

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแล ทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด* Factors Related to Father Involvement in Caring for Preterm Infants in Neonatal Care Unit*

รติพร บัวบาน, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)¹

Ratiporn Buaban, M.N.S. (Pediatric Nursing)¹

จิตติมา สุขเลิศตระกูล, ปร.ด. (การพยาบาล)²

เนตรทอง นามพรหม, ปร.ด. (การพยาบาล)³

Thitima Suklertrakul, Ph.D. (Nursing)²

Nethong Namprom, Ph.D. (Nursing)³

Received: July 3, 2024

Revised: November 15, 2024

Accepted: November 20, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของบิดา การรับรู้ความสามารถของบิดา และการสนับสนุนทางสังคมของบิดา กับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษามในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลนครพนม รวมจำนวน 85 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของบิดาและทารกเกิดก่อนกำหนด แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของบิดา มีค่าความเชื่อมั่น .72 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของบิดา มีค่าความเชื่อมั่น .90 และ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ มหบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master, Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: Ratiporn.bua@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Major Advisor

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Co-advisor

แบบประเมินการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด มีค่าความเชื่อมั่น .94 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนตุลาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์อันดับ (eta; η) และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า บิดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดโดยรวมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 58.80 ระดับการศึกษา รายได้ และการสนับสนุนทางสังคมของบิดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\eta = .726, p < .01$; $\eta = .757, p < .05$ และ $r = .407, p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิดควรมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างเหมาะสม และส่งเสริมให้บิดาได้รับการสนับสนุนทางสังคม
คำสำคัญ: บิดาของทารกเกิดก่อนกำหนด การมีส่วนร่วมของบิดา การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด
หออภิบาลทารกแรกเกิด การรับรู้ความสามารถของบิดา การสนับสนุนทางสังคมของบิดา

Abstract

This descriptive correlational research aimed to explore father involvement in caring for preterm infants and to study the relationship among the personal data of fathers, father sense of competence, father social support, and father involvement in caring for preterm infants. The participants were 85 fathers of preterm infants admitted to the neonatal care unit at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital; the Health Promotion Center Region 1, Chiang Mai; Chiang Rai Prachanukroh Hospital; and Nakhon Phanom Hospital. The research instruments consisted of the personal data of fathers and preterm infants record form, the father sense of competence questionnaire with a reliability of .72, the father social support of preterm infants questionnaire with a reliability of .90, and the father involvement of preterm infants care questionnaire with a reliability of .94. Data were collected from July to October 2022. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Eta correlation, and Pearson's product-moment correlation.

The research results revealed that 58.80% of fathers perform overall father involvement in caring for preterm infants at a moderate level. Education level, income, and father social support were positively statistically significantly related to father involvement in caring for preterm infants ($\eta = .726, p < .01$; $\eta = .757, p < .05$; and $r = .407, p < .001$, respectively).

This research suggests that nurses in neonatal care unit should appropriately encourage father involvement in caring for preterm infants and father social support.

Keywords: Father of preterm infants, Father involvement, Caring for preterm infants, Neonatal care unit, Father sense of competence, Father social support

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบัน ทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยพบอัตราการเกิดก่อนกำหนดของทารกเพิ่มขึ้นร้อยละ 5-18 ของจำนวนทารกที่เกิดทั้งหมด โดยมากกว่าร้อยละ 60 ของทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในแถบประเทศแอฟริกาและเอเชียใต้ (World Health Organization, 2018) สำหรับในประเทศไทย ยังไม่พบรายงานสถิติการเกิดก่อนกำหนด พบเพียงข้อมูลการเกิดก่อนกำหนดที่สัมพันธ์กับสถิติการเกิดของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จากข้อมูลทางสถิติในช่วงปี พ.ศ. 2561-2563 พบอัตราการเกิดของทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม คิดเป็นร้อยละ 10.92, 9.92 และ 9.52 ของทารกเกิดมีชีพทั้งหมด ตามลำดับ (กรมอนามัย, 2564) ซึ่งมีอัตราการเกิดสูงกว่าเป้าหมายของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ที่กำหนดเกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 7 ของทารกเกิดมีชีพ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

การเกิดก่อนกำหนดของทารกส่งผลกระทบต่อตัวทารก ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการที่อวัยวะต่างๆ ของร่างกายยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะทารกที่เกิดเมื่ออายุครรภ์น้อยและมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ อาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง (Lissauer, Fanaroff, Miall, & Fanaroff, 2020) ทารกต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยทันทีหลังเกิด ต้องแยกจากบิดา ทำให้การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างทารกกับบิดาไม่ต่อเนื่อง (Koliouli, Gaudron, & Raynaud, 2016) บิดาเกิดความรู้สึกสูญเสีย แยกแยก กังวล และเครียด (Noergaard,

Ammentorp, Garne, Fenger-Gron, & Kofoed, 2018) ซึ่งเป็นประสบการณ์ทางลบที่อาจมีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาขณะทารกได้รับการรักษาในโรงพยาบาลได้

การมีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง การมีกิจกรรมในการดูแลทารก เช่น การสัมผัสทารก การอุ้ม การพูดคุย การเปลี่ยนผ้าอ้อมและเสื้อผ้า การอาบน้ำ การเข้าเยี่ยมอาการทารก การสอบถามการดูแล การสนับสนุนด้านการเงิน (Clarkson, Gilmer, Moore, Dietrich, & McBride, 2019) ซึ่งส่วนใหญ่เน้นที่บทบาทของมารดา เนื่องจากสังคมคาดหวังว่าบทบาทของบิดาคือการทำงานหาเงินเลี้ยงครอบครัว (Noergaard et al., 2018) รวมถึงบิดารู้สึกว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกคือการเป็นผู้สนับสนุนทางการเงินและการให้ความยินยอมในเอกสารอนุญาตให้การดูแลรักษาทารก (Adama, Sundin, & Bayes, 2017) ทำให้การศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามีค่อนข้างจำกัด ทั้งที่บิดาก็มีส่วนสำคัญต่อกระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกและมีความต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด (ยศวิมล ถิ่นทิพย์, วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, และพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, 2560)

การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารก ตามแนวคิดของ Lamb (2000) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้ามามีปฏิสัมพันธ์ หมายถึง การที่บิดาเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตรโดยตรง 2) การเอื้อให้สามารถเข้าถึงได้ตามความต้องการ หมายถึง การที่บิดาให้เวลา มีความพร้อมในการเข้าร่วมทำกิจกรรมหรือดูแลบุตรทันที และ 3) การแสดงความรับผิดชอบ หมายถึง การที่บิดาหา

ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตร การให้ทรัพยากรสนับสนุน และการดูแลจัดการให้มีความพร้อมในการดำรงชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลของบิดา ได้แก่ อายุ โดยบิดาที่มีอายุน้อยจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกมากกว่าเมื่อเทียบกับบิดาที่มีอายุมาก (Clarkson et al., 2019) ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว โดยบิดาที่มีระดับการศึกษาสูงและมีรายได้ของครอบครัวมากจะเข้ามามีส่วนร่วมในระยะหลังบุตรเกิดมาก (แสงเดือนศิริพร, นันทพร แสงศิริพันธ์, และฉวี เบาทรง, 2563) 2) ปัจจัยด้านบิดา คือ การรับรู้ความสามารถของบิดา โดยบิดาที่รับรู้ความสามารถของตนเองมากจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกมาก (Clarkson et al., 2019) และ 3) ปัจจัยด้านสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคม โดยบิดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะเข้ามามีส่วนร่วมในระยะหลังบุตรเกิดมาก (แสงเดือนศิริพร และคณะ, 2563) โดยการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าว เนื่องจากอาจมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด

การรับรู้ความสามารถของบิดา ตามแนวคิดของ Gibaud-Wallston (1977) หมายถึง การที่บิดาตัดสินใจเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในเรื่องการมีส่วนร่วมในการดูแลทารก ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ 1) การรับรู้ด้านทักษะหรือความรู้ และ 2) การรับรู้ด้านคุณค่าการเป็นบิดาหรือความพอใจในบทบาทการเป็นบิดา โดยบิดาที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองจะเกิดความมั่นใจที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด (Clarkson et al., 2019) ทำให้บิดาสามารถให้การตอบสนองการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดได้อย่างถูกต้อง

การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดทางจิตสังคมของ House (1981) หมายถึง การให้ทรัพยากรสนับสนุน

แก่บุคคล การสื่อสารอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่านั้น เช่น การแสดงความรักความห่วงใย ความไว้วางใจ การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง โดยการสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า และการสนับสนุนด้านทรัพยากร จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า บิดาต้องการการสนับสนุนข้อมูลแผนการรักษาทารก สนับสนุนให้เข้าเยี่ยมทารก ความสะดวกสบายในการเข้าเยี่ยม การอนุญาตให้มีส่วนร่วมในระยะแรกจากบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการสอนและการให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลทารกจากมารดา หรือจากกลุ่มบิดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดด้วยกัน (Kim, 2018)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดพบว่า การศึกษาในต่างประเทศเป็นการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของบิดาในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด (Adama et al., 2017) และพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด คือ อายุของบิดา และการรับรู้ความสามารถของบิดาในการดูแลทารก (Clarkson et al., 2019) แต่ด้วยความแตกต่างด้านความเชื่อ วัฒนธรรม และระบบการรักษายาบาล การนำผลการศึกษามาใช้ อาจไม่สอดคล้องหรือเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย สำหรับการศึกษาในประเทศไทย ยังไม่พบการศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่ามีคามจำเป็นที่ควรศึกษา เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่ใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการวางแผนการส่งเสริมให้บิดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อทารกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของบิดา การรับรู้ความสามารถของบิดา และการสนับสนุนทางสังคมของบิดา กับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด

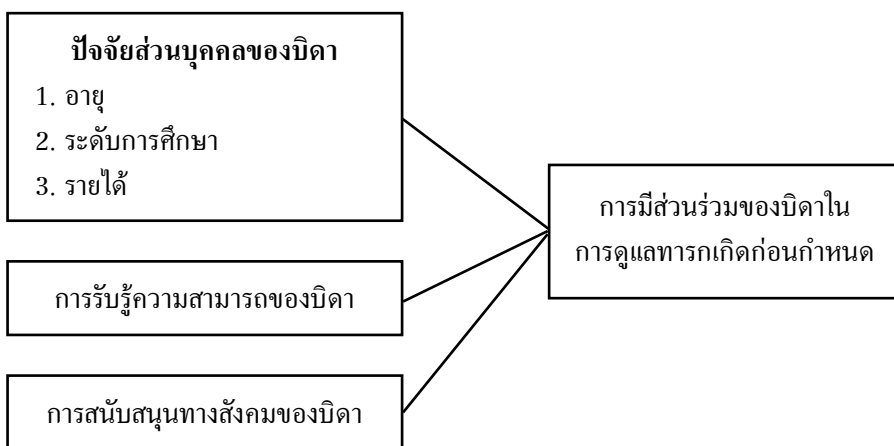
สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลของบิดา การรับรู้ความสามารถของบิดา และการสนับสนุนทางสังคมของบิดา มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด โดยใช้แนวคิดของ Lamb (2000) และ

การทบทวนวรรณกรรม ซึ่งการมีส่วนร่วมของบิดาเป็นการปฏิบัติของบิดาในการเข้ามาช่วยเหลือและสนับสนุนการดูแลทารก ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การมีปฏิสัมพันธ์ 2) การเอื้อให้สามารถเข้าถึงได้ตามความต้องการ และ 3) การแสดงความรับผิดชอบ โดยปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคลของบิดา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ 2) ปัจจัยด้านบิดา คือ การรับรู้ความสามารถของบิดา ซึ่งผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Gibaud-Wallston (1977) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ ด้านทักษะหรือความรู้ และด้านคุณค่าการเป็นบิดาหรือความพอใจในบทบาทการเป็นบิดา ซึ่งทำให้บิดาตัดสินใจเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และ 3) ปัจจัยด้านสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคมของบิดา ซึ่งผู้วิจัยใช้แนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วย การสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร หากบิดารับรู้ว่ามีบุคคลที่เกี่ยวข้องให้ความช่วยเหลือ อาจทำให้บิดามีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นบิดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์ต่ำกว่า 37 สัปดาห์ ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดของโรงพยาบาล 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1 และ 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ (หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต) โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ (หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด) และโรงพยาบาลนครพนม (หอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 18–60 ปี 2) บุตรเกิดก่อนกำหนดมีอายุหลังเกิด 3 วันขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดทันทีหลังเกิด โดยไม่มีความพิการแต่กำเนิด ไม่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีวิต และไม่มีภาวะขาดออกซิเจนรุนแรง 3) สามารถฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ดี และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางสำเร็จรูป โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .30 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 85 คน (Burns & Grove, 2009) เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วนของประชากร

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของบิดา และทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดา ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตร จำนวนครั้งของการเข้าเยี่ยมทารก และประสบการณ์การมีบุตรเกิดก่อนกำหนดและรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด จำนวน 9 ข้อ และข้อมูลส่วนบุคคลของ

ทารกเกิดก่อนกำหนด ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุครรภ์แรกเกิด อายุหลังเกิด น้ำหนักแรกเกิด น้ำหนักปัจจุบัน การวินิจฉัยโรค การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน และระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด จำนวน 8 ข้อ รวมจำนวน 17 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของบิดาของทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของบิดา (the Parenting Sense of Competence Scale in fathers [PSOC]) ของตติรัตน์ สุวรรณสุจริต, ภรณ์ วัฒนสมบุรณ์, Nan Gaylord, และปัญญารัตน์ ลากวงศ์วัฒนา (Suwansujarid, Vatanasomboon, Gaylord, & Lapvongwatana, 2013) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Gibaud-Wallston and Wandersman (1978) แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ การรับรู้ด้านทักษะหรือความรู้ จำนวน 8 ข้อ และการรับรู้ด้านคุณค่าการเป็นบิดาหรือความพอใจในบทบาทการเป็นบิดา จำนวน 7 ข้อ รวมจำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก จำนวน 7 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 6 ระดับ จากคะแนน 1–6 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย เห็นด้วยเล็กน้อย เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ความสามารถในระดับต่ำ (15.00–40.00 คะแนน) ในระดับปานกลาง (40.01–65.00 คะแนน) และในระดับสูง (65.01–90.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของบิดาของทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของศุภกร ไชยนา, นันทพร แสนศิริพันธ์, และกรณิการ์ กันธะรักษา (2558) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ House (1981) แบ่งออก

เป็น 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า และการสนับสนุนด้านทรัพยากร จำนวนด้านละ 5 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 18 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เป็นจริงเลย เป็นจริงเล็กน้อย เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงส่วนมาก และเป็นจริงมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนในระดับน้อย (1.00-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และในระดับมาก (3.68-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินการมีส่วนร่วมของบิดาในระยะหลังคลอดของศุภกร ไชยนา และคณะ (2558) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Lamb (2000) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ จำนวน 9 ข้อ ด้านการเอื้อให้สามารถเข้าถึงได้ตามความต้องการ จำนวน 6 ข้อ และด้านการแสดงความรับผิดชอบ จำนวน 11 ข้อ รวมจำนวน 26 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่ตรงกับกรกระทำ ตรงกับการกระทำเล็กน้อย ตรงกับการกระทำปานกลาง และตรงกับการกระทำมาก ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีส่วนร่วมในระดับน้อย (26-52 คะแนน) ในระดับปานกลาง (53-78 คะแนน) และในระดับมาก (79-104 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของบิดาของทารกเกิดก่อนกำหนด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของบิดาของทารกเกิดก่อนกำหนด และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิด

ก่อนกำหนด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยกุมารแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านทารกแรกเกิด อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านทารกแรกเกิด (2 คน) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านทารกแรกเกิด พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลทารกแรกเกิด และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านแนวคิดการมีส่วนร่วมของบิดา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .93, .96 และ .95 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับบิดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .72, .90 และ .94 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 007/2565 วันที่ 24 มกราคม 2565) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยชุดที่ 5 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 053/65COA-NUR007/65 วันที่ 24 มกราคม 2565) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 13/2565 วันที่ 3 มีนาคม 2565) คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ (เอกสารรับรอง เลขที่ ชร 0032.102/วิจัย/EC 283 วันที่ 12 เมษายน 2565) และคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลนครพนม (เอกสารรับรอง เลขที่ NP-EC11-No. 7/2565 วันที่ 22 มีนาคม 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม เข้าพบหัวหน้างานฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าหออภิบาลทารกแรกเกิดแต่ละแห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก โรงพยาบาลนครพนม ที่ผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัย แห่งละ 1 คน รวมจำนวน 2 คน เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูล (ผู้วิจัยดำเนินการที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่) โดยพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ดูข้อมูลส่วนบุคคลของทารกเกิดก่อนกำหนดจากเวชระเบียนพร้อมบันทึกในแบบบันทึก จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกแบบสอบถาม และแบบประเมิน โดยใช้เวลา 30–40 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดา และทารกเกิดก่อนกำหนด ข้อมูลการรับรู้ความสามารถของบิดา ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมของบิดา และข้อมูลการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของบิดาในเรื่องระดับการศึกษา และรายได้ กับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์อันดับ (eta; η) ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของ

บิดาในเรื่องอายุ การรับรู้ความสามารถของบิดา และการสนับสนุนทางสังคมของบิดา กับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดา พบว่า บิดามีอายุอยู่ในช่วง 31–40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.41 โดยมีอายุเฉลี่ย 32.96 ปี ($SD = 7.11$) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.12 มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.47 มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.76 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 87.06 มีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 51.76 มีบุตรจำนวน 1 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.88 ส่วนใหญ่มีการเข้าเยี่ยมทารกอยู่ในช่วง 1–10 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 92.94 โดยมีการเข้าเยี่ยมเฉลี่ย 4.44 ครั้ง ($SD = 7.02$) และส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การมีบุตรเกิดก่อนกำหนดและรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด คิดเป็นร้อยละ 89.41

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 58.82 อายุครรภ์แรกเกิดอยู่ในช่วง 34–36 สัปดาห์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.76 โดยมีอายุครรภ์แรกเกิดเฉลี่ย 32.93 สัปดาห์ ($SD = 3.25$) ส่วนใหญ่มีอายุหลังเกิดอยู่ในช่วง 1–10 วัน คิดเป็นร้อยละ 81.18 โดยมีอายุหลังเกิดเฉลี่ย 10.09 วัน ($SD = 12.87$) มีน้ำหนักแรกเกิดอยู่ในช่วง 1,500–2,499 กรัม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.76 โดยมีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 1,902.26 กรัม ($SD = 676.52$) มีน้ำหนักปัจจุบันอยู่ในช่วง 1,500–2,499 กรัม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.23 โดยมีน้ำหนักปัจจุบันเฉลี่ย 1,947.12 กรัม ($SD = 649.71$) ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก/ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวใน

ทารกแรกเกิด คิดเป็นร้อยละ 72.94 การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน คือ การรักษาอุณหภูมิร่างกายในตู้อบ คิดเป็นร้อยละ 67.06 และระยะเวลาที่เข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิดอยู่ในช่วง 1-14 วัน คิดเป็นร้อยละ 83.53 โดยมีระยะเวลาที่เข้ารับการรักษานเฉลี่ย 10.09 วัน ($SD = 12.87$)

3. การรับรู้ความสามารถของบิดา พบว่า บิดาส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถโดยรวมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75.29 และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 60.31, SD = 11.66$)

4. การสนับสนุนทางสังคมของบิดา พบว่า บิดาส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 70.59 และมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับมาก ($M = 3.99, SD = .65$)

5. การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า บิดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดโดยรวมในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.82 และมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 72.74, SD = 14.24$) เมื่อจำแนกเป็น

รายด้าน พบว่า บิดาส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดด้านการมีปฏิสัมพันธ์ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 65.88 ($M = 17.56, SD = 7.59$) มีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดด้านการเอื้อให้สามารถเข้าถึงได้ตามความต้องการในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.82 ($M = 16.65, SD = 4.54$) และส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดด้านการแสดงความรับผิดชอบในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 87.06 ($M = 38.53, SD = 6.32$)

6. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของบิดา (อายุ ระดับการศึกษา และรายได้) การรับรู้ความสามารถของบิดา และการสนับสนุนทางสังคมของบิดา กับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า ระดับการศึกษา รายได้ และการสนับสนุนทางสังคมของบิดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\eta = .726, p < .01$; $\eta = .757, p < .05$ และ $r = .407, p < .001$ ตามลำดับ) แต่อายุ และการรับรู้ความสามารถของบิดา ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของบิดา (อายุ ระดับการศึกษา และรายได้) การรับรู้ความสามารถของบิดา และการสนับสนุนทางสังคมของบิดา กับการมีส่วนร่วมของบิดา ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ($n = 85$)

ปัจจัย	การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด	
	η	p
ระดับการศึกษา	.726	.003
รายได้	.757	.033
	r	p
อายุ	.029	.790
การรับรู้ความสามารถของบิดา	.074	.502
การสนับสนุนทางสังคมของบิดา	.407	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า บิดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดโดยรวมในระดับปานกลาง มากที่สุด (ร้อยละ 58.82) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า บิดาส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดูแลด้านการมีปฏิสัมพันธ์ในระดับน้อย (ร้อยละ 65.88) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า แม้ว่าบิดาจะได้เข้าเยี่ยมทารกด้วยตนเอง โดยมีการเข้าเยี่ยมเฉลี่ย 4.44 ครั้ง ระยะเวลาในการเข้าเยี่ยมแต่ละครั้งประมาณ 10 นาที แต่บิดาถูกจำกัดการมีส่วนร่วมในการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับทารกในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 เพื่อป้องกันการติดเชื้อสู่ทารก ซึ่งระดับของการจำกัดขึ้นอยู่กับนโยบายของแต่ละโรงพยาบาล โดยการศึกษาของ Adama et al. (2022) พบว่าการจำกัดการเข้าเยี่ยมและการให้มีปฏิสัมพันธ์กับทารก สูงถึงร้อยละ 82.40 สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลที่ศึกษาที่มีนโยบายจำกัดการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบิดากับทารกโดยตรง หรืออนุญาตให้มารดาเข้าเยี่ยมทารกเพียงคนเดียว นอกจากนี้ บิดาส่วนใหญ่

ไม่มีประสบการณ์การมีบุตรเกิดก่อนกำหนดและรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด (ร้อยละ 89.41) ซึ่งการเกิดก่อนกำหนดของทารกเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดคิดไว้ มีผลโดยตรงทั้งต่อทารกและครอบครัว (Ionio, Mascheroni, Colombo, Castoldi, & Lista, 2019) อาจมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกโดยตรง รวมถึงการที่ทารกส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก/ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด (ร้อยละ 72.94) และได้รับการรักษาอุณหภูมิร่างกายในตู้อบ (ร้อยละ 67.06) แสดงให้เห็นว่า อาการของทารกส่วนใหญ่ยังไม่คงที่ หรือมีอาการที่ไม่แน่นอนที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ จึงอาจทำให้บิดาไม่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด (Sarapat, Fongkaew, Jintrawet, Mesukko, & Ray, 2017)

ผลการวิจัยพบว่า บิดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดด้านการเอื้อให้สามารถเข้าถึงได้ตามความต้องการในระดับมาก เพียงร้อยละ 38.82 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า บิดาเข้าเยี่ยมทารกเฉลี่ย 4.44 ครั้ง และระยะเวลาในการเข้าเยี่ยมแต่ละครั้งประมาณ 10 นาที

โดยเข้าเยี่ยมชมทารกด้วยตนเอง และเยี่ยมชมทารกผ่านทางวิดีโอคอล ซึ่งในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ส่งผลให้เกิดนโยบายการจำกัดผู้ปกครองในการเข้าเยี่ยมชมทารกในหออภิบาลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ โดยอนุญาตให้มารดาเข้าเยี่ยมได้ทุกครั้ง แต่บิดาเข้าเยี่ยมด้วยตนเองในครั้งแรก จากนั้นจะเป็นการเยี่ยมชมผ่านทางวิดีโอคอลหรือทางโทรศัพท์ โดยเยี่ยมชมตามเวลาที่กำหนด และใช้เวลาประมาณ 10 นาที สอดคล้องกับการศึกษาของ Adama et al. (2022) ที่พบว่า บิดาของทารกถูกจำกัดการเข้าหออภิบาลทารกแรกเกิดในหลายระดับ โดยบิดาที่เคยมีประสบการณ์การถูกจำกัดแบบบางส่วน กล่าวคือ ถูกจำกัดการเข้าเยี่ยม ถูกจำกัดการเข้าถึงข้างเตียงทารก หรือให้มีผู้ปกครองเพียงคนเดียวที่สามารถเข้าเยี่ยมได้ ทำให้บิดาเกิดประสบการณ์ความรู้สึกลบ และเกิดความเครียดมากกว่ากลุ่มอื่นๆ อาจทำให้การมีส่วนร่วมในการดูแลทารกลดลง

ผลการวิจัยพบว่า บิดาส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดด้านการแสดงความรับผิดชอบในระดับมาก (ร้อยละ 87.06) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า บิดามีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด (ร้อยละ 34.12) ซึ่งถือเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสามารถเรียนรู้และพัฒนาได้ด้วยตนเองในระดับสูง (คณะกรรมการมาตรฐานการอุดมศึกษา, 2565) ทำให้เกิดการแสวงหาข้อมูลการดูแลที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือจากแหล่งต่างๆ ในการรับรู้อาการทารก รวมถึงการที่บิดามีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด (ร้อยละ 31.76) จึงสามารถดูแลช่วยเหลือด้านทรัพยากรต่างๆ ระหว่างทารกกับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด นอกจากนี้ยังพบว่า ลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว ถึงร้อยละ 51.76 แสดงให้เห็นว่า บิดาอาจเป็นผู้นำครอบครัวที่ต้องการแสดงความรับผิดชอบในการดูแลทารก และมีอำนาจการตัดสินใจในเรื่องสำคัญภายในครอบครัวโดยเฉพาะในภาวะคับขัน เช่น การที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย (ปริศนา กาญจนกันทร และ สุพรรณิ ไชยอำพร, 2562)

ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า บิดาที่มีการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น จะมีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมากขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า บิดามีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด (ร้อยละ 34.12) ซึ่งเป็นระดับการศึกษาที่มีความรู้ความสามารถระดับสูง เน้นทักษะด้านวิชาการและวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับสาขานั้นๆ เพื่อนำไปสู่การประยุกต์ใช้เป็นนักปฏิบัติการที่ดีและสร้างสรรค์ (คณะกรรมการมาตรฐานการอุดมศึกษา, 2565) ทำให้บิดามีความพร้อมในการเรียนรู้และมีการพัฒนาความรู้และบทบาทในการเป็นบิดาที่ดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของแสงเดือน ศิริพร และคณะ (2563) ที่พบว่า ระดับการศึกษาของบิดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของบิดาในระยะหลังบุตรเกิด

ผลการวิจัยพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า บิดาที่มีรายได้มาก จะมีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมากขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า บิดามีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด (ร้อยละ 31.76) โดยมีอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย มากที่สุด (ร้อยละ 36.47) ซึ่งการมีรายได้ที่เพียงพอต่อครอบครัวจะสามารถสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นแก่ทารกขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Adama et al., 2017) และสามารถให้การช่วยเหลือสนับสนุนทางการเงินได้ (Clarkson et al., 2019) ทำให้บิดาเกิดความรู้สึกลึกว่าตนเองมีส่วนร่วมในการดูแลทารก ร่วมกับบทบาทของบิดาที่ถูกคาดหวังให้เป็นผู้หารายได้เลี้ยงครอบครัว (Noergaard et al., 2018) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของแสงเดือน ศิริพร และคณะ (2563) ที่พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของบิดาในระยะหลังบุตรเกิด และสามารถทำนายการมีส่วนร่วมของบิดาในระยะหลัง

บุตรเกิดได้

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมของบิดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า บิดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมากขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า บิดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีทั้ง 4 ด้าน ตามแนวคิดของ House (1981) โดยได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ทั้งจากภรรยา มารดาของตนเอง และบุคลากรทางการแพทย์ โดยบิดาส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ (ร้อยละ 87.06) และมีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยายสูงถึงร้อยละ 48.24 ซึ่งการมีสัมพันธ์ทางที่ดีระหว่างคู่สมรสทำให้เกิดความรักความเข้าใจซึ่งกันและกัน มีความพึงพอใจต่อกัน พยายามช่วยเหลือกัน และหาทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยบิดาที่ได้รับการสนับสนุนจะได้รับความรู้สึกไว้วางใจจากมารดาและบุคลากรทางการแพทย์ เกิดความมั่นใจในบทบาทการเป็นบิดา (Bry & Wigert, 2019) และเกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกหลังเกิดร่วมกับมารดามากขึ้น การสนับสนุนด้านทรัพยากร เช่น การสนับสนุนให้บิดามีเวลาอยู่กับทารก มีการแสดงความรักชอบต่อทารก (Bry & Wigert, 2019) รวมทั้งการที่บุคคลใกล้ชิดจัดพร้อมที่จะช่วยเหลือแบ่งเบาภาระในด้านต่างๆ เช่น ด้านการเงิน ส่วนการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร บิดาได้รับคำแนะนำ ข้อมูลต่างๆ ในการดูแลทารก รวมถึงการปฏิบัติตัว จากบุคคลใกล้ชิด และบุคลากรทางการแพทย์ โดยบิดาได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนข้อมูลความรู้ที่เกี่ยวข้องกับทารกและความรู้สึกไม่แน่นอนทางอารมณ์ (Hearn, Clarkson, & Day, 2020) เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจหรือการจัดการกับปัญหาระหว่างทารกได้รับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด สำหรับการสนับสนุนด้านการประเมินค่า บิดาได้รับข้อมูลย้อนกลับ การยอมรับ ความไว้วางใจ และการยกย่องชมเชยจากบุคคลใกล้ชิดโดยเฉพาะภรรยา นำไปสู่การประเมินคุณค่าหรือบทบาทการเป็น

บิดาของตนอย่างมาก ทำให้เกิดการประเมินตนเองนำไปสู่พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกขณะรักษาตัวในหออภิบาลทารกแรกเกิดมากขึ้น (Kim, 2018) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของแสงเดือน ศิริพร และคณะ (2563) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของบิดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของบิดาในระยะหลังบุตรเกิด และสามารถทำนายการมีส่วนร่วมของบิดาในระยะหลังบุตรเกิดได้

ผลการวิจัยพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ทั้งนี้อธิบายได้ว่า บิดามีอายุอยู่ในช่วง 31–40 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 49.41) โดยมีอายุเฉลี่ย 32.96 ปี และส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การมีบุตรเกิดก่อนกำหนด และรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด (ร้อยละ 89.41) ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความสามารถในการจัดการรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น หรืออาจขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่บิดาแต่ละคนเผชิญอยู่ (Koliouli et al., 2016) โดยทารกเกิดก่อนกำหนดแต่ละรายจะได้รับการรักษาตามระดับความรุนแรงของอาการ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันไป

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของบิดาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ทั้งนี้อาจเกิดจากหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ด้านนี้ ได้แก่ การที่บิดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดด้านการมีปฏิสัมพันธ์ในระดับน้อย ซึ่งเป็นผลจากนโยบายการเข้าเยี่ยมของโรงพยาบาลในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ทำให้บิดาไม่สามารถเข้าเยี่ยมทารกได้ จึงทำให้การรับรู้ความสามารถของบิดาในด้านความมั่นใจในบทบาทการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด เช่น การพูดคุย เล่น สัมผัส การอาบน้ำเช็ดตัว การช่วยเหลือให้นมทารก มีระดับน้อยลง (Clarkson et al., 2019) ประกอบกับการที่บุตรเกิดก่อนกำหนดจะต้องได้รับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดเป็นเหตุการณ์ที่ไม่เคยพบมาก่อน จึงอาจมีผลกระทบ

ต่อการเปลี่ยนผ่านบทบาทหน้าที่ของการเป็นบิดาได้ (Ionio et al., 2019) ร่วมกับสิ่งแวดล้อมในหออภิบาลทารกแรกเกิด อาการของทารกที่ยังไม่คงที่ อาจทำให้บิดาไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล (Sarapat et al., 2017) สอดคล้องกับแนวคิดของ Gibaud-Wallston (1977) ที่กล่าวว่า บิดาจะเกิดการรับรู้คุณค่าการเป็นบิดาหรือความพึงพอใจในบทบาทการเป็นบิดาหลังจากได้เผชิญกับเหตุการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่ตนได้พบ โดยประสบการณ์ที่บิดาได้พบอาจแตกต่างกันตามระดับความรุนแรงของอาการทารก ซึ่งอาจทำให้ระดับการรับรู้ความสามารถของบิดาลดลง และส่งผลต่อพฤติกรรม การแสดงออกในการมีส่วนร่วมของบิดา

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิดควรมีการวางแผนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างเหมาะสม และส่งเสริมให้บิดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านต่าง ๆ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกในบิดากลุ่มอื่นๆ เช่น บิดาของทารกครบกำหนด ที่เข้ารับการรักษามิในหออภิบาลทารกแรกเกิด บิดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ทารกจำหน่ายจากโรงพยาบาล 6-8 สัปดาห์

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด โดยคัดสรรตัวแปรระดับการศึกษา รายได้ การสนับสนุนทางสังคมของบิดา และตัวแปรอื่นๆ เช่น ความเครียด ความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดากับทารก สัมพันธภาพในครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2564). *อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Low birth weight rate) ระดับเขตสุขภาพ*. สืบค้นจาก <http://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/lbwr?year=2020>
- คณะกรรมการมาตรฐานการอุดมศึกษา. (2565). *เกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับปริญญาตรี พ.ศ. 2565*. สืบค้นจาก <https://www.ops.go.th/th/ches-downloads/edu-standard/item/6942-2022-07-22-03-17-22>
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)*. สืบค้นจาก http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20180914162453_1_.pdf
- ปริศนา กาญจนกันทร, และสุพรรณิ ไชยอำพร. (2562). ตัวแบบความสัมพันธ์ในครอบครัวไทยยุคโลกาภิวัตน์. *วารสารพัฒนาสังคม*, 21(2), 164-175.
- ยศวิมล ถิ่นทิพย์, วนิดา แสนสุทธิพันธ์, และพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม. (2560). การศึกษาเปรียบเทียบความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการของบิดาทารกเกิดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษามิในหออภิบาลทารกแรกเกิด ตามการรับรู้ของบิดาและพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 35(2), 15-27.
- สุกกร ไชยนา, นันทพร แสนศิริพันธ์, และกรณิการ์ กันธรักษา. (2558). ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในระยะหลังคลอด. *พยาบาลสาร*, 42(1), 85-96.
- แสงเดือน ศิริพร, นันทพร แสนศิริพันธ์, และฉวี เบาทรวง. (2563). ปัจจัยทำนายการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในระยะหลังบุตรเกิด. *พยาบาลสาร*, 47(1), 45-55.

- Adama, E. A., Koliouli, F., Provenzi, L., Feeley, N., van Teijlingen, E., Ireland, J., ... Khashu, M. (2022). COVID-19 restrictions and psychological well-being of fathers with infants admitted to NICU – An exploratory cross-sectional study. *Acta Paediatrica*, 111(9), 1771–1778. doi:10.1111/apa.16455
- Adama, E. A., Sundin, D., & Bayes, S. (2017). Ghanaian fathers' experiences of caring for preterm infants; A journey of exclusion. *Journal of Neonatal Nursing*, 23(6), 275–281. doi:10.1016/j.jnn.2017.05.003
- Bry, A., & Wigert, H. (2019). Psychosocial support for parents of extremely preterm infants in neonatal intensive care: A qualitative interview study. *BMC Psychology*, 7(1), 76. doi:10.1186/s40359-019-0354-4
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
- Clarkson, G., Gilmer, M. J., Moore, E., Dietrich, M. S., & McBride, B. A. (2019). Cross-sectional survey of factors associated with paternal involvement in the neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 28(21–22), 3977–3990. doi:10.1111/jocn.14981
- Gibaud-Wallston, J. (1977). *Self-esteem and situational stress: Factors related to sense of competence in new parents* (Doctoral dissertation). Nashville: George Peabody College for Teachers.
- Gibaud-Wallston, J., & Wandersman, L. P. (1978). *Development and utility of the parenting sense of competence scale*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Toronto.
- Hearn, G., Clarkson, G., & Day, M. (2020). The role of the NICU in father involvement, beliefs, and confidence: A follow-up qualitative study. *Advances in Neonatal Care*, 20(1), 80–89. doi:10.1097/ANC.0000000000000665
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Ionio, C., Mascheroni, E., Colombo, C., Castoldi, F., & Lista, G. (2019). Stress and feelings in mothers and fathers in NICU: Identifying risk factors for early interventions. *Primary Health Care Research & Development*, 20, e81. doi:10.1017/S1463423619000021
- Kim, H. N. (2018). Social support provision: Perspective of fathers with preterm infants. *Journal of Pediatric Nursing*, 39, 44–48. doi:10.1016/j.pedn.2018.01.017
- Koliouli, F., Gaudron, C. Z., & Raynaud, J. P. (2016). Life experiences of French premature fathers: A qualitative study. *Journal of Neonatal Nursing*, 22(5), 244–249. doi:10.1016/j.jnn.2016.04.003
- Lamb, M. E. (2000). The history of research on father involvement. *Marriage & Family Review*, 29(2–3), 23–42. doi:10.1300/J002v29n02_03
- Lissauer, T., Fanaroff, A. A., Miall, L., & Fanaroff, J. (Eds.). (2020). *Neonatology at a glance* (4th ed.). Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.

- Noergaard, B., Ammentorp, J., Garne, E., Fenger-Gron, J., & Kofoed, P. E. (2018). Fathers' stress in a neonatal intensive care unit. *Advances in Neonatal Care*, 18(5), 413–422. doi:10.1097/ANC.0000000000000503
- Sarapat, P., Fongkaew, W., Jintrawet, U., Mesukko, J., & Ray, L. (2017). Perceptions and practices of parents in caring for their hospitalized preterm infants. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 21(3), 220–233. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/78177/72323>
- Suwansujarid, T., Vatanasomboon, P., Gaylord, N., & Lapvongwatana, P. (2013). Validation of the Parenting Sense of Competence Scale in fathers: Thai version. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 44(5), 916–926. Retrieved from <https://www.tn.mahidol.ac.th/seameo/2013-44-5/21-5865.pdf>
- World Health Organization. (2018). *Survive and thrive: Transforming care for every small and sick newborn*. Retrieved from https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care-small-sick-newborns-survive-thrive/en/
-