจดบันทึกข้อมูล และการบันทึกเสียง การเก็บข้อมูลจะหยุดเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturation) คือข้อมูลที่ได้อาจจากการสัมภาษณ์เริ่มเป็นประเด็นซ้ำๆ (ศิริพร จีรวัฒน์กุล, 2555)

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

ประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดา หมายถึง คำบอกเล่าของบิดาหรือมารดา ตามการรับรู้ถึง เหตุการณ์และเรื่องราวต่างๆ ที่ได้ประสบระหว่างการมีส่วนร่วมปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลบุตรในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด ซึ่งบิดาหรือมารดาถ่ายทอดจากประสบการณ์ตรง ทั้งด้าน เหตุการณ์ความรู้สึก และคุณค่าของประสบการณ์ที่ได้รับ

การมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร หมายถึง การกระทำของบิดาหรือมารดา ในการมีส่วนร่วม ปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลบุตรในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพ ในการพัฒนาการดูแลส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตศัลยกรรมแบบองค์รวม โดยยึดหลักครอบครัว เป็นศูนย์กลาง

2. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตศัลยกรรม และนำผลที่ได้สู่การวิจัยรูปแบบอื่นๆ ในการพัฒนาองค์ความรู้ เกี่ยวกับรูปแบบการปฏิบัติพยาบาลบิดามารดา และทารกในกลุ่มที่มีปัญหานี้ต่อไป

แนวคิดพื้นฐาน

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายความหมายของการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรตามการรับรู้ของบิดามารดา และอธิบายประสบการณ์การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาการตีความของ Heidegger ที่เน้นการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของบุคคลที่ดำเนินชีวิตอยู่ในโลกหรือสถานะหนึ่ง (being-in-the-world) โดยเชื่อว่าบุคคลจะเกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ และสามารถอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันนั้นได้จะต้องเข้าไปเรียนรู้ มีประสบการณ์ ทำความเข้าใจและตีความ โดยใช้ประสบการณ์หรือภูมิหลัง(history) ของบุคคล โดยการตีความจากภาษามาเป็นภาษาสากลที่สามารถอธิบายให้เกิดความเข้าใจได้ โดยไม่มีการทำลายหรือบิดเบือนความเข้าใจเดิม (จอณพะจง เฟื่องจาด, 2548) การศึกษาหรือการหาคำตอบเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ควรให้ความสำคัญกับธรรมชาติของสิ่งนั้นมีอยู่ตามสภาพจริง (existence) ดังนั้นการตีความเพื่อให้ได้ความหมายที่เป็นที่เข้าใจร่วมกันนั้น ต้องเชื่อมโยงระหว่างประสบการณ์เดิมหรือสภาพการณ์ของผู้วิจัย (researcher's context) กับคำสนทนาที่เป็นตัวหนังสือที่ถอดจากการสัมภาษณ์ (text) (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553) การวิเคราะห์และให้ความหมายเป็นการกระทำร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล โดยนำประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับ

ผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นเวลา 9 ปี ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม
ในการดูแลบุตรของบิดามารดา มาเป็นแนวคิดพื้นฐานของความรู้เดิม และเป็นแนวทางในการสร้าง
แนวคำถามในการสัมภาษณ์



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการบรรยายประสบการณ์ชีวิตและการให้ความหมายของบิดาหรือมารดา ในการมีส่วนร่วมดูแลทารก ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด โดยได้กำหนดหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษาตามลำดับ ดังนี้

1. หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด
2. ทารกแรกเกิดศัลยกรรมในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 การเจ็บป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมในทารกแรกเกิด
 - 2.3 ผลกระทบต่อบิดามารดาจากการมีทารกที่มีปัญหาทางศัลยกรรม
3. การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม
 - 3.1 นโยบายกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วม
 - 3.2 แนวคิดการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยวิกฤต
 - 3.3 บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม
 - 3.4 ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกที่เจ็บป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม
4. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
 - 4.1 ปรัชญาพื้นฐานของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาของ Heideggerian
 - 4.2 ระเบียบวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยาการตีความตามแนวคิดของ Heidegger
 - 4.3 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)
 - 4.4 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness)
 - 4.5 ความจำ (Recall memory)
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด

หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด (Neonatal Surgical Intensive Care Unit: NSICU) เป็นหอผู้ป่วยปิด เปิดให้เยี่ยมตั้งแต่เวลา 10.00 น. ถึง 18.00 น. จำกัดการเข้าเยี่ยม ไม่อนุญาตให้นำทารกและเด็กเข้าเยี่ยม โดยให้บิดามารดาเข้าเยี่ยมเป็นหลัก และอนุญาตให้บุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับทารกเข้าเยี่ยมได้ครั้งละ 2 คนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิดให้บริการรักษาพยาบาลทารกตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 3 เดือน ที่มีปัญหาทางด้านศัลยกรรมที่ซับซ้อน มีความพิการแต่กำเนิด มีภาวะวิกฤต จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด และมีระยะเวลานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน (Lockridge et al., 2002; รังสรรค์ นิรามิษ, 2547; Spence, 2007 ; เอื่องดอย ต้นทพงศ์, 2554; Sachdeva et al., 2010; Ramacciati & Beniamino, 2011 ; Catre et al., 2013 ; Abdalla & Karsani, 2014; Bradnock et al., 2011) ทารกจะได้รับการดูแลรักษาเฉพาะทางด้านศัลยกรรมจากแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในการดูแลอย่างใกล้ชิด (The Royal College of Surgeons of England, 2007; Gangopadhyay et al., 2008; Sachdeva et al., 2010; Ramacciati & Beniamino, 2011) เพื่อลดความพิการภาวะแทรกซ้อน และการสูญเสียชีวิตที่อาจเกิดขึ้น (Ramacciati & Beniamino, 2011)

สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยจะมีแสงสว่างตลอดเวลา เพื่อให้การทำงานสะดวกขึ้น ลักษณะการปฏิบัติงานของแพทย์ และพยาบาลมีความเร่งรีบและเคร่งเครียด เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน (อุดมญา พันธนิตย์, 2555; ชนิดา แป๊ะสกุล, 2553) ภายในหอผู้ป่วยมีอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัยจำนวนมาก (Spence, 2007; Ramacciati & Beniamino, 2011; Catre et al., 2013) อุปกรณ์เหล่านั้นแต่ละอย่างมีเสียงในขณะทำงานปกติ และมีเสียงเตือนที่ดังขึ้นเมื่อทารกมีอาการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ มีอุปกรณ์ในการช่วยหายใจ และช่วยชีวิตที่เตรียมพร้อมสำหรับใช้งานตลอดเวลา (The Royal College of Surgeons of England, 1999; Abdalla & Karsani, 2014) สิ่งเหล่านี้ทำให้บิดามารดาตื่นตระหนก ความไม่คุ้นเคยกับอุปกรณ์การแพทย์ และลักษณะของสิ่งแวดล้อมรอบหอผู้ป่วย (ชนิดา แป๊ะสกุล, 2553; Hollywood & Hollywood, 2012; ณิชฎีกา ปฐมอารีย์, 2552; สุภา หมดทุกข์ และคณะ, 2556) ทำให้บิดามารดาเกิดความหวาดกลัว เครียด และวิตกกังวล (Caplan, 2013; Lee & O'Brien, 2014) ส่งผลต่อกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดากับทารก (นฤมล ธีระรังสิกุล, 2545; บุษกร พันธุมธนาฤทธิ์, 2555) และการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (Vergara & Bigsby, 2004)

2. ทารกแรกเกิดคัดสรรในหอผู้ป่วยวิกฤตคัดสรรทารกแรกเกิด

2.1 ความหมาย

ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 28 วัน (มาลี เอื้ออำนวย, 2553; เกียรติศักดิ์ จีระแพทย์ และวิณา จีระแพทย์, 2554) หรือจนถึง 1 เดือน ภายหลังเกิดทารกจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาหลายอย่าง ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงภายนอกอย่างสมบูรณ์ เป็นช่วงชีวิตที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด (พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา, 2555)

ทารกที่มีภาวะวิกฤต หมายถึง ทารกที่มีความเสี่ยงสูงต่อความตาย และความพิการ โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์ หรือน้ำหนักแรกคลอด ซึ่งจะมีโอกาสเจ็บป่วยหรือตายมากกว่าปกติ (รัชตะวรรณ โอบาพิริยกุล, 2544) มีการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆของร่างกายบกพร่อง ต้องการการดูแลรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิด และต่อเนื่องจากทีมแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์สูงในหอผู้ป่วยวิกฤตร่วมกับความจำเป็นต้องใช้ยาและเวชภัณฑ์ ตลอดจนเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาแพงและซับซ้อน เพื่อให้มีชีวิตอยู่และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น (ดุสิต สถาวร , 2545)

ทารกแรกเกิดที่มีปัญหาทางคัดสรร หมายถึง ทารกเกิดก่อนกำหนด และทารกเกิดครบกำหนดที่มีความผิดปกติแต่กำเนิดของอวัยวะในร่างกาย (รังสรรค์ นิรามิข และคณะ, 2547; สุวรรณิ สุระเศรษฐ์, 2548) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด (Wong & Hockenberry-Eaton, 2005; Sachdeva et al., 2010 ; Gangopadhyay et al., 2008; ศักดา ภักทรภิญโญกุล, 2545) และใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิตต่างๆ ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของแพทย์และพยาบาล ในสภาพแวดล้อมที่ต้องควบคุม และเฝ้าระวังป้องกันการเกิดการติดเชื้อ (Abdalla & Karsani, 2014)

สรุปทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตทางคัดสรร คือทารกที่มีความผิดปกติหรือมีความพิการของอวัยวะในร่างกายแต่กำเนิด (เจษฎา สิงห์เวชสกุล, 2548; Gangopadhyay et al., 2008; Abdalla & Karsani, 2014) เสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิต จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด (The Royal College of Surgeons of England, 2007) และรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตคัดสรรทารกแรกเกิด โดยได้รับการดูแลจากกุมารศัลแพทย์ และทีมพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านคัดสรรอย่างใกล้ชิด (Gangopadhyay et al., 2008) ร่วมกับการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือเวชภัณฑ์ที่มีความซับซ้อนในการดูแล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น และลดอัตราตายหรือความพิการ (The Royal College of Surgeons of England, 1999)

2.2 การเจ็บป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมในทารกแรกเกิด

การเจ็บป่วยวิกฤตทางด้านศัลยกรรมในทารกแรกเกิด จัดเป็นภาวะฉุกเฉินที่มีความรุนแรง ต้องได้รับการดูแลรักษาโดยเร่งด่วน ปัญหาทางศัลยกรรมที่พบบ่อย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (รังสรรค์ นิรามิข และคณะ, 2547; เจษฎา สิงห์เวชสกุล, 2548)

2.2.1 กลุ่มที่มีภาวะอุดตันของระบบทางเดินอาหาร

ภาวะอุดตันและโรคที่พบบ่อยในระบบทางเดินอาหารของทารกแรกเกิด ประกอบด้วย 2 โรค (รังสรรค์ นิรามิข และคณะ, 2547) คือ

2.2.1.1 Congenital duodenal obstruction เป็นการอุดตันของลำไส้เล็กส่วนต้นแต่กำเนิด ทารกจะอาเจียนหลังกินนมทันที (Kaddah et al., 2006; Shahwani et al., 2013) โดยอาเจียนเป็นนมหรือน้ำสีเขียว จะพบอาการใน 24 - 48 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (รังสรรค์ นิรามิข, 2547; Gangopadhyay et al., 2008; Shahwani et al., 2013) ซึ่งเมื่อทำการถ่ายภาพรังสี จะพบเงา 2 กระเปาะ (double-bubble sign) โดยเงาขนาดใหญ่เป็นเงาในกระเพาะอาหาร ส่วนเงาขนาดเล็กจะอยู่ใน duodenum (Kilbride et al., 2009) มักพบความผิดปกติแต่กำเนิดร่วม คือ ภาวะดาวน์ซินโดรม (รังสรรค์ นิรามิข, 2547; Shahwani et al., 2013) โรคลำไส้เล็กส่วนต้นอุดตันรักษาโดยการผ่าตัด (Kaddah et al., 2006; Gangopadhyay et al., 2008) ทารกจะมีลักษณะภายนอกคือ ท้องอืดเฉพาะท้องส่วนบน มีภาวะตัวเหลืองตาเหลือง (รังสรรค์ นิรามิข, 2547) คลำได้ก้อนทางหน้าท้อง หลังผ่าตัดมีแผลผ่าตัดกลางหน้าท้อง บางรายมีลำไส้มาเปิดที่หน้าท้อง (stoma) ใกล้แผลผ่าตัด แผลอาจบวมแดง มีสารคัดหลั่ง เช่น เลือดหนอง และอาจมีการอุดตันซ้ำของลำไส้ส่วนที่ผ่าตัดได้ (Wabada et al., 2015) ทารกจะได้รับการงดน้ำและอาหารเป็นเวลานาน (Kaddah et al., 2006; Kilbride et al., 2009; Wabada et al., 2015) ทำให้มีร่างกายผอม ผิวหนังแห้ง ลอกเป็นขุย

2.2.1.2 Jejuno-ileal atresia (สุขวัฒน์ วัฒนาธิษฐาน, 2547) คือการอุดตันแต่กำเนิดของลำไส้เล็กส่วนกลาง (jejunum) และลำไส้เล็กส่วนปลาย (ileum) ทารกจะมีอาการท้องอืด อาเจียน ตอนแรกอาจมีอาการอาเจียนเป็นน้ำใสๆ ต่อมาอาเจียนจะมีน้ำดีปน ไม่ถ่ายขี้เทา หรือถ่ายขี้เทาน้อย (รังสรรค์ นิรามิข, 2547; Kimble et al., 1995; Shakya et al., 2010; Hasan et al., 2009; Sinha & Sarin, 2012 ; Sham & Singh, 2013) รักษาด้วยการผ่าตัด (Hasan et al., 2009; รังสรรค์ นิรามิข, 2547; Sham & Singh, 2013) หลังผ่าตัดอาจมีการรั่วและตีบของรอยต่อ ทารกต้องงดน้ำและอาหารนาน 2-3 สัปดาห์ เพื่อรอให้ลำไส้ส่วนที่ตัดต่อทำงานได้สมบูรณ์ ทารกจะมีลักษณะภายนอก คือ หน้าท้องอืดมาก บวมแดง มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้องที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Kimble et al., 1995; Shakya et al., 2010; Sinha & Sarin, 2012) ซึ่งสภาพของทารกที่ปรากฏจะทำให้บิดามารดาไม่กล้าสัมผัส หรือมีส่วนร่วมในการดูแลทารก

เนื่องจากกลัวแผลติดเชื้อ และกลัวว่าทารกจะได้รับบาดเจ็บปวด ทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อน หลังการผ่าตัด (Fowlie & McHaffie, 2004; Lemacks, 2013)

2.2.2 กลุ่มที่มีภาวะความผิดปกติแต่กำเนิดของผนังหน้าท้อง

ภาวะผิดปกติและโรคที่พบบ่อยของความผิดปกติแต่กำเนิดของผนังหน้าท้องในทารกแรกเกิด แบ่งเป็น 2 โรค คือ

2.2.2.1 Omphalocele เป็นความผิดปกติแต่กำเนิดของผนังหน้าท้อง ที่เกิดจากการหยุดการเจริญเติบโตของผนังหน้าท้องของตัวอ่อน (Gilchrist, 1998; Hwang & Kousseff, 2004; ทองขาว รัตนสุวรรณ, 2547; สุวรรณี สุเรศณีวงศ์, 2548; พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา, 2549) ทำให้เป็นถุงเหลืออยู่ที่ผนังหน้าท้อง และมีอวัยวะภายในท้องเข้าไปอยู่ในถุงนั้น ผนังบางมองเห็นอวัยวะภายในได้ ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 4-10 เซนติเมตร (Lockridge et al., 2002) ทารกมีลักษณะภายนอกที่ปรากฏคือ มีถุงยื่นออกมาทางหน้าท้อง ภายในถุงมีอวัยวะในช่องท้อง เช่น ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ กระเพาะอาหาร ทำให้บิดามารดาเกิดความกลัว ตกใจกับสภาพร่างกายของทารก (McNair et al., 2006) มักพบความพิการแต่กำเนิดอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น ภาวะไม่มีรูทวารแต่กำเนิด (Stoll et al., 2008; รังสรรค์ นิรามิข, 2547; สุวรรณี สุเรศณีวงศ์, 2548) หัวใจพิการแต่กำเนิด ความผิดปกติทางโครโมโซม ความผิดปกติของกระดูกไขสันหลัง และอวัยวะเพศกำกวม เป็นต้น (Hwang & Kousseff, 2004; Stoll et al., 2008) รักษาโดยการผ่าตัด หลังผ่าตัดทารกจะมีผิวหนังบริเวณหน้าท้องซีด คล้ำ บวม ท้องอืด แผลผ่าตัดมีขนาดยาวตามแนวหน้าท้องเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (McNair et al., 2006; Christison-Lagay et al., 2011) และต้องอยู่โรงพยาบาล 2-3 เดือน ทำให้ทารกและบิดามารดาต้องแยกจากกันเป็นระยะเวลานาน

2.2.2.2 Gastroschisis เป็นความผิดปกติของผนังหน้าท้องที่เกิดจากการแตกออกของผนังหน้าท้องเกือบทั้งหมดด้านขวาของสะดือ (Gilchrist, 1998; Stoll et al., 2008; รังสรรค์ นิรามิข, 2547; พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา, 2549; Hwang & Kousseff, 2004; Lockridge et al., 2002) ทารกจะมีลักษณะภายนอกที่ปรากฏคือ มีอวัยวะของระบบทางเดินอาหารทะลักออกมาอยู่นอกผนังหน้าท้อง เช่น ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ กระเพาะปัสสาวะ และกระเพาะอาหาร ในเด็กหญิงอาจมี fallopian tube ด้วย ทำให้บิดามารดาที่พบเห็นเกิดความกลัว (Fowlie & McHaffie, 2004; McNair et al., 2006; Christison-Lagay et al., 2011) เนื่องจากทารกมีสภาพร่างกายที่แตกต่างจากทารกทั่วไป รักษาโดยการผ่าตัด (Gangopadhyay et al., 2008; ทองขาว รัตนสุวรรณ, 2547) หลังผ่าตัดลำไส้จะกลับมาทำงาน ภายในเวลา 2-3 สัปดาห์ (พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา, 2549) เนื่องจากทารกจะมีภาวะ paralytic ileus เป็นเวลานาน และต้องติดตามภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น การติดเชื้อ การไม่สมดุลของสารน้ำในร่างกาย และภาวะแทรกซ้อนด้านการหายใจอย่างใกล้ชิด (Hwang & Kousseff, 2004; Bradnock et al., 2011)

2.2.3 กลุ่มที่มีภาวะฉีกฉีกของระบบทางเดินหายใจ

ภาวะฉีกฉีกของระบบทางเดินหายใจในทารกแรกเกิดที่มีปัญหาทางด้านศัลยกรรมคือ ภาวะไส้เลื่อนกะบังลมแต่กำเนิด

2.2.3.1 ภาวะไส้เลื่อนกะบังลมแต่กำเนิด (Congenital Diaphragmatic Hernia: CDH) เป็นภาวะความผิดปกติที่พบบ่อยของระบบทางเดินหายใจในทารกแรกเกิด (รังสรรค์ นิรามิข, 2547; พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2549; Lockridge et al., 2002) จะมีอวัยวะในช่องท้องเลื่อนขึ้นไปอยู่ในช่องทรวงอก โดยผ่านรูโหว่ในกะบังลม (Gilchrist, 1998; วีระ บุรณะกิจเจริญ, 2547; King & Booker, 2010) ทารกจะมีลักษณะภายนอกคือ ออกป่อง ท้องแฟบ (scaphoid abdomen) หน้าอกนูนขึ้น (prominence of the chest wall) เมื่อฟังเสียงปอดข้างที่เป็น CDH จะลดลง เสียงหัวใจได้ยินชัดในหน้าอกด้านตรงข้ามกับข้างที่มีไส้เลื่อนกะบังลม (audible heart sound at the opposite side) อาจฟังได้ยินเสียงการเคลื่อนที่ของลำไส้ในหน้าอกข้างที่เป็น CDH นั้น (audible bowel sound in the affected chest) ทารกจะมีอาการหอบ เขียว หายใจเร็ว (วีระ บุรณะกิจเจริญ, 2547; King & Booker, 2010; Reiss et al., 2010; Antonoff et al., 2011) รักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งจะทําเมื่อทารกมีอาการคงที่ (วีระ บุรณะกิจเจริญ, 2547; King & Booker, 2010) หลังผ่าตัดจะมีภาวะแทรกซ้อนที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต เช่น ภาวะปอดแตก ปอดติดเชื้อ น้ำคั่งในปอด ความดันในปอดสูง เป็นต้น ใน 12-24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดทารกมักจะมีภาวะความดันในปอดสูง ที่นำมาซึ่งการเสียชีวิตของทารก (รังสรรค์ นิรามิข, 2547; King & Booker, 2010; Reiss et al., 2010; Antonoff et al., 2011; The Royal College of Surgeons of England, 1999; Lockridge et al., 2002)

ทารกหลังผ่าตัดบางรายมีปัญหาเรื่องการหายใจ ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจน และมีผลผ่าตัดขนาดที่แตกต่างกัน บางรายแผลผ่าตัดติดเชื้อ แผลผ่าตัดบวม แดง มีเลือดซึม (Lockridge et al., 2002; Spence, 2007; Celegato & Gancia, 2011; Abdalla & Karsani, 2014) บางรายคาสาयरบายลมหรือสาคัดหลังในช่องท้องทางจุมุก (nasogastric tube) (Spence, 2007; Ramacciati & Beniamino, 2011) บางรายคาทอระบายทรวงอก (intercostal drainage)

2.3 ผลกระทบต่อบิตามารดาจากการมีทารกที่มีปัญหาทางศัลยกรรม

ทารกแรกเกิดที่มีความผิดปกติของร่างกายแต่กำเนิด และมีปัญหาทางด้านศัลยกรรม ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด ส่งผลกระทบต่อบิตามารดา ดังนี้ (รัชตะวรรณ โอพาพิริยกุล, 2544; Fowlie & McHaffie, 2004; Ramacciati & Beniamino, 2011; Browne et al., 2013)

2.3.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

การที่บิดามารดามาเยี่ยมบุตร และต้องเดินทางทุกวันในการมาเยี่ยมบุตรที่โรงพยาบาล ทำให้ร่างกายอ่อนล้า มีนงง อ่อนแรง ปวดศีรษะ รู้สึกไม่มีแรงและเหมือนตนเองเจ็บป่วย (Busse, 2013) ความเครียดจากการรับรู้ถึงการเจ็บป่วยของบุตรที่รุนแรง ทำให้กระบวนการเรียนรู้ต่างๆ และการสื่อสารของบิดามารดาลดลง (อุดมญา พันธนิษฐ์, 2555) รวมถึงการไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาล หอผู้ป่วยและสภาพของบุตรที่ปรากฏ (Rachel, 2007; สุภา หมดทุกข์ และคณะ, 2556) ส่งผลให้แบบแผนการนอนหลับ และการรับประทานอาหารของบิดามารดาเปลี่ยนแปลงไป

2.3.2 ผลกระทบด้านจิตใจ

2.3.2.1 มีภาวะช็อก (shock) เมื่อมีปัญหาที่คุกคามภาวะสุขภาพ หรือการมีชีวิตของทารก ทำให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกช็อก คิดว่าไม่ใช่เรื่องจริง ปฏิเสธเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับทารก (Fegran et al., 2008) ในกรณีที่คลอดก่อนกำหนด บิดามารดาไม่มีเวลาเตรียมตัวในการคลอด จะรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถตั้งครรถ์ได้สมบูรณ์ เป็นภาวะฉุกเฉินและห่างไกลกับภาวะสุขภาพและการรอดชีวิตของทารก ในกรณีที่คลอดทารกครบกำหนด แต่มีปัญหาสุขภาพ ทั้งๆที่ขณะตั้งครรถ์ไม่มีปัญหาแทรกซ้อน จะทำให้บิดามารดาช็อก ตกใจ ผิดหวัง และร้องไห้ (Browne & Talmi, 2005; The Royal College of Surgeons of England, 2007; Joseph et al., 2007; Fegran et al., 2008; Skene et al., 2012 ; Gephart & McGrath, 2012)

2.3.2.2 ความเศร้าโศก (anticipatory grieving) ถ้าทารกหลังคลอดมีข้อบ่งชี้ว่ามีโอกาสในการรอดชีวิตน้อย บิดามารดาจะเริ่มเศร้าโศก เสียใจ การย้ายทารกไปรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด บิดามารดาจะเริ่มมีปฏิกิริยาความเศร้าโศก รู้สึกเสียใจที่ทารกเจ็บป่วยและไม่ได้เป็นไปตามที่คาดหวัง ซึมเศร้า น้ำตาไหล บางรายวิตกกังวลสูง เพื่อหนาย โกรธ ซึ่งทำให้บิดามารดาแยกตัวจากทารก เพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญกับปัญหา (Yee & Rose, 2006; Mazer et al., 2008) ทำให้การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดามารดาและทารกเกิดขึ้นน้อย หรือไม่เกิดขึ้นเลย ส่งผลทำให้กระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างทารกกับบิดามารดาเกิดความล้มเหลว (บุษกร พันธเมธาฤทธิ์, 2555)

2.3.2.3 ความรู้สึกผิด (guilt) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นพร้อมกับความโศกเศร้าและแยกตัว บิดามารดาจะนึกถึงสาเหตุที่เป็นรูปธรรม ที่ทำให้ทารกมีความพิการ หรือเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เช่น การรับประทานอาหารไม่เพียงพอ การมีเพศสัมพันธ์ การรับประทานยาคุมกำเนิด เป็นต้น บิดามารดาจะพยายามค้นหาสาเหตุ และยอมรับว่าเป็นความผิดของตน ขณะที่บางรายไม่ยอมรับ พฤติกรรมที่แสดงถึงความรู้สึกผิดของบิดามารดา เช่น บางรายจะพูดตรงๆถึงความรู้สึกนี้ และพยายามในการหาคำตอบ บางรายซึมเศร้า ไม่สนใจ

ตัวเองและสิ่งแวดล้อม แยกตัว หมดความรู้สึกภูมิใจในตนเอง บางรายมีความวิตกกังวลสูงไม่สามารถที่จะดูแลช่วยเหลือทารกได้ ไม่สามารถเผชิญหน้ากับทารกได้ (Jackson, 2007; Browne et al., 2013; Martinez & Hernandez, 2013)

2.3.2.4 กลัว (fear) บิดามารดาไม่สามารถทำนายความเจ็บป่วยของทารกได้ อาการเจ็บป่วยของทารกที่ไม่คงที่ และความไม่ชัดเจนต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วย ของทารก ทำให้บิดามารดาเกิดความกลัว เนื่องจากกลัวว่าบุตรจะเสียชีวิต (Joseph et al., 2007; Mazer et al., 2008; Fegran et al., 2008; อุดมญา พันธินิตย์, 2555; Browne et al., 2013; Lemacks, 2013; Hollywood & Hollywood, 2012; Martinez & Hernandez, 2013)

2.3.2.5 เครียด (stress) การที่ทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด เป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดกับบิดามารดา (วิภารัตน์ สุวรรณไพบุฒินะ, 2555; Jackson, 2007; Mazer et al., 2008; Browne et al., 2013; Reynolds et al., 2013; Busse, 2013; Rachel, 2007; Joseph et al., 2007; Wise et al., 2000; McGrath, 2011; Lee & O'Brien, 2014) นอกจากนี้แล้วลักษณะของสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด ยังส่งผลให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลมากยิ่งขึ้น เนื่องจากมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย และมีจำนวนมากแตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไป (Hollywood & Hollywood, 2012; สุภา หมดทุกข์ และคณะ, 2556; ญัฐิกา ปฐมอารีย์, 2552; ชนิดา เป๊ะสกุล, 2553) ลักษณะของแพทย์และพยาบาลที่ให้การดูแลทารกอย่างใกล้ชิด มีลักษณะการปฏิบัติงานที่เร่งรีบและเคร่งเครียดในการช่วยชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน ทำให้มีการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับบิดามารดาน้อย รวมถึงสภาพของทารกที่ปรากฏทำให้บิดามารดาเกิดความเครียด (อุดมญา พันธินิตย์, 2555; Rachel, 2007; Browne et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ Joseph (Joseph et al., 2007) ที่ศึกษาความเครียดของบิดาที่บุตรรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด จำนวน 22 ราย พบว่าสาเหตุของการเกิดความเครียดมากที่สุดในบิดา คือ การเปลี่ยนแปลงบทบาทของบิดา และสภาพอาการของบุตรที่ปรากฏ เช่น ทารกมีสีผิวเปลี่ยนไปจากเดิม โดยมีสีคล้ำขึ้นหรือซีดลง ร่างกายพอม มีแผลจากการผ่าตัด และการมีลักษณะร่างกายที่ผิดปกติจากทารกทั่วไป

2.3.3 ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ

เมื่อทารกเกิดการเจ็บป่วย บิดามารดาต้องมาเฝ้าบุตรที่โรงพยาบาล ต้องหยุดงานและมีรายได้ลดลง (รุจา ภูไพบูลย์, 2543) ทำให้เกิดปัญหาการขาดรายได้ ประกอบกับค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เพิ่มขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา หรือค่าอุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ ที่อาจจะต้องเสียเพิ่มจากสิทธิบัตรการรักษา เนื่องจากความเจ็บป่วยวิกฤต จำเป็นต้องได้รับการรักษาการช่วยเหลือด้วยอุปกรณ์ และเครื่องมือที่ทันสมัย ค่ายา และค่าอุปกรณ์การแพทย์ต่าง ๆ ส่งผลให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (Hazinsaki, 1995; Carey & Burgess, 1999) การเปลี่ยนแปลงบทบาทและสัมพันธภาพ

ภายในครอบครัว จากการต้องอยู่ดูแลบุตรที่เจ็บป่วยที่โรงพยาบาล ทำให้ต้องแยกจากบุตรคนอื่นๆ ที่บ้าน หรือขาดความสนใจในคู่สมรส และสมาชิกอื่นภายในครอบครัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของบิดามารดากับบุคคลอื่นในครอบครัว

2.3.4 ผลกระทบด้านสัมพันธภาพกับบุตร

บิดามารดาที่บุตรมีความพิการแต่กำเนิด และเจ็บป่วยทางด้านศัลยกรรม เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด จะมีความวิตกกังวล สับสนในบทบาทของตนเอง (Rachel, 2007; Browne et al., 2013; Reynolds et al., 2013) การแยกจากกันของบิดามารดา และทารก การมีข้อจำกัดในการเยี่ยม หรือมีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร รวมถึงความรู้สึกทางด้านจิตใจของบิดามารดา ทำให้บิดามารดาที่มีความวิตกกังวลมากขึ้น ลังเลใจ ไม่มีความมั่นใจในการให้การดูแล หรือมีส่วนร่วมกิจกรรมการดูแลทารกร่วมกับแพทย์ พยาบาล การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาและทารกจึงเกิดขึ้นน้อย (Fegran et al., 2008) กระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันเกิดความล้มเหลว (นฤมล ชีระรังสิกุล, 2545) ทำให้เกิดความผูกพันที่ไม่มั่นคง ส่งผลให้เกิดปัญหาในการเลี้ยงดูในภายหลัง การที่บิดามารดาทำหน้าที่เลี้ยงดูเอาใจใส่ ให้ความรักกับทารกไม่เต็มที่ อาจปล่อยปละละเลยทารก หรือนำไปสู่ปัญหาการทำร้ายและทอดทิ้งทารกได้ในที่สุด และส่งผลให้เกิดปัญหาพฤติกรรมของทารกในภายหลังได้ (Holditch-Davis & Miles, 2000; บุษกร พันธุมธาทธิ, 2555; ญัฐิกา ปฐมอารีย์, 2552)

สรุปโรคที่พบบ่อยในทารกที่มีปัญหาทางด้านศัลยกรรม แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ ภาวะอุดตันของระบบทางเดินอาหาร ภาวะความผิดปกติแต่กำเนิดของผนังหน้าท้อง และภาวะฉุฉินของระบบทางเดินหายใจ ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด และรับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด ซึ่งมีอุปกรณ์ติดตามตามร่างกาย และเครื่องมือแพทย์อยู่รอบเตียงทารก เพื่อประเมินสัญญาณชีพ ติดตามอาการที่เปลี่ยนแปลง และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง สภาพร่างกายทารกที่ปรากฏ เป็นผลมาจากความพิการแต่กำเนิด ปัญหาทางศัลยกรรมและการได้รับการรักษาทางศัลยกรรม ทำให้ทารกมีภาวะวิกฤต ต้องได้รับการดูแลติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น ภาวะขาดออกซิเจน การติดเชื้อของแผลผ่าตัด การตีบหรือรั่วของบริเวณที่ผ่าตัด การเสียสมดุลของสารน้ำในร่างกาย และการทำงานของระบบทางเดินอาหารบกพร่อง เป็นต้น ส่งผลให้ทารกต้องอยู่ในโรงพยาบาลที่นานขึ้น ทำให้บิดามารดา มีความเครียด วิตกกังวล (Rachel, 2007; Joseph et al., 2007; McGrath, 2011; Reynolds et al., 2013; Busse, 2013) กลัวว่าบุตรจะมีอาการรุนแรง และเสียชีวิต จึงไม่กล้าสัมผัสหรือมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร และมองว่าการเจ็บป่วยทางศัลยกรรมมีความยากในการดูแล (Peetsold, 2009) ทารกศัลยกรรมจะมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนาน (Joseph et al., 2007; Bradnock et al., 2011; Catre et al., 2013 ; Abdalla & Karsani, 2014) ส่งผลให้ทารกและบิดามารดาแยก

จากกันเป็นระยะเวลานาน ทำให้การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดามารดาและทารกเกิดขึ้นน้อย (Mazer et al., 2008; Lemacks, 2013; Peetsold, 2009) ซึ่งผลกระทบเหล่านี้ทำให้กระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารกไม่สามารถพัฒนาและเกิดขึ้นได้ นั่นคือเกิดความล้มเหลวของการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก (บุษกร พันธุมธาทุณี, 2555; Browne & Talmi, 2005) ส่งผลให้เกิดปัญหาการเลี้ยงดูของบิดามารดาต่อทารก และปัญหาพฤติกรรมของบุตรในภายหลังได้

3. การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม

3.1 นโยบายกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วม

การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลบุตร ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) โดยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม มีเป้าหมายในการเสริมสร้างสุขภาพของคนไทยให้แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ และเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) ซึ่งเป็นปรัชญาและรูปแบบการให้บริการสุขภาพที่สนับสนุนความเข้มแข็งของครอบครัว (รัชนี้ นามจันทร์, 2552; Bennett & Sheridan, 2005; ทศนี ประสพกิตติคุณ, 2555) รูปแบบการให้บริการสุขภาพนี้ จะส่งเสริมให้ครอบครัวเข้าร่วมในการวางแผน และให้การดูแลผู้ป่วยมากขึ้น (Franck & Caller, 2004; สุภารัตน์ ไวยชีตา และคณะ, 2545; ปาริชาติ ดำรงรักษ์, 2555; American Academy of Pediatrics, 2012; Gephart & McGrath, 2012; Frost et al., 2010; Johnson et al., 2009) เป็นรูปแบบการดูแลที่ตระหนักถึงความสำคัญของความคิดเห็นของผู้ป่วยและครอบครัว โดยนำความคิดเห็นของครอบครัวมาร่วมวางแผนในการให้การดูแล และประเมินผลสุขภาพตลอดจนพัฒนาคุณภาพ และความปลอดภัยในการให้บริการสุขภาพ ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของการเป็นหุ้นส่วนที่รับผลประโยชน์ร่วมกัน ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ (รัชนี้ นามจันทร์, 2552; Cooper et al., 2007) ทำให้ครอบครัวเกิดการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการให้การดูแลผู้ป่วยได้ ลักษณะของการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางเช่นนี้ยังส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการดูแล รวมถึงทำให้เกิดความไว้วางใจและความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย ช่วยลดระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพิ่มระดับความผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก ทำให้ภาวะสุขภาพของทารกแรกเกิดวิกฤตดีขึ้น (Cooper et al., 2007; ปาริชาติ ดำรงรักษ์, 2555)

3.2 แนวคิดการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยวิกฤต

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตทางศัลยกรรม พบว่าลักษณะของกิจกรรมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤต ประกอบด้วยกิจกรรม 3 ด้าน ดังนี้

3.2.1 การมีส่วนร่วมในด้านกิจกรรมที่ทำประจำ คือ การที่บิดามารดาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมที่ทำประจำ ในเรื่องการอยู่กับทารกแรกเกิดวิกฤต ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลช่วยเหลือทารกแรกเกิดวิกฤต ขณะอยู่ในโรงพยาบาล (Stull & Deatrck, 1986; Callery & Smith, 1991; Bruns & McColum, 2002; Franck & Caller, 2004; Johnson et al., 2009; Gephart & McGrath, 2012)

3.2.2 การมีส่วนร่วมในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล คือ การที่บิดามารดาได้มีโอกาสให้ หรือรับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการดูแลรักษาพยาบาลของทารกแรกเกิดวิกฤต ร่วมกับแพทย์ และพยาบาล การได้รับการอธิบายเกี่ยวกับแผนของการรักษาทารกแรกเกิดวิกฤต และการได้รับการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของทารกแรกเกิดวิกฤต ตามความเป็นจริง (Stull & Deatrck, 1986; Callery & Smith, 1991; Bruns & McColum, 2002; Gephart & McGrath, 2012)

3.2.3 การมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจ คือ การที่บิดามารดาได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านการตัดสินใจในการดูแลรักษา การทำหัตถการของทารกแรกเกิดวิกฤต ร่วมกับทีมแพทย์ และพยาบาลก่อนที่ทารกแรกเกิดวิกฤตจะได้รับกิจกรรมเหล่านั้น (Stull & Deatrck, 1986; Callery & Smith, 1991; Franck & Caller, 2004; Johnson et al., 2009; Gephart & McGrath, 2012;)

3.3 บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม

บิดามารดาเป็นผู้ที่มีความสำคัญต่อพัฒนาการทางด้านสุขภาพ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจของทารก เมื่อทารกมีการเจ็บป่วยวิกฤตโดยเฉพาะทางด้านศัลยกรรม ส่วนใหญ่จะมีลักษณะผิปกติจากทารกทั่วไป ต้องรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดการแยกจากระหว่างทารกกับบิดามารดา ซึ่งมีผลขัดขวางกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก (bonding) (บุษกร พันธุมธาฤทธิ, 2555) บิดามารดาจะรู้สึกผิดหวัง (Skene et al., 2012) รู้สึกผิดที่เป็นสาเหตุทำให้ทารกมีความพิการ เครียด วิตกกังวล (Browne et al., 2013; Reynolds et al., 2013; Busse, 2013) จากการที่มีบุตรที่มีลักษณะร่างกายที่ผิปกติจากทารกทั่วไป และการเรียนรู้และรับบทบาทของการเป็นบิดามารดาในการดูแลทารกที่ป่วย ที่ต้องเข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาล เพราะฉะนั้นพยาบาลจึงต้องส่งเสริมให้บิดามารดามีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตที่มีปัญหาด้านศัลยกรรม ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีบทบาทดังต่อไปนี้

3.3.1 เป็นผู้ให้ความรู้ คำแนะนำและข้อมูลต่างๆ (Health educator) โดยให้ความรู้เกี่ยวกับทารกแรกเกิดวิกฤต การสอนวิธีการดูแลเกี่ยวกับทารกแรกเกิดวิกฤต (Hurst, 2002; Franck et al., 2002) โดยกิจกรรมที่ต้องสอนบิดามารดาขณะที่ทารกได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย การเปลี่ยนผ้าอ้อมหลังการขับถ่าย การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย การเช็ดตัว การนวดสัมผัส โดยพยาบาลสอนให้ทำกิจกรรมนั้นๆจริงในขณะที่บิดาหรือมารดามาเยี่ยมทารก เพื่อให้บิดามารดามีทักษะในการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤต เข้าใจวิธีการดูแลที่ถูกต้อง สามารถดูแลทารกได้อย่างมั่นใจและถูกต้องได้อย่างต่อเนื่องเมื่อทารกกลับไปอยู่ที่บ้าน (Russell et al., 2014; Nyqvist & Engvall, 2009; McGrath, 2011)

3.3.2 เป็นผู้ส่งเสริมความรักและความผูกพัน โดยพยาบาลส่งเสริมให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดากับทารกแรกเกิดวิกฤต (Franck et al., 2002; Russell, 2014; Nyqvist & Engvall, 2009) ซึ่งกิจกรรมในการส่งเสริมความรักและความผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารกแรกเกิดวิกฤต ประกอบด้วย การส่งเสริมการมาเยี่ยมทารกขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลทุกวัน การส่งเสริมการบิบบเก็บนมไว้ให้บุตร การส่งเสริมการสัมผัส การพูดคุยกับทารก การอุ้ม และการกอดในขณะที่มาเยี่ยมทารก เนื่องจากการสัมผัสที่อ่อนโยนของบิดามารดา การไต่กลิ่นตัวบิดามารดา และการที่ทารกแรกเกิดวิกฤตได้ยินเสียงพูดคุยที่ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และนุ่มนวลของบิดามารดา ทำให้ทารกคุ้นเคย รับรู้ และเกิดความผูกพันกับบิดามารดา การได้รับการตอบสนองจากบิดามารดาที่สม่ำเสมอและทันทีจากบิดาหรือมารดาที่มาเยี่ยมทุกวันอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ทารกเกิดความผูกพันและไว้วางใจบิดามารดา ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดความผูกพันระหว่างทารกกับบิดาหรือมารดาที่มั่นคงต่อไป (บุษกร พันธุมธาฤทธิ์, 2555)

3.3.3 เป็นผู้ประสานงาน (Coordinator) ในการดำเนินงานพยาบาลต้องทำหน้าที่ร่วมกับทีมสุขภาพ โดยทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานในเรื่องการสื่อสาร การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบิดามารดา ร่วมกับแพทย์ (Hurst, 2002; Franck et al., 2002; Russell, 2014; The Royal College of Surgeons of England, 1999; Nyqvist & Engvall, 2009) โดยพยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมให้บิดามารดามีส่วนร่วมได้รับรู้ข้อมูลการรักษาของทารก การพยาบาลเกี่ยวกับทารกแรกเกิดวิกฤตที่เป็นจริงครบถ้วนจากแพทย์เจ้าของไข้ในแต่ละวัน เพื่อร่วมกันวางแผนการให้การดูแลทารกร่วมกันระหว่างทีมแพทย์ พยาบาล และหากบิดามารดามีข้อสงสัยในการรักษาหรือการตรวจพิเศษต่างๆ บิดามารดาสามารถสอบถามข้อมูลได้โดยตรงกับแพทย์และพยาบาล ดังนั้นพยาบาลต้องเป็นผู้ประสานงานทั้งภายในทีมสุขภาพ รวมทั้งระหว่างทีมสุขภาพ ญาติ หรือผู้ดูแลและสมาชิกอื่นในครอบครัว เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยทารกแรกเกิดให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

3.3.4 เป็นผู้สนับสนุน (Supporter) โดยพยาบาลสนับสนุนให้บิดามารดาได้มีส่วนร่วมในด้านต่างๆ เช่น ด้านการตัดสินใจ (Franck et al., 2002) เปิดโอกาสให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เกี่ยวกับขั้นตอนการทำการรักษา การดูแลให้การพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต แผนการรักษาพยาบาลทารก การยินยอมก่อนทำการรักษาและให้การพยาบาลในกิจกรรมต่างๆ เปิดโอกาสให้บิดามารดาแสดงความคิดเห็นและรับฟังความคิดเห็น พร้อมทั้งเคารพในการตัดสินใจของบิดามารดาที่ไม่ขัดแย้งกับแผนการรักษาของทีมแพทย์ผู้ทำการรักษา

3.3.5 เป็นผู้รักษาผลประโยชน์หรือสิทธิของทารกผู้รับบริการ (Client Advocate) พยาบาลจะต้องเป็นผู้พิทักษ์สิทธิของทารกแรกเกิด เพื่อให้ทารกแรกเกิดได้รับประโยชน์สูงสุด ส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดี การค้นหาข้อมูล (The Royal College of Surgeons of England, 1999) เพิ่มเติมความรู้ และทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา และการให้การพยาบาลแก่ทารกที่ถูกต้อง และได้มาตรฐานตามวิชาชีพ รวมทั้งการค้นคว้าหาข้อมูลวิจัยที่เหมาะสมกับการให้การดูแลรักษาพยาบาลที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยค้นหาข้อมูลจากแหล่งความรู้ต่างๆ เช่น อินเทอร์เน็ต ห้องสมุด งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศบทความต่างๆ เพื่อให้การพยาบาลที่มีความเหมาะสมและเป็นประโยชน์สูงสุดกับทารก

สรุปพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้บิดามารดามีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตคัดลยกรรม ขณะเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกวิกฤตคัดลยกรรมทารกแรกเกิดคือ เป็นผู้ให้ความรู้ เป็นผู้ส่งเสริมให้ความรักและความผูกพัน เป็นผู้ประสานงาน เป็นผู้สนับสนุน และเป็นผู้รักษาผลประโยชน์หรือสิทธิของทารกผู้รับบริการ และวางแผนการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตคัดลยกรรมร่วมกับทีมแพทย์และบิดามารดาทารก ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ประกอบด้วย การประเมิน วิเคราะห์ปัญหา วางแผนการ ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และประเมินผลการพยาบาล โดยให้ความสำคัญกับ แนวคิดการดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-Centered Care) มุ่งเสริมสร้างมุมมองหรือทัศนคติของความเป็นหุ้นส่วนร่วมกันระหว่างบิดามารดาและครอบครัวกับบุคลากรสุขภาพ และตั้งศักยภาพเพิ่มความเข้มแข็ง หรือความสามารถในการพึ่งตนเองทางในการดูแลสุขภาพของบิดามารดาและสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สามารถดูแลทารกได้อย่างถูกต้องเมื่อทารกได้รับการอนุญาตให้กลับบ้าน เพราะบิดามารดามีบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักที่จะต้องดูแลและให้ความรักทารก

3.4 ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกที่เจ็บป่วยวิกฤตทางคัดลยกรรม

การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารก ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด มีประโยชน์ต่อบิดามารดาและทารก กล่าวคือ บิดามารดาได้ใกล้ชิดกับบุตรมากขึ้น มีโอกาสเรียนรู้วิธีการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤต ตอบสนองความต้องการพื้นฐานของทารกได้ขณะ

เยี่ยมทารก (Lockridge et al., 2002; Johnson et al., 2009; Hopwood, 2010; Frost et al., 2010) ทำให้บิดามารดาที่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤต (สุวรรณณี สุรเศรณีวงศ์, 2548; Celegato & Gancia, 2011; Gephart & McGrath, 2012) และสามารถให้การดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตได้ถูกต้องเมื่อทารกกลับไปอยู่บ้าน ส่งผลให้บิดามารดาและทารกมีความรักใคร่ ผูกพันกันมากยิ่งขึ้น (นฤมล ชีระรังสิกุล, 2545; รัชตะวรรณ โอพาพิริยะกุล, 2544; Gephart & McGrath, 2012) บิดามารดาที่มีความเครียดและวิตกกังวลลดลง (Bennett, 2005; Cooper et al., 2007) รู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลบุตร และคงบทบาทของการเป็นบิดามารดา (กมลเนตร ใฝ่ชำนาญ, 2546; ณัฐพร ฉันทวรลักษณ์, 2546)

ทารกแรกเกิดวิกฤตได้รับการดูแลจากบิดามารดาอย่างใกล้ชิด จากการที่บิดามารดาได้มีส่วนร่วมปฏิบัติกิจกรรมการดูแลร่วมกับแพทย์ และพยาบาล เช่น การสัมผัส การกอด การอุ้ม พุดคุยกับบุตร การให้นมหรือบิบเก็บน้ำนมให้บุตร และการทำความสะอาดหลังการขับถ่าย เป็นต้น ทารกแรกเกิดวิกฤตได้รับนมแม่อย่างต่อเนื่องทำให้อาการดีขึ้น พ้นหายจากการเจ็บป่วยเร็ว (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2556) และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลสั้นลง (American Academy of Pediatrics, 2012; Martinez & Hernandez, 2014) การได้รับการสัมผัสที่อ่อนโยน อบอุ่น อย่างสม่ำเสมอ และการตอบสนองที่ทันท่วงทีจากบิดามารดา ทำให้ทารกพัฒนาความไว้วางใจกับบิดามารดา (McGrath, 2011) เกิดความผูกพันกับบิดามารดามากขึ้น สอดคล้องกับ การศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมความผูกพันของบิดามารดาต่อทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด ของ Hopwood (2010) พบว่าการให้บิดามารดาได้สัมผัสทารกแรกเกิดวิกฤต ในขณะที่เข้าเยี่ยมอย่างนุ่มนวล การอุ้ม การมองตา การพุดคุยกับทารก รวมทั้งให้บิดามารดาได้เรียนรู้วิธีการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤต ทำให้ความผูกพันระหว่างมารดากับทารกมากขึ้น และการศึกษาของ Axelin (2010) พบว่าการส่งเสริมให้บิดามารดาอุ้ม โอบกอดทารกแรกเกิดวิกฤต สัมผัสเบาๆที่มีมือทารก เมื่อทารกได้รับการทำหัตถการที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด พบว่าทารกมีระดับความปวดลดลง

4. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) มาจากภาษากรีกว่า Phenomenon หมายถึง การปรากฏขึ้น (appearance) และคำว่า Logos ที่หมายถึง การพิจารณาที่มีเหตุผล มีรากฐานมาจากการศึกษาทางปรัชญา ต่อมาได้นำมาใช้ในการวิจัยทางสังคมศาสตร์และจิตวิทยา กระบวนทัศน์ทางปรากฏการณ์วิทยา มุ่งให้ความสนใจเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ (อัญญา ปลดเปลื้อง, 2556; Holloway & Wheeler, 2010) เป็นการศึกษาปรากฏการณ์ให้ความหมายจากประสบการณ์ตามสถานการณ์ที่เป็นจริง และตามการรับรู้ของผู้ที่อยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ ตามสภาพ

ความเป็นธรรมชาติและความเป็นจริงของปรากฏการณ์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงบริบทของปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง (Koch , 1995) โดยผู้ที่รู้ข้อเท็จจริงนั้นๆ ได้ดีที่สุด คือผู้ที่อยู่ในสถานการณ์นั้นๆ หรือผู้ที่เป็นสมาชิกในสังคมเท่านั้น ดังนั้นการแสวงหาความรู้ภายใต้แนวคิดนี้ จึงให้ความสำคัญต่อความคิด ความรู้สึก และอิทธิพลทางสังคม วัฒนธรรม (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2555; Holloway & Wheeler, 2010) แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา สามารถแบ่งออกเป็น 3 แนวทาง คือ

1. ปรากฏการณ์วิทยาแนวอูตรวิสัย (Transcendental Phenomenology) เป็นการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดของ ฮูเซิร์ล (Edmund Husserl) ที่มุ่งพรรณนาและเข้าถึงโครงสร้างของการสำนึก (consciousness) เป็นสำคัญ แนวคิด Husserlian Phenomenology เป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอิสระในเรื่องที่ต้องการศึกษาประกอบด้วย 5 หลักสำคัญ คือ มุ่งพรรณนาความหมายที่สร้างขึ้นมาจากจิตสำนึก ผู้ศึกษาตามแนวคิดนี้ต้องไม่มีอคติ และไม่มีความเอนเอียงในเรื่องที่ศึกษา โดยขจัดความคิดเห็นของตนเองออกจากสิ่งที่ตนเองกำลังศึกษา (bracketing) เน้นที่จุดมุ่งหมาย (intentionality) และสาระสำคัญ (essences) ของการรับรู้ของบุคคล มีความเชื่อว่ามนุษย์จะเข้าใจในสิ่งที่ประสบได้ด้วยการรับรู้ เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ได้อย่างบริสุทธิ์และความจริงที่เป็นสากล (universal truths) ของผู้ประสบในเรื่องเดียวกันร่วมกัน (Wojnar & Swanson, 2007)

2. ปรากฏการณ์วิทยาแนวอัตถิภาวะ (Existential Phenomenology) ตามแนวคิดของ Maurice Merleau-Ponty และ Jean-Paul Satre ที่ว่าการดำรงอยู่ในโลกของบุคคลมีอิทธิพลต่อบุคคลนั้นๆ มุ่งวิเคราะห์ภาวะที่มีที่เป็น (existence) ของบุคคลและสิ่งต่างๆ โดยเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลส่งผลต่อการดำรงอยู่ในโลกด้วย การใช้ชีวิตในปัจจุบันเป็นผลมาจากภูมิหลังและประสบการณ์เดิมของแต่ละคน (historical person)

3. ปรากฏการณ์วิทยาแนวอรรถปริวรรต (Hermeneutic Phenomenology) ตามแนวคิดของ Heidegger โดยได้พัฒนาแนวคิดการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเป็นปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic Phenomenology or Interpretive Phenomenology) ที่เน้นการตีความหมายของประสบการณ์ของบุคคลเป็นหลัก โดยมีมุมมองขัดแย้งกับ Husserl ในเรื่องของการแยกตัวเองออกจากเรื่องที่ศึกษา โดยเชื่อว่าสิ่งที่เป็นอยู่ (being) เวลา (timing) มีความหมายในตนเอง (meaning) ซึ่งสามารถตีความหมายได้ และภาษามีความสำคัญมากในการตีความ ซึ่งผู้ศึกษาต้องมีความเข้าใจในสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้น ๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่สามารถแยกตนออกจากการศึกษาได้ (จอณณะจง เพ็งจาด, 2548; ชาย โพธิสिता, 2554)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic phenomenology) ตามแนวคิดของ Heidegger เพื่อศึกษาความหมายของการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรตามการรับรู้ของบิดามารดา และบรรยายประสบการณ์การมีส่วนร่วมของ

บิดามารดาในการดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงวิธีการศึกษา ผู้วิจัยขอเสนอการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Heidegger ดังต่อไปนี้

4.1 ปรัชญาพื้นฐานของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาของ Heideggerian

Martin Heidegger (1889-1976) เป็นนักปรัชญาที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้นำในการพัฒนาปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาในยุค (German movement) เป็นศิษย์เอกของ Edmund Husserl (1857-1938) เป็นผู้ที่ได้รับการยกย่องให้เป็นผู้สร้างแนวคิดเกี่ยวกับ phenomenology ปรัชญาปรากฏการณ์วิทยา ตามแนวคิดของ Heidegger เชื่อว่าการที่บุคคล จะเกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ต่างๆ และสามารถอธิบายหรือสิ่งที่เกิดขึ้น (ordinary or common) ในชีวิตประจำวัน ได้นั้น บุคคลต้องเข้าไปเรียนรู้ มีประสบการณ์ ทำความเข้าใจ และตีความ โดยใช้ประสบการณ์ หรือภูมิหลัง (history) ของบุคคล ซึ่งประกอบด้วยวัฒนธรรม ประสบการณ์ชีวิต และการใช้ภาษา ดังนั้นการที่บุคคลจะแยกภูมิหลังหรือที่ Husserl เรียกว่า การจัดกรอบความคิด (bracketing) ไม่อาจเกิดขึ้นได้จริง หรือเป็นเรื่องยากที่จะทำให้เกิดขึ้นได้ (Wojnar & Swanson, 2007)

Martin Heidegger ได้รับอิทธิพลจากแนวคิด construtivist-interpretive paradigm ที่มีความเชื่อว่าความรู้อยู่ที่ประสบการณ์ (knowledge embedded in experience) การตีความ (interpretation) ต้องคำนึงถึงบริบท (context) ของประสบการณ์นั้นๆ ภูมิหลังของบุคคล (history) และสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมนุษย์ (Annells, 1996; Allen, Dikelman, & Benner, 1994; Wojnar & Swanson, 2007) ดังนั้น Heidegger จึงมีความเชื่อว่าบุคคลไม่สามารถที่จะจัดกรอบแนวคิด ความเชื่อ และทัศนคติของตนเองได้ และในบางครั้งการรับรู้ของบุคคลก็ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างมีสติ (consciousness) การศึกษาหรือการหาคำตอบเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ควรให้ความสำคัญกับธรรมชาติของสิ่งนั้นที่มีอยู่ตามสภาพจริง (existence) (Holloway & Wheeler, 2010)

การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Heidegger หมายถึงการศึกษาเพื่อค้นหาความหมายของปรากฏการณ์ในหลายๆด้านๆ โดยการตีความจากภาษาที่ใช้ในชีวิตประจำวัน มาเป็นภาษาที่เป็นสากลที่สามารถอธิบายให้เกิดความเข้าใจ โดยไม่มีการบิดเบือนหรือทำลายความหมายเดิม การดำเนินชีวิตของบุคคลประกอบด้วย 3 ส่วน คือ การที่บุคคลพบกับประสบการณ์นั้นๆ (attunement) การเกิดประสบการณ์ (articulation) การเกิดเป้าหมาย (goal) ในการดำเนินชีวิต โดยการดำเนินชีวิต (being) ของบุคคลเกิดขึ้นในแต่ละสถานการณ์จะมีความสัมพันธ์กับเวลา (being in time) ที่เป็นอดีต ปัจจุบัน และอนาคต และช่วงเวลานี้มีความสำคัญในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของบุคคล เพราะฉะนั้นช่วงเวลาในการแปลความประสบการณ์ชีวิตของบุคคลต้องมีการระบุให้ชัดเจน (Holloway & Wheeler, 2010)

นอกจากนี้แล้วในส่วนของวงเวียนแห่งการตีความ หรือ Hermeneutic circle นี้ Moran (2000) กล่าวว่า การอธิบายของ Heidegger ว่า การที่มนุษย์ศึกษาปรากฏการณ์ที่สนใจ แสดงว่ามนุษย์มีการสันนิษฐานและมีการตัดสินใจไว้ล่วงหน้าแล้วกับสิ่งที่คาดว่าจะค้นพบ และเรียกสิ่งนี้ว่า “เป็นวงเวียน” (Being circular) ซึ่งหมายถึงการหาความสัมพันธ์กลับไปกลับมาระหว่างสิ่งที่รู้แล้ว กับสิ่งที่ได้รู้ใหม่ (Relatedness backward or forward) เพราะการตั้งคำถามของมนุษย์มาจากข้อสงสัยที่เกิดขึ้นในใจของมนุษย์ เพื่อหาคำตอบที่ตนสันนิษฐานไว้ล่วงหน้าหรืออาจจะได้คำตอบที่ต่างจากที่สันนิษฐานไว้ก็ได้ การสันนิษฐานก็คือการมองไว้ก่อนแล้ว (A look at it beforehand) (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553)

Heidegger เน้นศึกษาประสบการณ์ชีวิตของบุคคลที่ดำเนินชีวิตอยู่ในโลกหรือสภาวะการหนึ่ง (being-in the world) การที่บุคคลเกิดประสบการณ์และให้ความหมายของประสบการณ์นั้นได้ ต้องประกอบด้วยการผสมผสานระหว่างประสบการณ์เดิมของบุคคล และประสบการณ์ใหม่ (embodiment) ในการทำความเข้าใจและให้ความหมาย โดยอาศัยประสบการณ์เดิม วัฒนธรรม หรือภูมิหลัง (background meaning) บุคคลเข้ามาในบริบทหรือสภาพการณ์นั้น (context) เพราะความสนใจ หรือมีสิ่งจูงใจ (concern or motivation) การที่บุคคลจะสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสถานการณ์หนึ่งๆ ได้นั้น บุคคลต้องอาศัยประสบการณ์หรือทักษะชีวิตที่มีอยู่ ซึ่ง Heidegger เปรียบเหมือนเครื่องมือที่บุคคลต้องใช้ในการดำเนินชีวิต ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ 1) ทักษะที่มีอยู่แล้วและเพียงพอ (ready-to-hand) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเข้าไปอยู่ในสถานการณ์นั้น มีประสบการณ์ และมีทักษะที่ตรงกับประสบการณ์นั้น และบุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้เป็นอย่างดี 2) ทักษะที่ยังไม่มี (unready-to-hand) เป็นภาวะที่บุคคลไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติในสถานการณ์นั้นได้ อาจเนื่องมาจากขาดความรู้ความสามารถ 3) ทักษะที่ไม่เพียงพอ (present-at-hand) ภาวะที่บุคคลอยู่ภายนอกสถานการณ์นั้นและเป็นผู้สังเกต บุคคลยังขาดประสบการณ์ตรงและประสบการณ์ที่มีอยู่ไม่เพียงพอในการดำเนินชีวิตในสถานการณ์นั้นได้

ข้อตกลงที่สำคัญของการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Heidegger นั้น plager (1994) ได้สรุปข้อตกลงไว้ดังนี้

1. มนุษย์เป็นสิ่งที่มีความชีวิตที่มีสังคม และใช้ภาษาในการดำเนินชีวิตประจำวัน
2. การที่บุคคลจะเกิดความเข้าใจต่อเหตุการณ์หนึ่งๆ ได้นั้น บุคคลต้องใช้ประสบการณ์เดิมของตนเองที่เกิดขึ้นจากการดำเนินชีวิตในชุมชน สังคม ภาษา วัฒนธรรม การมีทักษะและการมีกิจกรรมร่วมกัน
3. บุคคลอยู่ในวงจรของการตีความ เพื่อให้เกิดความเข้าใจหมายถึง เมื่อบุคคลพบกับเหตุการณ์หนึ่งๆ บุคคลทำความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้น โดยใช้ประสบการณ์เดิมของตนเองตีความและให้ความหมายกับเหตุการณ์นั้นๆ

4. การตีความจะเกิดขึ้นได้ต้องมีความเข้าใจที่มีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 อย่าง คือ ประสบการณ์จากภูมิลัษณ์ มุมมอง และความคาดหวัง

5. การตีความเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์ภาพระหว่างการสนทนาของผู้ตีความ และ ผู้ให้ข้อมูล ซึ่งหมายถึงการมีสัมพันธ์แบบไว้วางใจ จะทำให้ได้ข้อมูลที่เกิดจากการสนทนาที่น่าเชื่อถือ และมีการตีความเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด

4.2 ระเบียบวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยาการตีความตามแนวคิดของ Heidegger

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาให้ความสำคัญกับการค้นหาความรู้จากประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ ปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger เป็นการศึกษาเพื่อต้องการอธิบายการดำเนินชีวิตของบุคคลในสถานะหนึ่ง (being) และทำให้สภาพของการดำเนินชีวิตนั้นปรากฏออกมา ระเบียบวิธีวิจัยนี้ถูกเรียกว่า ปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic และ Interpretive Phenomenology) ระเบียบวิธีการวิจัยนี้ เน้นที่การวิเคราะห์ตัวหนังสือ (text) ที่ได้จากการถอดความจากการสัมภาษณ์ในระหว่างการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์เพื่อให้ความหมายต้องผ่านการอ่าน ทบทวนและกระบวนการตีความ (interpretation) ในการตีความนั้นจะต้องตีความภายใต้สภาพการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่เหตุการณ์นั้นๆเกิดขึ้น การตีความเพื่อให้ได้ความหมายที่เป็นที่เข้าใจร่วมกันนั้น (Wojnar & Swanson, 2007) ต้องเกิดการเชื่อมโยงระหว่างประสบการณ์เดิมหรือสภาพการณ์ของผู้วิจัย (Researcher's context) กับคำสนทนาที่เป็นตัวหนังสือที่ถอดความจากการสัมภาษณ์ (text) จากนั้นผู้วิจัยมีหน้าที่ในการนำเสนอการตีความอย่างเป็นธรรมชาติมากที่สุด เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจต่อผู้สนใจหรือต่อสังคม (Benner, 1994) ในที่นี้จะกล่าวถึงระเบียบวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

4.2.1 คำถามการวิจัย

Van manen (1990) ได้เสนอแนะว่าคำถามของปรากฏการณ์วิทยาที่แท้จริงคือ ความเป็นไปได้ที่จะทำให้ปรากฏการณ์นั้นมีความชัดเจน และมีความเข้าใจมากขึ้น โดยหาคำตอบว่าปรากฏการณ์นั้นคล้ายกับอะไร และลักษณะธรรมชาติของประสบการณ์นั้นเป็นอย่างไร การตั้งคำถามการวิจัยในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ควรมีความจำเพาะเพื่อชี้แนะแนวทางในการค้นหาคำตอบ

4.2.2 ผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยปรากฏการณ์วิทยา ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญกับคุณภาพของข้อมูลมากกว่าจำนวนของผู้ให้ข้อมูล การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลต้องมีความเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) กล่าวคือผู้ให้ข้อมูลจะต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในเรื่องที่ศึกษา และต้องเป็นผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย ซึ่งจะทำให้นักวิจัยสามารถเสนอข้อมูลการวิจัยได้อย่างครบถ้วน ลุ่มลึก

ในประสบการณ์ บุคคลที่มีประสบการณ์ตรงในปรากฏการณ์ที่สนใจถือว่าเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ดีที่สุด (Benner, 1994; Holloway & Wheeler, 2010; จอนพะจง เฟ็งจาด, 2548; อารียวรรณ อ่วมตานี, 2553)

4.2.3 ข้อมูล

ระเบียบวิธีการวิจัยนี้ให้ความสำคัญกับ คำบอกเล่าของบุคคลที่เกี่ยวกับ ประสบการณ์ชีวิต แต่การจะทำให้เกิดความเข้าใจในประสบการณ์ชีวิตได้มากขึ้นนั้น คำบอกเล่าควร ประกอบไปด้วยบริบท หมายถึง ข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงเหตุการณ์ สภาพแวดล้อม หรือพฤติกรรม การแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องในขณะที่บุคคลเกิดประสบการณ์ชีวิต

4.2.4 บทบาทของผู้วิจัย

ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยถือเป็นเครื่องมือในการทำวิจัย ซึ่งส่งผลถึง ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย ผู้วิจัยมีหน้าที่สร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ในการเปิดเผยประสบการณ์ชีวิต และเพื่อการทำความเข้าใจในการให้ความหมายของผู้ให้ข้อมูลต่อ ประสบการณ์ชีวิตนั้น โดยผู้วิจัยยอมรับว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่ศึกษา ผู้วิจัยมี หน้าที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์นั้นกับผู้วิจัย โดยผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลร่วมกันใน การตีความ ทำความเข้าใจหรือให้ความหมายต่อประสบการณ์นั้น เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจต่อ ประสบการณ์นั้น

4.2.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้นขั้นตอนที่สำคัญขั้นหนึ่งที่จะทำให้ผลการวิจัย เป็นที่ยอมรับจากผู้อื่นก็คือ การเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลมีอยู่ 4 วิธีดังนี้ (อารียวรรณ อ่วมตานี, 2553) 1) การสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นประเภทหนึ่งของการสัมภาษณ์แบบไม่เป็น ทางการ (informal interview) ซึ่งมีลักษณะคล้ายๆกับการพูดคุยสนทนาอย่างไม่มีพิธีรีตอง การ ดำเนินการสัมภาษณ์เป็นเพียงแนวทางกว้างๆ และเพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกต้องมีการสัมภาษณ์ และ สังเกตซ้ำอย่างน้อย 3 ครั้ง (Seidman, 1991) 2) การสนทนากลุ่ม เป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ในประเด็นปัญหาที่เฉพาะเจาะจง โดยมีผู้ดำเนินการสนทนา เป็นผู้นำการสนทนา เพื่อให้กลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็น หรือบอกเล่าประสบการณ์ที่นักวิจัยสนใจ 3) การสังเกต เป็น การเฝ้าดูหรือสังเกตเหตุการณ์โดยละเอียด เพื่อการรวบรวมข้อมูล สำหรับการวิเคราะห์ เพื่อหา ความหมายและอธิบายเชื่อมโยงความสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆในปรากฏการณ์ที่ศึกษา โดยแบ่งเป็นการ สังเกตแบบมีส่วนร่วมและแบบไม่มีส่วนร่วม 4) การเขียนบันทึก ช่วยให้ผู้วิจัยขยายความคิดที่กำลัง คิดอยู่ได้อย่างลึกซึ้ง กว้างขวาง จนเป็นที่พอใจตลอดจนป้องกันการมีอคติเมื่อพักวางความคิดที่บันทึก ไว้แล้วช่วงหนึ่ง จึงย้อนกลับไปทำการจัดหมวดหมู่ต่อไป และการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก แหล่งข้อมูลอื่นๆ ได้แก่ การบันทึกรูปภาพ เอกสาร สถิติ ฟิล์มหรือวีดิทัศน์

4.2.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพมีความแตกต่างจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เพราะข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ จะไม่เกี่ยวข้องกับตัวเลข หรือจำนวน และการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นกระบวนการที่กระทำต่อเนื่องในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อการวิเคราะห์ข้อมูลสิ้นสุด การเก็บรวบรวมข้อมูลก็จะสิ้นสุดด้วย ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจะทำไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

4.2.6.1 การตรวจสอบข้อมูล มี 3 วิธี คือ 1) ตรวจสอบที่เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือตรวจสอบที่ตัวนักวิจัยเอง เพราะนักวิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ นักวิจัยต้องมีการศึกษาค้นคว้า และมีความรู้ในเรื่องที่เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี 2) ตรวจสอบที่วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ว่ามีการใช้วิธีการที่เหมาะสมกับการรวบรวมข้อมูลในเชิงคุณภาพที่เลือกใช้หรือไม่ เช่น การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก หรือวิธีการอื่นๆในการรวบรวมข้อมูล และข้อมูลจะมีความน่าเชื่อถือมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เข้าได้ดีกับคนในพื้นที่ สร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล และเลือกผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informant) 3) การตรวจสอบข้อมูลจากบุคคลอื่น

4.2.6.2 การจัดระเบียบข้อมูล เป็นการแยกแยะข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ เพื่อให้ง่ายแก่การวิเคราะห์ข้อมูล

4.2.6.3 การโยงความสัมพันธ์ เป็นขั้นตอนต่อเนื่องจากการจัดระเบียบข้อมูล โดยนำเอาข้อมูลมาแยกไว้เป็นหมวดหมู่ (categories) โดยพิจารณาตามหลักการของแต่ละวิธีของการวิจัยเชิงคุณภาพว่าเป็นข้อมูลที่มีลักษณะเป็นข้อเท็จจริง ความคิดเห็น ความเชื่อ หรือคุณลักษณะทางจิต เช่น บุคลิกภาพ หรือค่านิยม เป็นต้น การที่นักวิจัยจะเชื่อมโยงความสัมพันธ์ได้นั้น นักวิจัยต้องมีการศึกษาแนวคิด/ทฤษฎี หรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษาอย่างจริงจัง หรืออย่างหมกมุ่น ครุ่นคิด เพื่อนำไปสู่เรื่องที่ต้องการตีความที่ครอบคลุมและข้อสรุปที่ตรงประเด็นกับเรื่องที่ต้องการศึกษา

4.2.6.4 การตีความ ในการตีความจากการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อจะสรุปนั้นต้องตีความตามข้อมูลที่ปรากฏ แต่นักวิจัยจะตีความได้ดีจะต้องมีความรู้และเข้าใจในเรื่องที่ต้องการศึกษานั้นเป็นอย่างดีมาก่อน จนกระทั่งเข้าใจปรากฏการณ์และตีความหมายของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นการตีความข้อมูลจะต้องมีลักษณะเฉพาะแต่ละเรื่องที่ศึกษา

4.2.6.5 การสรุปผล การวิจัยเชิงคุณภาพจะสรุปผลที่เป็นแก่น/สาระ หรือข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัย ซึ่งนักวิจัยไม่สามารถทราบล่วงหน้าได้ และในการสรุปผลการวิจัย นักวิจัยจะนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกต หรือการสัมภาษณ์มาประกอบการยืนยันแก่น/สาระที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล

4.2.7 การแสดงประสบการณ์ของผู้วิจัย หรือภูมิหลังของผู้วิจัย

เนื่องจากปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger มีจุดเน้นที่การให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมากกว่าความสัมพันธ์เชิงเหตุผล อีกทั้งเชื่อว่าความรู้ถูกสร้างขึ้นภายใต้อิทธิพลของภูมิหลัง สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม กระบวนการตีความมักเกิดขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดที่มีอิทธิพลต่อภูมิหลัง ความเข้าใจต่อปรากฏการณ์ที่ศึกษาเกิดขึ้นจากการผสมผสานความรู้จากภูมิหลัง และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ดังนั้นภูมิหลังของผู้วิจัยจึงมีความสำคัญยิ่งในการสร้างองค์ความรู้ หรือการตีความ เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจอย่างทอ่งแท้ (deep understanding)

4.2.8 การเขียนผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิจัยควรเริ่มจากการเสนอผลที่วิเคราะห์ได้ ประเด็นที่เกิดขึ้น โดยการอธิบายประเด็นนั้นในภาพรวม เริ่มจากนิยามของประเด็น ความหมาย และโครงสร้าง หรือ ประเด็นย่อยที่ประกอบในประเด็นหลักนั้น พร้อมทั้งการยกกรณีตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลสนับสนุนในแต่ละประเด็นย่อย ขั้นตอนการเขียนผลการวิจัยนี้ ควรให้ความสำคัญกับการเขียนเพื่อการนำเสนอประสบการณ์ที่ต้องใช้ศิลปะในการเขียนให้มีความน่าสนใจ น่าติดตาม และมีการเรียงลำดับการนำเสนอ และการอธิบายบริบทและสภาพแวดล้อมที่เกิดประสบการณ์ ที่ทำให้ผู้อ่านเกิดความเข้าใจ มีความรู้สึกคล้อยตามและเห็นด้วยกับผลการวิจัยนั้น

4.2.9 การอภิปรายผล

การอภิปรายผลต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาว่า ต้องการได้องค์ความรู้ที่ทำให้เกิดความเข้าใจในประสบการณ์นั้นๆ การอภิปรายจึงควรอภิปรายเปรียบเทียบผลการศึกษากับองค์ความรู้ที่มีอยู่ว่ามีส่วนที่เหมือนกันอย่างไร ซึ่งการอภิปรายผลนี้จะแสดงให้เห็นคุณค่าของผลการวิจัยในการสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่เป็นประโยชน์ และชี้แนะการนำไปใช้

4.3 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

การสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นวิธีที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้โดยตรง โดยการสนทนาอย่างมีเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล ซึ่งมีจุดสนใจอยู่ที่การรับรู้ของตนเอง และประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล เพื่อมองการเข้าใจ ความคิด นิยามและการตีความประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนที่แสดงออกด้วยคำพูด ลักษณะการสัมภาษณ์ที่เป็นการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ โดยใช้แนวประเด็นคำถามแบบกว้างๆ จะมีแนวคำถามให้ผู้วิจัยใช้เป็นแนวในการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลในลักษณะคำถามเจาะลึก จำเป็นต้องอาศัยความสามารถพิเศษของผู้วิจัยในการสัมภาษณ์ เพื่อค้นหารายละเอียดในประเด็นที่ศึกษาอย่างลึกซึ้ง (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553) ลักษณะคำถามแยกเป็นประเด็นหลัก คำถามเจาะประเด็นและคำถามติดตาม โดยเน้นข้อมูลที่เป็นมุมมองของผู้ให้

ข้อมูล ใช้เหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าให้ฟัง (Knox & Burkard, 2009) โดยมีบรรยากาศการสนทนาที่เป็นอิสระในการถามตอบอย่างธรรมชาติเป็นกันเอง รวมถึงการสังเกตลักษณะท่าทาง น้ำเสียง สีหน้า และกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงออกมาในระหว่างการสัมภาษณ์ (จอณณะ พึงจาด, 2548; Holloway & Wheeler, 2010) โดยผู้วิจัยไม่นำมุมมองหรือความคิดเห็นของตนเองเข้ามาเกี่ยวข้อง และในระหว่างการสนทนาอาจมีคำถามอื่นๆเกิดขึ้นเพิ่มเติมได้ (สุภางค์ จันทวานิช, 2554) การเก็บรวบรวมการบรรยายนี้สามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การสัมภาษณ์แบบพบกันเป็นที่นิยมมากที่สุด นอกจากนี้ยังมีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ และการสัมภาษณ์ทางอินเทอร์เน็ตที่กำลังนิยมเพิ่มมากขึ้น สืบเนื่องมาจากการพัฒนาเทคโนโลยีทางคอมพิวเตอร์ รูปแบบการสื่อสารที่ผ่านเครื่องคอมพิวเตอร์กำลังได้รับการพัฒนา ทั้งการใช้จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ที่เรียกว่าอีเมลล์ และระบบโปรแกรมการส่งข้อความข้างเน็ตเวิร์ค ซึ่งสามารถใช้ในการสัมภาษณ์ (Opdenakker, 2006; Holloway & Wheeler, 2010)

การสัมภาษณ์แบบพบกัน (face to face interview) เป็นวิธีที่ใช้กันอยู่ทั่วไป ซึ่งมีข้อได้เปรียบทางด้านสังคม เช่น น้ำเสียง ท่วงทำนองของเสียง ท่าทางแสดงออกทางกายของผู้ถูกสัมภาษณ์ (Opdenakker, 2006)

การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์กำลังเป็นที่นิยมเพิ่มขึ้นของการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งมีข้อดีคือลดค่าใช้จ่าย ประหยัดเวลาที่ใช้ในการเดินทาง ผู้วิจัยมีความปลอดภัยและช่วยให้ได้ผลวิจัยที่เร็วขึ้น (Knox & Burkard, 2009) และจากการศึกษาของ Sweet (2002) พบว่ามีความสะดวกสามารถดำเนินการจากโทรศัพท์เครื่องไหนก็ได้ ภายใต้วงวัลล้อมที่เงียบสงบและไม่มีกรอบวงในกลุ่มประชากรที่มีความลำบากต่อการสัมภาษณ์พบตัว เช่น แม่ที่ต้องดูแลลูกที่บ้าน หรือคนที่ทำงานเป็นกะสามารถกระทำได้ในผู้ให้ข้อมูลที่ซึ่งอาจต้องถูกคัดออกจากข้อจำกัดที่อยู่ในพื้นที่ไกล หรือเกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อไปสัมภาษณ์ ทำให้ช่วยขยายขอบข่ายของผู้เข้าร่วมการวิจัยที่อยู่ไกลและอาจมีศักยภาพในการให้ข้อมูลที่ลึกซึ้งต่องานวิจัยทางการแพทย์ สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างรวดเร็วและง่ายดาย ซึ่งอาจเป็นประโยชน์ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยมีความปลอดภัยและช่วยให้ได้ผลวิจัยที่รวดเร็วขึ้น (Carr & Worth, 2001; Shuy, 2003) และการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ผู้วิจัยควรมีการเตรียมความพร้อม เช่น มีการติดต่อหรือได้พบปะกันก่อน หรือมีการสร้างสัมพันธภาพก่อนที่จะทำการสัมภาษณ์ (Novick, 2008)

การเตรียมความพร้อมที่จะดำเนินการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกใช้หลักการ 3 ด้านดังนี้ (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2540)

1. ด้านเนื้อหาวิชาการ ผู้สัมภาษณ์ควรมีความรู้เนื้อหาของวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำความเข้าใจ และให้แนวทางในการสัมภาษณ์เบื้องต้น โดยเน้นประเด็นสำคัญๆและเป็นคำถาม

ปลายเปิดที่มุ่งเน้นให้ผู้วิจัยอธิบายความรู้สึก ความนึกคิดหรือเล่าถึงประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนั้นๆ

2. ด้านระเบียบวิธีการวิจัย ผู้สัมภาษณ์ควรศึกษา วิเคราะห์ ทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้และฝึกปฏิบัติ ก่อนที่จะลงมือปฏิบัติจริง เพื่อให้เกิดความมั่นใจเมื่อไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจริงๆ

3. ด้านการปรับตัวและการพัฒนาคุณสมบัติเฉพาะตัวของผู้สัมภาษณ์ โดยมีการกำหนดบทบาทสถานภาพของตนเอง แนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ในการสัมภาษณ์ และทำการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดการยอมรับและความไว้นับถือเชื่อใจกับผู้ให้ข้อมูล มีการเตรียมพร้อมตนเองในการฝึกฝน และเรียนรู้ในการสนทนาอย่างมีศิลปะและเทคนิค (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2553)

4.3.1 เทคนิคและศิลปะในการสัมภาษณ์เชิงลึก

การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นการสัมภาษณ์ที่เน้นความคิดของคน โดยผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าถึงเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ให้ฟัง มีการถามตอบอย่างเป็นธรรมชาติ เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดที่เป็นกันเอง คำตอบที่ได้จากการสนทนาจะเป็นเพียงจุดเริ่มต้นที่ยังไม่ใช่ข้อสรุป และคำตอบจากการสนทนายังไม่ใช่หัวใจของการสนทนา หากแต่เป็นเพียงแนวทางในการพูดคุย และคำตอบจากการสนทนายังไม่ใช่เป็นเพียงคำพูดหรือลักษณะของน้ำเสียงที่สนทนา แต่เพียงอย่างเดียวแต่รวมถึงลักษณะพฤติกรรม ท่าทาง แววตา ที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกมาด้วย (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2540)

4.3.2 เทคนิคที่จะช่วยในการสัมภาษณ์ดำเนินการไปได้อย่างราบรื่น มีดังนี้

4.3.2.1 การปล่อยให้การสนทนาดำเนินไปอย่างเป็นธรรมชาติ โดยการเริ่มต้นด้วยคำถามง่ายๆแบบกว้าง ๆ ก่อน เพื่อกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเริ่มคิดเกี่ยวกับประเด็นที่จะสัมภาษณ์ ในลักษณะทั่วไป จากนั้นเมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้าสู่บรรยากาศในการสนทนามากขึ้น จึงใช้คำถามที่แคบเข้าเพื่อนำไปสู่ประเด็นที่มีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น

4.3.2.2 การใช้คำถามที่กระตุ้นผู้ให้ข้อมูลตอบด้วยการเล่าเรื่อง เช่น การใช้คำถามที่ให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงรายละเอียดเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยการใช้คำถามที่ระบุ หรืออ้างอิงเวลา โดยกำหนดจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุด เช่น ช่วยเล่ารายละเอียดสิ่งที่เกิดระหว่างที่ดูแลผู้ป่วย

4.3.2.3 การเชิญชวนเขียนเล่าเรื่องหรือนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องมาใช้ประกอบการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อกระตุ้นความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลให้คำตอบของการสนทนาละเอียดลึกซึ้งมากขึ้น เช่น บันทึกประจำวัน รูปภาพ จดหมาย เป็นต้น นอกจากนี้ผู้สัมภาษณ์ยังสามารถเชื่อมต่อการสนทนาให้มีความต่อเนื่อง ได้จากการใช้คำถามดังต่อไปนี้ “เล่าต่อไปซิคะ” “แล้วยังไงต่อไปคะ” “คุณหมายความว่า.....ใช่ไหมคะ” (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2553)

ในการสัมภาษณ์อาจจะใช้คำถามปลายเปิด (open-ended question) หรือคำถามที่เตรียมไว้ล่วงหน้า (guided question) อย่างใดอย่างหนึ่ง สำหรับการเลือกวิธีการสัมภาษณ์นี้ขึ้นอยู่กับความรู้ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษาของนักวิจัย ในการเลือกลักษณะข้อคำถามเพื่อการสัมภาษณ์

4.3.3 การสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด

นักวิจัยที่จะใช้คำถามปลายเปิดในการสัมภาษณ์ เพื่อต้องการล้วงลึกเข้าไปสู่อารมณ์ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล ข้อคำถามอาจจะเริ่มต้นจากข้อคำถามทั่วไปก่อน แล้วจึงค่อยๆถามลงลึกในเรื่องที่นักวิจัยให้ความสนใจ โดยมีขั้นตอนดังนี้

4.3.3.1 การได้รับอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูล เมื่อนักวิจัยพบผู้ให้ข้อมูลเป็นครั้งแรก นักวิจัยต้องบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย และพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางวิชาการ นักวิจัยบอกถึงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยจะต้องแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าอาจจะต้องมีการสัมภาษณ์หลายครั้งเพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน การสัมภาษณ์ครั้งหนึ่งจะใช้ระยะเวลาสั้นเท่าไร นอกจากนี้นักวิจัยต้องการที่จะบันทึกเสียง หรือภาพในการสัมภาษณ์ก็ต้องขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อน ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลไม่อนุญาต นักวิจัยต้องใช้การจำและจดบันทึก เมื่อออกจากสนามแล้ว ต้องรีบบันทึกข้อมูลที่สัมภาษณ์มาทันที เพื่อป้องกันการสูญเสียข้อมูลจากการลืมของผู้วิจัยเอง

4.3.3.2 การลดข้อมูลนอกเรื่อง บางครั้งผู้ให้ข้อมูลอาจจะเล่าประสบการณ์หรือเรื่องราวที่ประสบมา แต่ไม่เกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษาให้นักวิจัยฟัง โดยเฉพาะผู้ให้ข้อมูลวัยสูงอายุ ถ้านักวิจัยประสบกับเหตุการณ์ดังกล่าว นักวิจัยต้องพยายามใช้ทักษะและศิลปะการพูดของตนโน้มน้าวให้ผู้ให้ข้อมูลวกกลับมาในเรื่องที่นักวิจัยต้องการ กลยุทธ์ในการลดการให้ข้อมูลนอกเรื่องคือ การเตรียมคำถามปลายเปิดไว้หลายๆทางในเรื่องเดียวกัน เมื่อนักวิจัยใช้คำถามแรก ผู้ให้ข้อมูลยังพูดไม่ตรงประเด็น นักวิจัยจะได้มีคำถามสำรองที่จะถามซ้ำในเรื่องเดิมได้ โดยที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ทันรู้ตัวว่าเป็นการถามเรื่องเดิมด้วยคำถามใหม่เท่านั้นเอง

4.3.3.3 การสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล จะเริ่มต้นตั้งแต่การสัมภาษณ์ครั้งแรก แต่ถ้านักวิจัยสามารถสร้างสัมพันธภาพก่อนการสัมภาษณ์ครั้งแรกได้ ก็จะเป็นกลยุทธ์ที่ดีในการที่จะทำให้เกิดความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลระยะหนึ่งก่อน จึงจะขอความร่วมมือในการแบ่งปันหรือเล่าประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลแก่นักวิจัย การให้ระยะเวลาในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างนักวิจัยกับผู้ให้ข้อมูลมากเท่าไร ความไว้วางใจของผู้ให้ข้อมูลต่อนักวิจัยก็จะมากขึ้นเท่านั้น ดังนั้นนักวิจัยจึงต้องให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพและการทำให้ผู้ให้ข้อมูลไว้วางใจในทุกๆระยะของการเก็บข้อมูล ไม่ใช่เฉพาะเริ่มต้นของการเก็บข้อมูลเท่านั้น ในระหว่างการสัมภาษณ์นักวิจัยก็ต้องไม่เร่งรัด หรือขัดจังหวะในการเล่าเรื่องของผู้ให้ข้อมูล (Holloway & Wheeler, 2010)

4.3.3.4 การได้รับข้อมูล ในการฟังเรื่องราวของผู้ให้ข้อมูลนั้นนักวิจัยต้องตั้งใจฟัง และจับประเด็นให้ได้ทั้งข้อความที่ให้ความหมายอย่างชัดเจน และในส่วนที่ให้ความหมายเป็นนัย นักวิจัยต้องสามารถจดจำข้อมูลแม้ว่าจะเป็นเรื่องเล็กๆ และพยายามระล่อมขอรายละเอียดของข้อมูลเพิ่มเติม นอกจากนี้นักวิจัยต้องจดจำประเด็นสำคัญๆที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งก่อนๆ เพื่อที่จะได้เชื่อมโยงข้อมูลที่มีอยู่และข้อมูลใหม่ที่ได้รับ ในการสัมภาษณ์ นักวิจัยไม่ควรใช้เวลาเนิ่นนานเกิน 1 ชั่วโมง เพราะถ้าใช้เวลามากเกินไปผู้ให้ข้อมูลจะรู้สึกเบื่อ และเหนื่อยเกินไปที่จะต้องเล่าเรื่องราวเดิมๆ (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553; ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2555)

4.3.4 ปัญหาและอุปสรรคในการสัมภาษณ์

4.3.4.1 การขัดจังหวะการสนทนา

การขัดจังหวะการสนทนาโดยผู้อื่น ทำให้นักวิจัยต้องเสียเวลาในการเกริ่นนำ หรือเริ่มต้นการสนทนาใหม่ การติดจังหวะที่บ่อยที่สุด ได้แก่ เสียงโทรศัพท์ ถ้านักวิจัยไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล นักวิจัยอาจจะขอร้องให้ผู้ให้ข้อมูลพักสายโทรศัพท์ชั่วคราว เพื่อให้การสัมภาษณ์ไม่ถูกรบกวน การเลือกสถานที่ในการสัมภาษณ์ที่เงียบสงบ ปราศจากสิ่งรบกวนจากบุคคลและสิ่งแวดล้อมอื่นๆก็จะช่วยให้นักวิจัยกับผู้ให้ข้อมูลสร้างสัมพันธภาพและดำเนินการสนทนาได้ดีขึ้น นักวิจัยต้องคำนึงถึงเวลาและสถานที่ที่ทั้งนักวิจัยและผู้ให้ข้อมูลสะดวกด้วยกันทั้งสองฝ่าย

4.3.4.2 การสัมภาษณ์ขณะที่จิตว้าวุ่น

ถ้าการสัมภาษณ์นั้นทั้งนักวิจัยและผู้ให้ข้อมูลไม่ได้ตั้งใจอยู่กับหัวข้อที่สนทนา เช่น นักวิจัยกำลังคิดถึงการนัดสัมภาษณ์ครั้งต่อไป ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลต้องคอยดูแลลูก หรือให้ความสนใจกับรายการโทรทัศน์อยู่ ถ้ามีเหตุการณ์นี้เกิดขึ้น เชื่อได้ว่าข้อมูลที่ได้จากการสนทนานี้ไม่น่าจะตรงกับประเด็นเรื่องนี้นักวิจัยต้องการศึกษา

4.3.4.3 การเกิดภาวะที่ทำให้กลัว

ภาวะที่ก่อให้เกิดความกลัวในการสัมภาษณ์สามารถเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น กลัวการบันทึกเสียง เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการให้ใครรู้ว่าตนให้สัมภาษณ์ หรือกลัวว่าผู้อื่นจะรู้ว่าตนให้สัมภาษณ์เรื่องราวต่างๆ เพราะข้อความบางข้อหรือบางเรื่องอาจต้องพาดพิงถึงผู้อื่น หรือต้องเปิดเผยในเรื่องที่ตนเองต้องปกปิด ถ้าเกิดเหตุการณ์นี้ขึ้น ผู้ให้ข้อมูลอาจไม่อนุญาตให้บันทึกเสียง ผู้วิจัยจะต้องจำและจดบันทึกข้อมูลออกมาเท่านั้น นอกจากนี้ความกลัวที่เกิดจากความไม่สะดวกใจที่จะนำเรื่องราวที่ตนคิดว่าเป็นเรื่องส่วนตัวไม่น่าเปิดเผย หรือเรื่องที่น่าอาย เช่น การเข้าสู่วัยทอง และในบางเรื่องทั้งนักวิจัยและผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกใจที่จะสนทนาด้วยกันทั้งคู่ ซึ่งในกรณีเหล่านี้ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถาม

4.3.4.4 การหลีกเลี่ยงข้อคำถามที่ไม่ควรถาม

ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล อาจจะมีบางข้อคำถามที่กระทบกระเทือนต่อความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล หรือเป็นข้อคำถามที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการตอบ ถ้าจำเป็นผู้วิจัยควรถามเป็นคำถามสุดท้าย หรือถามเสียดๆ หรืออาจจะใช้เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างให้ผู้ให้ข้อมูลเติม

4.3.4.5 การกระโดดข้ามข้อมูลที่น่าสนใจ

ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลนั้น นักวิจัยควรปล่อยให้ข้อคำถามสั้นไหลไปตามบริบทที่ควรจะเป็น โดยตัวนักวิจัยเป็นผู้ควบคุมให้อยู่ในประเด็นที่ศึกษา อย่าออกนอกเรื่องจนไม่สามารถย้อนกลับมาเรื่องเดิมได้

4.3.4.6 การสอนและการอบรม

นักวิจัยต้องพึงระลึกถึงบทบาทของตนเองตลอดเวลาในการสัมภาษณ์ เพราะนักวิจัยที่เป็นพยาบาลมักจะอดไม่ได้ที่จะให้ความรู้ และแนะนำการปฏิบัติตัวให้กับผู้ป่วย หรือผู้ป่วยอาจมีความเชื่อผิดๆหรือปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง นักวิจัยก็ไม่ควรแก้ไขหรือเสนอแนะในขณะที่สัมภาษณ์ แต่ควรจดประเด็นไว้ และแก้ไขความเข้าใจของผู้ป่วยให้ถูกต้องหลังจากการสิ้นสุดการให้คำสัมภาษณ์แล้ว

4.3.4.7 การนำเสนอมุมมองของผู้ให้ข้อมูล

เมื่อผู้ให้ข้อมูลอธิบายถึงกระบวนการหรือเหตุการณ์ ผู้ให้ข้อมูลจะมองที่นักวิจัยว่าเห็นด้วยหรือไม่กับผู้ให้ข้อมูล จากการสังเกตลักษณะการหัวเราะต่อเรื่องที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็น กิริยาของนักวิจัย นักวิจัยต้องระมัดระวังกิริยาท่าทางที่จะทำให้ผู้ให้ข้อมูลคิดว่านักวิจัยไม่เห็นด้วยกับความคิดเห็นของตน

4.3.4.8 การสัมภาษณ์แบบผิวเผิน

ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในครั้งแรกนั้น นักวิจัยควรถามในเรื่องทั่วไป ก่อนที่จะเข้าไปในประเด็นที่ลึกลงไป นักวิจัยต้องรู้จักอดทนและรอคอยข้อมูล นอกจากนี้นักวิจัยต้องแสดงความสนใจและตั้งใจฟังผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องราว การสัมภาษณ์ครั้งเดียวไม่สามารถได้ข้อมูลที่ครบถ้วน

4.3.4.9 ข้อมูลที่เป็นความลับ

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในครั้งหลังๆจะเป็นข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลจะเปิดเผยตัวตนที่แท้จริง ข้อมูลที่เป็นความลับอาจเปิดเผยเมื่อนักวิจัยและผู้ให้ข้อมูลมีสัมพันธภาพที่ดีและไว้วางใจตัวนักวิจัยมากขึ้น

4.3.4.10 การใช้ล่าม

ถ้านักวิจัยมีความจำเป็นต้องใช้ล่ามหรือผู้แปล นักวิจัยต้องผลิตเปลี่ยนผู้ที่จะมาเป็นล่ามให้ เพื่อจะได้ไม่เผลอเผลอที่จะแปลคำถามและข้อมูลซ้ำๆ

4.4 ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness)

ผู้วิจัยใช้หลักการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ตามวิธีการของ Lincoln & Guba (1985) และ Guba & Lincoln (1989) โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.4.1 ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน มีการเก็บรวบรวมข้อมูลตามการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก มีการถอดเทปแบบคำต่อคำ ใช้เวลาพูดคุยและสร้างสัมพันธภาพอย่างเพียงพอกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจพร้อมที่จะแบ่งปันประสบการณ์ชีวิตให้กับผู้วิจัย เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลได้ข้อสรุปเบื้องต้น ผู้วิจัยนำข้อสรุปที่ได้ไปให้ผู้ให้ข้อมูลเข้ามาช่วยตรวจสอบข้อสรุปที่ได้ (member checks) เพื่อให้แน่ใจว่าข้อสรุปที่ได้เป็นข้อมูลที่ได้มาจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลจริง และผู้วิจัยตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา (peer debriefing) ในตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัย

4.4.2 การถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) ผู้วิจัยอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอข้อมูลที่มีความลุ่มลึกในรายละเอียด เพื่อให้ผู้อ่านเกิดความเข้าใจในประสบการณ์และเข้าใจเรื่องราว สถานการณ์ หรือมองเห็นประสบการณ์ดังกล่าวราวกับว่าเกิดขึ้นกับตนเอง

4.4.3 ความสามารถในการพึ่งพา (Depenability) ผู้วิจัยนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และจดบันทึกต่างๆอย่างละเอียด โดยเชื่อมโยงเพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง มีการตรวจสอบในข้อมูลประเด็นที่ได้กับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ (Shenton, 2004)

4.4.4 ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งบันทึกเทป จดข้อมูลภาคสนาม และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลอย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ ข้อมูลการสัมภาษณ์สามารถตรวจสอบได้โดยการฟังเทปซ้ำ และผู้วิจัยนำข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลมาใช้ในการรายงานผล (direct quotes) เพื่อแสดงความน่าเชื่อถือและยืนยันได้ว่าข้อมูลนั้นเป็นความจริง (Shenton, 2004) โดยในการตรวจสอบของขั้นตอนการทำวิจัยต่างๆ ได้รับการตรวจสอบและทบทวนจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

4.5 ความจำ (Memory)

ความจำเป็นกระบวนการอย่างหนึ่งทางจิตใจ ซึ่งเป็นกระบวนการที่จะเป็นความสามารถในการตอบสนองต่อบางสิ่งบางอย่างที่เคยมีประสบการณ์มาแล้ว ให้สามารถแสดงออกมาได้อีกครั้งหนึ่ง หรือเป็นความสามารถในการระลึกถึงเหตุการณ์และสิ่งต่างๆให้พินกลับคืนมาอีกครั้งหนึ่ง

(อุบลรัตน์ เฟื่องสฤติย์, 2535) การที่บุคคลจะบอกเรื่องราวหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ต้องอาศัยความจำ ซึ่งความจำเป็นความสามารถในการเก็บรักษา (store) และระลึกถึง (recall) ข้อมูลของสมอง โดยปกติความจำเป็นสิ่งที่เคยเรียนรู้มาก่อนหน้านี้แล้ว (learn experience or information) หรือเป็นประสบการณ์ที่ผ่านมาแล้ว (พีชรี คำชู, 2555) โดยกระบวนการจำของมนุษย์ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) การใส่รหัสข้อมูล (Encoding) 2) การเก็บจำ (Storage) 3) การนำข้อมูลออก (Retrieval) ซึ่งความจำเป็นได้เป็น 3 ระบบ ดังนี้ (อุบลรัตน์ เฟื่องสฤติย์, 2535)

4.5.1 ความจำจากการรับสัมผัส (Sensory memory) ความจำจากการรับสัมผัส เป็นระบบความจำขั้นแรกที่จะเก็บข้อมูลไว้ในช่วงสั้นๆ เพียงเพื่อถ่ายข้อมูลต่อไปยังความจำระบบที่ 2 ข้อมูลที่ต้องการจะจำจะเข้าสู่ระบบความจำด้วยการรับสัมผัส เช่น การมองเห็น การได้ยิน

4.5.2 ความจำระยะสั้น (Short-term memory: STM) ความจำระยะสั้นทำหน้าที่คล้ายคลังข้อมูลชั่วคราวที่เก็บข้อมูลได้จำกัด ไม่ว่าข้อมูลนั้นจะสำคัญเพียงใดก็ตาม ข้อมูลจะเคลื่อนออกจาก STM แล้วหายไป ความจำระยะสั้นช่วยป้องกันไม่ให้เราสับสนเกี่ยวกับชื่อ วันที่ หมายเลขโทรศัพท์ และเรื่องเล็กๆน้อยๆอื่นๆ ความจำระยะสั้นถูกรบกวนหรือถูกแทรกได้ง่าย

4.5.3 ความจำระยะยาว (Long-term memory: LTM) ความจำระยะยาว ทำหน้าที่เสมือนคลังข้อมูลถาวรบรรจุทุกอย่างที่เราเกี่ยวข้องกับโลกเอาไว้ โดยความสามารถไม่จำกัดในการเก็บข้อมูล จึงไม่มีข้อมูลหายไปจาก LTM ข้อมูลใน LTM ไม่ได้เก็บในลักษณะของเสียงเหมือน STM แต่เก็บข้อมูลไว้บนพื้นฐานของความหมายและความสำคัญของข้อมูล แบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ

4.5.3.1 Declarative memory เป็นความจำเกี่ยวกับเหตุการณ์ (events) ข้อเท็จจริง (fact) หรือตลอดจนแนวคิด (concept) บางครั้งเรียกความจำลักษณะนี้ว่า explicit memory ความจำในลักษณะนี้จะมีความยืดหยุ่นสูงและเป็นส่วนๆ ไม่ปะติดปะต่อกัน declarative memory จะเกิดในขณะที่มีสติสัมปชัญญะ หรือรู้ตัว (conscious recollection) เช่น การจดจำชื่อคน เหตุการณ์หรือสถานที่ต่างๆ จัดเป็นความจำที่ใช้อยู่ในชีวิตประจำวัน รวมทั้งการเรียนการสอนหรือท่องจำก็จัดอยู่ในความจำประเภทนี้เช่นกัน declarative memory จะถูกจัดเก็บไว้ในสมองส่วนต่างๆใน limbic system ส่วนที่ควบคุมอารมณ์และความจำ การมีสติหรือการรู้ตัวจะทำให้เราสามารถจดจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในเวลาหรือสถานที่ใดที่หนึ่งได้เป็นอย่างดี และยังหากเชื่อมโยงเหตุการณ์เข้ากับอารมณ์และความรู้สึก เช่น ตื่นเต้น กลัว ดีใจหรือโกรธร่วม ก็จะทำให้เกิดความจำฝังใจและไม่ลืมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแม้ว่าจะผ่านไปนานกี่ปีก็ตาม เกิดเป็นความจำระยะยาวขึ้น (long term memory)

4.5.3.2 Non-Declarative memory เรียกอีกอย่างว่า explicit เป็นความจำที่เกิดขึ้นขณะไม่รู้ตัวและหรือไม่ต้องตั้งใจหรือใส่ใจในความจำ (without conscious recollection) ความจำลักษณะนี้มีลักษณะเป็นข้อมูลที่ต่อเนื่องเป็นกลุ่มก้อนแน่นอนหนา

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความจำนี้ สรุปได้ว่าบุคคลสามารถบอกเล่าเรื่องราวหรือประสบการณ์ในอดีตได้ โดยอาศัยความจำ ซึ่งความจำหมายถึง การเก็บรักษา หรือการระลึกถึง โดยประเภทของความทรงจำที่สอดคล้องกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยานี้ คือความทรงจำแบบ declarative memory ซึ่งเป็นความจำเกี่ยวกับเหตุการณ์ (events) ข้อเท็จจริง (fact) ที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่ได้ประสบ การศึกษาประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด ซึ่งผู้ให้ข้อมูลคือ บิดามารดาหรือคนใดคนหนึ่งที่มีประสบการณ์การมีส่วนร่วมดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤต ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิดอย่างน้อย 14 วัน ก็เป็นการศึกษาประสบการณ์ชีวิต (lived experience) ของบิดามารดาที่มีประสบการณ์นั้นโดยตรง ผ่านการบอกเล่าตามการรับรู้ถึงเหตุการณ์ต่างๆ ที่บิดามารดาประสบระหว่างการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลบุตร และความจำชนิดนี้เกิดขึ้นในขณะที่บิดามารดามีสติสัมปชัญญะ หรือรู้ตัว ทำให้จำเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นได้เป็นอย่างดี และเมื่อเกิดการเชื่อมโยงความจำกับความรู้สึก อารมณ์ จะทำให้จำฝังใจไม่ลืม

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ พบเป็นการศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกวิกฤตในบริบทของทารกแรกเกิดอายุรกรรม และในภาพรวมของทารกอายุรกรรมกับศัลยกรรมที่ไม่ได้แยกเฉพาะทารกแรกเกิดวิกฤตศัลยกรรม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

จรัสศรี หินศิลป์(2549) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดภาวะเสี่ยงสูง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 140 ราย ผลการวิจัยพบว่า มารดาทุกรายได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูงในระดับน้อย (ร้อยละ 82.1) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ได้มีส่วนร่วมในระดับปานกลางและน้อยตามลำดับ (ร้อยละ 56.4 และ 39.3) ด้านกิจกรรมการพยาบาลได้มีส่วนร่วมในระดับน้อย (ร้อยละ 58.5) ด้านการแลกเปลี่ยนได้มีส่วนร่วมในระดับมากและปานกลางตามลำดับ (ร้อยละ 47.1 และ 46.5) และด้านการตัดสินใจไม่ได้มีส่วนร่วม (ร้อยละ 78.6) และยังพบว่ามารดาทุกรายปรารถนาที่จะปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูง ในระดับมาก (ร้อยละ 55.0) โดยปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในด้านกิจกรรมที่ทำประจำและด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลในระดับมาก (ร้อยละ 77.1 และ 95.0 ตามลำดับ)

ไกรวรรร กาพันธ์ (2552) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม จำนวน 88 ราย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ

52.3 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าบิดามารดามีส่วนร่วมในด้านการทำกิจกรรมที่ทำประจำในระดับน้อย ร้อยละ 68.2 ด้านการทำกิจกรรมพยาบาลในระดับน้อย ร้อยละ 61.4 ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.2 และด้านการตัดสินใจมีส่วนร่วมในระดับน้อย ร้อยละ 42

ชนิตา แป๊ะสกุล (2553) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ในมารดาทารกที่มีภาวะวิกฤต จำนวน 40 ราย ที่หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบว่ามารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตโดยรวมอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านกิจกรรมการพยาบาลมีส่วนร่วมในระดับน้อยที่สุด และมารดามีความต้องการมีส่วนร่วมดูแลทารกในระดับมาก โดยต้องการมีส่วนร่วมในด้านการทำกิจกรรมประจำ การแลกเปลี่ยนข้อมูล และด้านการตัดสินใจมากที่สุด นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า 1) มารดาคิดว่าตนมีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต น้อยกว่าที่ต้องการปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 2) พยาบาลคิดว่ามารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต น้อยกว่าที่พยาบาลต้องการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 3) การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตที่มารดาปฏิบัติจริงตามความเห็นของมารดา น้อยกว่าความเห็นของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 4) การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตที่มารดาต้องการปฏิบัติ มากกว่าที่พยาบาลต้องการให้มารดาปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ณัฐิกา ปฐมอารีย์ (2552) ศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤต ในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 12 ราย ซึ่งทารกแรกเกิดวิกฤตเป็นทารกที่มีปัญหาทางด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมรวมกัน พบว่าการมีส่วนร่วมของมารดาทารกแรกเกิดวิกฤต มีลักษณะเป็นกระบวนการต่อเนื่อง คือระยะเริ่มต้นของการมีส่วนร่วม ประกอบด้วยการก้าวเข้าสู่โลกที่ไม่เคยรู้จัก การเผชิญหน้ากับความรู้สึกที่ยากแก่การบรรยาย และระยะมีส่วนร่วมให้ดีที่สุดเพื่อลูก ประกอบด้วยการเผชิญหน้ากับความจริง การรู้สึกถึงความอึดอ้อมใจของความเป็นแม่ การทุ่มเทเพื่อลูก กิจกรรมการมีส่วนร่วมของมารดาเป็นลักษณะของการเข้าไปช่วยเหลือพยาบาลดูแลทารกคือ การมีส่วนร่วมเพื่อให้ทารกได้รับความอบอุ่นและกำลังใจ เช่น การมาเยี่ยมทารกอย่างสม่ำเสมอทุกวัน การอยู่เคียงข้างทารกในทุกสถานการณ์ และการมีส่วนร่วมเพื่อช่วยเหลือให้ทารกปลอดภัย เช่น การสังเกต การจดจำอาการของทารก รวมทั้งวิธีการดูแลทารกแรกเกิดของพยาบาล และการแลกเปลี่ยนข้อมูลของทารกกับแพทย์และพยาบาล

ปราณี ผลอนันต์ (2554) ศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในมารดาของทารกแรกเกิดก่อนกำหนดด้านอายุรกรรม จำนวน 88 ราย และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลทารกในหออภิบาลทารกแรกเกิด จำนวน 65 ราย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก และ

โรงพยาบาลลำปาง พบว่ามารดาทุกรายได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารก ในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดโดยรวมในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.6 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านกิจกรรมที่ทำประจำมีส่วนร่วมระดับน้อย ร้อยละ 48.9 ด้านกิจกรรมพยาบาลมีส่วนร่วมระดับน้อย ร้อยละ 54.5 ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลมีส่วนร่วมระดับมาก ร้อยละ 67.0 และด้านการตัดสินใจมีส่วนร่วมระดับน้อย ร้อยละ 65.9

Finlayson (2013) ศึกษาการรับรู้ของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดวิกฤต ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดอายุครรภ์ ในสหราชอาณาจักรอังกฤษ จำนวน 12 ราย ผลการวิจัยพบ 6 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ความสับสนในบทบาทของการเป็นมารดา 2) ความต้องการมีส่วนร่วมดูแลบุตร 3) ความวิตกกังวล 4) การปิดบังความรู้สึก 5) การยื่นหยัดเพื่อบุตร 6) ความไม่แน่นอน ในระหว่างการศึกษา พบว่ามารดามีประสบการณ์ในการมีส่วนร่วมดูแลบุตรที่จำกัด ต้องใช้ความพยายามในการทำกิจกรรม เนื่องจากอาการเจ็บป่วยของทารกที่รุนแรงและไม่คงที่ ทำให้มารดาไม่กล้ามีส่วนร่วมดูแล ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ไม่มั่นคงและมีความไม่ต่อเนื่องในการดูแลบุตร มารดาพยายามมีส่วนร่วมดูแลบุตรร่วมกับแพทย์ พยาบาล เพื่อให้บุตรหายจากการเจ็บป่วย แต่พบว่ามารดายังคงมีความวิตกกังวลในการทำกิจกรรม

Arnold (2012) ศึกษาประสบการณ์ของบิดามารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดและรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดอายุครรภ์ ในตะวันออกเฉียงใต้ของสหราชอาณาจักรอังกฤษ จำนวน 39 คน ผลการวิจัยพบ 5 ประเด็นหลักดังนี้ 1) ความทรงจำในเหตุการณ์ที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด 2) การมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร 3) ความรู้สึกครั้งแรกที่ได้พบบุตร 4) การเข้าสู่โลกที่ไม่คุ้นเคย 5) ประสบการณ์ของบิดาในการได้มีส่วนร่วมดูแลบุตร ในระหว่างการศึกษาพบว่า บิดามารดาจะมีความวิตกกังวล เครียด เกี่ยวกับบทบาท สับสนในบทบาทของการเป็นบิดามารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด และรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด เนื่องจากลักษณะการปฏิบัติงานของแพทย์ และพยาบาลที่ดูเร่งรีบ เคร่งเครียด ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตมีเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัยจำนวนมาก ทำให้บิดามารดาไม่คุ้นเคยและวิตกกังวลมากยิ่งขึ้น การมีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร เนื่องจากนโยบายของโรงพยาบาลและอาการเจ็บป่วยของบุตรที่รุนแรง ส่งผลให้บิดามารดาไม่กล้าที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร เนื่องจากกลัวการติดเชื้อ กลัวอาการบุตรจะทรุดหนัก

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่าแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร และมีการวิจัยที่ศึกษาโปรแกรมเพื่อการส่งเสริมบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด แต่ยังคงพบว่าการมีส่วนร่วมของบิดามารดาและครอบครัวในการดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกวิกฤตอยู่ในระดับน้อย ไม่น่าพึงพอใจ ดังแสดงจากการศึกษาของ ไกรวรรร กาพันธ์ (2552) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต จำนวน 88 ราย โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 52.3 การศึกษาของจรัสศรี หินศิลป์ (2549) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ในมารดาทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 140 ราย ผลการวิจัยพบว่า มารดาทุกรายได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต โดยรวมในระดับน้อย ร้อยละ 82.1 และจากงานวิจัยของ ชนิตา แป๊ะสกุล (2553) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ในมารดาทารกที่มีภาวะวิกฤต จำนวน 40 ราย ที่หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาสารนครราชสีมา พบว่ามารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ผลการศึกษาเสนอแนะว่า พยาบาลควรทราบความต้องการการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาล ที่ส่งเสริมให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ตรงตามความต้องการของมารดา และช่วยในการกำหนดบทบาทของมารดา และพยาบาลในการร่วมกันดูแลทารกได้สอดคล้องกับความต้องการของมารดา จึงแสดงให้เห็นว่าข้อความรู้ที่มีอยู่ยังมีข้อจำกัด ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกที่เจ็บป่วยวิกฤต

เมื่อวิเคราะห์จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกวิกฤต เป็นการศึกษาในบริบทของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตทางด้านอายุรกรรม (ดรุณี ท่วมเพชร, 2553; ปาริชาติ ดำรงค์รักษ์, 2555) หรือเป็นการศึกษาในภาพรวมที่มีทั้งทารกวิกฤตอายุรกรรมและศัลยกรรมรวมกัน (ณัฐิกา ปฐมอารีย์, 2552; Gephart & McGrath, 2012) และเมื่อพิจารณาถึงปัจจัยผลกระทบต่อบิดามารดาทารกวิกฤตที่มีปัญหาศัลยกรรม ซึ่งได้แก่ ภาพลักษณ์ของร่างกายทารกที่มีความผิดปกติแต่กำเนิด ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปหลังการผ่าตัด เช่น มีลำไส้ใหญ่เปิดที่หน้าท้อง (colostomy) (Celegato & Gancia, 2011) การมีสายให้นมทางหน้าท้อง (gastrostomy) การมีแผลผ่าตัดที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ หรือแผลอักเสบ บวม แดง (Joseph et al., 2007) ทารกจะมีลักษณะตัวเล็ก ผอม มีสีผิวคล้ำหรือซีด ผิวหนังลอกเป็นขุย

(Joseph et al., 2007; Sachdeva et al., 2010; Catre, 2013; Gangopadhyay, 2008; Ramacciati & Beniamino, 2011; Bradnock et al., 2011) และการที่ต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน สิ่งเหล่านี้มีโอกาสนำให้เกิดความล้มเหลวในการสร้างความรักใคร่ผูกพัน มีโอกาสเกิดปัญหาในการเลี้ยงดูของบิดามารดาต่อทารกในภายหลัง และส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของบิดามารดา นอกจากนี้พบว่าไม่มีการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิดในประเทศไทย จากสถานการณ์ในปัจจุบันการจัดรูปแบบการบริการพยาบาล พบว่าบิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรน้อย การเข้าใจถึงความหมาย (meaning) ต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรที่มีการเจ็บป่วยวิกฤตศัลยกรรม และปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามมุมมองของบิดามารดาที่อาจจะแตกต่างกันกับมุมมองของพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งอาจทำให้การจัดบริการการพยาบาลส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรของบิดามารดาไม่ตรงกับความต้องการของบิดามารดาที่แท้จริง ส่งผลทำให้การจัดบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรนั้นไม่ประสบความสำเร็จ ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับการเข้าใจถึงความหมาย (meaning) ต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรที่มีการเจ็บป่วยวิกฤตศัลยกรรม และปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามมุมมองของบิดามารดาจึงเป็นสิ่งที่ต้องค้นหา

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดา ในการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger โดยนักวิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์บิดามารดาที่ผ่านประสบการณ์การมีส่วนร่วมดูแลบุตร เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก เป็นการค้นหาความหมายของการมีชีวิตหรือการเป็นอยู่ในปรากฏการณ์นั้นๆ ว่ามีความหมายอย่างไร ซึ่งการมีส่วนร่วมจะมีมากน้อยอย่างไร รูปแบบใด ส่งผลอย่างไร ทั้งข้อมูลในด้านบวกและลบ จะได้ถูกถ่ายทอดออกมาเป็นข้อความรู้จากประสบการณ์ตรงของบิดามารดา ทำให้เกิดความเข้าใจการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรที่มีการเจ็บป่วยทางด้านศัลยกรรมที่ชัดเจนมากขึ้น พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ทราบความต้องการการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร ทำให้จัดบริการพยาบาลส่งเสริมการมีส่วนร่วมที่ตรงกับความต้องการของบิดามารดา และเพิ่มองค์ความรู้และข้อมูลพื้นฐานในการนำไปสู่การพัฒนาการพยาบาลได้ตรงกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของบิดามารดา อันจะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงพัฒนา หรือวางแผนการพยาบาลที่สามารถตอบสนอง และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรของบิดามารดา ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิดที่มีประสิทธิภาพต่อไป

บทที่ 3

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาการตีความของ Heidegger (1976) เพื่ออธิบายความหมายและบรรยายประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกจากประสบการณ์ตรงของบิดามารดาที่มีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. พื้นที่ในการเก็บข้อมูล (Setting)

พื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด (NSICU) และหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด (ส 5 เอ) ที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐบาล ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตทางด้านศัลยกรรม ซึ่งผู้วิจัยมีความคุ้นเคยกับบุคลากรและสถานที่มาเป็นเวลา 9 ปี จากการมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด (NSICU) อีกทั้งการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้วิจัยกับบุคลากรในหอผู้ป่วย ซึ่งช่วยให้ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลของบิดามารดาที่มีประสบการณ์ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด (NSICU) และหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด (ส 5 เอ) ที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เป็นหอผู้ป่วยปิด เปิดให้เยี่ยมตั้งแต่เวลา 10.00 น. ถึง 18.00 น. จำกัดการเข้าเยี่ยม ไม่นอญาติให้นำทารกและเด็กเข้าเยี่ยม โดยให้บิดามารดาเข้าเยี่ยมเป็นหลัก และอนุญาตให้บุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับทารกเข้าเยี่ยมได้ครั้งละ 2 คน เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ขณะที่มาเยี่ยมบุตรต้องล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังเข้าเยี่ยมบุตร และพยาบาลเจ้าของไข้จะแนะนำวิธีการเข้าเยี่ยม แจ้งอาการของบุตร ตลอดจนส่งเสริมให้บิดาหรือมารดาได้สัมผัสบุตร พูดคุยกับบุตรในขณะที่เข้าเยี่ยม ส่งเสริมให้บิดาหรือมารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลบุตรเท่าที่จะทำได้ในขณะนั้น รวมไปถึงการบิบบ้วนนมและนำน้ำนมที่บิบบ้วนมาเก็บไว้ที่โรงพยาบาลให้บุตร เพื่อให้บุตรได้รับประทานนมแม่

2. ผู้ให้ข้อมูล (Key informant)

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (key informant) แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยผู้ให้ข้อมูลคือ บิดาหรือมารดาที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีประสบการณ์ในเรื่องที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสามารถให้ข้อมูลครบถ้วนตรงตามปรากฏการณ์ที่อยู่ในความสนใจของผู้วิจัย โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

2.1 บิดาหรือมารดาที่มีประสบการณ์การตรงใจมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดวิกฤต ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด ระหว่าง 14-80 วัน และทารกได้รับการจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด เพื่อไปรับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด ในระยะเวลา 6 เดือน

2.2 มีความยินดีและสมัครใจที่จะเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย

2.3 ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร

3. การได้มาและการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยเสนอแบบฟอร์มขอทำการวิจัย ถึงประธานและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี หลังได้รับอนุมัติเป็นที่เรียบร้อย ผู้วิจัยประสานงานหัวหน้าฝ่ายวิชาการของกลุ่มงานการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เพื่อออกหนังสือขอเก็บข้อมูลวิจัยที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด (NSICU) และหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารก (ส 5 เอ)

3.2 เมื่อได้รับการอนุมัติจากกลุ่มงานการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตติดต่อประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด (NSICU) เพื่อติดต่อขอข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยทารก ที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติของบิดาหรือมารดาที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด (NSICU) และหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารก (ส 5 เอ) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของบิดาหรือมารดาทารกแรกเกิดวิกฤตที่มีปัญหาทางด้านศัลยกรรมตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

3.4 เมื่อได้รายชื่อบิดาหรือมารดาแล้ว ผู้วิจัยติดต่อบิดาหรือมารดาเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผู้วิจัยได้โทรศัพท์แนะนำตัวกับบิดามารดาว่าเป็นนิสิตพยาบาลศาสตร์ กำลังศึกษาระดับปริญญาโท และได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดาในการมีส่วน

ร่วมดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด ซึ่งบิดาหรือมารดาเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติตรงตามงานวิจัย พร้อมทั้งสอบถามบิดาหรือมารดาเกี่ยวกับวันเวลาที่จะมาเยี่ยมบุตรเพื่อความสะดวกในการนัดพบ จากนั้นผู้วิจัยขอเข้าพบกับบิดาหรือมารดาหลังจากที่บิดาหรือมารดาเข้าเยี่ยมบุตรเรียบร้อยแล้ว เพื่อสอบถามความสมัครใจและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยพร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัย

3.5 เมื่อผู้วิจัยได้พบกับบิดาหรือมารดาแล้ว สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ว่าเป็นนิสิตปริญญาโท ศึกษาที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ทำวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัย ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยบอกการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล ขณะทำการติดต่อสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้ข้อมูลอย่างเปิดเผย เป็นความจริง และเปิดโอกาสให้บิดามารดาซักถามข้อมูลและตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างอิสระตลอดระยะเวลาของการศึกษาของการวิจัย

3.6 เมื่อบิดาหรือมารดายินดีและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอความยินยอมการเข้าร่วมวิจัย โดยให้บิดาหรือมารดาลงนามในใบเซ็นยินยอมการเข้าร่วมวิจัย หรือให้บิดาหรือมารดาตอบรับการเข้าร่วมวิจัยโดยให้ความยินยอมด้วยวาจา

3.7 ผู้วิจัยทำการนัดวันในการสัมภาษณ์ โดยนัดสถานที่ตามที่บิดาหรือมารดาสะดวก เป็นหลัก และควรเป็นสถานที่เงียบสงบ เพื่อสะดวกในการสัมภาษณ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งทำการสัมภาษณ์ในห้องประชุมของหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด (NSICU) จำนวน 9 ราย และสัมภาษณ์ในห้องประชุมของหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด (ส 5 เอ) จำนวน 5 ราย โดยสัมภาษณ์ตามแนวคำถามในการสัมภาษณ์ ร่วมกับการสังเกต การจดบันทึกย่อในสนาม และการบันทึกเสียง ซึ่งผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลทุกครั้งในการบันทึกเสียงและภาพ

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือตัวผู้วิจัย โดยมีเครื่องมือช่วยวิจัยคือ เครื่องบันทึกเสียง แนวคำถามในการสัมภาษณ์ และแบบบันทึกต่างๆ

4.1 ตัวผู้วิจัย ตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัย ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัยก่อนการทำวิจัย โดยผ่านการศึกษาระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ หลักการเชิงทฤษฎีของการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา รวมถึงฝึกปฏิบัติด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยฝึกการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลจากการเรียนการสอนวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 2 ราย เพื่อเป็นการฝึกทักษะการฟัง เทคนิคการสัมภาษณ์และการวิเคราะห์ข้อมูล ในรายวิชาการวิจัยคุณภาพทางการ

พยาบาล จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับการศึกษาจากเอกสารและผลงานวิจัยเชิงคุณภาพ การทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษาในประเด็นต่างๆ เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ไม่ให้เกิดการหลงทางเมื่อเข้าสู่สนามการวิจัย ตลอดจนการจัดกรอบความคิด พักความรู้ ความเชื่อที่มีอยู่เดิมของผู้วิจัยไว้ก่อนเข้าสู่สนามการวิจัย และในการวางแผนการวิจัย ผู้วิจัยได้ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตลอดระยะเวลาในการทำวิจัย

4.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา เช่น อายุ การศึกษา ความสัมพันธ์กับทารก จำนวนครั้งของการมีส่วนร่วมในการดูแล วิธีการได้มาของข้อมูลและจำนวนครั้งที่ทำการสัมภาษณ์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยทารก เช่น เพศ อายุในวันที่ทำการสัมภาษณ์ การวินิจฉัยชนิดของการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด

4.3 แบบบันทึกภาคสนาม (field note) เพื่อบันทึกรายละเอียดเบื้องต้นของการสัมภาษณ์ เช่น ครั้งที่สัมภาษณ์ วันที่ เวลา สถานที่ และสภาพแวดล้อมขณะที่ทำการสัมภาษณ์ บรรยากาศในการสัมภาษณ์ อารมณ์ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์ ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์ และการวางแผนการนัดสัมภาษณ์ครั้งต่อไป (ภาคผนวก ก)

4.4 แบบบันทึกเสียงในการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ได้รายละเอียดข้อมูลที่ครบถ้วน การจดบันทึกอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ จึงต้องมีอุปกรณ์ช่วยบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยใช้เครื่องบันทึกเสียงทุกครั้งในการสัมภาษณ์ และมีการตรวจสอบอุปกรณ์ให้พร้อมในการใช้งานทุกครั้งก่อนการไปสัมภาษณ์

4.5 แนวคำถามในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีการกำหนดแนวคำถามในการสัมภาษณ์ ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย แนวคำถามจะเป็นปลายเปิด เป็นแนวคำถามกว้าง สามารถปรับยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์ตามข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล โดยมีแนวคำถามดังนี้

4.5.1 แนวคำถามหลัก

1. กรุณาเล่าประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ขณะที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิดว่าเป็นอย่างไร
2. การมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ขณะได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด ตามความหมายของท่านหมายความว่าอย่างไร
3. อะไรคือสิ่งที่ท่านได้จากประสบการณ์ การมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ขณะบุตรได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด
4. ท่านรู้สึกอย่างไรบ้างที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด

5. สิ่งที่เป็นอุปสรรคในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย
วิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิดคืออะไรบ้าง และท่านทำอย่างไร

4.5.2 แนวคำถามรอง เป็นแนวคำถามเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าเรื่องราวเพิ่มเติม ใน
ประเด็นที่ได้ระหว่างทำการสัมภาษณ์ โดยใช้เทคนิคการสรุปความ ทวนความ และสะท้อนความคิด
ในการสนทนา เช่น

1. ที่ท่านบอกว่า หมายความว่าอย่างไร
2. ช่วยขยายความเกี่ยวกับ.....
3. กรุณาเล่าเพิ่มเติมเกี่ยวกับ.....
4. เล่าต่อไปสิคะ
5. หลังจากนั้นละคะ

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากที่ได้รับเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการ
วิจัยในคน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และได้รับอนุญาตจากหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต
ศัลยกรรมทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดศัลยกรรม สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยแล้ว ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก
ปิดตามารดาเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตในการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วย
วิกฤตทารกแรกเกิดศัลยกรรม โดยสัมภาษณ์มารดาทุกรายในห้องประชุมที่หอผู้ป่วยวิกฤตทารก
แรกเกิดศัลยกรรมและห้องประชุมที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด ซึ่งมีความเป็นส่วนตัว เงียบ
สงบ เหมาะสำหรับการพูดคุย และปิดตามารดาที่มีความสะดวกในการให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้
ข้อมูลในการบันทึกเสียงสัมภาษณ์ ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลสามารถยุติการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลาที่ทำการ
สัมภาษณ์ โดยจะไม่มีผลกับการรักษาของบุตรและผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่าง
วันที่ 20 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 30เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2559 จำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น
14 ราย ผู้วิจัยทำการนัดพบสัมภาษณ์บิดาและมารดาทุกราย จำนวน 2 ครั้ง และนัดพบสัมภาษณ์
ร่วมกับสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ 5 ราย โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ จำนวน 1 ครั้ง ระยะเวลาในการ
สัมภาษณ์ 30-40 นาที โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ตัดสินใจในการเลือกสถานที่ วันและเวลาที่สัมภาษณ์
ผู้วิจัยคำนึงถึงความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลและมีความสงบเป็นส่วนตัว และผู้วิจัยได้ใช้การสัมภาษณ์
ทางโทรศัพท์ในการเก็บข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ด้วย เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ต่างจังหวัด มี
หลายที่อยู่ไกล ต้องเดินทางและผู้ให้ข้อมูลบางรายไม่ได้มาเยี่ยมบุตรทุกวัน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้มี

ความเต็มใจที่จะถ่ายทอดเรื่องราวประสบการณ์ของตนเองให้กับผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อไปกับผู้ป่วยเด็กทารกที่มีปัญหาทางด้านศัลยกรรมและครอบครัว

6. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณของนักวิจัย ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยตลอดกระบวนการวิจัย จนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูล จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสนามวิจัย เลขที่ 00007346 (ภาคผนวก ข) และคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามความยินยอม และความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย ภายหลังจากผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้ร่วมวิจัย โดยบอกให้ทราบเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องที่จะสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา ความไม่สะดวกที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัย คือ การใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ ครั้งละประมาณ 30-45 นาที โดยผู้วิจัยอาจต้องสัมภาษณ์ 2-3 ครั้ง โดยการเลือกสถานที่และเวลาในการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้เข้าร่วมวิจัย ถ้าไม่สะดวกในการให้ข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ก่อให้เกิดผลกระทบหรือผลเสียใดๆกับผู้เข้าร่วมวิจัยและบุตร โดยกำหนดไว้ในมาตรการป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย มีการขออนุญาตจากผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้มีการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีการบันทึกข้อมูลที่บ่งชี้ถึงตัวบุคคล ผู้วิจัยใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งเก็บรักษาข้อมูลต่างๆอย่างเป็นความลับ สำหรับการอภิปรายผลและการนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ผู้วิจัยยึดมั่นในจรรยาบรรณอย่างเคร่งครัดในขณะที่ทำวิจัย และจะทำลายบันทึกข้อมูลต่างๆ เทปการบันทึกการสัมภาษณ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดเมื่อสิ้นสุดการวิจัยในครั้งนี้

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนของ Diekelman และคณะ (1989) ซึ่งประกอบไปด้วยขั้นตอน และมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- 1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมอธิบายปรากฏการณ์จากผู้ให้ข้อมูล
- 2 ผู้วิจัยอ่านบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูล ที่ได้จากการบันทึกเทปการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลทุกรายแบบคำต่อคำ (Verbatim) สกัดใจความออกมาเป็นบทสนทนา อ่านบทสนทนาย่วมกับการฟังเทปซ้ำเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นอ่านบทสนทนาซ้ำหลายๆครั้งจนกระทั่งได้ความรู้สึกและมองเห็นสาระสำคัญของข้อมูลและให้รหัสข้อมูล (coding) โดยแยกเป็นรายบุคคล

3 ย้อนกลับไปดูข้อมูลต้นฉบับที่ถอดออกมา และดึงข้อความหรือประโยคที่เป็นสาระสำคัญของแต่ละรายออกมา

4 พยายามค้นหา และทำความเข้าใจในความหมายของข้อมูล ที่เป็นสาระสำคัญของข้อมูลที่ดึงออกมา

5 จัดกลุ่มข้อมูลที่มีความหมายคล้ายกันไว้ด้วยกัน และแยกเป็นประเด็นๆ จำแนกชื่อให้แก่กลุ่มข้อมูลนั้นๆ

6 สรุปประเด็นและเขียนบรรยายข้อมูลที่เกิดขึ้นอย่างละเอียด อธิบายประเด็นหลักและประเด็นย่อย พร้อมตัวอย่างที่สำคัญมาใช้อ้างอิง ให้สามารถสะท้อนถึงสาระสำคัญของกลุ่มข้อมูลแต่ละกลุ่ม แล้วนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และขอความคิดเห็นหลังจากนั้นปรับแก้ตามคำแนะนำที่ได้รับ

7 นำข้อมูลที่ได้จากการสรุปประเด็น กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง

8 ถ้ามีข้อมูลใหม่เกิดขึ้นในระหว่างการตรวจสอบ ให้เพิ่มเติมข้อมูลนั้นในเนื้อความการบรรยายอย่างละเอียด

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนดังกล่าว โดยการถอดเทปพร้อมกับการให้รหัสข้อมูลของสาระสำคัญของข้อมูลให้เสร็จสิ้นในแต่ละรายก่อน แล้วจึงจัดกลุ่มของข้อมูลที่มีความคล้ายคลึงกันเป็นประเด็นย่อย (sub theme) แล้วจึงสรุปเป็นประเด็นหลัก (theme)

8. ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness)

ผู้วิจัยยึดหลักความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพตามเกณฑ์ของ Guba and Lincoln (1989) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

8.1 ความเชื่อถือได้ (Credibility) การได้มาของข้อมูลมีความตรงและเชื่อถือได้ โดยผู้วิจัยได้กระทำดังนี้

8.1.1 มีระยะเวลาในการทำความคุ้นเคยกับแหล่งข้อมูลที่นานเพียงพอ (Shenton, 2004) เนื่องจากผู้วิจัยเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด เป็นระยะเวลา 9 ปี ทำให้มีความเข้าใจลักษณะงานบริการของหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิดเป็นอย่างดี มีสัมพันธภาพที่ดี และคุ้นเคยกับบุคลากรและสถานที่ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด จึงเป็นการง่ายต่อการได้รับความร่วมมือในด้านสถานที่ และค้นหาผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด

8.1.2 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและคุ้นเคยกัน โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลทุกราย โดยอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การ

วิจัย แนะนำเกี่ยวกับประเด็นสิทธิ การใช้คำนำเข้าสู่ประเด็น ตลอดจนเป็นผู้รับฟังที่ตีขณะสัมภาษณ์ และขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลมีสีหน้าที่ผ่อนคลาย ให้ข้อมูลอย่างราบรื่น ไม่มีสีหน้าอึดอัดและมีน้ำเสียงการเล่าข้อมูลที่ไหลลื่นต่อเนื่องและอยู่ในประเด็นการพูดคุย มีความยินดีและกล้าที่เปิดเผยมข้อมูล เรื่องราวตลอดจนความคิด อารมณ์และความรู้สึกของตนให้กับผู้วิจัย โดยมีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 6 ราย (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2,3,7,8,11,14) ขณะที่เล่าเรื่องประสบการณ์การมีส่วนร่วมดูแลบุตร เกิดอารมณ์สะท้อนใจร้องไห้ออกมา ซึ่งผู้วิจัยได้แสดงถึงความเข้าใจในความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล ด้วยการรับฟัง ให้กำลังใจ และหยุดสัมภาษณ์ชั่วคราว รอจนกระทั่งผู้ให้ข้อมูลมีความพร้อม โดยการสอบถามถึงความพร้อมและสะดวกในการให้ข้อมูล จึงทำการสัมภาษณ์ต่อไป ผู้ให้ข้อมูลทุกราย ถ่ายทอดประสบการณ์ด้วยความรู้สึก และอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับตนในช่วงเวลาขณะนั้นให้ผู้วิจัยได้รับรู้

8.1.3 ผู้วิจัยนำประเด็นที่พบทั้งหมดของข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ไปให้ผู้ให้ข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้อง (member checking) (ภาคผนวก ค) โดยผู้ให้ข้อมูลให้ความร่วมมืออย่างดี ในการตรวจสอบความถูกต้อง ผู้วิจัยได้ติดต่อผู้ให้ข้อมูลไปทั้งหมดทุกรายทางโทรศัพท์ โดยผู้วิจัยได้อ่านข้อสรุปจากประเด็นของประสบการณ์ที่พบในประเด็นหลักและประเด็นย่อย ให้ผู้ให้ข้อมูลฟังที่ละเอียดอย่างชัดเจนและซ้ำๆ ตามตัวอย่างข้อมูลการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (ภาคผนวก ค) พร้อมทั้งขอความเห็นต่อความถูกต้องของข้อมูลและข้อเสนอแนะ ซึ่งใช้ระยะเวลาในการตรวจสอบทางโทรศัพท์นี้ ระยะเวลา 15-25 นาที ในกระบวนการตรวจสอบข้อมูลนี้ผู้วิจัยได้รับการตรวจสอบข้อมูลครบทั้ง 7 ราย (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1,2,3,5,9,11,12) ผลการตรวจสอบข้อมูลพบว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 7 ราย เห็นด้วยกับข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ว่ามีความตรงกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับตน โดยมีผู้ให้ข้อมูล 1 ราย ได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลรายที่	ข้อเสนอแนะ
11	เพิ่มข้อมูล “ได้เรียนรู้วิธีการดูแลลูกจากแพทย์ พยาบาล” ไว้ในประเด็นสิ่งที่ได้จากการมีส่วนร่วมดูแล

ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะจากผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11 ไปเพิ่มในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในประเด็น “สิ่งที่ได้จากการมีส่วนร่วมดูแลลูก” กับผู้ให้ข้อมูลอีกทั้ง 6 ราย (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1,2,3,5,9,12) พบว่าทุกรายมีความคิดเห็นว่าไม่ได้มีความแตกต่างกับข้อสรุปจากประเด็นที่ผู้วิจัยได้สรุปและอ่านให้ฟัง จึงมีความคิดเห็นว่าไม่ต้องเปลี่ยนหรือเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะ

“เห็นด้วยกับที่... (ชื่อผู้วิจัย) สรุปให้ฟังคะ ไม่น่าจะมีอะไรต้องแก้ไขหรือเพิ่มเติม”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“คิดว่าเป็นตามที่...(ชื่อผู้วิจัย) สรุปละ ตรงและเข้าใจดีคะ”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

“คิดว่าถ้าเป็นไปตามที่พยาบาลสรุปมาก็โอเคแล้วคะ สรุปได้เข้าใจง่ายและตรงตามความจริงคะ”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

“ผมว่าที่.....(ชื่อผู้วิจัย) สรุปมาตรงประเด็นแล้ว มันก็ตรงตามความรู้สึก ตามความจริงที่พ่อแม่ที่มีลูกป่วยได้พบเจอนะครับ ”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12

จากข้อมูลที่ได้รับทั้งหมดนี้ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นด้วยกับข้อสรุปประเด็น ประสพการณ์การมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ตามที่ผู้วิจัยได้สรุปเป็นประเด็นย่อยและประเด็นหลัก จึงไม่ได้มีการเปลี่ยนคำว่า “ได้เรียนรู้วิธีการดูแลลูกจากแพทย์ พยาบาล” ตามคำแนะนำ

8.1.4 ผู้วิจัยตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ คืออาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ (peer debriefing)

8.1.5 ผู้วิจัยตระหนักถึงบทบาทของผู้วิจัย โดยนักวิจัยจะมุ่งเน้นที่ประเด็นของความหมายของปรากฏการณ์ที่ศึกษา โดยพยายามทำความเข้าใจว่าเกิดอะไรขึ้นกับบุคคล สถานที่ที่เข้าไปศึกษา มองภาพรวมของสถานการณ์โดยรวม ทั้งเรื่องความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรม ค่านิยมและอื่นๆในเรื่องที่ศึกษา มีการรวบรวมข้อมูลโดยนักวิจัยเอง ถอดเทปแบบคำต่อคำ verbatim ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย และมองหาคำเหมือนตลอดจนหาความหมายของประสพการณ์การมีส่วนร่วมที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึง แล้วนำความจริงที่ได้นั้นมาสรุปผลการวิจัย (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553) ตามคำบอกเล่าประสพการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเท่านั้น

8.2 ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) โดยเสนอข้อมูลที่ครอบคลุมและละเอียดครบถ้วนมากที่สุด (Shenton, 2004) เพื่อให้สามารถถ่ายทอดเรื่องราวและประสพการณ์ได้อย่างลุ่มลึก เพื่อให้ผู้ที่ต้องการใช้ผลการวิจัยสามารถนำไปเชื่อมโยงกับประสพการณ์ของตนเองในการประยุกต์ใช้ในบริบทที่มีความคล้ายคลึงกัน

8.3 ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) โดยการนำเสนอข้อมูลที่ละเอียด สามารถติดตามกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ ซึ่งใช้การเชื่อมโยงข้อมูลจากการสัมภาษณ์และสังเกต

เข้าด้วยกัน รวมทั้งข้อมูลจากการจัดบันทึกข้อมูลภาคสนามระหว่างการสัมภาษณ์ ซึ่งประเด็นและรายละเอียดของการวิเคราะห์ข้อมูล ได้รับการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

8.4 ความสามารถในการยืนยันผล (Conformability) ประกอบไปด้วย

8.4.1 มีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบทั้งข้อมูลจากการสัมภาษณ์ด้วยการบันทึกเสียง การถอดเทปการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ บันทึกเทปการสัมภาษณ์ ข้อมูลการสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องโดยการฟังซ้ำ บันทึกไว้อย่างเป็นทางการที่สามารถตรวจสอบได้ (audit trail)

8.4.2 ผู้วิจัยใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนอ (direct quotes) และคำพูดมีความสอดคล้องสามารถนำเสนอให้เห็นถึงประเด็นต่างๆในการบรรยายความอย่างชัดเจน

8.4.3 การสรุปข้อมูลในชั้นต่างๆได้แก่ การให้รหัสข้อมูล (coding) การจัดกลุ่มข้อมูล (category) การสรุปประเด็น (theme) ได้รับการทบทวนจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาการตีความของ Heidegger (1976) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความหมายและบรรยายประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด ได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากบิดาหรือมารดาที่เคยมีประสบการณ์ตรงในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด ระหว่าง 14-80 วัน และทารกได้รับการจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด เพื่อไปรับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด ภายในระยะเวลา 6 เดือน โดยได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์หลังจากบุตรได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด 14 วัน มีผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 14 ราย รวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) ร่วมกับการบันทึกเทปสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกจากประสบการณ์ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาถอดแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีของ Dikelman และคณะ (1989) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถบรรยายประสบการณ์ของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด เป็นประเด็นหลักโดยนำเสนอตามลำดับขั้นดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยทารก

ส่วนที่ 2 ความหมายของการมีส่วนร่วมดูแลบุตร

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยทารก

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นบิดาหรือมารดาที่เคยมีประสบการณ์ตรงในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด ระหว่าง 14-80 วัน และทารกได้รับการจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด เพื่อไปรับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด ภายในระยะเวลา 6 เดือน โดยได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์หลังจากบุตรได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิดอย่างน้อย 14 วัน ได้ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 14 ราย ซึ่งเป็นบิดา จำนวน 1 ราย และมารดาจำนวน 13 ราย มีอายุระหว่าง 19-42 ปี การศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา จำนวน 9 ราย ระดับ ปวส 1 ราย และระดับปริญญาตรี 4 ราย มี

ประสบการณ์การมีส่วนร่วมดูแลบุตรขณะได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิดทุก วัน 5 ราย (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1,2,3,5,12) วันเว้นวัน 5 ราย (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4,6,7,8,11) สัปดาห์ ละสองครั้ง 3 ราย (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9,10,13) และสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง 1 ราย (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14) ผู้ป่วยทารกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด มีอายุระหว่าง 14-80 วัน เป็นเพศชาย 6 ราย และเพศหญิง 8 ราย การวินิจฉัยโรคจำแนกได้เป็น ภาวะไส้เลื่อนกะบังลม 3 ราย ภาวะกระบังลมยกตัวสูง 1 ราย ภาวะไม่มีผนังหน้าท้องแต่กำเนิด 4 ราย ภาวะลำไส้อักเสบแต่กำเนิด 2 ราย ภาวะลำไส้เล็กอุดตัน 3 ราย และก้อนในช่องท้อง 1 ราย โดยทารกทั้งหมดได้รับการ รักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิดเป็นครั้งแรก และมีจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิดนานระหว่าง 14-78 วัน ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดจำนวน 13 ราย ยังไม่ได้รับการผ่าตัดแต่รอการผ่าตัด จำนวน 1 ราย พบมีภาวะแทรกซ้อนในการรักษาทุกราย โดย จำแนกเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลร่วมกับภาวะท้องอืด รับนมไม่ได้ 3 ราย ติดเชื้อในโรงพยาบาล ร่วมกับภาวะปอดแตก 2 ราย ทารกติดเชื้อในกระแสโลหิต 9 ราย ข้อมูลที่ได้มาจากการนัดพบ สัมภาษณ์ทุกราย ทำการนัดพบสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 9 ราย เป็นจำนวน 2 ครั้ง (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1,2,3,5,7,9,11,12,13) และการนัดพบร่วมกับการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ 5 ราย (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4,6,8,10,14) โดยเป็นการนัดพบสัมภาษณ์ 2 ครั้ง และสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์อีกเป็นจำนวน 1 ครั้ง เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลบ้านอยู่ต่างจังหวัด ระยะทางไกลไม่สะดวกในการเดินทางมาให้สัมภาษณ์ และ บางส่วนไม่สามารถมาเยี่ยมบุตรได้ทุกวัน ซึ่งนัดพบบิดาหรือมารดาพร้อมทั้งทำการสัมภาษณ์ตามที่ บิดาหรือมารดาสะดวก โดยบิดาหรือมารดาที่มีความสะดวกและยินดีให้สัมภาษณ์หลังจากที่เยี่ยมบุตร เสร็จเรียบร้อยแล้ว ซึ่งทำการสัมภาษณ์ในห้องประชุมของหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด 9 ราย (1,2,3,6,7,11,12,13,14) และทำการสัมภาษณ์ในห้องประชุมของหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรก เกิด 5 ราย (4,5,8,9,10) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล	อายุ (ปี)	การศึกษา	ความสัมพันธ์	จำนวนครั้งของการมีส่วนร่วมดูแล	วิธีการได้ของข้อมูล/จำนวนครั้งที่สัมภาษณ์	ข้อมูลของทารก					
						อายุ (วัน)	เพศ	การวินิจฉัย	ชนิดการผ่าตัด	ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา	จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วย
1*	21	มัธยม	มารดา	ทุกวัน	การนัดพบ สัมภาษณ์ / 2 ครั้ง	60	ชาย	ได้เลื่อนกะบังลม และไม่มีรูทวาร	Explor-lap right thoracotomy and repair hemi diaphragm with colostomy	ติดเชื้อใน รพ / ปอดอักเสบ เรื้อรัง	52
2*	42	มัธยม	มารดา	ทุกวัน	การนัดพบ สัมภาษณ์ / 2 ครั้ง	14	หญิง	ได้เลื่อนกะบังลม	Explor-lap right thoracotomy and repair hemi diaphragm	ติดเชื้อใน รพ	14
3*	24	มัธยม	มารดา	ทุกวัน	การนัดพบ สัมภาษณ์ / 2 ครั้ง	26	ชาย	ถ้าใส่อีกเสบแต่กำเนิด	Explor-lap with penrose drain	ติดเชื้อใน รพ / ท้องอืด กินไม่ได้	24
4**	19	มัธยม	มารดา	วันเว้นวัน	การนัดพบ / โทรศัพท์	36	หญิง	ไม่มีผนังหน้าท้องแต่กำเนิด	Closure of abdominal wall defect	ติดเชื้อใน รพ / ปอดแตก	25
5**	19	มัธยม	มารดา	ทุกวัน	การนัดพบ สัมภาษณ์ / 2 ครั้ง	38	ชาย	ไม่มีผนังหน้าท้องแต่กำเนิด	Closure of abdominal wall defect	ติดเชื้อใน กระแสโลหิต	34

หมายเหตุ * สัมภาษณ์ที่ห้องประชุมหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด (NICU) ** สัมภาษณ์ที่ห้องประชุมหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด (ส 5เอ)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูล (ต่อ)

ผู้ให้ข้อมูล	อายุ (ปี)	การศึกษา	ความสัมพันธ์	จำนวนครั้งของการมีส่วนร่วมดูแล	วิธีการได้ของข้อมูล/จำนวนครั้งที่สัมภาษณ์	ข้อมูลของทารก					
						อายุ (วัน)	เพศ	การวินิจฉัย	ชนิดการผ่าตัด	อาการและการรักษา	จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วย
6*	38	มัธยม	มารดา	วันเว้นวัน	การนัดพบ/โทรศัพท์	20	ชาย	ลำไส้เล็กอุดตัน	Duodenoduodenostomy with penrose drain	ติดเชื้อในรพ / ท้องอืด กินไม่ได้	18
7*	24	มัธยม	มารดา	วันเว้นวัน	การนัดพบ/สัมภาษณ์ / 2 ครั้ง	30	หญิง	ไม่ผ่นหน้าท้องแต่กำเนิด	Mesh relaxing and closure of abdominal	ติดเชื้อในกระแสเลือด	29
8**	21	มัธยม	มารดา	วันเว้นวัน	การนัดพบ/โทรศัพท์	20	หญิง	ลำไส้เล็กอุดตัน	Explor-lap with colostomy	ติดเชื้อในกระแสเลือด	14
9**	26	ป.ตรี	มารดา	สัปดาห์ละ 2 วัน	การนัดพบ/สัมภาษณ์ / 2 ครั้ง	30	หญิง	ลำไส้เล็กอุดตัน	Explor-lap with jejunojejunostomy	ติดเชื้อในกระแสเลือด	30
10**	31	ป.ตรี	มารดา	สัปดาห์ละ 2 วัน	การนัดพบ/โทรศัพท์	60	หญิง	ก่อนในช่องท้อง	Explor-lap with segmental small bowel	ติดเชื้อในกระแสเลือด	46

หมายเหตุ * สัมภาษณ์ที่ห้องประชุมหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด (NSICU) ** สัมภาษณ์ที่ห้องประชุมหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด (ส 5เอ)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูล (ต่อ)

ผู้ให้ข้อมูล	อายุ (ปี)	การศึกษา	ความสัมพันธ์	จำนวนครั้งของการมีส่วนร่วมดูแล	วิธีการได้ข้อมูล/จำนวนครั้งที่สัมภาษณ์	ข้อมูลของทารก					
						อายุ (วัน)	เพศ	การวินิจฉัย	ชนิดการผ่าตัด	ภาวะแทรกซ้อนจากรักษา	จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วย
11*	34	ป.ตรี	มารดา	วันเว้นวัน	การนัดพบสัมภาษณ์ /2 ครั้ง	28	หญิง	กะบังลมยกตัวสูงผิดปกติ	Explor-lap	ปอดอักเสบเรื้อรัง	28
12*	33	ปวส	บิดา	ทุกวัน	การนัดพบสัมภาษณ์ /2 ครั้ง	28	หญิง	ไส้เลื่อนกะบังลม	Explor-lap	ติดเชื้อในรพ / ปอดแตก	27
13*	20	มัธยม	มารดา	สัปดาห์ละ 2 วัน	การนัดพบสัมภาษณ์ /2 ครั้ง	60	ชาย	ลำไส้อักเสบแต่กำเนิด (NEC)	Explor-lap	ติดเชื้อในรพ / ท้องแข็ง	50
14*	20	ป.ตรี	มารดา	สัปดาห์ละ 1 วัน	การนัดพบ/โทรศัพท์	80	ชาย	ไม่มีผนังหน้าท้องแต่กำเนิด	On placement of artificial sac	ติดเชื้อในกระแสเลือด	78

หมายเหตุ * สัมภาษณ์ที่ห้องประชุมหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด (NSCU) ** สัมภาษณ์ที่ห้องประชุมหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด (ส 5เอ)

ส่วนที่ 2 ความหมายของการมีส่วนร่วมดูแลบุตร

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเรื่องประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ซึ่งสามารถสรุปความหมายในภาพรวมได้ดังนี้

การมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร คือ การที่ได้ทำหน้าที่ของความเป็นพ่อแม่อย่างสมบูรณ์ ได้มีส่วนร่วมรับรู้สิ่งที่เกี่ยวข้องกับลูก ได้ทำอะไรให้กับลูกตามที่แพทย์พยาบาลบอก ได้ดูแลลูกร่วมกับพยาบาล ตอนที่ลูกป่วยอยู่โรงพยาบาล และได้ให้กำลังใจ พุดคุย สัมผัส บอกรัก ให้ลูกรู้ว่าพ่อแม่มาเยี่ยมมาดูแลลูกไม่ได้ทิ้งไปไหน

ตัวอย่างคำพูดของมารดาผู้ให้ข้อมูลที่สะท้อนถึงความหมายของการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร

“ได้ทำหน้าที่ของความเป็นแม่สมบูรณ์ค่ะ ตอนที่ลูกเราไม่สบาย...ได้มีส่วนร่วมทำอะไรให้กับลูกดูแลลูกร่วมกับพยาบาล”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

“การที่เรารับรู้ในสิ่งที่คุณหมอ คุณพยาบาลบอก ว่าลูกเราเป็นอย่างไรบ้างคะ และเราก็มีส่วนร่วมในการดูแลลูกเราคะ...การได้อุ้มคะ ได้พุดคุยกับเค้าคะ การมาเยี่ยม มาดูแลเค้าที่โรงพยาบาล”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

“การได้พุดได้อะไรกับลูก...ได้สัมผัส จับเค้าบ่อยๆ คุยกับเค้าบ่อยๆ คะ ได้ดูแลเค้าตอนที่อยู่โรงพยาบาล”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9

“พุดคุย มาสัมผัสตัวเค้าคะ มาเยี่ยมเค้า บอกรักเค้าคะ ให้เค้ารู้ว่าเรามาเยี่ยม มาดูแลเค้าไม่ได้ทิ้งไปไหน”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลทั้ง 14 ราย เพื่อบรรยายประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด แล้วนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สามารถวิเคราะห์สรุปผลออกเป็น 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. สิ่งใหม่ ไม่คุ้นเคย

- 1.1. ภาพลักษณ์ของลูก
- 1.2. สภาพแวดล้อมการรักษา

2. รู้สึกกลัวๆ ล้าๆ

- 2.1. กลัวไม่กล้าทำ
- 2.2. ทำดีกว่าไม่ทำอะไรเลย

3. สิ่งที่ได้จากการมีส่วนร่วมดูแล

- 3.1. ได้ทำหน้าที่พ่อแม่
- 3.2. ได้ความอดทน
- 3.3. ได้เรียนรู้จากบุคลากร

4. กำลังใจและความคาดหวัง

- 4.1. กำลังใจจากครอบครัวและคนใกล้ชิด
- 4.2. สร้างกำลังใจให้ตนเอง
- 4.3. สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ยึดถือ

1. สิ่งใหม่ ไม่คุ้นเคย

ภายหลังคลอดบุตร มารดาทุกรายไม่ทราบว่าบุตรต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมทารกแรกเกิด มารดาบางรายทราบแต่เพียงว่าบุตรเจ็บป่วยและจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล บิดามารดาทุกรายไม่มีประสบการณ์ในการมีบุตรได้รับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมทารกแรกเกิดมาก่อน เมื่อบิดามารดาได้พบเจอบุตรเป็นครั้งแรก สิ่งที่น่าประหลาดใจทั้งภาพลักษณ์ของบุตรที่มีความพิการแต่กำเนิด มีปัญหาทางโคโมโซม โรคทางด้านศัลยกรรมที่ต้องได้รับการผ่าตัด ซึ่งหลังผ่าตัดจะมีแผลผ่าตัดที่มีขนาดกว้าง ลึก ยาวและใหญ่ที่แตกต่างกันตามชนิดของบาดแผล รวมทั้งสภาพแวดล้อมการรักษาในหอผู้ป่วย ที่ทารกในหอผู้ป่วยวิกฤตจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลหลายอย่าง เช่น ตู้อบ เครื่องช่วยหายใจ และเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์อื่นจำนวนมาก บางครั้งมีเสียงดัง บางครั้งมีไฟกระพริบแดงๆ เชี่ยวๆ จากอุปกรณ์การแพทย์ ประกอบกับลักษณะการทำงานของพยาบาลที่ดูเคร่งเครียด เร่งรีบ สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ใหม่ซึ่งบิดามารดาไม่เคยพบเจอมาก่อนและไม่คุ้นเคย แต่บิดามารดาก็ต้องรับสภาพนั้นให้ได้เพราะยังงั้นก็คือลูก

1.1. ภาพลักษณ์ของลูก

ทารกที่มีปัญหาทางด้านศัลยกรรม จะเป็นโรคที่มีความพิการตั้งแต่กำเนิด คือ ปอดเรื้อรัง ภาวะหน้าอกไม่เชื่อมกัน โรคไส้เลื่อนกะบังลม โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดรุนแรง ไม่มีรูทวาร ลำไส้อุดตัน บางรายมีลำไส้ออกมาอยู่ที่หน้าท้อง มีน้ำเหลือง เลือดซึม ต้องได้รับการผ่าตัด หลังผ่าตัดมีแผลกลางท้องมีขนาดกว้าง ยาว และลึก มีไหมเย็บ มีคราบเลือด รอยแดง มีเลือดซึม ลักษณะรอบๆ แผลบวม บางรายมีแผลที่ข้างท้อง 2 ข้าง เป็นรอยแดงๆ ไม่ได้เย็บไหม ขณะทารกร้องจะมีเลือดออกมาตลอด บางรายขับถ่ายทางหน้าท้อง ซึ่งลำไส้จะมีเลือดออกตลอด มีอุจจาระปนออกมา รอบๆ ลำไส้แดง และพบว่ามีความพิการร่วมหลายอย่างคือ ขนาดตัวเล็ก ไม่แข็งแรง มีลักษณะของใบหน้าแปลก ศีรษะเล็กแหลม มีติ่งเนื้อที่หู แขนขาเล็กลีบ นิ้วหยิก งอ ซึ่งน่าจะเป็นปัญหาความผิดปกติทางโคโมโซม เมื่อบิดามารดาได้พบเจอลูกเป็นครั้งแรก จึงกลัว ตกใจ และสงสารลูก เนื่องจากเป็นสิ่งที่ไม่เคยเจอมาก่อนและไม่คาดคิดว่าลูกจะเป็นแบบนี้ แต่สุดท้ายบิดามารดาก็ต้องรับให้ได้เพราะยังงั้นก็คือลูก

“หลายโรคคะ โรคไส้เลื่อนเกี่ยวกับกะบังลม โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดคะ ไม่มีกัน คือน้องมีความพิการหลายอย่างคะตามที่หมอบอก เราก็ไม่เคยเจอมาก่อน ตกใจมากเหมือนกันคะ ไม่คิดว่าลูกจะเป็นแบบนี้”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“หมอหัวใจบอกร้องเป็นโรคหัวใจพิการรุนแรง ต้องรอน้องโตกว่านี้ถึงจะผ่าตัดได้ และมีหน้าอกไม่เชื่อมกัน ไม่มีก้น ตอนนี้อะไรไม่ได้เลย ก็ต้องรอแบบนี้”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

“ตกใจคะ กลัว มีไส้ออกมามากเต็มไปหมดเลยที่ท้อง เราไม่เคยเห็น ก็ไม่รู้ว่าคือโรคอะไร กลัวน้องจะเป็นอะไรไป หลังผ่าตัดแผลผ่าตัดมันจะยาวและใหญ่ เคยเห็นตอนพยาบาลทำแผลแผลตรงกลางท้องมีไหมเย็บ แผลจะบวม แดง มีเลือดซึมๆนิดๆ และมีอีกแผลที่ข้างๆท้อง 2 ข้าง เป็นรอยแดงๆ ไม่ได้เย็บไหม เวลาเค้าร้องมีเลือดซึมตลอด แผลมันลึก กว้าง อีกอย่างมีความพิการร่วมที่หมอบอกคือหน้าน้องจะแปลกๆหัวเล็กแหลม มีติ่งเนื้อที่หู แขน ขนขาเล็บ นิ้วหยิก น่าจะมีปัญหาทางโคโมโซม เห็นลูกร้องเราก็กังใจ สงสาร”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

“เห็นไส้ที่เค้าถ่ายทางหน้าท้องก็กลัว ลำไส้มันจะมีเลือดออกตลอดเวลา มีอึปนออกมา รอบๆก็แดง และมันก็มีขนาดใหญ่ เห็นแล้วเราก็กังใจ แต่สุดท้ายลูกเรา ก็คงต้องทำใจและรับมันให้ได้คะ”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8

1.2. สภาพแวดล้อมการรักษา

ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าครั้งแรกที่ได้เห็นสภาพของลูกซึ่งไม่ปกติ สิ่งที่น่าตกใจคือลูกนอนนิ่ง ไม่ใส่เสื้อผ้า ใส่ท่อช่วยหายใจเวลาร้องไห้จึงไม่ได้ยินเสียง อยู่ในตู้อบ ท้องอืด มีแผลที่ตัว มีสายเยาะตามตัว สายน้ำเกลือระโยงระยางเต็มไปหมด รอบๆ ห้องที่อยู่มีแสงสว่างตลอดเวลา และมีทารกตัวเล็กๆนอนอยู่ในตู้อบ อากาศหนัก มีสายตามตัว ตามเตียงมีอุปกรณ์เยาะเช่นเดียวกับลูก อุปกรณ์การแพทย์บางครั้งมีเสียงดัง บางครั้งมีไฟกระพริบแดงๆเขียวๆ พยาบาลมีจำนวนมากวิ่งทำงานไปมา ลักษณะงานดูยุ่งวุ่นวายและเครียด บิดามารดาบางส่วนมีความอุ่นใจที่ทางโรงพยาบาลมีแพทย์ พยาบาล และเครื่องมือที่พร้อมในการดูแลลูกอย่างใกล้ชิด แต่ภาพลูกที่ติดตา สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นชินเหล่านั้น ทำให้บิดามารดาเป็นห่วงลูก ไม่สบายใจ ส่งผลให้บิดามารดานอนไม่หลับ บางรายถึงกับร้องไห้ เพราะสงสารลูก

“นอนไม่ค่อยจะหลับ มันจะคิดถึงลูก ภาพมันจะติดตาตลอดคะ ครั้งแรกเลยที่เห็น มีสายเต็มตัวน้องเลยคะ ไม่มีที่ว่างเลย ที่หัวก็มี ทุกที่เลย แขนขา หน้าอกอะไร คือเค้าถอดเสื้อผ้าน้องออกหมดเลย น้องอยู่ในตู้อบคะ มีคราบเลือด รอยแดงๆเต็มตัวไปหมดเลยคะ เห็นสภาพลูกที่ใส่ท่อช่วยหายใจ มีสายน้ำเกลือระโยงระยางเต็มไปหมด แม่จำไม่ลืมสงสารมาก ร้องไห้เลย”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

“เสียงอะไรไม่รู้ เราก็ไม่กล้าที่จะเข้าไปใกล้หรือทำอะไรกับลูก ลูกต้องอยู่ในตู้อบ นอนนิ่งๆ ร้องไห้ก็ไม่มีเสียงเค้าใส่ท่อช่วยหายใจ ดูแล้วสงสารคะ มีสายเต็มตัว มีรอยแดงๆ คราบเลือด ยิ่งตอนที่ไปผ่าตัดนะ ออกจากห้องผ่าตัดมา ท้องอืดมาก มีผ้าพันเต็มท้องไปหมดเลย ตัวก็บวม แผลผ่าตัดก็ใหญ่ คนเป็นพ่อแม่เห็นสภาพของลูกที่ไม่ปกติก็ต้องตกใจ”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

“เห็นครั้งแรกแม่ก็ตกใจคะ ก็คิดว่าทำไมพยาบาลเยอะจัง ทำงานกันดูเหนื่อย มองดูทั่วไปคนไข้อาการหนัก มีเด็กตัวเล็กๆ นอนอยู่ในตู้อบ มีสายตามตัว ตามเตียงก็มีอุปกรณ์เยอะไปหมดเลย บางทีเสียงจากเครื่องดังตลอดเลย ไฟมันจะกระพริบแดงๆ เขียวๆ เราไม่เคยเห็นอ่าเราเลยไม่คุ้น บางทีมาเยี่ยมเห็นพยาบาลรุมแทงน้ำเกลือกัน แม่ก็สงสารลูกนะ แต่ถามว่ากลัวมากไหม ก็ไม่มากคะ จะอุ่นใจที่ทาง รพ มีเครื่องมือพร้อมที่จะรักษา ดูแลน้องคะ มีทีมแพทย์พยาบาลที่ดูแลลูกเราอย่างดี ดูแลใกล้ชิด”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

“มันมีเครื่องมือเครื่องมือทางการแพทย์เยอะไปหมดคะ เราไม่ชิน บางทีมันก็มีไฟกระพริบ บางทีก็เสียงดัง เราก็ตกใจคะ กลัวว่าลูกอาการไม่ปกติ คนไข้แต่ละคนก็อาการหนัก พยาบาล หมอทำงานเหนื่อยๆ แบบเครียดๆกัน วิ่งไปวิ่งมา เจ้าหน้าที่ก็เยอะ มีไฟสว่าง พอเราเห็นแรกนี่ตกใจกลัวเลยคะ แต่มาเยี่ยมทุกวันมันจะเริ่มชิน แต่เราก็คงไม่คุ้นกับอุปกรณ์เยอะๆอยู่ดีคะ ก็กลัวอยู่คะ”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13

2. รู้สึกกลัวๆ กล้าๆ

การเจ็บป่วยของบุตรและต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิดนั้น บิดามารดาต้องเผชิญกับความรู้สึกที่ยากเกินกว่าจะบรรยาย บิดามารดาทุกรายมีความเครียด เพราะสภาพการเจ็บป่วยและอาการของบุตร เนื่องจากบุตรมีอาการหนัก ยังไม่แข็งแรง ต้องผ่าตัดซึ่งไม่สามารถคาดเดาอาการของบุตรได้ บิดามารดาส่วนใหญ่กลัวว่าบุตรจะอาการแยเสียชีวิต เมื่อพบเห็นสภาพของบุตรไม่กล้าที่จะอุ้ม กลัวสายหลุด กลัวโดนแผลผ่าตัด กลัวจะเกิดอันตรายกับลูก ส่งผลให้ไม่กล้าทำ ไม่กล้าที่จะเข้าใกล้ลูก ได้แต่เฝ้ามองดูลูกอยู่ข้างๆ แต่ก็พบว่ายังมีบิดามารดาอีกส่วนหนึ่งที่ทำให้ใจยอมรับกับสภาพของบุตร และได้มีส่วนร่วมในการดูแลลูกถึงจะไม่มาก แค่นั่งมาอยู่ข้างๆลูก มาให้กำลังใจ สังเกตพฤติกรรมของลูก ดูแลลูกนิดๆ หน่อยๆ ทำเท่าที่พยาบาลให้ทำ ก็ดีใจ ทำให้มีประสบการณ์ที่ดีในการดูแลลูก ถึงจะไม่ได้ทำอะไรมากแต่ดีกว่าที่อยู่เฉย ไม่สนใจลูก หรือไม่ได้ทำอะไรเพื่อลูกเลย

2.1. กลัวไม่กล้าทำ

บิดามารดาถ่ายทอดประสบการณ์ในประเด็นนี้ว่า ลูกยังไม่แข็งแรง อาการหนัก มีแผลผ่าตัด จึงไม่กล้าอุ้ม กลัวโดนแผลผ่าตัด กลัวทำสายหลุด กลัวลูกเจ็บ กลัวทำแล้วลูกอาการแยลง รอหายดีก่อนค่อยทำ เวลาที่มาเยี่ยมลูกจะได้ยินเสียงเครื่องดัง เนื่องจากบิดามารดาไม่เคยเจอลูกมาก่อน บวกกับคิดว่าตนเองไม่มีความรู้ จึงตกใจ กลัวว่าจะเกิดอันตรายกับลูก ส่งผลให้ไม่กล้าทำ ไม่กล้าที่จะเข้าใกล้ลูก ไม่อยากจะทำให้เกิดขึ้นกับลูก และบิดามารดาบางรายมองดูลูกอย่างเดียว ปล่อยให้พยาบาลเป็นคนดูแลลูก

“เค้ายังไม่แข็งแรงจริงๆ หนูก็ยังไม่กล้าอุ้ม กลัวไปโดนที่เค้าผ่าตัด ทำให้เราไม่กล้าที่จะทำอะไรหรือน้องหายดี ปกติเหมือนเด็กคนอื่นมากกว่าค่อยทำ”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“เรียนมาน้อย ไม่ค่อยจะรู้อะไร อีกร่างลูกเป็นแบบนี้ไม่เคยเจอมาก่อน กลัว เรากลัว กลัวเค้าเจ็บ เพราะว่าเราไม่มีความรู้ จึงไม่กล้าทำอะไรให้ลูก ทำไปเมื่อน้องจะอาการแยลงคะ ก็มองดูเฉยๆจะดีกว่าคะ”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7

“กลัวน้องเจ็บคะ กลัวทำสายหลุด น้องมีแผลก็ไม่กล้าอุ้ม ก็ไม่รู้ว่าจะอุ้มได้ตอนไหนคะ ไม่กล้าที่จะทำอะไรเลยคะ ปล่อยให้พยาบาลทำไป”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8

“กลัวไม่กล้าจับ กลัวสายต่างจะหลุดคะเดี๋ยวน้องจะอาการแย่ง เวลาได้ยินเสียงจากเครื่องต่างๆเราก็ตกใจคะ กลัวอันตรายเกิดกับลูก ทำให้เรากลัว”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9

2.2. ทำดีกว่าไม่ทำอะไรเลย

ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า แม้ว่าทุกคนตกใจที่มีลูกเป็นแบบนี้แต่ต้องทำใจ การได้มีส่วนร่วมในการดูแลลูกถึงจะไม่มาก แต่ได้มาอยู่ข้างๆลูก มาพูดคุยสัมผัส มาให้กำลังใจ สังเกตพฤติกรรมของลูก เอานมมาให้ลูกเนื่องจากอยากให้ลูกกินนม อยากให้หาย ดูแลลูกนิดๆ หน่อยๆ ทำเท่าที่พยาบาลให้ทำ ได้ทำแค่นี้ก็ดีใจ อย่างน้อยก็เป็นกำลังใจให้ลูก ทำให้เรามีประสบการณ์ที่ดีในการดูแลลูก ถึงจะไม่ได้ทำอะไรมากแต่ดีกว่าที่อยู่เฉย ไม่สนใจลูก หรือไม่ได้ทำอะไรเพื่อลูกเลย

“ก็เท่าที่ได้มีส่วนร่วมทำกิจกรรมกับลูก ทำให้เรามีประสบการณ์ที่ดีในการดูแลลูก มันอาจจะทำอะไรได้ไม่มากคะ แต่ก็ดีกว่าที่เราไม่ได้ทำอะไรให้ลูกเลยคะ”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

“เห็นสภาพของลูกที่ไม่ปกติก็ต้องตกใจไม่กล้าที่จะเข้าใกล้หรือทำอะไรกับลูก มาเยี่ยมก็จะยืนดูเค้านี้ละคะ อาจจะคุยกับเค้าบ้าง มีส่วนร่วมดูแลลูกนิดๆ หน่อยๆ ทำเท่าที่พยาบาลให้ทำถึงไม่มากแต่มันก็ดีกว่าที่เราไม่ได้ทำอะไรเลยเพื่อลูกคะ ก็ได้ใกล้ชิดกับลูกมากขึ้น”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

“ก็เหมือนเราทำได้ทำหน้าที่ของความ เป็นแม่คะ มันก็มีความสุขนะที่ได้ทำอะไรเพื่อลูกบ้าง เล็กๆน้อยๆ ถึงเราจะไม่ได้เลี้ยงเพราะเค้าป่วย แต่ได้ไปเยี่ยม ไปดู ก็ดีใจคะ”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10

“ไม่มีใครอยากให้ลูกป่วย แต่ในเมื่อมันเกิดก็ทำใจครับ สอบถามอาการกับพยาบาลทุกวันแบบนี้ เวลาที่พยาบาลมาทำอะไรกับลูกเราก็จะยืนดูอยู่ห่างๆ มีจับไม้จับมือบ้าง พูดคุยกับเค้าสัมผัสเค้าบ้าง แต่ส่วนมากก็จะยืนดูเค้าสังเกตพฤติกรรม อยู่ข้างๆ ให้กำลังใจ ดีกว่าที่เราไม่ได้ทำอะไรเพื่อลูกเลย ยังดีกว่าที่ไม่สนใจ หรือไม่ทำอะไรเพื่อเค้าเลยนะ อย่างน้อยก็เป็นกำลังใจให้ลูก”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12

“บางครั้งความรู้สึกกลัวกับสิ่งที่เราเห็น เช่น เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เยอะ สาย พันธนาการต่างๆตามตัวลูกเรา มันทำให้เรากลัว เคঁจะอาการแย่งรีเปล่า แต่แม่ก็คิดว่ายังไง ก็ลูก ถ้าลูกแย่งถึงขั้นเสียชีวิตละ เราจะรู้สึกแย่งกว่านี้ไหมถ้ามายืนดูเฉยๆ จึงดูแลลูกตามที่พยาบาลบอก ก็ยังดีกว่าไม่ได้ทำอะไรเลย การได้มาเห็น มาเยี่ยม ถึงจะไม่ได้ใส่เสื้อผ้าให้ ไม่ได้ให้นม ให้ แต่ก็ดีกว่านี้ก็คือละคะ ดีกว่าเราไม่ได้ทำอะไรเลยคะ ทำเท่าที่เราทำได้ดีกว่าไม่ทำอะไรคะ”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13

“เอานมมาให้ตลอด มันก็ดีกว่าที่เรามาเยี่ยมแล้วไม่ได้ทำอะไรเลย อย่างน้อยเรายังมีนมมาให้ ลูกกิน อยากรู้ให้ลูกกินนมแล้วหาย”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14

3. สิ่งที่ได้จากการมีส่วนร่วมดูแล

การที่ต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมของบุตรที่มีรูปร่างผิดปกติจากทารกทั่วไป และสภาพแวดล้อมขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต บิดามารดาทุกรายมีความรู้สึกตกใจ แต่ทุกรายก็ทำใจรับได้ บิดามารดาต้องอดทนกับสภาพของลูกที่ผิดปกติ อดทนกับความรู้สึกสงสารบุตร อดทนรอคอยให้ลูกหาย บิดามารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลลูกคือ การมาเยี่ยม มาอยู่ใกล้ชิดลูก ได้มาเห็นลูกทุกวัน มาให้กำลังใจอยู่เคียงข้างทุกสถานการณ์ การบีบเก็บนมให้ ร่วมตัดสินใจในเรื่องต่างๆ บางรายได้มาหัดเลี้ยงลูกด้วยตนเอง ได้เรียนรู้วิธีการป้อนนม การอุ้มบุตรจากพยาบาลที่ปฏิบัติให้ดูเป็นตัวอย่างและที่สอน รวมทั้งเรียนรู้วิธีการทำแผลให้ลูกเนื่องจากทารกบางรายต้องขยับร่างกาย ท้อง รอโตถึงจะผ่าตัดทำรูลูทวาร ต้องกลับบ้านทั้งๆที่มีแผล ทำให้บิดามารดาที่มีความมั่นใจมากขึ้นในการดูแลบุตรเมื่อบุตรได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน ซึ่งถือว่าเป็นการทำหน้าที่ของพ่อแม่ที่ดีเท่าที่ทำได้ ในขณะที่บุตรป่วยอยู่โรงพยาบาล และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลลูกนั้น ส่งผลให้บิดามารดาดีใจสบายใจ และมีความสุขที่ได้ทำเพื่อลูก

3.1. ได้ทำหน้าที่พ่อแม่

การได้ทำหน้าที่ของพ่อแม่ระหว่างที่ลูกป่วยคือการที่มาเยี่ยม บีบเก็บนมไว้ให้ลูก การพูดคุยกับลูก การสัมผัส โทรสอบถามอาการ ติดตามข้อมูลของลูกทุกวันอย่างสม่ำเสมอ ร่วมตัดสินใจทั้งในเรื่องการผ่าตัดหรือการใช้ยาที่มีราคาแพงที่ต้องจ่ายเอง รวมทั้งช่วยดูแลลูกเท่าที่พยาบาลจะให้ทำได้ และเป็นกำลังใจให้ลูกในทุกๆสถานการณ์ เป็นสิ่งที่ทำให้บิดามารดาดีใจและมีความสุขที่ได้ทำ

“การที่หนูได้มาเยี่ยมลูกตลอด เอานมที่บีบเก็บมาให้ มาพูดคุย จับแขนจับขาบ้าง เห็นเค้าลืมตามาดูเวลาที่เรามาเยี่ยมมันก็ดี มีความสุขแล้วคะ มาเยี่ยมที่ก็ได้ข้อมูล อาการของลูกจากพยาบาลที่ดูแล วันไหนไม่ได้มาจะโทรมาติดตามอาการน้องตลอดไม่เคยขาด เวลาที่น้องจะต้องใช้ยาที่ต้องจ่ายเอง ราคาแพง เราเป็นคนตัดสินใจว่าจะให้ไหม จะทำตามการรักษาที่นั้นไหม และก็มีตอนที่น้องผ่าตัดเคื่อก็จะให้เราตัดสินใจก่อนเพราะมันก็เหมือนเราได้ทำหน้าที่แม่ได้ทำดีที่สุดแล้วเท่าที่แม่คนนึงจะทำได้ เราก็มีความสุขนะที่ได้ทำ”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“มาเยี่ยม การอยู่ข้างๆลูก เป็นกำลังใจในทุกสถานการณ์ มันก็เป็นได้ทำหน้าที่แม่แล้วคะ”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

“แม่อีกทำหน้าที่ของแม่เท่าที่ทำได้คะ...การทำหน้าที่ที่ดีตอนนี้ก็คงจะเป็นการมาเยี่ยมเค้า มาบอกรักเค้าคะ เค้าจะได้รับรู้ว่าเรารักเค้ามาอยู่ข้างๆช่วยดูแลเค้าคะ”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

3.2. ได้ความอดทน

บิดามารดาส่วนใหญ่เล่าว่า ต้องอดทนเห็นสภาพของลูกที่ผิดปกติ ไม่เหมือนเด็กทั่วไป อุ่มไม่ได้ กอดไม่ได้ บางครั้งพบเห็นพยาบาลเจาะเลือดลูก ลูกร้องไห้มีน้ำตา ดิ้นแสดงความเจ็บปวด ไม่สบายตัว ลูกเจ็บมากต้องต่อสู้กับโรคที่เป็นอยู่ แต่บิดามารดาไม่สามารถช่วยเหลืออะไรลูกได้ ส่งผลทำให้บิดามารดาเกิดความเครียด แต่บิดามารดาต้องเข้มแข็ง ต้องอดทนเพื่อให้ลูกหายป่วย อดทนคอยวันที่ลูกดีขึ้นเพื่อจะได้กอด ได้กลับบ้านไปเลี้ยงดูเอง

“สิ่งที่ได้หรรระ ก็คงเป็นความอดทนคะ ที่เราอยากจะให้ลูกเราหาย อดทนรอคะ...ได้เห็นหน้าลูกทุกวันในสภาพที่ลูกป่วยนี่มันเป็นอะไรที่แย่นะ แต่คนเป็นแม่ต่อให้ลำบากก็ต้องทนเพื่อลูกจะได้หายป่วย”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“การที่ลูกป่วย มันทำให้แม่มีความเข้มแข็ง อดทน เรามาเยี่ยม ได้มาเห็นลูกทุกวัน ติดตามอาการตลอดไม่ห่าง ยิ่งอาการดีขึ้นเรายังมีกำลังใจ อดทนรอวันที่เราจะได้กอด หอมลูก”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

“การที่ลูกเราป่วยอ่า มันก็ไม่เหมือนเด็กปกติ เห็นเค้าต้องเดิน ร้องไห้ บางทีมีน้ำตา แสดงว่าเค้าคงเจ็บปวด ไม่สบายตัว เรายังเป็นแม่แต่กลับช่วยเค้าไม่ได้เลย อุ้มก็ไม่ได้ กอด หอมไม่ได้ ทำได้เท่านี้คะ อยู่ข้างๆ ให้กำลังใจ ออดทนรออยากให้เค้าหาย ก็ต้องอดทนคะ รอวันที่ลูกอาการดีขึ้น ตอนนี้นำทำได้ทุกอย่างเพื่อให้เค้าหาย แม่จะได้เลี้ยงดูแลเองซะที”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7

“การที่ลูกเข้าโรงพยาบาลในครั้งนี่ ก็สอนให้เรอดทนคะ ลูกต้องเจออะไรมากมาย ได้รับการผ่าตัด หรือทำอะไรที่เจ็บปวด บางทีเห็นลูกร้องไห้ พยาบาลทำอะไรให้ ลูกเจ็บกว่าเราเยอะคะ เราเครียดที่เห็นลูกเป็นแบบนี้ แต่เราก็ต้องผ่านไปให้ได้คะ ออดทนรอ รอวันที่ลูกเราหายป่วย”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10

“ก็มันไม่สบายใจคะ เราก็อึดอัด คิดมากแบบนี้อะคะ เห็นลูกนอนได้อยู่ท่าเดียว ขยับก็ไม่ได้ บางทีพยาบาลเจาะเลือดเค้าก็เจ็บคะ ร้องไห้เราก็สงสารคะ แต่คิดว่าเราเป็นแม่เราต้องอดทนให้มาก ลูกเจ็บกว่าเราเยอะเค้ายังทนที่จะต่อสู้กับโรคที่เค้าเป็น เพราะฉะนั้นเราก็ต้องอดทนอดทนเพื่อลูก อะไรที่ทำให้ลูกได้ตามที่พยาบาลบอก เราก็ทำเพื่อลูกจะได้หาย”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14

3.3. ได้เรียนรู้จากบุคลากร

บิดามารดาเล่าว่า สิ่งที่ได้เรียนรู้จากบุคลากรระหว่างที่ลูกอยู่โรงพยาบาลคือ การบิบนม โดยใช้เครื่องปั๊มไฟฟ้า ซึ่งปั๊มนมทุก 2 ชั่วโมง วิธีการเก็บนมในช่องฟิต และการนำนมที่บิบเก็บมาให้ลูก ขณะที่มาเยี่ยมโดยใส่กระติกและใส่น้ำแข็ง บิดามารดาบางรายได้มาเรียนรู้ หัดเลี้ยงลูกเองเนื่องจาก ลูกอาการดีขึ้นใกล้จะกลับบ้าน เรียนรู้วิธีการอุ้ม การป้อนนมลูก การอุ้มรถหลังกินนม การแบ่งนมให้ดูทีละน้อยๆ บางส่วนเรียนรู้วิธีการทำแผลเพราะว่าลูกถ่ายทางหน้าท้อง โดยทำตามพยาบาล แนะนำและบิดามารดาเรียนรู้จากการสังเกตการทำงานของพยาบาล การได้มาอยู่ใกล้ชิดกับลูก ได้มาเห็นลูกทุกวัน ทำให้บิดามารดาได้เรียนรู้ และมีความมั่นใจในการดูแลลูก เมื่อกลับบ้านสามารถดูแลลูกได้

“หนูจะใช้ตัวปั๊มไฟฟ้าคะในการบิบเก็บน้ำนม แล้วก็แช่ช่องฟิตไว้ พอหนูมาเยี่ยมน้องอาทิตย์นึง หนูก็จะเอามาด้วยคะ เอาใส่กระติกมาใส่น้ำแข็งคะ ปั๊มนมทุก 2 ชม ตามที่พยาบาลแนะนำ”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“ก็ทำให้เราได้ทำหน้าที่ของความเป็นแม่สมบูรณ์ค่ะ ตอนที่ลูกเราไม่สบาย เพราะเราก็อยากมีส่วนร่วมดูแลลูกเราค่ะ ก็ได้ความดีใจค่ะ ได้ทำอะไรดี ๆ ให้ลูกค่ะ ได้เรียนรู้การดูแลลูกที่ป่วยค่ะ”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

“เราจะสังเกตพยาบาลเวลาที่เค้าทำอะไรกับลูกค่ะ เราจะเรียนรู้ไว้ เราจะจำเอาไว้ไปดูแลลูกที่บ้าน ก็มีตอนที่พยาบาลป้อนนมให้ลูก เค้าก็จะแบ่งให้ดูดทีละน้อยๆ ให้นั่งหัวสูง จะได้ไม่สำลักเราก็อสังเกตเอา”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

“มาเยี่ยมทุกวัน การที่เราได้ดูแลลูก อยู่ใกล้กับลูก ทำให้เรามีความมั่นใจในการดูแลลูก และเมื่อกลับบ้านไปจะได้ดูแลเค้าได้ค่ะ”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

“ก็เรียนรู้วิธีการดูแลลูกเราที่พยาบาลเค้าทำ เราจะได้ทำได้ การทำแผลเพราะว่าน้องถ่ายที่หน้าท้อง แม่จะสังเกตเวลาที่พยาบาลทำให้ลูก”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8

“พอดีน้องจะได้กลับบ้านแล้ว พยาบาลให้มาอยู่ดูแลลูก หัดเลี้ยงเอง ก็ได้รู้วิธีการอุ้มคะ อุ้มเรอหลังกินนม การป้อนนมมาให้ลูกคะ ต้องเก็บนมยังไง ประมาณนี้”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9

4. กำลังใจและความคาดหวัง

ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าได้รับกำลังใจที่ดีจากคนในครอบครัวและคนใกล้ชิด โดยทุกคนในครอบครัวให้กำลังใจทั้งกับตัวแม่และลูก บอกอย่าเครียด อย่าคิดมาก บอกให้สู้เพื่อลูก คอยสอบถาม โทรถามอาการ เป็นห่วงตลอด ช่วยเหลือกันในทุกเรื่องทั้งเรื่องเงิน ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ให้กำลังใจไม่ห่าง อยู่เคียงข้างเป็นที่ปรึกษา ส่งผลให้บิดามารดาสบายใจ อุ่นใจ และมีกำลังใจที่ดี นอกจากนี้บิดามารดา ยังสร้างกำลังใจให้ตนเอง โดยการปลอบใจตัวเอง คิดบวก คิดในแง่ดี คิดว่าลูกต้องหาย ลูกต้องดีขึ้น ไม่คิดมาก ไม่คิดในสิ่งที่ไม่ดี เปลี่ยนวิธีคิด ปรับมุมมองและหากิจกรรมทำ โดยการทำงาน การคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อน เป็นการสร้างกำลังใจให้ตนเองได้มีแรงสู้เพื่อลูก ส่งผลให้บิดามารดา มีความสบายใจ และบิดามารดาทุกรายยังมีที่พึ่งทางใจคือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์

การไหว้พระ ทำบุญตักบาตร ถวายสังฆทาน สวดมนต์ ทำสมาธิ และการบวชบวช ซึ่งมีความเชื่อว่า จะทำให้สิ่งที่ไม่ดีหายไป ลูกก็จะได้แข็งแรงและหายป่วย ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถคาดเดาผลที่จะเกิดขึ้นได้แต่บิดามารดาก็ยังทำตามความเชื่อที่มี

4.1. กำลังใจจากครอบครัวและคนใกล้ชิด

บิดามารดาได้รับกำลังใจที่ดีจากคนในครอบครัวและคนใกล้ชิด โดยทุกคนในครอบครัว มีคุณตา คุณยาย พ่อ แม่ พี่ชาย น้อง และสามีมาเยี่ยมและมาให้กำลังใจทั้งกับตัวแม่และลูก บอกอย่าเครียด อย่าคิดมาก ทำตัวให้สบายๆ บอกให้สู้เพื่อลูก คอยสอบถามโทรถามอาการลูกตลอด เป็นห่วง อยากให้หายแล้วกลับไปอยู่ที่บ้านพร้อมกัน ทุกคนในครอบครัวช่วยเหลือกันในทุกเรื่อง ทั้งเรื่องเงิน ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ช่วยกันภาวนาให้ลูกหายเป็นปกติ ช่วยดูแลลูกคนโต ดูแลบ้าน ไม่ทิ้งกัน ให้กำลังใจไม่ห่าง อยู่เคียงข้างเป็นที่ปรึกษาในทุกสถานการณ์ ส่งผลให้บิดามารดาสบายใจ อุ่นใจ และมีกำลังใจที่ดี

“ทุกคนบอกให้อย่าไปเครียด ก็ทำตัวให้สบายๆ อยู่เพื่อลูก อย่าไปคิดอะไรมากคะ คนในครอบครัวให้กำลังใจคะ ให้กำลังใจทั้งตัวเองและลูกเรา บอกให้เราสู้เพื่อลูก”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“ก็คุยกัน ปรึกษากันคะกับพ่อ กับคนอื่นในครอบครัว คุณตา คุณยายคะ ทุกคนก็จะคอยถามอาการตลอดคะว่าน้องเป็นอย่างไรบ้างคะ ทุกคนจะเป็นห่วงหลาน อยากให้หลานหายแล้วกลับไปอยู่ที่บ้านพร้อมกัน เราก็สุขใจคะที่คนในครอบครัวไม่ทิ้งเรา เป็นที่ปรึกษาให้เรามันก็สบายใจขึ้นบ้าง”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

“พ่อแม่อยู่ต่างจังหวัด แต่จะโทรมาถามอาการหลานตลอด ส่วนพ่อแม่แฟนก็อยู่ดูแลที่โรงพยาบาลที่คลอด เพื่อที่จะให้แฟนมาดูแลลูกที่โรงพยาบาล ทุกคนก็ช่วยเหลือกันคะ ดูแลในทุกเรื่องทั้งเรื่องค่าใช้จ่าย ดูแลลูกคนโต ดูแลบ้าน ให้กำลังใจไม่ห่าง อยู่เคียงข้างเราตลอด มันเลยอุ่นใจคะ”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

“ทุกคนในครอบครัวนอกจากให้กำลังใจก็จะคอยช่วยเหลือคะ ดูแลลูกอีกคนให้ คือไม่ทิ้งกัน ทุกคนจะช่วยเหลือกันตลอดคะ เวลาที่เราไม่พอในเรื่องค่าใช้จ่าย ก็จะคอยช่วย ถามตลอดคะว่าเราต้องการอะไร”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10

“ทุกคนพ่อแม่พี่น้องผม เพื่อนผมจะมาเยี่ยม ช่วยกันภาวนาให้น้องหายครับ บางคนไม่ได้มาเยี่ยมก็จะโทรมาถามผมตลอดครับว่าน้องเป็นยังไงบ้าง จะออกจาก รพ ได้รึยัง ครับ ทุกคนให้กำลังใจครับ”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12

4.2. สร้างกำลังใจให้ตนเอง

บิดามารดามีวิธีการสร้างกำลังใจให้ตนเอง โดยการปลอบใจตัวเอง คิดบวก คิดในแง่ดีไว้ก่อน บางรายคิดว่าลูกต้องหาย ต้องดีขึ้น บิดามารดาบางส่วนเป็นคนไม่คิดมาก เพราะถ้าเศร้า ไม่สบายใจเวลาเราไปเยี่ยมลูกจะรับรู้ได้ หากิจกรรมทำ เช่น ทำงานบ้าน ไปเจอเพื่อนบ้าน พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจะทำให้ได้ระบาย ส่งผลให้สบายใจขึ้น บ้างคิดว่าเดี๋ยวมันจะผ่านไป อะไรจะเกิดก็ต้องเกิดและยอมรับมัน แค่นี้ทำได้ทำดีเพื่อลูกก็พอ ยังมีโอกาสที่ลูกจะหาย บางครั้งต้องเปลี่ยนวิธีคิด ปรับมุมมอง เป็นการสร้างกำลังใจให้มีแรงสู้เพื่อลูก

“เราเศร้า ไม่สบายใจ เวลาเราไปเยี่ยมลูกจะรับรู้ได้ ก็จะคิดในแง่ที่ดี เรื่องที่ทำให้เรามีกำลังใจ ลูกคนอื่นที่เป็นหนักยังหาย ก็คิดว่าลูกเราต้องหาย ให้กำลังใจตัวเองว่าเดี๋ยวลูกก็หาย เดี่ยวค่อยพาลูกไปเที่ยวคะ ก็พยายามไม่คิดในสิ่งที่ไม่ดีคะ คิดบวกไว้คะ เราจะได้สบายใจด้วย”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

“พยายามปลอบใจตัวเองไปเรื่อยๆ แล้วทีนี้เวลาผ่านไปหลายๆ วันก็ดีขึ้นมาหน่อย มันก็เหมือนให้เวลาทำใจกับสิ่งที่เราเจอ บางทีก็ให้กำลังใจตัวเองโดยคิดอยู่ตลอดเวลาว่าลูกต้องดีขึ้น คิดในแง่ดีไว้ก่อน เดี่ยวก็หาย ออกจาก รพ การที่เราทำอะไรทำ ทำงานบ้าน ไปเจอเพื่อนบ้านบ้าง มันจะทำให้เราได้ความคิดที่ต่างจากเรา เราได้ระบาย ได้พูดคุยจะสบายใจขึ้น”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

“จะมองดีไว้ก่อน เดี่ยวมันจะผ่านไป อะไรจะเกิดก็ต้องเกิดและยอมรับมัน ขอให้ทำได้ทำดีเพื่อลูกก็พอ ได้ทำเท่าที่ทำได้ในตอนนี้ ตอนที่เค้าไม่สบาย”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

“ลูกคนแรก คาดหวังมากกว่าต้องแข็งแรง ครบ สมบูรณ์ แต่พอเค้าป่วย ตอนแรกก็รับไม่ได้ ก็ได้แต่คิดว่ามันก็ยังดีกว่าที่ลูกแยกว่านี้หรือเสียชีวิต มันยังมีโอกาสที่จะหาย ต้องปรับมุมมอง เปลี่ยนวิธีคิด คิดบวกไว้ เดี่ยวมันจะผ่านไป ลูกต้องหาย เป็นการสร้างกำลังใจให้เรามีแรงสู้เพื่อลูก”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11

4.3. สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ยึดถือ

ใครบอกอะไรว่าดี ทำแล้วดีทำให้ลูกหายป่วย ทำหมด บิดามารดาบางรายไหว้พระ 9 วัด ทำบุญตักบาตร ถวายสังฆทาน บ้างก็ปล่อยนก ปล่อยเต่า ซึ่งมีความเชื่อว่าจะทำให้สิ่งที่ไม่ดีหายไป ลูกก็จะได้แข็งแรงหายป่วยใช้ ทุกรายภาวนาให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์คุ้มครองลูก บางส่วนทำสมาธิ สวดมนต์ นั่งสมาธิ ส่วนมากขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์ บนบานให้ลูกหาย บางรายทำทุกวัน ทุกครั้งก่อนมาเยี่ยมลูก หรือก่อนลูกจะผ่าตัดศัลยกรรมก็ขอให้ลูกหายเป็นปกติ หายป่วย ถึงแม้ว่าจะไม่รู้ผล แต่ผู้ให้ข้อมูลทุกรายยังคาดหวังหวังให้ลูกหายป่วยและกลับมาเป็นปกติ

“ก็พนมมือไหว้ขอพรขอสิ่งศักดิ์สิทธิ์คะ ว่าให้ลูกหาย ตามวัด ตามที่ต่างๆคะ ถ้าเกิดน้องต้องได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมก็ขอให้น้องหายเป็นปกติคะ”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

“คิดว่าการสวดมนต์ ทำสมาธิ นั่งสมาธิ มันก็ทำให้เราสบายใจ จิตใจสงบ ที่บ้านมีบทสวดชินบัญชรก็จะท่องตามและขอภาวนาให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่างๆคุ้มครองลูกเราให้หายจากการป่วยไข้ เพราะก็เชื่อคะว่ามันจะส่งผลให้ลูกดีขึ้น”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

“ตื่นเข้ามาก่อนไปทำงานก็จะทำบุญตักบาตรทุกเช้าเลยคะ ส่วนวันอาทิตย์ก็จะไปทำบุญที่วัดกันก่อนมาเยี่ยมน้องคะ ทำทุกวัน ทุกครั้งคะ สวดมนต์ทุกคืน ไหว้พระขอพรคะ ไปบนด้วยคะ”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9

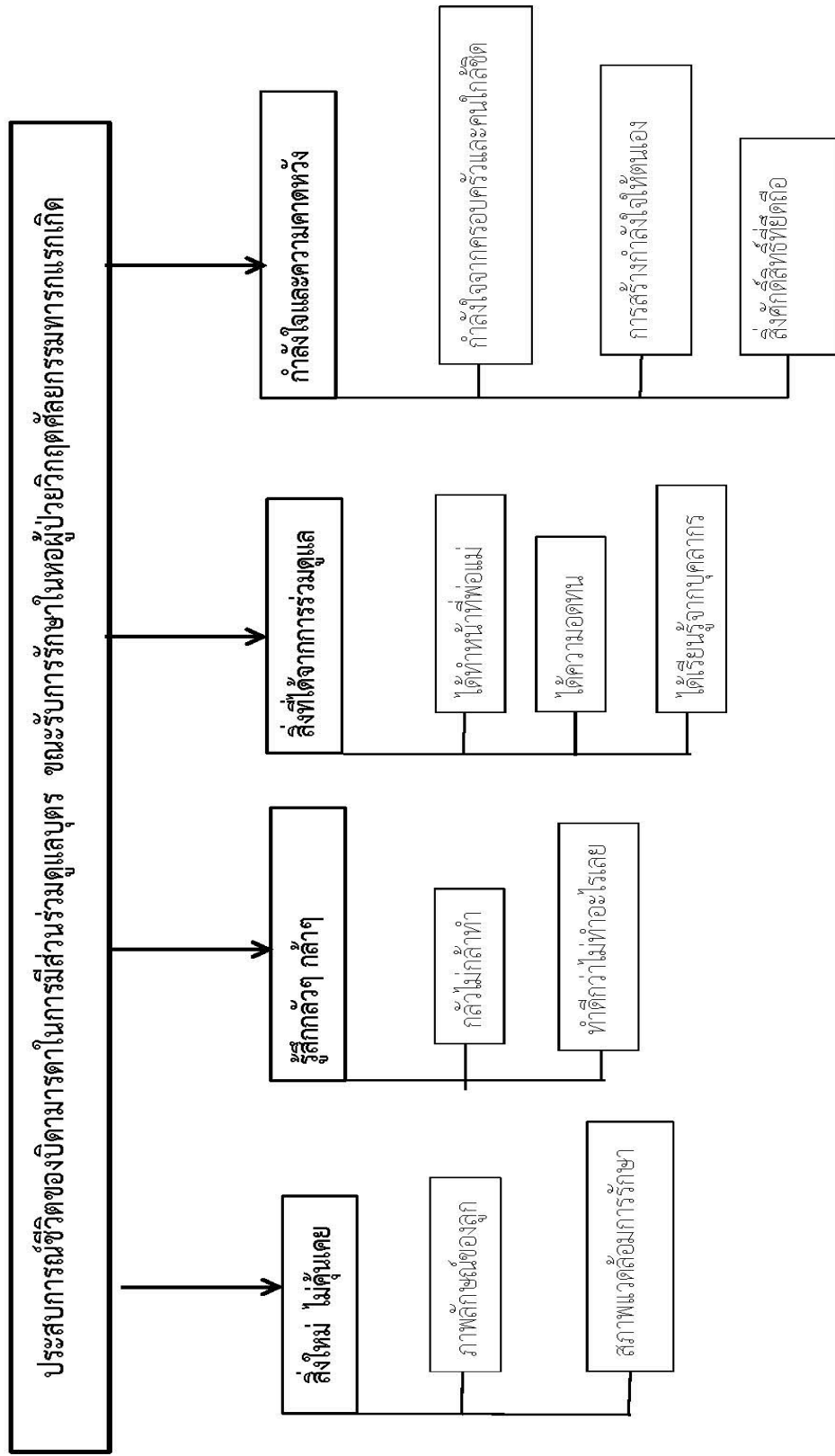
“ใครบอกอะไรว่าดี ทำแล้วดี ผมทำหมดครบอยากให้ลูกหาย ไปไหว้พระ 9 วัด ตามที่ต่างๆที่ดังๆผมไปมาหมดแล้ว ถวายสังฆทาน ขอพรทำหมดแล้ว”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12

“ถ้าว่าจะไปปล่อยนก ปล่อยเต่า อะไรพวกนี้คะ ตามที่บ้านเชื่อว่ามันจะทำให้สิ่งที่ไม่ดีหายไป ปล่อยเต่าอายุจะได้ยืน ลูกก็ได้แข็งแรงหายป่วย ที่บ้านก็จะเชื่อกัน”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด สรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลลูกนั้น ทำให้บิดามารดาต้องพบสิ่งใหม่ ที่ไม่คุ้นเคย ทั้งในเรื่องภาพลักษณ์ที่ผิดปกติจากทารกทั่วไปของลูก แผลผ่าตัด ความพิการร่วมและสภาพแวดล้อมการรักษา ซึ่งประกอบไปด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตู้อบ เครื่องช่วยหายใจ การทำงานของเจ้าหน้าที่ รวมทั้งสภาพของหอผู้ป่วยที่มีไฟสว่างตลอดเวลา บิดามารดายังรู้สึกกลัวๆล้าๆที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลลูก บางส่วนไม่กล้าที่จะมีส่วนร่วมดูแลลูก เนื่องจากตกใจ กลัว กลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับลูก กลัวว่าลูกจะอาการแย่ลง ส่งผลให้ไม่กล้าทำอะไรให้ลูก เพราะคิดว่าตนเองไม่มีความรู้ แต่ยังพบว่ามามีบิดามารดาอีกบางส่วนกล้าที่จะทำอะไรเพื่อลูก เพราะคิดว่าดีกว่าที่ไม่ได้ทำอะไรเพื่อลูกเลย สิ่งที่บิดามารดาได้รับจากการมีส่วนร่วมในการดูแลลูกคือการได้ใกล้ชิดลูก ได้ทำหน้าที่ของการเป็นพ่อแม่ ได้ความอดทนที่จะต้องพบเห็นความผิดปกติของบุตร อดทนที่จะต้องเห็นลูกเจ็บปวดจากหัตถการ และอดทนรอคอยวันที่ลูกจะได้กลับบ้าน ได้กอด ได้หอม และได้ดูแลลูกเอง รวมทั้งได้ร่วมตัดสินใจในกระบวนการการดูแลรักษา ได้เรียนรู้วิธีการดูแลลูกจากการสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลและที่พยาบาลสอน ทำให้บิดามารดามีความมั่นใจเมื่อลูกกลับบ้านสามารถที่จะดูแลลูกได้ และการมีกำลังใจที่ดีจากครอบครัวและคนใกล้ชิดเป็นสิ่งที่สำคัญ โดยพบว่าบิดามารดาทุกรายได้รับความช่วยเหลือที่ดีจากคนในครอบครัว แต่ในขณะเดียวกันบิดามารดาก็ยังได้สร้างกำลังใจให้ตนเองด้วยการมองบวก คิดบวก คิดในแง่ดี คิดว่าลูกต้องหายและได้กลับบ้าน นอกจากนี้แล้วที่ฟังทางใจที่บิดามารดาทุกรายมีคือสิ่งศักดิ์ที่ยึดถือ เช่น การทำตามความเชื่อที่ตนเองยึดถือ การขอพร ไหว้พระ ทำบุญ ตักบาตร ถวายสังฆทาน การปล่อยนก เต่า เป็นต้น โดยคาดหวังเพียงให้ลูกอาการดีขึ้น และหายเป็นปกติ ได้กลับบ้านไปอยู่พร้อมหน้ากัน ดังแสดงสรุปในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 สรุปประเด็นประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ของรับการศึกษาในทอผู้ปวยวิฤตต์ลยกรมทกรกเรกเกิด

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาการตีความของ Heidegger (1976) เพื่ออธิบายความหมายและบรรยายประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึก คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากบิดาหรือมารดาที่มีประสบการณ์ตรงในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด ระหว่าง 14-80 วัน และทารกได้รับการจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด เพื่อไปรับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดศัลยกรรม ภายในระยะเวลา 6 เดือน จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัวจากผู้ให้ข้อมูล 14 ราย วิเคราะห์ข้อมูลพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนของ Diekelman และคณะ (1989) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถบรรยายประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด เป็น 4 ประเด็นหลัก โดยนำเสนอตามลำดับขั้นดังนี้

สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเรื่องประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด สามารถสรุปผลการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ลักษณะสรุปตามลำดับดังนี้

1. ความหมายของการมีส่วนร่วมดูแลบุตร

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ซึ่งสามารถสรุปความหมายได้ดังนี้

การมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร คือ การที่ได้ทำหน้าที่ของความเป็นพ่อแม่อย่างสมบูรณ์ ได้มีส่วนร่วมรับรู้สิ่งที่เกี่ยวข้องกับลูก ได้ทำอะไรให้กับลูกตามที่แพทย์พยาบาลบอก ได้ดูแลลูกร่วมกับพยาบาล ตอนที่ลูกป่วยอยู่โรงพยาบาล และได้ให้กำลังใจ พุดคุย สัมผัส บอกรัก ให้ลูกรู้ว่าพ่อแม่มาเยี่ยมมาดูแลลูกไม่ได้ทิ้งไปไหน

2. สรุปประเด็นประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด ซึ่งพบ 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. สิ่งใหม่ ไม่คุ้นเคย

- 1.1. ภาพลักษณ์ของลูก
- 1.2. สภาพแวดล้อมการรักษา

2. รู้สึกกลัวๆ ล้าๆ

- 2.1. กลัวไม่กล้าทำ
- 2.2. ทำดีกว่าไม่ทำอะไรเลย

3. สิ่งที่ได้จากการมีส่วนร่วมดูแล

- 3.1. ได้ทำหน้าที่พ่อแม่
- 3.2. ได้ความอดทน
- 3.3. ได้เรียนรู้จากบุคลากร

4. กำลังใจและความคาดหวัง

- 4.1. กำลังใจจากครอบครัวและคนใกล้ชิด
- 4.2. สร้างกำลังใจให้ตนเอง
- 4.3. สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ยึดถือ

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด พบว่าผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร คือ การที่ได้ทำหน้าที่ของความเป็นพ่อแม่อย่างสมบูรณ์ ได้มีส่วนร่วมรับรู้สิ่งเกี่ยวกับลูก ได้ทำอะไรให้กับลูกตามที่แพทย์พยาบาลบอก ได้ดูแลลูกร่วมกับพยาบาล ตอนที่ลูกป่วยอยู่โรงพยาบาล และได้ให้กำลังใจ พุดคุย สัมผัส บอกรัก ให้ลูกรู้ว่าพ่อแม่มาเยี่ยมมาดูแลลูก ไม่ได้ทิ้งไปไหน ซึ่งการได้มีส่วนร่วมในการดูแลลูกในขณะที่ลูกป่วยอยู่โรงพยาบาลนั้น ทำให้บิดามารดาได้ใกล้ชิดกับลูก และได้ติดตามอาการอย่างต่อเนื่องของลูก และนอกจากนี้บิดามารดายังได้รับประสบการณ์ใหม่ที่ไม่เคยพบเจอมาก่อน ไม่คุ้นเคยกับภาพลักษณ์ของลูกและสภาพแวดล้อมการรักษา ส่งผลให้รู้สึกกลัวๆ ล้าๆ ในการมีส่วนร่วมดูแลลูก แม้ว่าบิดามารดาจะรู้สึกกลัว ไม่กล้าที่จะทำอะไรให้กับลูก แต่ยังพบว่ามีบิดามารดาบางส่วนที่ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลลูก ถึงแม้ว่าจะเพียงเล็กน้อย แต่ดีกว่าการที่ไม่ได้ทำอะไรให้ลูกเลย ตลอดระยะเวลาที่บิดามารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลลูกในโรงพยาบาลนั้น บิดามารดาต้องเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคมากมาย ถึงต้องเหน็ดเหนื่อย

แค้ไหนก็ต้องเข้มแข็งและสู้เพื่อลูก เนื่องจากเป็นหนทางเดียวที่บิดามารดาจะได้ทำหน้าที่ของการเป็นพ่อแม่ ที่จะได้ร่วมดูแลลูกขณะที่เจ็บป่วยอยู่ในโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายเดียวกันคือ ความคาดหวังให้ลูกหายป่วยและได้กลับบ้าน ซึ่งประสบการณ์ที่บิดามารดาได้เผชิญระหว่างที่ได้อาบน้ำลูกนั้น สามารถอธิบายผลตามประเด็นหลักของประสบการณ์ดังนี้

ประเด็นที่ 1 สิ่งใหม่ ไม่คุ้นเคย การเจ็บป่วยของบุตรและการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด สภาพแวดล้อมการรักษาในหอผู้ป่วยที่ประกอบไปด้วยเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์จำนวนมาก (ณัฐิกา ปฐมอารีย์, 2552) มีแสงและเสียงเตือนดังจากเครื่องมือแพทย์ ลักษณะการทำงานที่ดูเร่งรีบ เคร่งเครียด (ชนิดา แป๊ะสกุล, 2553) และภาพลักษณ์ของบุตรที่มีความพิการตั้งแต่กำเนิด ต้องได้รับการผ่าตัด หลังผ่าตัดต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาที่นาน เพื่อติดตามอาการอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด มีบาดแผลผ่าตัดขนาดใหญ่ ดูน่ากลัว แผลผ่าตัดบางชนิดมีเลือดซึมตลอดเวลา มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตามร่างกายทารก ซึ่งเป็นสิ่งใหม่ที่บิดามารดาไม่เคยพบเจอมาก่อน ไม่คุ้นเคย สอดคล้องกับการศึกษาของ Arnold (2012) ศึกษาประสบการณ์ของบิดามารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดอายุรกรรม ในตะวันออกเฉียงใต้ของสหราชอาณาจักร อังกฤษ จำนวน 39 คน พบว่าลักษณะการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่มีความเคร่งเครียดในการทำงาน สภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยที่ลึกลับ และเครื่องมือในการช่วยชีวิตที่มีความทันสมัยและน่ากลัว ล้วนเป็นสิ่งแปลกใหม่ที่บิดามารดาไม่เคยพบเจอมาก่อน ส่งผลให้บิดามารดาไม่กล้ามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรและการศึกษาของ ณัฐิกา ปฐมอารีย์ (2552) ศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤต ในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 12 ราย พบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ในช่วงระยะเริ่มต้นจะเป็นการก้าวเข้าสู่โลกที่บิดามารดาไม่เคยรู้จัก ไม่คุ้นเคยและไม่เคยพบเจอมาก่อน ส่งผลให้บิดามารดาเกิดความกลัว ไม่กล้าที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร

ประเด็นที่ 2 รู้สึกกลัวๆ กล้าๆ เมื่อบิดามารดาได้พบเจอสภาพของบุตรเป็นครั้งแรก สภาพของบุตรที่ผิดปกติไม่เคยเจอมาก่อน ส่งผลให้บิดามารดาเกิดความกลัว (Wright et al., 2014) กลัวลูกเจ็บ กลัวแผลจะติดเชื้อกลัวสายที่อยู่ตามร่างกายลูกจะหลุดแล้วอาการแย่งลง (Arnold et al., 2012) หรือกลัวอาจสูญเสียชีวิต (สมสิริ รุ่งอมรรัตน์, 2553; Wright et al., 2014) เพราะไม่มีประสบการณ์ของการมีบุตรที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิดมาก่อน จึงตกใจ ไม่กล้าที่จะมีส่วนร่วมหรือทำอะไรเพื่อลูก ไม่กล้าจับ ไม่กล้าที่จะเข้าไปใกล้ลูก (Finlayson et al., 2013) เนื่องจากกลัวและคิดว่าไม่มีความรู้ (ชนิดา แป๊ะสกุล, 2553; Hollywood & Hollywood, 2012; Finlayson et al., 2013) ถึงแม้ว่าบิดามารดาจะมีความรู้สึกกลัว ไม่กล้าทำอะไรให้ลูก แต่ยังพบว่าบิดามารดายังคงมาให้กำลังใจ สังเกตพฤติกรรมและเฝ้ามองดู

ลูกอยู่ข้างๆ ถึงจะไม่ได้ทำอะไรมาก แต่ดีกว่าการที่ไม่ได้ทำอะไรเลย ส่งผลทำให้บิดามารดามีกำลังใจ มีความสุขใจที่ได้ทำเพื่อลูก สอดคล้องกับการศึกษาของ Finlayson (2013) ที่ศึกษาการรับรู้ของ มารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดวิกฤต ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด อายุครรภ์ ในสหราชอาณาจักรอังกฤษ จำนวน 12 ราย พบว่ามารดาไม่กล้ามีส่วนร่วมดูแลบุตร เนื่องจากสภาพของบุตรที่บิดามารดาได้พบเจอ ทำให้ไม่กล้าจับ ไม่กล้ามีส่วนร่วมดูแล เนื่องจาก กลัวว่าบุตรจะมีอาการแย่งลงกว่าเดิม และการศึกษาของ Wraight (2014) ที่ศึกษาประสบการณ์ชีวิต ของบิดามารดาที่มีบุตรรับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของ ชิคาโก จำนวน 15 ราย พบว่าบิดามารดาจะมีความวิตกกังวล กลัว ในระดับที่สูงตลอด 24 ชั่วโมง ในช่วงระยะเวลาแรกของการเจ็บป่วยของลูก กลัวความไม่แน่นอนกับสภาพของบุตรที่ได้พบเห็น การเจ็บป่วย อาการที่ไม่คงที่ และกลัวว่าบุตรจะเสียชีวิต บางรายต้องการที่จะทำกิจกรรมในการ ดูแลลูกแต่ไม่กล้า เพราะลูกตัวเล็กมาก มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตามร่างกาย ส่งผลให้บิดามารดา ไม่กล้าทำ เพราะกลัวว่าบุตรจะมีอาการที่แย่งและอาจเสียชีวิตได้

ประเด็นที่ 3 สิ่งที่ได้จากการมีส่วนร่วมดูแล ได้ทำหน้าที่พ่อแม่ ได้ความอดทนและได้เรียนรู้ จากบุคลากร ทำให้ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรในขณะที่รับการรักษาในหอ ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด บิดามารดาต้องมีความอดทนกับสภาพที่ต้องเจอบุตรร้องไห้ ดิ้น ในขณะที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาล บิดามารดาเหมือนใจจะขาด ทนดูไม่ได้อยากจะจับแทนลูก แต่ก็ต้องอดทน นอกจากนี้บิดามารดายังได้ใกล้ชิดลูก ได้ดูแลลูกเท่าที่สามารถทำได้ การมาเยี่ยม สัมผัส พูดคุย บีบเก็บนมมาให้ การได้ทำหน้าที่ของการเป็นแม่ ได้บอกรักลูกทุกครั้งที่มาเยี่ยม ได้ ติดตามอาการของลูก มีกำลังใจจากที่เห็นอาการของลูกดีขึ้น ได้เห็นหน้าลูกทุกวัน ได้รู้ว่าลูก ยังคงหายใจและมีชีวิตอยู่ ได้ร่วมตัดสินใจในการรักษาของบุตร (ชนิดา แป๊ะสกุล, 2553; ไกรวรรร กาพันธ์, 2554) และการค้นหาข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร (Mode et al., 2013) อีกทั้งได้เรียนรู้การดูแลลูกที่ป่วยทำให้บิดามารดามีความสุข ถึงจะไม่ได้เลี้ยงดูอย่างเต็มที่ เพราะลูกป่วย แต่ได้ไปเยี่ยมก็ดีใจ เป็นการให้กำลังใจให้ลูก ได้ใกล้ชิดกับบุตร ได้เห็นหน้าบุตรทุกวัน ได้ทำหน้าที่ของการเป็นแม่ ได้ติดตามอาการบุตร บิดามารดาที่มีบุตรที่รับการรักษาในหอผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด ต้องเผชิญกับวิธีการรักษาที่คุกคามชีวิตคือการผ่าตัด ถึงแม้ว่าจะไม่ ทราบได้ในผลของการรักษา แต่ตลอดเส้นทางของการได้มีส่วนร่วมในการดูแลบุตร บิดามารดาต้อง มีความอดทนสูงมากเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นกับการรักษา และความเสี่ยงในการ เสียชีวิตที่สูงมาก บิดามารดาส่วนใหญ่ได้มีความอดทน อดทนรอในวันที่ลูกอาการดีขึ้น หายป่วยและ กลับบ้าน

ประเด็นที่ 4 กำลังใจและความคาดหวัง กำลังใจจากครอบครัวและคนใกล้ชิด การสร้างกำลังใจให้ตนเอง และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ยึดถือ เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยขับเคลื่อนให้บิดามารดาเกิดพลังที่จะเผชิญกับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นในกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ในขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล บิดามารดามีความคาดหวังว่าบุตรจะอาการดีขึ้นและปลอดภัย (Wraight et al., 2014) มีการสร้างกำลังใจให้ตนเองด้วยการมีความคิดในด้านบวก มองในแง่ดี มีมุมมองที่ดี และคนในครอบครัวมีส่วนสำคัญในการสนับสนุน ช่วยเหลือให้บิดามารดาสามารถเผชิญและฝ่าฟันกับอุปสรรคที่เกิดขึ้น บิดามารดาทุกรายมีที่พึ่งทางใจคือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การไหว้พระ ขอมพร ทำบุญ ตักบาตร (Mode et al., 2013) หรือการทำตามความเชื่อที่ตนเองนับถือปฏิบัติกันมา นอกจากนี้แล้วบิดามารดาบางรายยังมีการบนบาน ตามวัดและสถานที่ต่างๆที่มีคนแนะนำหรือได้ยินมา แต่ไม่ว่าการสร้างกำลังใจให้ตนเองหรือกำลังใจที่ได้รับมาจะมีความแตกต่างกันเพียงใด มีสิ่งหนึ่งที่เหมือนกันคือการคาดหวังให้บุตรหายจากการเจ็บป่วย ให้กลับมาแข็งแรงเป็นปกติ บิดามารดาสามารถทำได้ทุกอย่างเพื่อให้บุตรหายป่วย มีทั้งสมหวังและผิดหวัง สอดคล้องกับการศึกษาของ สมสิริ รุ่งอมรรัตน์ (2553) ศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและต้องได้รับเครื่องช่วยหายใจ พบว่าการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดนั้นนอกเหนือจากการมาเยี่ยมที่โรงพยาบาล มารดาส่วนหนึ่งยังให้ความสำคัญกับการบนบานขอสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เพื่อช่วยให้คุ้มครองให้บุตรของตนปลอดภัย เนื่องจากรับรู้ว่าคุณชีวิตของบุตรไม่แน่นอน

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เรียนรู้ว่ากำลังใจจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาลนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญมาก ซึ่งมีผลกับการมีส่วนร่วมทำให้บิดามารดาที่มีกำลังใจในการมีส่วนร่วมดูแลบุตรร่วมกับเจ้าหน้าที่

การนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด โดยใช้วิธีการศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา ทำให้เกิดการรับรู้ความหมายและเข้าใจถึงประสบการณ์การมีส่วนร่วมของบิดามารดา ที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลบุตร ขณะเจ็บป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล และเข้าใจในความรู้สึกของการเป็นผู้ที่ต้องอยู่ในสถานการณ์นั้นได้มากขึ้น ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเด็กแบบองค์รวมต่อไป

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ส่งเสริมให้ทีมแพทย์ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยทารกวิกฤตและครอบครัวได้ตระหนัก เห็นใจ และเข้าใจถึงความรู้สึกของการเป็นบิดามารดาผู้ป่วยทารกที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด และเตรียมใจของบิดามารดาให้พร้อมเผชิญกับความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นในขณะที่บุตรเจ็บป่วย

2. ส่งเสริมให้บิดามารดาได้ทำบทบาทของการเป็นบิดามารดา ในการมีส่วนร่วมดูแลบุตรได้อย่างเต็มที่ ในขณะที่บุตรรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด โดยการมาเยี่ยม สัมผัส พูดคุย การบีบเก็บน้ำนมและการนำน้ำนมที่บีบเก็บมาให้บุตรทุกครั้งขณะมาเยี่ยมบุตร เพื่อให้บุตรได้กินนมแม่ รวมทั้งร่วมตัดสินใจ ติดตามอาการของบุตรอย่างใกล้ชิด และเรียนรู้ทักษะในการดูแลบุตร การทำแผลร่วมกับพยาบาลจนบิดามารดาเกิดความมั่นใจในการดูแลบุตรก่อนกลับบ้าน

3. Family -centered cared ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร จากงานวิจัยนี้พบว่าครอบครัวเป็นส่วนสำคัญในการดูแลช่วยเหลือกัน ให้กำลังใจกัน เพื่อส่งเสริมให้บิดามารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด และดึงศักยภาพเพิ่มความเข้มแข็ง หรือความสามารถในการพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพของบิดามารดาและสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้การมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรประสบความสำเร็จ

ด้านการศึกษาพยาบาล

นำผลที่ได้จากการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดา ในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด ไปใช้ในการเรียนการสอนเรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต โดยให้ความสำคัญกับบิดามารดา ครอบครัว เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตศัลยกรรมแบบองค์รวม โดยยึดหลักครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

เพื่อส่งเสริมการพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด โดยใช้ผลของการวิจัยในครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างโปรแกรม

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2540). เคล็ดลับการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก.

วารสารการวิจัยทางการแพทย์ 1(2): 297- 311.

กนกวรรณ ฉันทนะมงคล. (2553). การพยาบาลทารกแรกเกิด. สมุทรปราการ: โครงการสำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

กมลเนตร ไข่มุกานาย. (2546). ผลของการให้มารดามีส่วนร่วมซึ่งกันและกันกับพยาบาลในการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดต่อความเครียดของมารดา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวิมา จีระแพทย์. (2554). การประเมินภาวะสุขภาพทารกแรกเกิด.

พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ด้านสุขภาพการพิมพ์.

เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2556). การดูแลด้วยจิตวิญญาณในมารดาและทารกแรกเกิด.

ใน พิมพ์ วงศ์ศิริเดช, พิมพ์ศักดิ์ สุขเมขศรี, พจนีย์ ผดุงเกียรติวัฒนา และณัฐฉิณี ศรีสันติโรจน์ (บรรณาธิการ), เวชศาสตร์ปริกำเนิดทันสมัย, หน้า 169-177. กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยน ศรีเอช จำกัด.

ไกรวรรณ กาพันธ์. (2552). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

งานสารสนเทศ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. (2558). ข้อมูลทารกแรกเกิด ปี พ.ศ. 2555-2557. กรุงเทพมหานคร: งานสารสนเทศ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.

จรัสศรี หินศิลป์. (2549). การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูง.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย. (2548). วัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จอนณะจง เพ็งจาด. (2548). ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาการตีความ.

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 17(2): 10-20.

- เจษฎา สิงห์เวชสกุล. (2548). Neonatal surgical emergency. ใน เกวลี อนุจักร (บรรณาธิการ), *กุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน*, หน้า 21-31. เชียงใหม่: เชียงใหม่แสงศิลป์.
- ชญาพัฒน์ ธรรมภาสุวรรณ์. (2554). ผลของโปรแกรมการดูแลมารดาที่มีบุตรที่เข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิดต่อความวิตกกังวลและความสัมพันธ์กับทารก. *วารสารพยาบาลกองทัพอากาศ* 59(1): 31-41.
- ชนิดา แป๊ะสกุล. (2553). *การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชาย โปธิสิตา. (2554). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์ พรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ณัฐิกา ปฐมอารีย์. (2552). *การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดในหออภิบาลทารกแรกเกิด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณัฐพร ฉันทวรลักษณ์. (2546). ผลของการจัดระบบการให้มารดาเข้าเยี่ยมบุตรทารกคลอดก่อนกำหนดต่อความวิตกกังวลของมารดา. *รามาศิลป์สาร* 2(9): 167-177.
- ดรุณี ท่วมเพ็ชร. (2553). ผลของกลุ่มสนับสนุนต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของบิดามารดาเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม. *พยาบาลสาร* 38(3): 61-72.
- ดุสิต สถาวร. (2545). Intensive care unit administration. ใน ดุสิต สถาวร, ชลิตา เลหาพันธ์, ปรียาพันธ์ แสงอรุณ และสุรีย์พร คุณาไทย (บรรณาธิการ), *ตำรากุมารเวชวิกฤต*, หน้า 3-10. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ทองขาว รัตนสุวรรณ. (2547). ความผิดปกติของสะดือและผนังหน้าท้อง. ใน รังสรรค์ นิรามิข, ไมตรี อนันต์โกศล และสุขวัฒน์ วัฒนาธิฐาน (บรรณาธิการ), *กุมารศาสตร์*, หน้า 367-373. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพรินติ้ง.
- ทัศนีย์ ตรีศายลักษณ์. (2542). *ผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาทารกต่อความผูกพันระหว่างมารดาทารกและการเจริญเติบโตของทารกคลอดก่อนกำหนด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ ประสบกิตติคุณ. (2555). หลักการพยาบาลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต. ใน ศรีสมบุญ มุสิกสุนทร, ฟองคำ ติลกสกุลชัย, วิไล เลิศธรรมเทวี, อัจฉรา เป็องเวทย์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม และสุดาภรณ์ พยัคฆะเรือง (บรรณาธิการ), *ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 1*, หน้า 273-286. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ปริ-วัน.
- นงเยาว์ สมพิทยานุรักษ์. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด*. กรุงเทพมหานคร:

โรงพยาบาลแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นฤมล ชีระรังสีกุล. (2545). *การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด*. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- เนตรทอง ทะยา, วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร และรัตนชฎาวรรณ อยู่ภาค. (2550). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองของความต้องการของมารดาทารกที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 16(2): 268-274.
- บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ. (2555). *การพยาบาลผู้ป่วยทารกภาวะเฉียบพลันและเรื้อรัง*.
สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ปาริชาติ ดำรงค์รักษ์. (2555). ผลของการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อการรับรู้สมรรถนะในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร และความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของมารดาในหออภิบาลทารกแรกเกิด. *Journal of Nursing Science* 30(2): 70-79.
- ปราณี ผลอนันต์. (2554). *การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล สาขาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา. (2549). *การพยาบาลเด็ก เล่ม 3*. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี: ยูทริรินทร์.
- พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา และคณะ. (2555). *การพยาบาลเด็ก 1*. นนทบุรี: ธนาเพรส.
- พัชรี คำชู. (2555). *ประสาทวิทยาศาสตร์ประยุกต์*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ไพบุลย์ สุทธิสุวรรณ. (2536). *กุมารศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- มาลี เอื้ออำนวย, สุธิดา ล่ามช้าง และจรัสศรี เย็นบุตร. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยเด็ก เล่มที่ 1*. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: นันทพันธ์พรินติ้ง จำกัด.
- รังสรรค์ นิรามิข, ไมตรี อนันต์โกศล และสุขวัฒน์ วัฒนาธิฐาน. (2547). *กุมารศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพรินติ้ง.
- รัชตะวรรณ โอฬาพิริยะกุล. (2544). *การพยาบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต*. กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์ แอนด์ เจอนัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- รัชณี นามจันทรา. (2552). การดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: รูปแบบการบริการสุขภาพที่ท้าทาย. *วารสารสภาการพยาบาล* 24(1): 5-10.
- รัสวีดี บุษยะจาร์. (2554). *การดูแลบาดแผลและออสโตมี*. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2543). *ผลกระทบของภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจต่อเด็กเยาวชนและครอบครัวและความต้องการความช่วยเหลือของครอบครัวในเขตจังหวัดกาญจนบุรี*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนา. (2556). *การพยาบาลเด็กป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง*. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: ธนาเพรส จำกัด.
- วีณา เทียงธรรม. (2548). ปรัชญาการณวิทยา (Phenomenology). ใน *ประกาย จิโรจน์กุล (บรรณาธิการ), การวิจัยทางการพยาบาล: แนวคิด หลักการและวิธีปฏิบัติ*, หน้า 165-194. กรุงเทพมหานคร: สร้างสื่อ.
- วีระ บุรณะกิจเจริญ. (2547). Congenital diaphragmatic hernia. ใน *รังสรรค์ นิรามิข, ไมตรี อนันต์โกศล และสุขวัฒน์ วัฒนาธิฐาน (บรรณาธิการ), กุมารศัลยศาสตร์*, หน้า 99-110. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพรินติ้ง.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2555). *การวิจัยคุณภาพทางการพยาบาล: ระเบียบวิธีวิจัยและกรณีศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: วิทยพัฒน์ จำกัด.
- ศรีวงศ์ หะวานนท์. (2533). ปัญหาทางศัลยกรรมเด็ก. ใน *อนันต์ สุวัฒน์วิโรจน์ และ นภา กลิ่นชวนชื่น (บรรณาธิการ), กุมารศัลยศาสตร์และการพยาบาล*, หน้า 1-9. กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเด็ก.
- ศรีวงศ์ หะวานนท์. (2547). การดูแลก่อนและหลังการผ่าตัด. ใน *รังสรรค์ นิรามิข, ไมตรี อนันต์โกศล และสุขวัฒน์ วัฒนาธิฐาน (บรรณาธิการ), กุมารศัลยศาสตร์*, หน้า 1-36. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพรินติ้ง.
- ศักดิ์ ภัทรภิญโญกุล. (2545). *กุมารศัลยศาสตร์ สงขลาครินทร์*. หาดใหญ่: ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลาครินทร์.
- สภาการพยาบาล. (2552). *ประกาศสภาการพยาบาล: ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาล ชั้นสูงสาขาต่างๆ*. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.tnc.or.th/files/2010/02/page-125/_20344.pdf [25 ตุลาคม 2558]
- สุภา หมตทุกข์, พนิดา ศรีสันต์ และศิริรัตน์ อุฬารตินนท์. (2556). ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ. *กุมารเวชสาร* 20(3): 191-192.
- สุภารัตน์ ไวยชีตา, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล และศรีสมร ภูมณสกุล. (2545). ความพึงพอใจต่อบริการการพยาบาลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามาริบัติ. *Rama nurs J* 8(1): 13-27.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2554). *การวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 18. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวรรณิ สุระเศรณีวงศ์. (2548). *วิสัญญีวิทยาสำหรับการผ่าตัดฉุกเฉินในทารกแรกเกิด*. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

- สุขวัฒน์ วัฒนาธิษฐาน. (2547). การดูแลทารกคล้ายกรรม. ใน รังสรรค์ นิรามิข, ไมตรี อนันต์โกศล และสุขวัฒน์ วัฒนาธิษฐาน (บรรณาธิการ), *กุมารศัลยศาสตร์*, หน้า 1-36.
กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพรินต์ติ้ง.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559*.
นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมชูปถัมภ์.
- สมสิริ รุ่งอมรรัตน์. (2553). การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและต้องได้รับเครื่องช่วยหายใจ. *J Nurs Sci* 30(4): 50-60.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2553). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุดมญา พันธนิศย์. (2555). หลักการพยาบาลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต. ใน ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุคนธ์, พงศ์ คำ ติลกสกุลชัย, วิไล เลิศธรรมเทวี, อัจฉรา เป็รื่องเวทย์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม และ สุดาภรณ์ พยัคฆะเรือง (บรรณาธิการ), *ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 1*, หน้า 273-286.
กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ปริ-วัน.
- อุบลรัตน์ เฟิงสถิตย์. (2535). *ความจำมนุษย์*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร:
สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- เอื้องดอย ต้นทพงค์. (2554). โครงการ Developmental care in NSICU: Quiet time.
กุมารเวชสาร 18(2): 172-173.
- อัญญา ปลอดเปลื้อง. (2556). การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยา.
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 23(2): 1-10.

ภาษาอังกฤษ

- American Academy of Pediatrics. (2012). Patient- and family-center care and the pediatrician's role. *Pediatrics* 129(2): 394-404.
- Abdalla, A. R., and Karsani, S. H. (2014). Pattern of neonatal surgical presentation and outcome in sinner hospital. *Global Journals Inc* 14(4): 1-7.
- Allen, D., Diekelmann, N., and Benner, P. (1986). Three paradigms for nursing research. Methodological implications. In P. Chinn. (Ed), *Nursing research methodology*, pp. 22-38. Maryland: Aspen.

- Alves, E., Amorim, M., Fraga, S., Barros, H., and Silva, S. (2014). Parenting roles and knowledge in neonatal intensive care units: Protocol of a mixed methods study. *BMJ Open* 4(7): 5-6.
- Annells, M. (1996). Hermeneutic phenomenology: Philosophical perspective and current use in nursing research. *Journal of Advanced in Nursing* 23: 705-713.
- Antonoff, M. B., Husted, V. A., Groth, S. S., and Schmeling, D. J. (2011). Protocolized management of infants with congenital diaphragmatic hernia: Effect on survival. *Journal of Pediatric Surgery* 46: 39-46.
- Arnold, L., Sawyer, A., Rabe, H., Abbott, J., Gyte, G., Duley, L., et al. (2012). Parents' first moments with their very preterm babies: A qualitative study. *BMJ Open* 3: 1-7.
- Axelin, A., Lehtonen, L., Pelander, T., and Salanterä, S. (2010). Mother's different styles of involvement in preterm infant pain care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 39: 415-424.
- Benner, P. (1994). *Interpretive phenomenology*. United Kingdom: SAGE publications Ltd.
- Bennett, R., and Sheridan, C. (2005). Mothers' perceptions of 'rooming-in on a neonatal intensive care unit. *Infant* 1(5): 171-174.
- Blanch D'Souza, S. R., Karkada, S., Lewis, L. E., Mayya, S., and Guddattu, V. (2009). Relationship between stress, coping and nursing support of parents of preterm infants admitted to tertiary level neonatal intensive care units of Karnataka, India: A cross-sectional survey. *Journal of Neonatal Nursing* 15(7): 152-158.
- Blower, K., and Morgan, E. (2000). Great expectation parental participation in care. *Journal of child health care* 4(2): 60-65.
- Bradnock, T. J., Marven, S., Owen, A., Johnson, P., Kurinczuk, J. J., Spark, P., et al. (2011). Gastroschisis: One year outcomes from national cohort study. *BMJ*. doi: 10.1136/bmj.d6749
- Browne, N. T., Flanican, L. M., and McComiskey, C. A. (2013). *Nursing care of the pediatric surgical patient*. 3rd ed. USA: Kevin sullivan.

- Browne, J. V., and Talmi, A. (2007). Family-based intervention to enhance infant–parent relationships in the neonatal intensive care unit. *Journal of Pediatric Psychological* 30(8): 667-677.
- Bruns, D. A., and McCollum, J. A. (2002). Partnerships between mothers and professionals in the NICU: Caregiving information exchange and relationships. *Neonatal Network* 21(7): 15-23.
- Busse, M., Stromgren, K., Thorngate, L., and Thomas, K. A. (2013). Parents' responses to stress in the neonatal intensive care unit. *Critical Care Nurse* 33(4): 52-59.
- Callery, P., and Smith, L. (1991). A study of role negotiation between nurses and the parents of hospitalization children. *Journal of Advanced Nursing* 16 :772-781.
- Caplan, A. (2013). Psychological impact of esophageal atresia: Review of the research and clinical evidence. *Psychological impact of esophageal atresia* 26: 392–400.
- Carey, K., and Burgess, J. F. (1999). On measuring the hospital cost: Quality trade-off. *Health economics* 8: 509 – 520.
- Carr, E. C., and Worth, A. (2001). The use of the telephone interview for research. *Journal of research in Nursing* 6(1): 511-524.
- Catre, D., Francelina- Lopes, M. F., Madrigal, A., Oliveiros, B., Viana, J. S., and Cabrita, A. S. (2013). Early mortality after neonatal surgery: Analysis of risk factors in an optimized health care system for the surgical newborn. *Rev Bras Epidemiol* 16(4): 943-52.
- Celegato, M., and Gancia, P. (2011). Medical and nursing care in post-operative period to the newborn with surgical problems and intestinal ostomy. *Early human development*. doi:10.1016/j.earlhumdev.2011.01.02
- Christison-Lagay, E. R., Kelleher, C. M., and Langer, J. C. (2011). Neonatal abdominal wall defects. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine* 16: 164-172.
- Colville, G. A., and Gracey, D. (2005). Mothers' recollections of the pediatric intensive care unit: Associations with psychopathology and views on follow up. *Intensive and Critical Care Nursing* 22: 49-55.

- Cooper, L. G., Gooding, J. D., Gallagher, J., Sternesky, L., Ledsky, R., and Berns, S. D. (2007). Impact of a family-center care initiative on NICU care, staff and families. *Journal of Perinatology* 27: 32–37.
- Diekelman, N. L., Allen, D., and Tanner, C. (1989). *The NLN criteria for appraisal of baccalaureate programs: A critical hermeneutic analysis*. New York: National League for Nursing.
- Eichner, J. M., and Johnson, B. H. (2012). Patient- and family-center care and the pediatrician's role. *The American academy of pediatrics* 129(2): 394-404.
- Fegran, L., Helseth, S., and Fagermoen, M. S. (2008). A comparison of mother's and father's experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing* 17: 810-816.
- Finlayson, K., Dixon, A., Smith, C., Dykes, F., and Flacking, R. (2013). Mother's perceptions of family-center care in neonatal intensive care units. *Sexual & Reproductive Healthcare* 5:119-124.
- Fowlie, P. W., and McHaffie, H. (2004). Supporting parents in the neonatal unit. *BMJ* 329: 1336-1338.
- Franck, L. S., and Bernal, H. (2002). Infant holding policies and practices in neonatal units. *Neonatal Network-Journal of Neonatal Nursing* 21(2): 13-20.
- Franck, L., and Callerey, P. (2004). Re-thinking family-center care across the continuum of children's healthcare. *Health and Development* 30: 265–277.
- Frost, M., Green, A., Cleveland, B. G., Kersten, R., and Irby, C. (2010). Improving family-centered care through research. *Journal of Pediatric Nursing* 25: 144–147.
- Gangopadhyay, A. N., Upadhyaya, V. D., and Sharma, S. P. (2008). Neonatal surgery: A ten year audit from a university hospital. *Indian Journal of Pediatrics* 77: 1025-1030.
- Gephart, S. M., and Mcgrath, J. M. (2012). Family-centered care of the surgical neonate. *Newborn & Infant Nursing review* 12(1): 5-7.
- Gilchrist, F. B. (1998). Hospital physician board review manual. *General Surgery* 4(1): 1-12.

- Guba, E. G., and Lincoln, Y. S. (1985). *Naturalistic inquiry*. California: Sage.
- Guba, E. G., and Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. CA: Sage.
- Hwang, P. J., and Kousseff, B. G. (2004). Omphalocele and gastroschisis :
An 18-year review study. *Genetics IN Medicine* 6(4): 232-236.
- Hasan, Z., Gangopadhyay, A. N., Srivastava, P., and Hussain, M. A. (2009).
Concavo-convex oblique anastomosis technique for jejuno- ileal atresia.
J Indian Assoc Pediatr Surg 14(4): 207-209.
- Hazinsaki, M. F. (1995). *Nursing care of the critically ill child* . 2nd ed.
Philadelphia: Mosby year book.
- Holditch-Davis, D., and Miles, M. S. (2000). Mother stories about their experiences
in neonatal intensive care unit. *Neonatal Network* 19: 13-21.
- Holloway, I., and Wheeler, S. (2010). *Qualitative research in nursing and
healthcare*. 3rd ed. USA: Blackwell.
- Hollywood, M., and Hollywood, E. (2012). The lived experiences of fathers of a
premature baby on a neonatal intensive care unit. *Journal of Neonatal
nursing* 17(1): 10.
- Hopwood, S. (2010). The role of the neonatal nurse in promoting parental
attachment in the NICU. *Infant* 6(2): 54-58.
- Hurst, I. (2002). Providing information to parents of extremely premature
newborns. *JAMA* 287(1): 41-2.
- Jackson, C. (2007). *Comprehensive neonatal care*. USA: Philadelphia.
- Johnson, B. H., Abraham, M. R., and Shelton, T. L. (2009). Patient- and
family-centered care: Partnerships for quality and safety. *North Carolina
Medical Journal* 70(2): 125-130.
- Kaddah, S. N., Bahaa-Aldin, K. H. K., Aly, H. F., and Hassan, H. S. (2006). Congenital
duodenal obstruction. *Annals of Pediatric Surgery* 2(2): 130-135.
- Kilbride, H., Castor, C., and Andrews, W. (2009). Congenital duodenal obstruction:
Timing of diagnosis during the newborn period. *Journal of Perinatology*
30: 197-200.
- Kimble, R. M., Harding, J. E., and Kolbe, A. (1995). Jejunio-ileal atresia.
Pediatr Surg Int 10: 400-403.

- King, H., and Booker, P. D. (2010). Congenital diaphragmatic hernia in the neonate. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain* 5(5): 171-175.
- Koch, T. (1995). Interpretive approaches in nursing research: The influence of Husserl and Heidegger. *Journal of Advanced Nursing* 21: 827-836.
- Knox, S., and Burkard, A. W. (2009). Qualitative research interviews. *Psychotherapy Research* 19(4-5): 566-575.
- Lee, S. K., and O'Brien, K. (2014). Parents as primary caregivers in the neonatal intensive care unit. *CMAJ* 186(11): 845-847.
- Lemacks, J., Fowles, K., Mateus, A., and Thomas, K. (2013). Insights from parents about caring for a child with birth defects. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. doi:10.3390/ijerph10083465
- Lockridge, T., Caldwell, A. D., and Jason, P. (2002). Neonatal surgical emergencies: Stabilization and management. *JOGNN* 31(3): 328-339.
- Malusky, S. K. (2005). A concept analysis of family-centered care in the NICU. *Neonatal Network* 24: 25-32.
- Martinez, J. G., and Hernandez, J. R. (2014). Meanings, beliefs and attitudes of the neonatal unit staff in Mexico about the parents' participation in a neonatal unit: A qualitative approach. *Journal of Nursing Education and Practice* 4(5): 159-170. CHULALONGKORN UNIVERSITY
- Mazer, P., Gischler, S. J., Koot, H. M., Tibboel, D., Dijk, M. V., and Duivenvoorden, H. J. (2008). Impact of a child with congenital anomalies on parents (ICCAP) questionnaire: A psychometric analysis. *Health and Quality of Life Outcomes* 6:1-10.
- McGrath, J. M. (2011). Strategies for increasing parent participation in the neonatal intensive care unit. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. doi: 10.1097/JPN.0b013e318235e584
- McNair, C., Hawes, J., and Urquhart, H. (2006). Caring for the newborn with an omphalocele. *Neonatal network* 25(5): 319-327.

- Mode, I. R., Mard, E., Nyqvist, K. H., Blomqvist, Y. T. (2013). Father's perception of information received during their infant's stay at a neonatal intensive care unit. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 5: 131-136.
- Novick, G. (2008). Is there a bias against telephone interviews in qualitative research. *Research in Nursing & Health* 31(4): 391-398.
- Nyqvist, K. H., and Engvall, G. (2009). Parents as their infant's primary caregivers in a neonatal intensive care unit. *Journal of Pediatric Nursing* 24(2): 153-163.
- Opdenakker, R. (2006). *Advantages and disadvantages of four interview techniques in qualitative research*. Forum: Qualitative social research 7(4)[Online]. Available from: [http://www. Qualitative-research.net/index.php/fps/article/view article/175](http://www.Qualitative-research.net/index.php/fps/article/view/article/175) [2015, December 14]
- Peetsold, M. G., Huisman, J., Hofman, V. E., Heij, H. A., Raat, H., and Gemke, R. J. (2009). Psychological outcome and quality of life in children born with congenital diaphragmatic hernia. *Archives of disease in childhood* 94(11): 834-840.
- Plager, K. A. (1994). Hermeneutic phenomenology: A methodology for family health and health promotion study in nursing. In P. Benner .(Ed), *Interpretive phenomenology: Embodiment, caring, and ethics in health and illness*, pp. 71-72. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Petty, J. (2010). Neonatal surgical nursing: Widening the scope of neonatal nurse education. *Journal of Neonatal Nursing* 17: 11-16.
- Rachel, A. J., Amy, B. M., Colleen, G. D., Michael, L. S., and Robert, G. L. (2007). Stress in fathers of surgical neonatal intensive care unit babies. *Advances in Neonatal Care* 7(6): 321-325.
- Ramacciati, N., and Beniamino, D. (2011). The neonatal surgical intensive care unit: A bifocal clinical practice model approach. *The World of Critical Care Nursing* 8(2): 90-94.
- Reiss, I., Schaible, T., Hout, V. D., Capolupo, I., Allegaert, K. A., Van Heijst, A. V., et al. (2010). Standardized postnatal management of infants with

- congenital diaphragmatic hernia in Europe: The CDH EURO consortium consensus. *Neonatology*. doi: 10.1159/000320622
- Reynolds, L. C., Duncan, M. M., Smith, G .C., Mathur, A ., Neil, J ., Inder ,T., et al. (2013). Parental presence and holding in the neonatal intensive care unit and associations with early neurobehavior. *J Perinatol* 33(8): 636-641.
- Russell, G., Sawyer, A., Rabe, H., Abbott, J., Gyte, G., Duley, L., et al. (2014). Parents' views on care of their very premature babies in neonatal intensive care units: A qualitative study. *BMC Pediatrics* 14: 1-10.
- Sachdeva, S., Kalia, R., and Menon, P. (2010). Nursing manpower for neonatal surgical intensive care unit . *Nursing and Midwifery Research Journal* 6(2): 81-92.
- Seidman, I. E. (1991). *Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and the social sciences*. New York: Teachers College Press.
- Shahwani, N. A., Mandhan, P., Elkadhi, A., Ali, M. J., and Latif, A. (2013). Congenital duodenal obstruction associated with down's syndrome presenting with hematemesis. *JSCR* 12: 1-3.
- Shakya, V. C., Agrawal, C. S., Shrestha, P., Poudel, P., Khaniya, S., and Adhikary, S. (2010). Management of jejunoileal - atresias: An experience at eastern Nepal. *BMC Surgery*. doi:10.1186/1471-2482-10-35
- Sham, M., and Singh, D. (2013). Near total jejuno-ileal atresia: A management challenge. *Journal of Clinical Neonatology* 2(2): 103-105.
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for information* 22: 63-75.
- Shuy, R. W. (2003). In-person versus telephone interviewing. In J. A. Holstein, & J. F. Gubrium . (Eds), *Inside interviewing: New lenses, new concerns*, pp. 175-193. Thousand Oaks: Sage.
- Sinha, S., and Sarin, Y. K. (2012). Outcome of jejuno-ileal atresia associated with intraoperative finding of volvulus of small bowel. *J Neonate Surg* 1(3): 1-6.
- Skene, C., Franck, L., Curtis, P., and Gerrish, K. (2012). Parental involvement in neonatal comfort care. *JOGNN* 41(6): 786-797.

- Stoll, C., Alembik, Y., Dott, B., and Roth, M. P. (2008). Omphalocele and gastroschisis and associated malformations. *American Journal of Medical Genetics* 146: 1280–1285 .
- Spence, K. (2007). Surgical considerations in the newborn and infant. In C. Kenner, & J. W. Lott. (Eds), *Comprehensive neonatal nursing care*, pp. 608-618. USA: bang printing.
- Stull, M. K., and Deatrck, J. A. (1986). Measuring parental participation: Part I. *Issue in Comprehensive Pediatric Nursing* 9: 157-165.
- Sweet, L. (2002). Telephone interviewing: Is it compatible with interpretive phenomenological research. *Comtemporary Nurse* 12(1): 58-63.
- The Royal College of Surgeons of England. (1999). *Surgical Services for the Newborn*. 2nd ed. London: BSC Print Ltd, Wimbledon.
- The Royal College of Surgeons of England. (2007). *Surgery for children*. London: Sainsbury Laverro Design Consultants.
- Van Manen, M. (1990). *Research lived experience*. Ann Arbor, MI: Edwards Brothers.
- Vergara, E. R., and Bigsby, R. (2004). *Developmental and therapeutic interventions in the NICU*. London: Paul H. Brookes Publishing.
- Wabada, S., Abubakar, A. M., Mustapha, B., Pius, S., Khali, J., and Abana, A. K. (2015). Congenital duodenal obstruction due to duodenal atresia with preduodenal portal vein, annular pancreas, and intestinal malrotation associated with situs inversus abdominis: A case report. *Journal of pediatric surgery case reports* 3: 545-547.
- Whitfield, M. F. (2003). Psychosocial effects of intensive care on infants and families after discharge. *Seminars in Neonatology* 8: 185-193.
- Wise, B. V., Mckenna, C., Garvin, G., and Harmon, B. J. (2000). *Nursing care of the general pediatric surgical patient*. USA: Aspen publishers Inc.
- Wojnar, M. D. and Swanson, M. K. (2007). Phenomenology an exploration. *Journal of Holistic Nursing* 25:172-180.

- Wong, D. L., Hockenberry-Eaton, M., Wilson, D., Winkelstein, M. L., Ahmann, E., and Divito-Thomas, P. A. (1999). *Whaley & Wong's nursing care of infants and children*. 6th ed. St. Louis: Mosby.
- Worth, A., and Tierney, A. J. (1993). Conducting research interviews with elderly people by telephone. *Journal of Advanced Nursing* 18:1077–1084.
- Wraight, C. L., McCoy, J., and Meadow, W. (2014). Beyond stress: Describing the experiences of family during neonatal intensive care unit. *ACTA Paediatrica* 6. doi:10.1111/apa.13071
- Yee, W., and Ross, S. (2006). Communicating with parents of high-risk infants in neonatal intensive care. *Pediatric Child Health* 11(5): 291-294.






ภาคผนวก ก

หนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย แนวคำถามในการสัมภาษณ์
แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกภาคสนาม
และแบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

REC-QSNICH.07

	<p>The Research Ethics Review Committee of Queen Sirikit National Institute of Child Health</p>	<p>หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย (Informed Consent Form)</p>
---	---	---

การวิจัยเรื่อง ประสพการณ์ชีวิตของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตรขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ที่อยู่.....
.....ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับ
วันที่.....และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่ พร้อมด้วย
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยง ที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น
จากการวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ
ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสีย
ค่าใช้จ่าย

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้า
ร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้า
เท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามา
ตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลง
ที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้
ทำลายเอกสารทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการ
ใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการ
ต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อ
วัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลง
นามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....)ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง


วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



EC-QSNICH

Approval Date : 20 ส.ย. 2559

REC-QSNICH.07

	<p>The Research Ethics Review Committee of Queen Sirikit National Institute of Child Health</p>	<p>หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย (Informed Consent Form)</p>
---	---	---

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้น ได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(นางสาวสุภาพร แก้วเหล่า)

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....)ชื่อพยานตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....



EC-QSNICH *Handwritten signature*

Approval Date : 20 มิ.ย. 2559

แนวคำถามในการสัมภาษณ์

1. แนวคำถามหลัก

1.1 กรุณาเล่าประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ขณะที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิดว่าเป็นอย่างไร

1.2 การมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ขณะได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด ตามความหมายของท่านหมายความว่าอย่างไร

1.3 อะไรคือสิ่งที่ท่านได้จากประสบการณ์ การมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ขณะบุตรได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด

1.4 ท่านรู้สึกอย่างไรบ้างที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด

1.5 สิ่งที่เป็นอุปสรรคในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิดคืออะไรบ้าง และท่านจัดการกับอุปสรรคนั้นอย่างไร

2. คำถามรองเพื่อเพิ่มเติมเรื่องราวในขณะสัมภาษณ์

2.1 ท่านช่วยเล่าเพิ่มเติมเกี่ยวกับ.....

2.2 ท่านช่วยอธิบายให้ฟังเกี่ยวกับ.....

2.3 ที่ท่านเล่าว่า.....หมายความว่าอย่างไร

2.4 เล่าต่อสิคะ

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

การวิจัยเรื่อง ประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

วัน เดือน ปี ที่สัมภาษณ์ ครั้งที่ 1.....

ครั้งที่ 2.....

ครั้งที่ 3.....

ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทารกแรกเกิด

นามสมมุติ.....อายุ.....วัน เพศ..... วันเดือนปีเกิด.....

น้ำหนักแรกคลอด.....กรัม วิธีการคลอด.....วันที่เข้ารับการรักษา.....

วันที่จำหน่าย/ย้าย.....การวินิจฉัยโรค.....

การผ่าตัด.....ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา.....

สิทธิการรักษา.....ปัญหาการดูแล.....

อื่นๆ.....

ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลบิดา/มารดา

ความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิด.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

รายได้.....อื่นๆ.....

สถานภาพสมรส () คู่ () โสด () หม้าย () อยู่ร้าง

ศาสนา () พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () อื่น ๆ.....

ระดับการศึกษา () ประถม () มัธยม ()ปริญญาตรี () อื่น ๆ.....

แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่.....เริ่มเวลา.....น ถึงเวลา.....น

สถานที่ในการสัมภาษณ์.....

บรรทัด	ข้อความ	ถอดรหัส
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		

ภาคผนวก ข
หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัย
เอกสารอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคน และเอกสารการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/ 08๓๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

จ/ พฤษภาคม 2559

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุภาพร แก้วเหลา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด” โดยมี ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในบิดามารดาที่มีบุตรรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิดที่ได้รับการจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด ภายในระยะเวลา 30 วัน จำนวน 15 คน โดยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เครื่องบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ แบบบันทึกภาคสนาม และแบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวสุภาพร แก้วเหลา ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ โทร. 0-2218-1160

ชื่อนิสิต

นางสาวสุภาพร แก้วเหลา โทร. 08-2340-1739

EC-QSNICH

EC-QSNICH

EC-QSNICH

EC-QSNICH

EC-QSNICH

EC-QSNICH



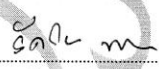
REC-QSNICH.36T

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

20 มิถุนายน 2559

- โครงการวิจัยเรื่อง** : ประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด (LIVED EXPERIENCES OF PARENTS PARTICIPATED IN CARING FOR INFANTS IN NEONATAL SURGICAL INTENSIVE CARE UNIT)
- ผู้ดำเนินการวิจัย** : นางสาวสุภาพร แก้วเหลา
- สถานที่ดำเนินการวิจัย** : สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
- ระยะเวลาดำเนินการ** : สิงหาคม 2558 - พฤศจิกายน 2559
- เอกสารที่พิจารณา** :
1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (Proposal version 2 date: 8 มิถุนายน 2559: ฉบับภาษาไทย)
 2. คำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information Sheet for Research Participant) (Version 2 date: 8 มิถุนายน 2559)
 3. หนังสือนัดแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed Consent Form) (Version 2 date: 8 มิถุนายน 2559)
 4. แบบบันทึกการเก็บข้อมูล

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้พิจารณารับรองโครงการวิจัย โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) ทั้งนี้ให้ดำเนินการวิจัยตามเอกสารฉบับภาษาไทยเท่านั้น โดยขอให้รายงานความก้าวหน้าทุก 12 เดือน


.....
(แพทย์หญิงจัตโนทัย พลับปรุงการ)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

รหัสโครงการ : Document No.59-042

เลขที่ : REC.180/2559

รับรองตั้งแต่ วันที่ 20 มิถุนายน 2559 ถึงวันที่ 19 มิถุนายน 2560

ประชุมครั้งที่ 6/2559 วันที่ 6 มิถุนายน 2559

สำนักงานจริยธรรมการวิจัย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ชั้น 12
420/8 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทร./แฟกซ์ 0-2-644-8943

Institutional Review Board Number; IRB00007346
Federal Wide Assurance; FWA00002250

EC-QSNICH

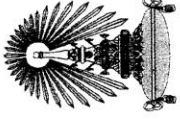
EC-QSNICH

EC-QSNICH

EC-QSNICH

EC-QSNICH

EC-QSNICH



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ออกหนังสือสำคัญฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

นางสาวสุภาพร แก้วเหลา

ได้เข้ารับการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคนเพื่อการดำเนินการวิจัยในสาขาพยาบาลศาสตร์

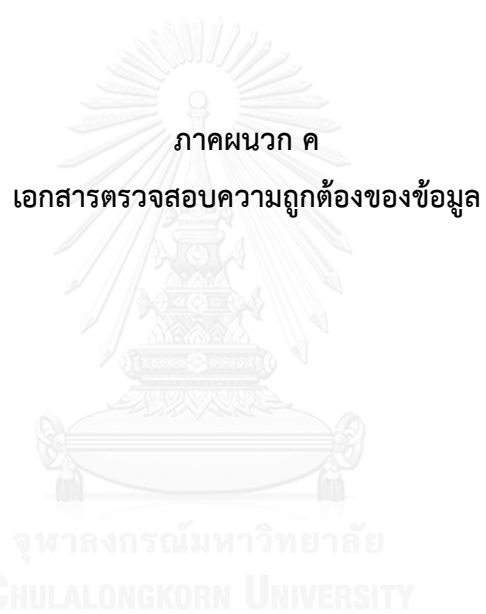
ระหว่างวันที่ ๖ - ๗ เดือน กุมภาพันธ์ พุทธศักราช ๒๕๕๘

ให้ไว้ ณ วันที่ ๗ เดือน กุมภาพันธ์ พุทธศักราช ๒๕๕๘

ผู้ให้

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



เอกสารตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

เรียนคุณแม่น้อง

จากข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วย
 วิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด ที่ได้จากการพูดคุยและสัมภาษณ์ท่าน ได้ถูกนำมาสรุปเป็นประเด็นของ
 ประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต
 ศัลยกรรมทารกแรกเกิด เป็น 4 ประเด็น ดังเอกสารที่แนบมา ถ้ามีอะไรเพิ่มเติม ขอความกรุณาให้
 ข้อเสนอแนะด้วยนะคะ

ขอขอบพระคุณที่ท่านสละเวลาอันมีค่า มาตรวจสอบสิ่งที่ผู้วิจัยมีความเข้าใจว่ามีความถูกต้อง
 มากน้อยเพียงใด

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

นางสาวสุภาพร แก้วเหลา (ผู้วิจัย)

มือถือ 0823401739

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมทารกแรกเกิด สามารถสรุปประเด็นออกเป็น 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. สิ่งใหม่ ไม่คุ้นเคย

- 1.1. ภาพลักษณ์ของลูก
- 1.2. สภาพแวดล้อมการรักษา

2. รู้สึกกลัวๆกลัวๆ

- 2.1. กลัวไม่กล้าทำ
- 2.2. ทำดีกว่าไม่ทำอะไรเลย

3. สิ่งที่ได้จากการมีส่วนร่วมดูแล

- 3.1. ได้ทำหน้าที่พ่อแม่
- 3.2. ได้ความอดทน
- 3.3. ได้เรียนรู้จากบุคลากร

4. กำลังใจและความคาดหวัง

- 4.1. กำลังใจจากครอบครัวและคนใกล้ชิด
- 4.2. สร้างกำลังใจให้ตนเอง
- 4.3. สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ยึดถือ

ข้อเสนอแนะ.....

.....

.....

.....

ท่านคิดว่าสิ่งที่ผู้วิจัยเข้าใจมีความถูกต้องของข้อมูลมากน้อยเพียงใด.....

.....

.....

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสุภาพร แก้วเหลา เกิดวันที่ 30 มกราคม 2528 ภูมิลำเนาจังหวัดอุบลราชธานี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2551 และสำเร็จการพยาบาลเฉพาะทางระยะสั้นนานาชาติ การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2553 ปัจจุบันรับราชการเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ ปฏิบัติงานที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

