

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการกลับเข้ามารักษาซ้ำและความพร้อมในการ
จำหน่ายของมารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง
Effects of an Empowerment Program on Readmission and Maternal Readiness
for Discharge in Mothers of Neonatal with Jaundice

Corresponding author E-mail: wanwisa_promket@cmu.ac.th *

(Received: August 8, 2025; Revised: October 14, 2025;

Accepted: October 16, 2025)

วันวิสา พรหมเกต (Wanwisa Promket) ¹

จุฑามาศ โชติบาง (Jutamas Chotibang) ^{1*}

พัชรี วรจิจุพนผล (Patcharee Woragidpoonpol) ¹

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการกลับเข้ามารักษาซ้ำ และความพร้อมในการจำหน่ายของมารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาของทารกแรกเกิดอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะตัวเหลืองและรักษาด้วยการส่องไฟ ณ โรงพยาบาลกำแพงเพชร ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เลือกรมารดาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่องอายุ และระดับการศึกษา แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 16 ราย รวมทั้งสิ้น 32 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน 2) คู่มือสำหรับมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง 3) อินโฟกราฟิกส์ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .83 4) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารกแรกเกิด 5) แบบวัดความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลฉบับบิดา/มารดา และ 6) แบบบันทึกการกลับเข้ามารักษาซ้ำ หาความเชื่อมั่นของแบบวัดความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลฉบับบิดา/มารดา โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์ และแมนนิตนียู

ผลการวิจัยพบว่ามารดากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$) และจำนวนทารกที่กลับเข้ามารักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองภายใน 14 วันหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Faculty of Nursing, Chiang Mai University

ผลจากการศึกษานี้สรุปได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถเพิ่มความพร้อมในการจำหน่ายของมารดาและลดอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำของทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรทางการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อเตรียมความพร้อมและส่งเสริมความสามารถของมารดาในการดูแลทารกที่บ้านต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะตัวเหลือง, การเสริมสร้างพลังอำนาจ, ความพร้อมในการจำหน่าย, การกลับเข้ามารักษาซ้ำ

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to examine the effect of an empowerment program on readmission rates and discharge readiness in mothers of newborns with jaundice. The sample comprised 32 mothers of newborns (gestational age ≥ 37 weeks) diagnosed with hyperbilirubinemia and undergoing phototherapy at Kamphaeng Phet Hospital. Participants were selected via purposive sampling, matched by age and educational level, and then divided into a control group and an experimental group ($n=16$ each). The research instruments included: 1) Gibson's empowerment program, 2) mothers' handbook for neonatal jaundice care, 3) Infographics about neonatal jaundice, 4) a personal data record form for mothers and newborns, 5) The Readiness for Hospital Discharge Scale: Parent Form, and 6) a readmission record form. Data were analyzed using descriptive statistics, the Chi-square test, and the Mann-Whitney U test.

The study findings revealed that mothers in the experimental group had significantly higher mean discharge readiness scores than those in the control group ($p<.001$). Additionally, the re-hospitalization rate for jaundice within 14 days after hospital discharge in the experimental group was significantly lower than that of the control group ($p<.05$).

These results suggest that the empowerment program effectively increased maternal discharge readiness and reduced the re-hospitalization rate of jaundiced newborns. Nursing staff can apply this program to enhance mothers' readiness and ability to care for their infants at home.

Keywords: Neonatal jaundice, Empowerment, Discharge readiness, Readmission

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด (Neonatal jaundice) เป็นภาวะที่ผิวหนังและตาขาวของทารกเปลี่ยนเป็นสีเหลือง เนื่องจากการสะสมของบิลิรูบินในเลือดในปริมาณที่สูงกว่าปกติ บิลิรูบินเกิดจากการสลายตัวของเม็ดเลือดแดงและจะถูกเปลี่ยนสภาพที่ตับเพื่อขับออกจากร่างกาย ภาวะตัวเหลืองทางสรีรวิทยา (Physiological jaundice) เป็นภาวะที่พบได้ทั่วไป โดยจะปรากฏในสัปดาห์แรกหลังคลอด ระดับบิลิรูบินจะสูงสุดในวันที่ 3-4 และจะลดลงสู่ระดับปกติภายในสองสัปดาห์ สำหรับทารกที่คลอดก่อนกำหนดจะมีระดับบิลิรูบินที่สูงกว่าและมีภาวะตัวเหลืองนานกว่าทารกที่คลอดครบกำหนด (Ansong-Assoku, Adam, Daley & Ankola, 2024) หากระดับบิลิรูบินชนิดไม่ละลายน้ำสูงเกิน 20 mg/dL โดยไม่ได้รับการรักษา บิลิรูบินสามารถผ่านเข้าสู่สมองและสะสมในเนื้อสมองส่วนต่าง ๆ เช่น basal ganglia และ hippocampus ก่อให้เกิดภาวะ Kernicterus หรือ Chronic Bilirubin Encephalopathy (Tessema, Mekonnen, Alemu, Godie, Teklehaimanot & Mengstie, 2024) อาการเบื้องต้นของภาวะนี้คือทารกจะซึม ไม่ยอมดูดนม และมีปฏิกิริยาตอบสนองลดลง จากนั้นอาจมีอาการรุนแรงขึ้น เช่น หายใจลำบาก ตัวเกร็ง และมีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ ดังนั้นเมื่อระดับบิลิรูบินสูงกว่า 20 mg/dL จึงจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังและให้การรักษาอย่างเหมาะสม (Boskabadi, Sezavar & Zakerihamidi, 2020) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อมารดา ทำให้มารดาเกิดความเครียด ความวิตกกังวล และรู้สึกไร้พลังอำนาจในการดูแลบุตร (Pettersson, Eriksson & Blomberg, 2022) ความเครียดและความวิตกกังวลนี้ยังส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลบุตรของมารดา ทำให้การกระตุ้นให้ทารกดูดนมอาจไม่เพียงพอ และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตัวเหลืองซ้ำได้ (Salia et al., 2021)

จากข้อมูลทางสถิติทั่วโลกพบว่าภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดเป็นภาวะที่พบบ่อย โดยพบประมาณ 60% ในทารกคลอดครบกำหนด และสูงถึง 80% ในทารกคลอดก่อนกำหนดภายในสัปดาห์แรกหลังคลอด (Ayalew et al., 2024) ภาวะตัวเหลืองชนิดรุนแรงมักพบมากในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง คิดเป็น 14.26% ของทารกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Diala et al., 2023) ในระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับสองของโลก คิดเป็น 251.3 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีวิต รองจากทวีปแอฟริกา (Ochigbo et al, 2024) ภาวะตัวเหลืองยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด โดยในปี พ.ศ. 2557 เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของทารกทั่วโลก ซึ่งกว่า 73% ทารกจะเสียชีวิตภายในสัปดาห์แรก

(Tampubolon, Wija & Pasaribu, 2024) สำหรับประเทศไทย มีการศึกษาในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมาร์ พบอุบัติการณ์สูงถึง 249 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ โดย 20% ของทารกกลุ่มนี้ต้องได้รับการส่งไปรักษา

แม้ว่าภาวะตัวเหลืองจากสรีรวิทยาในทารกแรกเกิดเป็นกระบวนการที่สามารถหายขาดได้เอง แต่หากขาดการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะตัวเหลือง จะมีผลกระทบต่อการกลับเข้ามารักษาซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Huang et al., 2022) การป้องกันภาวะตัวเหลืองรุนแรงและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดนั้นขึ้นอยู่กับบทบาทและการดูแลของมารดาเป็นสำคัญ แต่การขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะที่ถูกต้องของมารดาในการประเมินอาการ การให้นมบุตรอย่างเพียงพอ และการดูแลทารกหลังจำหน่ายเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำที่สูงขึ้น (Sangjan, Teerarungsikul & Sarapa, 2024) แนวปฏิบัติจากสถาบันกุมารเวชศาสตร์แห่งอเมริกา (American Academy of Pediatrics) และองค์การอนามัยโลกจึงเน้นย้ำถึงการเตรียมความพร้อมและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารก ทั้งในระหว่างการส่งไปรักษาเพื่อลดความวิตกกังวลและเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา (Canadian Paediatric Society, 2025) และหลังกลับบ้านเพื่อป้องกันการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง เช่น การนำทารกไปตากแดดหรือการใช้สมุนไพร (Al-Hadeethi, Noaman, Rajab & Younis, 2025) ดังนั้นความรู้ด้านสุขภาพและการดูแลทารกของมารดาที่ได้รับการสนับสนุนจากทีมแพทย์และพยาบาล จึงเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญที่สุดในการลดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการกลับมารักษาซ้ำของทารกที่มีภาวะตัวเหลือง (Eksamut et al., 2025)

การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะตัวเหลืองเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก ซึ่งสัมพันธ์กับปัจจัยด้านทารก เช่น ระดับบิลิรูบินก่อนจำหน่ายที่สูงกว่า 12.5 mg/dL และการที่น้ำหนักตัวลดลงมากกว่า 7% ของน้ำหนักแรกเกิด ซึ่งสัมพันธ์กับการได้รับนมมารดาไม่เพียงพอ (Prachukthum, Tanprasertkul & Intarakhao, 2021) และปัจจัยสำคัญยิ่งคือความพร้อมของมารดาทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลและประเมินอาการทารก (Huang et al., 2022) แม้ความพร้อมในการจำหน่ายจะเป็นแนวคิดแบบองค์รวมที่ครอบคลุมหลายมิติ (Weiss, Johnson, Malin, Jerofke, Lang & Sherburne, 2008) แต่กระบวนการวางแผนจำหน่ายในปัจจุบันมักมุ่งเน้นเพียงการให้ข้อมูลทางเดียว ทำให้ไม่สามารถสร้างความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวลของมารดาได้จริง (Thammawasi & Jardngoen, 2021) การป้องกันที่มีประสิทธิภาพจึงจำเป็นต้องอาศัยแนวทางที่มากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว (Weiss et al., 2017) แต่เป็นการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อสร้างความพร้อมให้แก่มารดาในทุกมิติ ทั้งการฝึกทักษะการดูแลทารก การให้นมบุตร การสร้างความเชื่อมั่น และการเชื่อมโยงกับแหล่งสนับสนุน ซึ่งจะช่วยให้มารดาสามารถเปลี่ยนผ่านสู่การดูแลบุตรที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำได้อย่างแท้จริง (Eksamut et al., 2025)

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1993) จึงถูกนำมาใช้เป็นกลยุทธ์ทางการพยาบาลเชิงรุกเพื่อแก้ไขช่องว่างดังกล่าว โดยโปรแกรมนี้นับเป็นนวัตกรรมการดาจากผู้รับข้อมูลสู่การเป็นผู้ดูแลที่มีศักยภาพ ผ่านกระบวนการทำงานร่วมกับพยาบาล ตั้งแต่การทำความเข้าใจสถานการณ์จริงของทารก (Discovering reality) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณเพื่อหาแนวทางดูแลทารก (Critical reflection) ไปจนถึงการตัดสินใจเลือกและลงมือปฏิบัติด้วยความมั่นใจ (Taking charge) และคงพฤติกรรมดูแลที่มีประสิทธิภาพไว้ (Holding on) ประสิทธิภาพของโปรแกรมได้รับการยืนยันจากงานวิจัยหลายชิ้นว่าสามารถเพิ่มการรับรู้พลังอำนาจของมารดา (Laobutsa, 2016) และส่งเสริมทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดอุบัติการณ์ภาวะตัวเหลืองและความเสี่ยงในการกลับมารักษาซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ (Srisawat & Chanthapreeda, 2020) ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงไม่ได้เป็นเพียงการให้ความรู้แต่เป็นการสร้างความพร้อมอย่างเป็นองค์รวมให้แก่มารดา ทำให้มารดาสามารถดูแลบุตรที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญที่นำไปสู่การลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้อย่างยั่งยืน และยกระดับคุณภาพการดูแลทารกแรกเกิดในที่สุด

จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการกลับมารักษาซ้ำของทารกที่มีภาวะตัวเหลืองมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความพร้อมของมารดา จากอุบัติการณ์โรงพยาบาลกำแพงเพชร พบภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลกำแพงเพชร ระหว่างปี พ.ศ. 2565-2567 จากจำนวนทารกเกิดมีชีพ คิดเป็นร้อยละ 9.2, 12.1 และ 14.5 ตามลำดับ (Kamphaeng Phet hospital information center, 2025) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น แม้จะมีการให้ความรู้มารดา ก่อนจำหน่ายทารกออกจากโรงพยาบาล แต่ยังขาดการพัฒนาารูปแบบการพยาบาลที่ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างเป็นระบบสำหรับมารดา กลุ่มนี้โดยเฉพาะเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ออกแบบมาเพื่อเพิ่มความพร้อมในการจำหน่ายของมารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองโดยตรง คาดหวังว่าการศึกษานี้จะนำไปสู่การปฏิบัติทางการพยาบาล โดยส่งผลให้มารดาเกิดความมั่นใจ มีทักษะในการดูแลทารกอย่างมีประสิทธิภาพเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ช่วยลดอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำของทารกได้อย่างยั่งยืน และเป็นแนวทางในการยกระดับคุณภาพการดูแลทารกแรกเกิดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความพร้อมของมารดาในการจำหน่ายทารกที่มีภาวะตัวเหลืองก่อนออกจากโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

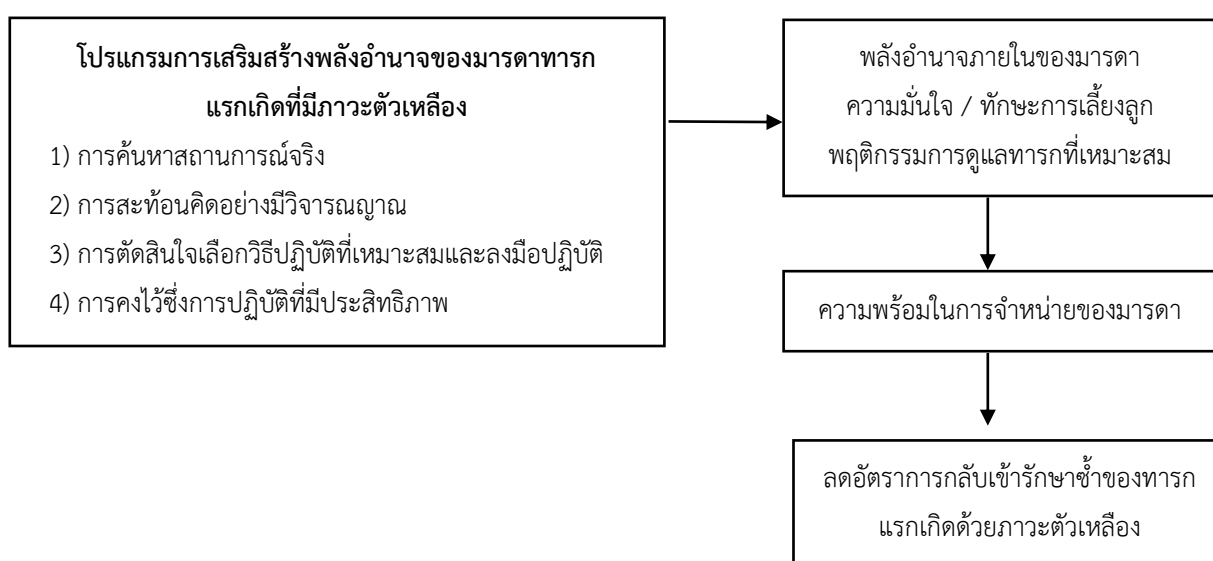
2. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนทารกที่กลับเข้ามารักษาค้ำด้วยภาวะตัวเหลือง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. มารดาของทารกที่มีภาวะตัวเหลืองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการจำหน่ายทารกที่มีภาวะตัวเหลือง มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม
2. จำนวนทารกที่กลับเข้ามารักษาค้ำด้วยภาวะตัวเหลืองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1993) ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคคล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนต่อเนื่องกัน คือ 1) การค้นหาสถานการณ์จริง (Discovering reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) เมื่อมารดาผ่านกระบวนการเหล่านี้จะส่งผลให้มารดาเกิดการรับรู้และเข้าใจปัญหา เกิดความมั่นใจในการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติการดูแลทารกได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มารดาเกิดความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและลดโอกาสการกลับเข้ามารักษาค้ำด้วยภาวะตัวเหลืองของทารกแรกเกิด ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลหลังการศึกษา (Two Groups Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาและทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาและทารกแรกเกิดอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป ที่มีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ณ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลกำแพงเพชร ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) คือ 1) มารดาและทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองที่มีระดับบิลิรูบินมากกว่าหรือเท่ากับ 13 mg% และได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ 2) มารดาเป็นผู้ดูแลทารกแรกเกิดทั้งในโรงพยาบาลและหลังจำหน่าย 3) มารดาสามารถอ่าน เขียน และพูดภาษาไทย และ 4) มารดายินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ 1) มารดาไม่สามารถให้นมบุตรได้ 2) มารดามีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น ตกเลือดหลังคลอด ความดันโลหิตสูง เป็นต้น 3) มารดาของทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองจากพยาธิสภาพ (Pathological jaundice) เช่น ABO incompatibility, Rh incompatibility, glucose-6-phosphate dehydrogenase (G6PD) deficiency เป็นต้น และ 4) มารดาของทารกแรกเกิดที่มีปัญหาด้านพันธุกรรม โรคระบบประสาท และมีความพิการแต่กำเนิด

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria) คือ 1) มารดาขอยุติการเข้าร่วมวิจัย 2) มารดาเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามโปรแกรม ไม่สามารถติดต่อมารดาได้ และ 3) ทารกมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นขณะดำเนินการวิจัย เช่น มีการติดเชื้อ มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ ทารกมีภาวะ biliary atresia เป็นต้น

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* Power (โปรแกรมเวอร์ชัน 3.1.9.4) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of analysis) เท่ากับ .95 และโดยคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size) จากการศึกษาที่คล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้ (Gupta et al., 2016) โดยนำคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาคำนวณหาขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.29 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและความไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จึงพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมทั้งสิ้น 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 16 คน และกลุ่มทดลอง 16 คน โดยใช้วิธีการจับคู่ (match pair) ตามอายุและระดับการศึกษาของมารดา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับมารดาต่อความพร้อมในการจำหน่ายทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) มีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 16 ครั้ง ใช้เวลา 16 วัน ประกอบด้วย 1) การค้นหาสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

2. คู่มือสำหรับมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้ สาเหตุของภาวะตัวเหลือง ลักษณะของภาวะตัวเหลือง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองขณะอยู่โรงพยาบาล การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลือง

3. อินโฟกราฟิกส์เกี่ยวกับทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง ทั้งหมด 4 อินโฟกราฟิกส์ พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดา ทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง แบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดา เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับ การศึกษา ประสบการณ์ในการดูแลทารกที่มีภาวะตัวเหลือง

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิด เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ อายุครรภ์แรกเกิด อายุหลังเกิด น้ำหนักตัวแรกคลอด ระยะเวลาส่องไฟ น้ำหนักตัวก่อนจำหน่ายและระดับbilirubinก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. แบบวัดความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลฉบับบิดา/มารดา (The Readiness for Hospital Discharge Scale: Parent Form) ของไวส์และคณะ (Weiss et al., 2008) แปลเป็นภาษาไทยโดยศรีมณีนายก และจุฑารัตน์ มีสุขโข (Niyomkar & Mesukko, 2016) ที่ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 29 ข้อ เพื่อประเมินการรับรู้ของผู้ปกครองทารกเกี่ยวกับความพร้อมในการจำหน่ายทารกจากโรงพยาบาลสู่บ้าน 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1) ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของบิดามารดา (ข้อ 2a, 3a, 4a, 5a, 6a, 7a, 8a)

2) ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของทารกเกิดก่อนกำหนด (ข้อ 2b, 3b, 4b, 5b, 7b, 8b)

3) ด้านความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการจัดการทารกที่บ้าน (ข้อ 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17)

4) ด้านความสามารถในการปรับตัวแก้ปัญหา (ข้อ 18, 19, 20)

5) ด้านความคาดหวังการได้รับการสนับสนุน (ข้อ 21, 22, 23, 24)

แต่ละข้อมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-290 คะแนน การแปลผลคิดคะแนนรวมเฉลี่ยจำนวนข้ออยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน แบ่งระดับความพร้อมตามคะแนนเฉลี่ยจำนวนข้อเป็น 4 ระดับ อ้างอิงตามการศึกษาของไวส์และคณะ (Weiss et al., 2008) คือ

คะแนนตั้งแต่ 9-10 คะแนน หมายถึง มีความพร้อมระดับสูงมาก

คะแนนตั้งแต่ 8-8.9 คะแนน หมายถึง มีความพร้อมระดับสูง

คะแนนตั้งแต่ 7-7.9 คะแนน หมายถึง มีความพร้อมระดับปานกลาง

คะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน หมายถึง มีความพร้อมระดับต่ำ

3. แบบบันทึกการกลับเข้ามารักษาซ้ำของทารกแรกเกิด แบบบันทึกการกลับเข้ามารักษาซ้ำของทารกแรกเกิดเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยบันทึกว่ามีการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะตัวเหลืองของทารก หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในวันที่เท่าใด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

นำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับมารดาต่อความพร้อมในการจำหน่ายทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง คู่มือสำหรับมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง และแบบวัดความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลฉบับบิดา/มารดา ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการดูแลทารกแรกเกิด 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญด้านการดูแลทารกแรกเกิด 2 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมมาปรับและแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและนำโปรแกรมไปทดลองใช้ (Try out) กับมารดาและทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ จำนวน 10 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .83

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

นำแบบวัดความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลฉบับบิดา/มารดา ไปทดลองใช้ (Try out) กับมารดาที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ณ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลกำแพงเพชร จำนวน 10 ราย ซึ่งเป็นคนละกลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่ 2567- EXP025, 27 พฤษภาคม 2567) ผู้วิจัยได้ส่งหนังสือแนะนำตัวถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาดำเนินการ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และหัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลกำแพงเพชร เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด และเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย ได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากกลุ่มตัวอย่าง แจ้งสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมโดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา ทั้งนี้ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเชิงวิชาการโดยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน จากนั้นจึงเริ่มดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง วิธีการนี้ช่วยป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล

การดำเนินการในกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วันที่ 1 ขณะทารกนอนโรงพยาบาลและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอม
2. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดาทารกแรกเกิด
3. ผู้วิจัยให้ความรู้ในการดูแลทารกตัวเหลืองตามมาตรฐานของหอผู้ป่วย
4. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความพร้อมของมารดาในการจำหน่ายทารกแรกเกิด

วันที่ 1-14 หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (วันละครั้ง ครั้งละ 3 นาที)

ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามสอบถามข้อมูลการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะตัวเหลือง และในวันสุดท้ายของการติดตาม (วันที่ 14) ผู้วิจัยแจ้งการสิ้นสุดกิจกรรมและกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง พร้อมจัดส่งคู่มือสำหรับมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยประกอบด้วยเนื้อหาที่เหมาะสมกับมารดาในการดูแลทารกเมื่อจำหน่ายกลับบ้านทางระบบไปรษณีย์

การดำเนินการในกลุ่มทดลอง

โปรแกรมสำหรับกลุ่มทดลองแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนหลักตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1993) ในแต่ละขั้นตอนจะมีกิจกรรมและเกณฑ์การประเมินที่ชัดเจนก่อนจะดำเนินในขั้นตอนต่อไป แบ่งได้ 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: ขณะที่ทารกรักษาด้วยการส่องไฟในโรงพยาบาล

ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 ที่ทารกรักษาด้วยการส่องไฟ ณ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2)

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง (Discovering reality) เพื่อให้มารดารับรู้ เข้าใจ และยอมรับสถานการณ์ภาวะตัวเหลืองของทารกตามความเป็นจริง ใช้เวลาประมาณ 20 นาที โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอม
2. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดาทารกแรกเกิด
3. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะตัวเหลือง เช่น สาเหตุ ลักษณะอาการ การรักษาและ ภาวะแทรกซ้อน โดยใช้อินโฟกราฟิกส์เกี่ยวกับทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง พร้อมทั้งแจกคู่มือสำหรับมารดาในการดูแลทารกตัวเหลือง

4. เปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึก เพื่อส่งเสริมความเข้าใจและยอมรับสถานการณ์

5. ประเมินมารดาก่อนเข้าสู่ขั้นตอนถัดไป โดยมารดาสามารถอธิบายสาเหตุและความสำคัญของการรักษาภาวะตัวเหลืองของบุตรด้วยคำพูดของตนเองได้อย่างถูกต้อง มารดาแสดงออกถึงการยอมรับสถานการณ์ เช่น ลดการร้องไห้, ลดการกล่าวโทษตนเอง มารดาเริ่มถามคำถามที่มุ่งเน้นไปที่การดูแลทารกในปัจจุบันและอนาคต

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) เพื่อกระตุ้นให้มารดาวิเคราะห์สถานการณ์ เชื่อมโยงความรู้กับประสบการณ์ของตนเอง และตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลทารกเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยชวนมารดาสนทนาเกี่ยวกับประสบการณ์ หรือความวิตกกังวลของมารดาในการดูแลทารกที่มีภาวะตัวเหลือง

2. กระตุ้นให้มารดาแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลทารก และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหากดูแลไม่ถูกต้อง

3. ใช้คำถามปลายเปิดเพื่อนำให้มารดาคิดวิเคราะห์หาแนวทางการดูแลที่เป็นไปได้สำหรับตนเอง เช่น "จากที่คุยกันมา คุณแม่คิดว่าอะไรคือสิ่งที่สำคัญที่สุดในการดูแลน้องตอนนี้คะ" หรือ "มีอะไรที่คุณแม่พอจะทำได้บ้างเพื่อช่วยให้น้องดีขึ้น"

4. ประเมินมารดาก่อนเข้าสู่ขั้นตอนถัดไป โดยมารดาสามารถระบุปัญหาหรือความท้าทายในการดูแลทารกได้อย่างน้อย 1-2 ข้อ มารดาสามารถบอกแนวทางการปฏิบัติเพื่อดูแลทารกที่ตนเองคิดว่าสามารถทำได้ อย่างน้อย 1 วิธี

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม (Taking charge) เพื่อให้มารดาตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลทารกที่เหมาะสมกับตนเองและบริบทของครอบครัว และลงมือปฏิบัติจริง ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยทบทวนแนวทางการดูแลที่ได้พูดคุยกันในขั้นตอนที่ 2
2. ให้มารดาตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลที่คิดว่าดีที่สุดสำหรับตนเอง โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและให้ข้อมูลเพิ่มเติม
3. มารดาทดลองปฏิบัติการดูแลทารก (เช่น การสังเกตสีผิว, การกระตุ้นให้ดูดนม) ขณะอยู่โรงพยาบาล โดยมีผู้วิจัยคอยให้คำแนะนำ

ครั้งที่ 2 (วันที่แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายทารกออกจากโรงพยาบาล) ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยทบทวนแนวทางการดูแลที่ได้พูดคุยกันในขั้นตอนที่ 3 ร่วมกับมารดา
2. ร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากมารดาได้นำแนวทางการดูแลไปปฏิบัติจริง
3. ให้มารดาตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลที่คิดว่าดีที่สุดสำหรับตนเอง โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและให้ข้อมูลเพิ่มเติม
4. มารดาทดลองปฏิบัติการดูแลทารกขณะอยู่โรงพยาบาล โดยมีผู้วิจัยคอยให้คำแนะนำ
5. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความพร้อมของมารดาในการจำหน่ายทารกแรกเกิด
6. ประเมินมารดาก่อนเข้าสู่ขั้นตอนถัดไป โดยมารดาสามารถบอกแผนการดูแลทารกของตนเองหลังกลับบ้านได้อย่างเป็นรูปธรรม เช่น จะสังเกตอาการลูกทุกเช้า, จะปลุกลูกกินนมทุก 3 ชั่วโมง มารดาสามารถสาธิตทักษะการดูแลเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง และแสดงความมั่นใจในการตัดสินใจของตนเอง

ระยะที่ 2: ติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (วันที่ 1-14)

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) เพื่อให้มารดานำแผนการดูแลไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น และคงไว้ซึ่งความมั่นใจในการดูแลทารก โดยติดตามทางโทรศัพท์ ในช่วง 14 วัน วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 10 นาที มีกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตาม สอบถามถึงการปฏิบัติตามแผนการดูแลที่วางไว้
2. เปิดโอกาสให้มารดาเล่าถึงความสำเร็จ ปัญหา และอุปสรรคที่พบ
3. ให้คำปรึกษา กล่าวชื่นชม และให้กำลังใจ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจ
4. กระตุ้นให้มารดาประเมินตนเองและคิดหาวิธีแก้ไขปัญหาที่พบบ่อยด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยทำหน้าที่ให้ข้อมูลย้อนกลับและสนับสนุน
5. ผู้วิจัยบันทึกการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะตัวเหลือง จนครบ 14 วัน และในวันสุดท้ายของการติดตาม (วันที่ 14) ผู้วิจัยแจ้งการสิ้นสุดกิจกรรมและกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ด้วยสถิติ Chi-square และ Fisher's Exact Test
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมของมารดาในการจำหน่ายทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติแมนวิทนียู (Mann-Whitney U test) เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติ
3. วิเคราะห์การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 14 วันหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง

ข้อมูลทั่วไปของมารดา

มารดากลุ่มควบคุม 16 คน มีอายุอยู่ในช่วง 25-29 ปี มากที่สุด ร้อยละ 43.75 อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง คือ 26.5 ปี ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด ร้อยละ 50.00 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง ร้อยละ 87.50 ไม่เคยได้รับการความพร้อมในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟ ร้อยละ 75.00

มารดากลุ่มทดลอง 16 คน มีอายุอยู่ในช่วง 25-29 ปี มากที่สุด ร้อยละ 43.75 อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง คือ 26.37 ปี ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด ร้อยละ 50 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง ร้อยละ 81.25 ไม่เคยได้รับการความพร้อมในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟ ร้อยละ 81.25

การทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของมารดากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาทารกแรกเกิด

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=16)		กลุ่มทดลอง (n=16)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ					1.00 ^b
20 - 24 ปี	5	31.25	5	31.25	
25 - 29 ปี	7	43.75	7	43.75	
30 - 34 ปี	4	25.00	4	25.00	
Range ($\bar{X}$, SD)	20-33 (26.5, 4.44)		20-33 (26.37, 3.87)		
ระดับการศึกษา					1.00 ^b
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	12.50	2	12.50	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	8	50.00	8	50.00	
ปริญญาตรี	6	37.50	6	37.50	
ประสบการณ์การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง					.626 ^b
ไม่มีประสบการณ์	14	87.50	13	81.30	
มีประสบการณ์	2	12.50	3	18.70	
การเตรียมความพร้อมในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่งไฟ					.669 ^a
ไม่เคยได้รับ	12	75.00	13	81.30	
เคยได้รับ	4	25.00	3	18.70	

^a = Chi-Square test for independent sample, ^b = Fisher's exact probability test

ข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง

ทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองกลุ่มควบคุม 16 คน มีอายุหลังเกิด 48-72 ชั่วโมงมากที่สุด ร้อยละ 56.25 อายุหลังเกิดเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม 56.31 ชั่วโมง มีอายุครรภ์แรกเกิด 37 สัปดาห์มากที่สุด ร้อยละ 37.50 น้ำหนักตัวแรกคลอด 2,500-3,000 กรัม มากที่สุด ร้อยละ 56.25 มีน้ำหนักตัวแรกคลอดเฉลี่ย 2,938 กรัม มีน้ำหนักตัวก่อนจำหน่าย 2,500-3,000 กรัม มากที่สุด ร้อยละ 68.75 มีน้ำหนักตัวก่อนจำหน่ายเฉลี่ย 2,790 กรัม มีร้อยละน้ำหนักตัวที่ลดลง $\geq$ ร้อยละ 7 ก่อนจำหน่ายมากที่สุด ร้อยละ 56.25 คลอดโดยวิธีคลอดธรรมชาติมากที่สุด ร้อยละ 56.25 มีระยะเวลาการส่งไฟ 12-24 ชั่วโมง มากที่สุด ร้อยละ 68.75 ระยะเวลาการส่งไฟเฉลี่ย 24.25 ชั่วโมง มีระดับบิลิรูบินก่อนจำหน่ายน้อยกว่า 12.5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร มากที่สุด ร้อยละ 81.25 ระดับบิลิรูบินก่อนจำหน่ายเฉลี่ย 9.89 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

ทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองกลุ่มทดลอง 16 คน มีอายุหลังเกิด 48-72 ชั่วโมงมากที่สุด ร้อยละ 75 อายุหลังเกิดเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 56.5 ชั่วโมง มีอายุครรภ์แรกเกิด 38 สัปดาห์มากที่สุด ร้อยละ 37.50 มีน้ำหนักตัวแรกคลอด 2,500-3,000 กรัม มากที่สุด ร้อยละ 50 มีน้ำหนักตัวแรกคลอดเฉลี่ย 3,083 กรัม มีน้ำหนักตัวก่อนจำหน่าย 2,500-3,000 กรัม มากที่สุด ร้อยละ 62.50 มีน้ำหนักตัวก่อนจำหน่ายเฉลี่ย 2,908 กรัม มีร้อยละน้ำหนักตัวที่ลดลง < ร้อยละ 7 ก่อนจำหน่ายมากที่สุด ร้อยละ 56.25 คลอดโดยวิธีคลอดธรรมชาติมากที่สุด ร้อยละ 62.50 มีระยะเวลาการส่องไฟ 12-24 ชั่วโมง มากที่สุด ร้อยละ 62.50 ระยะเวลาการส่องไฟเฉลี่ย 25.18 ชั่วโมง มีระดับบิลิรูบินก่อนจำหน่ายน้อยกว่า 12.5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร มากที่สุด ร้อยละ 87.50 ระดับบิลิรูบินก่อนจำหน่ายเฉลี่ย 9.79 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

การทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลส่วนบุคคลของทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=16)		กลุ่มทดลอง (n=16)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุหลังเกิด					.532 ^a
น้อยกว่า 48 ชั่วโมง	5	31.25	3	18.75	
48-72 ชั่วโมง	9	56.25	12	75.00	
มากกว่า 72 ชั่วโมง	2	12.50	1	6.25	
Range ($\bar{X}$, SD)	40-80 (56.31, 12.4)		43-74 (56.5, 9.6)		
อายุครรภ์					.849 ^a
37 สัปดาห์	6	37.50	4	25.00	
38 สัปดาห์	4	25.00	6	37.50	
39 สัปดาห์	4	25.00	4	25.00	
40 สัปดาห์	2	12.50	2	12.50	
น้ำหนักตัวแรกคลอด					.934 ^a
น้อยกว่า 2,500 กรัม	1	6.25	1	6.25	
2,500 – 3,000 กรัม	9	56.25	8	50.00	
มากกว่า 3,000 กรัม	6	37.50	7	43.75	

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=16)		กลุ่มทดลอง (n=16)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
Range ($\bar{X}$, SD)	2470-3590 (2938.43, 296.30)		2430-3600 (3083.75, 323.37)		
น้ำหนักตัวก่อนจำหน่าย					.711 ^a
น้อยกว่า 2,500 กรัม	1	6.25	1	6.25	
2,500 – 3,000 กรัม	12	68.75	10	62.50	
มากกว่า 3,000 กรัม	3	25.00	5	31.25	
Range ($\bar{X}$, SD)	2420-3480 (2790.62, 292.81)		2360-3400 (2908.75, 278.80)		
ร้อยละน้ำหนักตัวลดลงก่อนจำหน่าย					.48 ^b
< ร้อยละ 7 ก่อนจำหน่าย	7	43.75	9	56.25	
≥ ร้อยละ 7 ก่อนจำหน่าย	9	56.25	7	43.75	
วิธีการคลอด					.591 ^a
NL	9	56.25	10	62.50	
C/S	6	37.50	6	37.50	
V/E F/E	1	6.25	0	00.00	
ระยะเวลาการส่องไฟ					.924 ^a
น้อยกว่า 12 ชั่วโมง	1	6.25	1	6.25	
12 – 24 ชั่วโมง	11	68.75	10	62.50	
มากกว่า 24 ชั่วโมง	4	25.00	5	31.25	
Range ($\bar{X}$, SD)	10-44 (24.25, 9.41)		11-45 (25.18, 10.41)		
ระดับบิลิรูบินก่อนจำหน่าย					.626 ^b
< 12.5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร	13	81.25	14	87.50	
≥ 12.5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร	3	18.75	2	12.50	
Range ($\bar{X}$, SD)	6.30-12.80 (9.89, 1.82)		7.50-12.90 (9.79, 1.66)		

^a = Chi-Square test for independent sample, ^b = Fisher's exact probability test

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความพร้อมของมารดาในการจำหน่ายทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองของกลุ่มตัวอย่าง

ความพร้อมของมารดาในการจำหน่ายทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง ในกลุ่มควบคุมมีคะแนนอยู่ระหว่าง 5.97 – 6.76 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 6.26 คะแนน (SD =.27) ส่วนกลุ่มทดลองมีคะแนนอยู่ระหว่าง 7.38

– 8.66 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 8.10 คะแนน (SD = 0.35) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพร้อมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($Z = -4.831$, $p=.000$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมของมารดาในการจำหน่ายทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=32)

กลุ่มตัวอย่าง	Range	$\bar{x}$	S.D.	Z	p-value
กลุ่มควบคุม	5.97 - 6.76	6.26	0.27	-4.831	.000*
กลุ่มทดลอง	7.38 - 8.66	8.10	0.35		

*p-value <.001

หมายเหตุ: ข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติใช้ Mann-Whitney U test

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบการกลับเข้มารักษาซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 14 วันหลังจำหน่าย ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง

การกลับเข้าเข้ารับรักษาซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 14 วันหลังจำหน่าย ในทารกกลุ่มควบคุม จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.75 โดยค่าเฉลี่ย (mean) วันที่กลับเข้ารับรักษาซ้ำเท่ากับ 2.71 วัน และค่าฐานนิยม (mode) 3 วัน ทารกส่วนใหญ่ในกลุ่มควบคุมกลับเข้ารับรักษาซ้ำภายใน 3 วันหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และในทารกกลุ่มทดลอง จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.5 โดยกลับมารักษาซ้ำในวันที่ 2 หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยค่าเฉลี่ย (mean) และค่าฐานนิยม (mode) คือ 2 วันเช่นเดียวกัน วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง พบว่าการกลับเข้มารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะตัวเหลือง ระหว่างกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการกลับเข้มารักษาซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=32)

การกลับเข้มารักษาซ้ำ	กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง				p-value
	จำนวน	ร้อยละ	Mean	Mode	จำนวน	ร้อยละ	Mean	Mode	
กลับเข้มารักษาซ้ำ	7	43.75	2.71	3.00	2	12.50	2.00	2.00	.049*
ไม่ได้กลับเข้มารักษาซ้ำ	9	56.25	-	-	14	87.50	-	-	

*p < .05

หมายเหตุ: ทดสอบด้วยสถิติ Chi-square test

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่ามารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการจำหน่ายของมารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการกลับเข้ามารักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองภายใน 14 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของกลุ่มควบคุมมากกว่ากลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการกลับเข้ามารักษาซ้ำและความพร้อมของมารดาในการจำหน่ายทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1993) ที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง เป็นประเมินการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับภาวะตัวเหลืองของทารก ทำให้มารดาเกิดความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับทารกของตน โดยผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะ สาเหตุ การรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง ผ่านการบรรยายและคู่มือสำหรับมารดาในการดูแลทารกตัวเหลืองขณะส่งไปรักษา รวมถึงเปิดโอกาสให้มารดาของทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง ชักถามปัญหา ข้อสงสัย และระบายความรู้สึก เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์ของทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง โดยผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่ามารดาในกลุ่มทดลองมีความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน ทำให้เกิดความตระหนักถึงบทบาทของตนเองในการดูแลทารก เมื่อมารดาเข้าใจสถานการณ์ตามความเป็นจริงแล้ว จึงเกิดความพร้อมที่จะก้าวสู่ขั้นตอน ซึ่ง Gibson (1993) ได้กล่าวว่าการรับรู้และเข้าใจสภาพการณ์จริงเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อมารดาได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษา และการสังเกตอาการผิดปกติของภาวะตัวเหลือง ทำให้มารดาเข้าใจสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่และตระหนักถึงความสำคัญของบทบาทตนเองในการดูแลทารก ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้เกิดความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Querido, Lourenço, Charepe, Cabieira & Nunes (2022) ได้ชี้ให้เห็นว่าความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจนของบิดามารดาเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์โดยตรงกับความสามารถในการดูแลทารกและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นขั้นตอนต่อไปของการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยผู้วิจัยได้ให้กลุ่มทดลองแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก ความกังวลเกี่ยวกับการดูแลทารก และทบทวนประสบการณ์เดิมในการดูแลทารก รวมทั้งให้มารดาทารกแรกเกิดสรุปประเด็นปัญหาและวางแผนแก้ไขโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้แนะนำ รวมไปถึงการให้รู้และสาธิต ส่งผลให้มารดาเกิดความรู้ ความมั่นใจในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง ซึ่งการสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณทำให้กลุ่มทดลองรับรู้และเข้าใจปัญหาในการปฏิบัติของตนเองมากขึ้น ตระหนักถึงความสามารถของตนเอง ส่งผลให้กลุ่มทดลองสามารถระบุสิ่งที่ปัญหาของ

ตนเองได้และตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม (Gibson, 1993) เมื่อมารดาสามารถระบุปัญหาและแนวทางแก้ไขที่เป็นไปได้แล้ว โปรแกรมได้นำเข้าสู่ขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ เป็นขั้นตอนต่อจากการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยการให้มารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองกลุ่มทดลองเลือกวิธีการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา เพื่อสร้างความรู้สึกร่วมกัน ร่วมกันกำหนดเป้าหมายและกิจกรรมในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง โดยมีผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษาและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้วิจัย เปิดโอกาสให้มารดาทารกแรกเกิดซักถามเพื่อช่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและดีที่สุด โดยใช้เหตุผลของตนเอง ทำให้เกิดแรงจูงใจและความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sajadi, Akhoundzadeh & Hojjati (2020) ที่พบว่าโปรแกรมที่เน้นการมีส่วนร่วมและการปฏิบัติจริงช่วยเพิ่มความมั่นใจและทักษะการดูแลของมารดาได้อย่างมีนัยสำคัญ

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยฝึกทักษะการประเมินตนเองแก่กลุ่มทดลองโดยให้มารดาทารกแรกเกิดเล่าถึงความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ ตลอดจนวิธีการจัดการกับปัญหาอุปสรรคของตนเอง เมื่อพบปัญหาเกิดขึ้นหลังจากได้ปฏิบัติตามทางเลือกแล้ว มารดาทารกแรกเกิดและผู้วิจัยได้ร่วมมือในการแก้ไขปัญหา อีกทั้งเมื่อกลุ่มทดลองนำวิธีแก้ไขปัญหามาปฏิบัติแล้วพบว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้กลุ่มทดลองรับรู้ถึงความสามารถและพลังอำนาจของตนเอง จึงเกิดความมุ่งมั่นและแรงจูงใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งขั้นตอนของการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพผู้วิจัยได้ชื่นชมผู้ที่สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง การชื่นชมเหล่านี้ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความภาคภูมิใจในตนเอง และมีกำลังใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก มารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลบุตรได้แสดงบทบาทและความมั่นใจในการดูแลบุตรมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ นาฏยา ศรีสวัสดิ์ และนิลวรรณ ฉันทะปรีดา (Srisawat & Chanthapreeda, 2020) พบว่าการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้มารดามีความรู้ ทักษะที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มารดามีความพร้อมในการจำหน่ายทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง ช่วยในการป้องกันภาวะตัวเหลือง และลดจำนวนทารกที่มีภาวะตัวเหลืองได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของสิริลักษณ์ คุณกมลกาญจน์ และคณะ (Khunkamolarn et al., 2023) พบว่าการเตรียมความพร้อมมารดาหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลทารกขณะอยู่โรงพยาบาลและที่บ้านก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ช่วยลดปัญหาที่ตามมา เช่น การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

เมื่อเสร็จสิ้นการสร้างเสริมพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ส่งผลให้มารดาทารกแรกเกิดสามารถรับรู้และตระหนักถึงสถานการณ์ของตนเองในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง มีความรู้และมั่นใจในการดูแลทารกแรกเกิด รับรู้ถึงปัญหา และวิธีการแก้ไขปัญหา ส่งผลให้มารดามีความมุ่งมั่น ตั้งใจในการดูแลทารกแรกเกิด

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความพร้อมของมารดาในการจำหน่ายทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง ซึ่งพยาบาลที่ให้การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่มารดาทารกแรกเกิดต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1993) ช่วยให้ผู้มารดามีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ของตนเอง ทั้งด้านข้อมูล การมีส่วนร่วม และการตัดสินใจ ซึ่งเมื่อมารดาได้รับความรู้ เกิดทักษะ เกิดความมั่นใจ และมีกำลังใจ สามารถรับมือกับการดูแลทารกหลังกลับบ้านได้ดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อีกทั้งการเตรียมความพร้อมที่ดีให้แก่มารดาทารกแรกเกิดก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิดที่ต้องกลับมารักษาค้ำในโรงพยาบาล

ประสิทธิผลของโปรแกรมนี้นสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์สองประการคือ คะแนนความพร้อมในการจำหน่ายที่สูงขึ้นและการลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ คะแนนความพร้อมที่สูงขึ้นเป็นผลจากความรู้ที่เพิ่มขึ้น ทักษะที่ได้ฝึกฝน และความมั่นใจที่ถูกสร้างขึ้นตลอดกระบวนการ สำหรับอัตราการกลับมารักษาซ้ำที่ลดลงนั้น เป็นข้อพิสูจน์เชิงประจักษ์ว่ามารดาสามารถนำความพร้อมนั้นไปใช้ปฏิบัติจริงที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมของมารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความเชื่อมั่น และความสามารถในการดูแลทารกเมื่อกลับไปที่บ้าน ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะตัวเหลืองซ้ำและการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

2. ด้านการศึกษา สามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้เป็นกรณีศึกษาในการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล เพื่อส่งเสริมทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์และการพัฒนาศักยภาพของนักศึกษา โดยเฉพาะในบริบทของการดูแลทารกแรกเกิดที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรเพิ่มระยะเวลาในการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่มารดาในแต่ละขั้นตอนเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้มารดาเกิดทักษะ ความมั่นใจ และมีเวลาในการลงมือปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น

References

- Al-Hadeethi, E. M. T., Noaman, A. M., Rajab, A. S. & Younis, M. A. (2025). Knowledge of mothers regarding traditional methods of neonatal jaundice treatment. *Gomal Journal of Medical Sciences*, 23(1), 28–33.
- Ansong-Assoku, B., Adnan, M., Daley, S. F. & Ankola, P. A. (2024). Neonatal jaundice. in statpearls. statpearls publishing.
- Ayalew, T., Molla, A., Kefale, B., Alene, T. D., Abebe, G. K., Ngusie, H. S. & Zemariam, A. B. (2024). Factors associated with neonatal jaundice among neonates admitted at referral hospitals in northeast Ethiopia: a facility-based unmatched case-control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 150.
- Boskabadi, H., Sezavar, M. & Zakerihamidi, M. (2020). Evaluation of neonatal jaundice based on the severity of hyperbilirubinemia. *Journal of Clinical Neonatology*, 9(1), 46-51
- Canadian Paediatric Society. (2025). Guidelines for detection, management and prevention of hyperbilirubinemia in term and late preterm newborn infants (35 or more weeks' gestational age. Retrieved (2024, September 15) from <https://cps.ca/en/documents/position/hyperbilirubinemia-newborns>
- Diala, U. M., Usman, F., Appiah, D., Hassan, L., Ogundele, T., Abdullahi, F., Satrom, K. M., Bakker, C. J., Lee, B. W. & Slusher, T. M. (2023). Global prevalence of severe neonatal jaundice among hospital admissions: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 12(11), 3738.
- Eksamut, W., Rungamornrat, S. & Payakkaraung, S. (2025). Predictors of neonatal jaundice admissions: a comparative study between Thai and Myanmar mothers residing in Thailand. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 18, 41-50. (in Thai).
- Gibson, C. H. (1993). A study of empowerment in mothers of chronically ill children. Boston College.
- Huang, Y., Chen, L., Wang, X., Zhao, C., Guo, Z., Li, J., Yang, F. & Cai, W. (2022). Maternal knowledge, attitudes and practices related to neonatal jaundice and associated factors in Shenzhen, China: a facility-based cross-sectional study. *BMJ open*, 12(8), e057981.

- Kamphaeng Phet hospital information center. (2025). The Incidence of Neonatal Jaundice Treated with Phototherapy in Pediatric Ward 2 between 2022 and 2024. (in Thai).
- Khunkamolkarn, S., Pemuenwai, K., Kalasin, J., Peasakul, C. & Khumpho, P. (2023). The effects of a discharge planning program applying Orem's theory on mothers' ability to care for preterm infants. *Journal of Health and Nursing Education*, 29(1), e260594. (in Thai).
- Laobutsa, K. (2016). Effects of an empowerment promotion program on mothers' perceptions of their empowerment, self-efficacy, behavior, and the health status of their very low birth weight newborns. (master's thesis). Ubon Ratchathani University. (in Thai).
- Niyomkar, S. & Mesukko, J. (2016). Factors predicting readiness for hospital discharge among caregivers of hospitalized children in tertiary hospitals. *Nursing Journal CMU*, 43(1), 1–11. (in Thai).
- Ochigbo, S., Ekpebe, P., Nyong, E. E., Ikechukwu, O., Ibeawuchi, A., Eigbedion, A., Adeyemi, O. O., Abasiattai, A., Orazulike, N., Ekott, M., Omo-Aghoja, L., Ande, B., Uwagboe, C., Igbarumah, S., Idemudia, E., Okagua, J., Lavin, T., Gibbons, L., Settecasse, E., Njoku, A., Ibrahim, I, A. & Etuk, S. (2024). Neonatal jaundice incidence, risk factors and outcomes in referral-level facilities in Nigeria. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 131(7), 952-963.
- Pettersson, M., Eriksson, M. & Blomberg, K. (2022). Parental experiences of home phototherapy for neonatal hyperbilirubinemia. *Journal of Child Health Care*, 27(4), 562–573.
- Prachukthum, S., Tanprasertkul, C. & Intarakhao, S. (2021). Predictive factors for term infants with neonatal hyperbilirubinemia requiring readmission for phototherapy. *Asian Medical Journal and Alternative Medicine*, 21(1), 14-20. (in Thai).
- Querido, D., Lourenço, M., Charepe, Z., Cabieira, S. & Nunes, E. (2022). Nursing interventions concerning the bonding of hospitalized newborns - scoping review. *Enfermería Global*, 21(1), 625-637.
- Sajadi, H., Akhoundzadeh, G. & Hojjati, H. (2020). The Effect of empowerment program on participation of mothers with premature infants hospitalized in neonatal intensive care

- unit of Sayyed Shirazi Hospital in Gorgan, in 2018. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, 14(2), 1269-1276.
- Salia, S. M., Afaya, A., Wuni, A., Ayanore, M. A., Salia, E., Kporvi, D. D., Adatara, P., Yakong, V. N., Eduah-Quaansah, S. A., Quarshie, S. S., Dey, E. K., Akolga, D. A. & Alhassan, R. K. (2021). Knowledge, attitudes and practices regarding neonatal jaundice among caregivers in a tertiary health facility in Ghana. *PloS one*, 16(6), e0251846.
- Sangjan, W., Teerarungsikul, N. & Sarapa, P. (2024). Effects of maternal coaching program on maternal behavior regarding breastfeeding jaundice prevention and late preterm newborns' blood bilirubin levels. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 2024, 19(1), 28-37. (in Thai).
- Srisawat, N. & Chanthapreeda, N., (2020). The effects of empowerment programs on breastfeeding behaviors among mothers and neonatal jaundice. *Journal of Nursing Science & Health*, 43(3), 34-44. (in Thai).
- Tessema, M., Mekonnen, H., Alemu, T., Godie, Y., Teklehaimanot, W. Z. & Mengstie, L. A. (2024). Magnitude and its associated factors of neonatal jaundice among neonates admitted to the neonatal intensive care unit of Dessie Town public hospitals, Amhara region, Ethiopia, 2020: a multicenter cross-sectional study. *Frontiers in Pediatrics*, 12, 1288604.
- Tampubolon, C. H., Wija, I. B. E. U. & Pasaribu, T. R. (2024). Description of risk factors affecting neonatal jaundice. *International Journal of Science and Healthcare Research*, 9(4), 175-184.
- Thammawasi, T., & Jardngoen, G. (2021). Risk factors related to readmission due to jaundice in newborns, Bangpakong hospital. *Journal of Health and Environmental Education*, 6(4), 134-142. (in Thai).
- Weiss, M., Johnson, N. L., Malin, S., Jerofke, T., Lang, C. & Sherburne, E. (2008). Readiness for discharge in parents of hospitalized children. *Journal of pediatric nursing*, 23(4), 282- 295.
- Weiss, M. E., Sawin, K. J., Gralton, K., Johnson, N., Klingbeil, C., Lerret, S. & Schiffman, R. (2017). Discharge teaching, readiness for discharge, and post-discharge outcomes in parents of hospitalized children. *Journal of pediatric nursing*, 34, 58-64