ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

นารีนุช นาคกรี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

นารีนุช นาคกรี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2568
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS INFLUENCING MATERNAL-INFANT ATTACHMENT AMONG MOTHERS WITH EMERGENCY CESAREAN SECTION

NAREENUT NAKGREE

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE
IN MIDWIFERY
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY
2025

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของ นารีนุช นาคกรี ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิธารา น่วมภา)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์พิริยา ศุภศรี)

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จูลเมตต์)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทวัส แจ้งเอี่ยม)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

65910001: สาขาวิชา: การผดุงครรภ์; พย.ม. (การผดุงครรภ์)
คำสำคัญ: ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก, การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน, การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร, ความเหนื่อยล้า, การสนับสนุนทางการพยาบาล

นารีนุช นาคกรี : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน. (FACTORS INFLUENCING MATERNAL-INFANT ATTACHMENTAMONG MOTHERS WITH EMERGENCY CESAREAN SECTION) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, ส.ด., ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, ส.ด. ปี พ.ศ. 2568.

การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินที่พักฟื้นในหอผู้ป่วยสูติกรรมของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดชลบุรี 2 แห่ง จำนวน 142 ราย ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2568 เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามประสบการณ์การคลอด แบบสอบถามความเหนื่อยล้า แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร แบบสอบถามความเครียด แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว แบบสอบถามการสนับสนุนทางการพยาบาล แบบสอบถามความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และแบบบันทึกระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกเฉลี่ยเท่ากับ 78.44 (SD = 5.71) โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร (β = .35, $p < .001$) ความเหนื่อยล้า (β = -.23, $p = .003$) และการสนับสนุนทางการพยาบาล (β = .15, $p = .04$) สามารถร่วมกันทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้ร้อยละ 23.9 (Adjusted $R^2 = .239$, $F_{(3,138)} = 15.80$, $p < .001$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ ควรส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดา ลดความเหนื่อยล้า และจัดการสนับสนุนทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบ เพื่อเพิ่มความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกหลังคลอด

65910001: MAJOR: MIDWIFERY; M.N.S. (MIDWIFERY)

KEYWORDS: MATERNAL-INFANT ATTACHMENT, EMERGENCY CESAREAN SECTION, MATERNAL SELF-EFFICACY IN INFANT CARE, FATIGUE, NURSING SUPPORT

NAREENUT NAKGREE : FACTORS INFLUENCING MATERNAL-INFANT ATTACHMENTAMONG MOTHERS WITH EMERGENCY CESAREAN SECTION. ADVISORY COMMITTEE: SUPIT SIRIARUNRAT, Dr.P.H. TATIRAT TACHASUKSRI, Dr.P.H. 2025.

This predictive study aimed to examine the factors predicting maternal-infant attachment among mothers who underwent an emergency cesarean section. The participants were 142 postpartum mothers recovering in the obstetric wards of two tertiary care hospitals in Chonburi Province. Data were collected from February to August 2025 using a set of structured questionnaires, including personal information, childbirth experience, fatigue, maternal self-efficacy in infant care, stress, family support, nursing support, maternal-infant attachment, and a maternal first caregiving time record form. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The results showed that the mean score of maternal-infant attachment was 78.44 (SD = 5.71). Maternal self-efficacy in infant care (β = .35, $p < .001$), fatigue (β = -.23, $p = .003$), and nursing support (β = .15, $p = .04$) collectively predicted 23.9% of the variance in maternal-infant attachment (Adjusted $R^2 = .239$, $F_{(3,138)} = 15.80$, $p < .001$).

It is recommended to enhance maternal self-efficacy, reduce fatigue, and provide systematic nursing support to strengthen maternal-infant attachment during the postpartum period following an emergency cesarean section.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและเมตตาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ได้เมตตาให้ความรู้ คำปรึกษา และแนวทางในการดำเนินงานวิจัยอย่างใกล้ชิด ตลอดจนกรุณาช่วยตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยซาบซึ้งในพระคุณเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยและให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ตลอดจนผู้อำนวยการและบุคลากรของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลชลบุรี ที่ได้เอื้อเฟื้ออำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่กรุณามอบทุนการศึกษา “โครงการพัฒนาผู้มีความรู้ความสามารถพิเศษเป็นอาจารย์ในคณะพยาบาลศาสตร์ (โครงการต้นกล้าอาจารย์)” ให้ผู้วิจัยมีโอกาสศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบุคคลในครอบครัวและเพื่อนร่วมรุ่นที่คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจตลอดระยะเวลาการทำวิทยานิพนธ์นี้ จนงานสำเร็จลุล่วงด้วยดี คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทีแด่บุพการี คณาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

นารีนุช นาคกรี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ
กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ
สารบัญ ..... ช
สารบัญตาราง ..... ฌ
สารบัญภาพ ..... ญ
บทที่ 1 บทนำ 1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1
วัตถุประสงค์การวิจัย 7
สมมติฐานการวิจัย 7
กรอบแนวคิดการวิจัย 7
ขอบเขตการวิจัย 8
นิยามศัพท์เฉพาะ 9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 11
การผ่าตัดคลอด 12
ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก 17
ปัจจัยที่มีผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก 31
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย 40
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 40
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 43
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย 48
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 49
การเก็บรวบรวมข้อมูล 49

การวิเคราะห์ข้อมูล....51
บทที่ 4 ผลการวิจัย....53
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล....53
ส่วนที่ 2 ข้อมูลการคลอด และภาวะสุขภาพของมารดาและทารก....56
ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และปัจจัยที่คาดว่ามีผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก....60
ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน....61
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล....64
สรุปผลการวิจัย....64
อภิปรายผลการวิจัย....66
ข้อเสนอแนะ....76
บรรณานุกรม....77
ภาคผนวก....94
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ....95
ภาคผนวก ข หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือ....97
ภาคผนวก ค ผลการพิจารณาจริยกรรมการวิจัย....104
ภาคผนวก ง หนังสือขอเก็บรวบรวมข้อมูล....108
ภาคผนวก จ เอกสารชี้แจงและเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย....112
ภาคผนวก ฉ ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น....116
ภาคผนวก ช เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล....120
ประวัติย่อของผู้วิจัย....132

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยข้อมูลส่วนบุคคล (n = 142) 54

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยข้อมูลการคลอดและภาวะสุขภาพของมารดา (n = 142) 56

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยข้อมูลการคลอด และภาวะสุขภาพของทารก (n = 142) 58

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (n = 142) 60

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานตัวแปรต้น (n = 142) 61

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (n = 142) 62

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (n = 142) 63

ตารางที่ 8 ผลการตรวจสอบค่าผิดปกติ (Outliers) 117

ตารางที่ 9 ผลการตรวจสอบความสัมพันธ์กันของความคลาดเคลื่อน (Durbin-Watson) 118

ตารางที่ 10 ผลการตรวจสอบความสัมพันธ์กันเองของตัวแปร (Pearson's correlation coefficient) 118

ตารางที่ 11 ผลการตรวจสอบความสัมพันธ์กันเองของตัวแปร (Tolerance and VIF) 119

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....8

ภาพที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และผลลัพธ์ที่ตามมา.....22

ภาพที่ 3 ผลการตรวจสอบการแจกแจงแบบปกติ (Normality of residual) 117

ภาพที่ 4 ผลการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงและความแปรปรวนคงที่ของความคลาดเคลื่อน (Linearity and Homoscedasticity).....119

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดคลอดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก โดยในปี ค.ศ. 2023 พบอัตราการผ่าตัดคลอดเฉลี่ยทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 21 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 29 ภายในปี ค.ศ. 2030 (Angolile et al., 2023) เช่นเดียวกับในทวีปเอเชีย อาทิ ประเทศจีนซึ่งมีอัตราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.90 ในปี ค.ศ. 2008 เป็นร้อยละ 45.20 ในปี ค.ศ. 2018 (Long et al., 2022) สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 36.00 ในปี พ.ศ. 2561 เป็นร้อยละ 38.15 ในปี พ.ศ. 2566 (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำไว้ไม่เกินร้อยละ 10-15 ของการคลอดทั้งหมด (World Health Organization [WHO], 2015) สำหรับจังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2564-2566 พบอัตราการผ่าตัดคลอดร้อยละ 42.17, 42.44 และ 48.23 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) อย่างไรก็ตาม อัตราที่กล่าวมาข้างต้นเป็นภาพรวมที่ยังไม่ได้จำแนกประเภทของการผ่าตัดคลอด เมื่อจำแนกเฉพาะการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน ดังข้อมูลจากโรงพยาบาลตติยภูมิในประเทศมองโกเลีย ช่วงปี ค.ศ. 2013-2022 ที่พบสัดส่วนการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินสูงถึงร้อยละ 42.60 ของการผ่าตัดคลอดทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 59.50 ภายในปี ค.ศ. 2030 (Enkhmaa et al., 2025) ในส่วนของจังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2566 พบว่าโรงพยาบาลตติยภูมิมีสัดส่วนการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินในระดับสูง ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ร้อยละ 71.20 ของการผ่าตัดคลอดทั้งหมด และโรงพยาบาลชลบุรี ร้อยละ 61.89 ของการผ่าตัดคลอดทั้งหมด (โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา, 2567; โรงพยาบาลชลบุรี, 2567) ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า อัตราการผ่าตัดคลอด โดยเฉพาะการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิยังคงอยู่ในระดับสูงและมีทิศทางเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินเป็นหัตถการทางสูติกรรมที่จำเป็นเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้การคลอดทางช่องคลอดไม่ปลอดภัย โดยมักเกิดขึ้นภายใต้สถานการณ์เร่งด่วนที่มารดาไม่ได้เตรียมตัวล่วงหน้า (Cunningham et al., 2022) ข้อบ่งชี้ที่พบบ่อย ได้แก่ ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน กระบวนการคลอดไม่ก้าวหน้า และการชักนำการคลอดล้มเหลว (Pandey et al., 2025) ภาวะดังกล่าวส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สำหรับมารดา การที่ร่างกายต้องเผชิญภาวะเจ็บครรภ์คลอดเป็นเวลานานก่อนผ่าตัด เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดจากมดลูกล้า

หรือการติดเชื้อในกรณีที่มีภาวะน้ำคร่ำรั่วเป็นเวลานาน (Gomaa et al., 2021; Neelofer et al., 2023) ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้การฟื้นตัวของร่างกายล่าช้า อีกทั้งอาการปวดแผลหลังผ่าตัดยังเป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวและการดูแลทารก (Bhiladvala et al., 2022; Makeen et al., 2022) ขณะเดียวกันมารดายังต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ทั้งความกลัวและความวิตกกังวลต่อความปลอดภัยของตนเองและทารก ตลอดจนความรู้สึกเชิงลบหรือความผิดหวังที่ไม่สามารถคลอดได้เองทางช่องคลอด (Orovou & Antoniou, 2024; Saansong et al., 2024) ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (กุสุมล แสนบุญมา และคณะ, 2562) ในส่วนของทารก มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก (Obut et al., 2023) ภาวะขาดออกซิเจน (Farag et al., 2023) และการสูดสำลักขี้เทา (Darnal & Dangal, 2020) นำไปสู่การแยกทารกเพื่อเข้ารับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิด (Mankani & Ankalagi, 2024) ดังนั้น ความไม่พร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจของมารดาประกอบกับการที่ทารกต้องถูกแยกไปดูแล ส่งผลให้การสัมผัสและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกเกิดขึ้นล่าช้า (Long et al., 2022; Poojari et al., 2019; Zanardo et al., 2016) ภาวะเหล่านี้จึงเป็นอุปสรรคสำคัญต่อกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกหลังคลอด

ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกเป็นรากฐานสำคัญของคุณภาพชีวิตทั้งมารดาและทารก มารดาที่มีความรักใคร่ผูกพันที่ดีกับทารกจะสามารถปรับตัวสู่บทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม (Pudasainee-Kapri et al., 2024) มีระยะเวลาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยาวนานยิ่งขึ้น (Linde et al., 2020) เกิดรูปแบบการเลี้ยงดูและความรักใคร่ผูกพันที่มีประสิทธิภาพ (Klaus & Kennell, 1982) ส่งผลให้ทารกมีการเจริญเติบโตแข็งแรง และมีพัฒนาการสมวัย (Karakas & Dagli, 2019; Rubin et al., 2022) อีกทั้งปรับตัวเข้าสู่สังคมได้ดีในระยะต่อมา (Joas & Mohler, 2021) ส่วนมารดาที่มีความรักใคร่ผูกพันกับทารกไม่ดีมักปรับตัวสู่บทบาทการเป็นมารดาไม่เหมาะสม (Laifer et al., 2023) นำไปสู่การเลี้ยงดูทารกที่ผิดปกติ ได้แก่ การปฏิเสธทารก การทอดทิ้งหรือทารุณกรรมทารก ซึ่งส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของทารกและเสี่ยงต่อปัญหาจิตสังคมในอนาคต (Klaus & Kennell, 1982) ดังนั้น การส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกนั้นเป็นสิ่งสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่ง จึงต้องเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

จากทฤษฎีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกของ Klaus and Kennell (1982) กล่าวว่า ความรักใคร่ผูกพันเป็นความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์หรือพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรักระหว่างมารดาและทารก กระบวนการนี้เริ่มก่อตัวตั้งแต่ช่วงวางแผนตั้งครรภ์ พัฒนาอย่างต่อเนื่องระหว่างตั้งครรภ์ และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเมื่อมารดาได้พบและมีปฏิสัมพันธ์กับทารกในระยะ

หลังคลอด โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกมีสองด้านดังนี้ ปัจจัยด้านภูมิหลังบิดามารดา (parental background) ได้แก่ การดูแลที่บิดามารดาได้รับจากมารดาของตน บุคลิกภาพส่วนตัวและลักษณะทางพันธุกรรม การปฏิบัติตามวัฒนธรรม สัมพันธภาพในครอบครัว ประสบการณ์จากการตั้งครรภ์ครั้งก่อน การวางแผนการตั้งครรภ์ และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ และปัจจัยด้านปฏิบัติการดูแล (care practices) ได้แก่ พฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์ การดูแลและการสนับสนุนในระยะคลอด การแยกจากระหว่างมารดาและทารกใน วันแรกหลังคลอด และกฎระเบียบของโรงพยาบาล (Klaus & Kennell, 1982) จะเห็นได้ว่า ทฤษฎีนี้ครอบคลุมทั้งด้านมารดา และด้านการดูแล อีกทั้งให้ความสำคัญเกี่ยวกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกที่เกิดขึ้นในระยะหลังคลอด จึงนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยในครั้งนี้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ดังนี้ ประสบการณ์การคลอด เป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นของมารดาต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะคลอด โดยมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมักมีประสบการณ์การคลอดทางลบ เนื่องจากได้รับการดูแลเร่งด่วนเพื่อเข้าผ่าตัดโดยเร็ว มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของตนเองและทารก และมักไม่ได้สัมผัสโอบกอดทารกในระยะแรกหลังคลอด (มาณี น้าคณาคุปต์ และคณะ, 2563) มารดาที่มีประสบการณ์การคลอดทางบวกมีแนวโน้มเกิดความรักใคร่ผูกพันกับทารกสูงขึ้น เนื่องจากความวิตกกังวลที่ลดลง การปรับตัวของฮอร์โมนที่เหมาะสม และการเพิ่มปฏิสัมพันธ์หลังคลอด (Klaus & Kennell, 1982) ดังการศึกษาที่พบว่า ประสบการณ์การคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ($r = .34$, $p < .001$) (Akhtarkia et al., 2023) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าประสบการณ์การคลอดมีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผน ($r = .36$, $p < .001$) (นริสา จันทบุรี และคณะ, 2562) และสามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้ ($\beta = .312$, $p < .001$) (Seefeld et al., 2022) ดังนั้น มารดาที่มีประสบการณ์การคลอดทางบวกส่งเสริมให้เกิดความรักใคร่ผูกพันกับทารก

ความเหนื่อยล้า เป็นการรับรู้ของมารดาต่อความรู้สึกอ่อนล้า หมดแรงหรือท้อแท้หลังคลอด โดยมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีโอกาสเกิดความเหนื่อยล้าสูง เนื่องจากการใช้พลังงานอย่างต่อเนื่องในระยะเจ็บครรภ์คลอด ร่วมกับการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด และความไม่สุขสบายจากอาการปวดแผลผ่าตัด (Phillips et al., 2020) ซึ่งความเหนื่อยล้าที่เพิ่มสูงขึ้นนี้เป็นอุปสรรคต่อการดูแลทารกเนื่องจากมารดามีความไม่พร้อมทางกาย ส่งผลให้การสร้างความรัก

ใคร่ผูกพันกับทารกลดลงในระยะ 2-3 วันหลังคลอด (Lai et al., 2015) ดังการศึกษาที่พบว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกหลังคลอด (r = - .159, p = .033) (Yesilcinar, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ (r = - .184, p = .007) (Cinar et al., 2017) ดังนั้น มารดาที่มีความเหนื่อยล้าสูงส่งผลขัดขวางการสร้างความรักใคร่ผูกพันกับทารก

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร เป็นความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะให้การดูแลบุตรในระยะหลังคลอด โดยมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมักมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรต่ำ เนื่องจากไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้อย่างที่ตั้งใจไว้ ทำให้ความภาคภูมิใจและความเชื่อมั่นในตนเองลดลง ส่งผลให้ขาดความรู้สึกเชื่อมั่นในการดูแลบุตรตามมา และนำไปสู่การมีพฤติกรรมความรักใคร่ผูกพันกับทารกไม่เหมาะสม (DiTosto et al., 2024) มารดาที่รับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรสูง จะมีปฏิสัมพันธ์กับทารกสูง สามารถรับรู้และตอบสนองต่อสื่อสัญญาณทารกได้ดี เกิดความรักใคร่ผูกพันที่ดีกับทารก ดังการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาคลอดทารกก่อนกำหนด (r = .33, p = .01) (Kadiroglu & Tufekci, 2022) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรมีอิทธิพลทางบวกต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดา 4 สัปดาห์หลังคลอด (β = .577, p < .001) (Qi et al., 2025) และมีอิทธิพลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดา 6 เดือนหลังคลอด (β = .48, p < .001) (Liu et al., 2022) ดังนั้น มารดาที่รับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรสูงส่งเสริมให้เกิดการสร้างความรักใคร่ผูกพันกับทารก

ความเครียด เป็นความรู้สึกไม่สบายใจต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่มารดาประสบ และการรับรู้ความสามารถในการจัดการหรือควบคุมสถานการณ์นั้น โดยมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมักเผชิญความเครียดสูง เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาพักฟื้นยาวนาน ร่วมกับอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัด และความยากลำบากในการดูแลทารก (Huner et al., 2023) ทำให้ความพร้อมทางอารมณ์และการมีส่วนร่วมของมารดาในการปฏิสัมพันธ์กับทารกลดลง ส่งผลขัดขวางความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ดังการศึกษาที่พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกหลังคลอด (r = - .33, p = .01) (Li, 2023) และมีอิทธิพลทางลบต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาหลังคลอดที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ (OR = 3.81; 95% [CI = 1.67 - 8.67], p < .01) (เสาวรส แพงทรัพย์ และคณะ, 2561) สอดคล้องกับ

การศึกษาที่พบว่า ความเครียดมีอิทธิพลทางลบต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกหลังคลอด (β = - .042, p < .001) (Wang et al., 2023) ดังนั้น มารดาที่มีความเครียดส่งผลขัดขวางการสร้างความรักใคร่ผูกพันกับทารก

การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นการรับรู้ของมารดาต่อการได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว โดยการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวที่ดีจะช่วยให้มารดาเกิดกำลังใจ มีข้อมูลและเกิดความสะดวกในการสร้างความรักใคร่ผูกพันกับทารก อีกทั้งช่วยให้สามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้ดี นำไปสู่การสร้างความรักใคร่ผูกพันที่ดีกับทารก (Machado et al., 2020) ดังการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (r = .26, p < .01) (Varisoglu & Vural, 2024) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนจากสามี มีอิทธิพลทางบวกต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกหลังคลอด (β = .16, p = .048) (de Waal et al., 2023) ดังนั้น การสนับสนุนจากครอบครัวที่ดีส่งเสริมให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

ระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรก เป็นระยะเวลาตั้งแต่ทารกคลอดจนถึงมารดาได้รับทารกกลับมาดูแลที่หอผู้ป่วยสูติกรรม โดยมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมักได้ดูแลทารกครั้งแรกล่าช้า และต้องแยกจากทารกเป็นเวลานาน (Deys et al., 2024; Orovou & Antoniou, 2024) เนื่องจากทารกกลุ่มนี้มักต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษเพื่อเฝ้าระวังอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิดหรือมีปัญหาสุขภาพจนต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด (Mankani & Ankalagi, 2024) การแยกจากกันนี้ส่งผลให้มารดาและทารกไม่สามารถสร้างความรักใคร่ผูกพันกันได้ เนื่องจากมารดาไม่ได้สัมผัสหรือโอบกอดทารก และอาจเกิดความกลัวการสูญเสียทารก (Manzo et al., 2018) ดังการศึกษาที่พบว่า ระยะเวลาแยกจากระหว่างมารดาและทารกมีอิทธิพลทางลบต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกหลังคลอด (β = - .354, p = .001) (Monaco, 2011) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า มารดาที่แยกจากทารกมีความรักใคร่ผูกพันกับทารกน้อยกว่ามารดาที่อยู่กับทารกในระยะหลังคลอด (t = - 1.99, p = .048) (Keskin & Yagmur, 2020) ดังนั้น ระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรกล่าช้าส่งผลขัดขวางความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

การสนับสนุนทางการพยาบาล เป็นความช่วยเหลือหรือการดูแลที่ได้รับจากพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมให้มารดามีพฤติกรรมความรักใคร่ผูกพันกับทารก โดยมารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลสูง จะมีพฤติกรรมความรักใคร่ผูกพันที่ดีกับทารก (Bostanabad et al., 2017) ในการส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก บทบาทของพยาบาลสะท้อนผ่านกิจกรรม

การพยาบาลหลายรูปแบบ เช่น การให้มารดาสัมผัสทารกแบบเนื้อแนบเนื้อ (รัตนา งามบุณยรักษ์, 2553) การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Ozturk & Demir, 2023) การให้มารดานวดสัมผัสทารก (อำนาจ พิมพาต, 2552) การให้ความรู้เกี่ยวกับสื่อสัญญาณทารก (สุดหทัย ประสงค์ และคณะ, 2563) และการให้มารดาดูแลทารกและพักอยู่ในห้องเดียวกันหลังคลอด (ชญาพัฒน์ ธรรมภาสุวรรณ์, 2555) ดังการศึกษาที่พบว่า แรงสนับสนุนทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผน ($r = .21$, $p = .034$) (นริสา จันทบุรี และคณะ, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนจากพยาบาลสามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดได้ ($\beta = .36$, $p < .01$) (เพียงขวัญ ภูทอง และคณะ, 2561) ดังนั้น การสนับสนุนทางการพยาบาลที่ดีส่งเสริมให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินส่งผลกระทบต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และปัจจัยดังกล่าวข้างต้นเป็นองค์ประกอบสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกที่ผ่านมา มีการศึกษาในกลุ่มมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินยังมีจำนวนจำกัด และงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งมีระบบการดูแลมารดาหลังการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินและบริบททางสังคมที่แตกต่างจากประเทศไทย สำหรับในประเทศไทยพบการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรกับความรักใคร่ผูกพันในมารดาที่ได้รับผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผน (นริสา จันทบุรี และคณะ, 2562) หรือในมารดาหลังคลอดกลุ่มอื่น ๆ (เพียงขวัญ ภูทอง และคณะ, 2561; เสาวรส แพงทรัพย์ และคณะ, 2561) จึงยังขาดการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายในกลุ่มมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินโดยตรง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน โดยดำเนินการในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และโรงพยาบาลชลบุรี ซึ่งเป็นหน่วยบริการระดับตติยภูมิที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินสูงสุดในจังหวัดชลบุรี ผลจากการศึกษาคาดว่าจะได้องค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการดูแลทางการพยาบาลหรือพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ได้แก่ ประสบการณ์การคลอด ความเหนื่อยล้า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร ความเครียด การสนับสนุนจากครอบครัว ระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรก และการสนับสนุนทางการพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

1. ประสบการณ์การคลอด ความเหนื่อยล้า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร ความเครียด การสนับสนุนจากครอบครัว ระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรก และการสนับสนุนทางการพยาบาล สามารถร่วมทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินได้

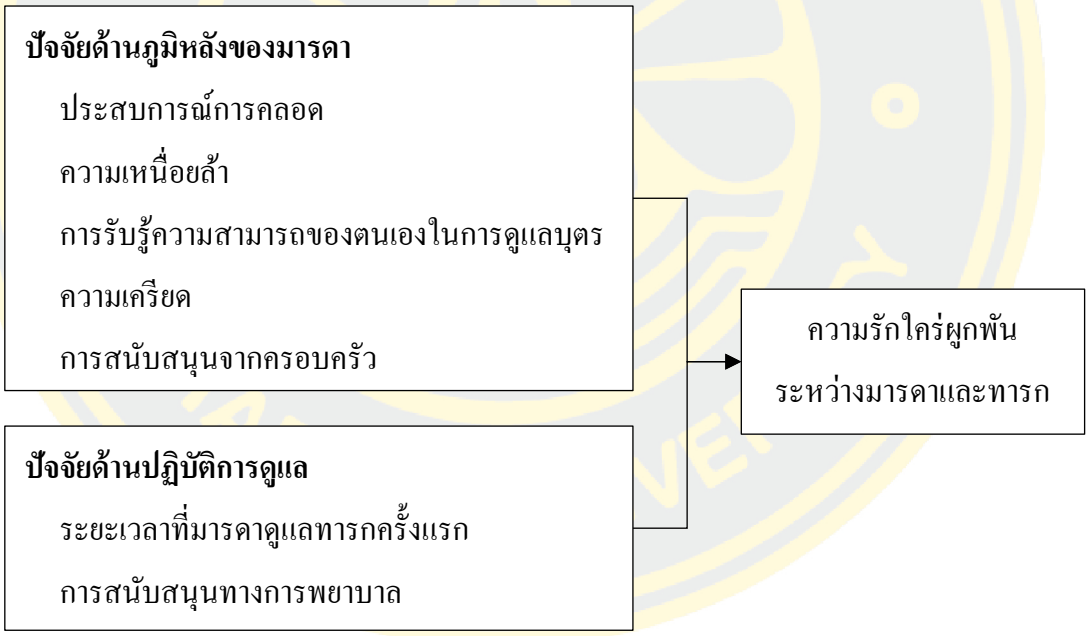
2. ประสบการณ์การคลอด การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนทางการพยาบาล มีอิทธิพลทางบวกต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

3. ความเหนื่อยล้า ความเครียด และระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรก มีอิทธิพลทางลบต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (Maternal-Infant attachment) ของ Klaus and Kennell (1982) อธิบายว่า ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกเป็นความผูกพันที่มีลักษณะพิเศษเริ่มก่อตัวตั้งแต่มารดาวางแผนการตั้งครรภ์ และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเมื่อมารดาพบกับทารกหลังคลอด ในบริบทของการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินส่วนใหญ่มารดาต้องแยกจากทารก ร่วมกับมีข้อจำกัดด้านร่างกายและสภาพจิตใจ ส่งผลให้มารดาไม่สามารถสร้างความรักใคร่ผูกพันกับทารกได้ดีเท่าที่ควร โดยมีปัจจัย 2 ด้านที่ส่งผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านภูมิหลังมารดา ได้แก่ ประสบการณ์การคลอด โดยการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกส่งเสริมให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

ความเหนื่อยล้า โดยมารดาที่มีความเหนื่อยล้าสูงส่งผลขัดขวางความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร โดยมารดาที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรสูงส่งเสริมให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ความเครียด โดยมารดาที่มีความเครียดส่งผลขัดขวางความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และการสนับสนุนจากครอบครัว โดยมารดาที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวที่ดีส่งเสริมให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก 2) ปัจจัยด้านปฏิบัติการดูแล ได้แก่ ระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรก โดยระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรกล่าช้าส่งผลขัดขวางความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และการสนับสนุนทางการพยาบาล โดยมารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลที่ดีส่งเสริมให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก สรุปเป็นกรอบแนวคิดได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และปัจจัยทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินที่พัก

ฟื้นอยู่หอผู้ป่วยสูติกรรมของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 143 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568

นิยามศัพท์เฉพาะ

ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก หมายถึง ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรัก ความผูกพัน ความห่วงใย และเอาใจใส่ต่อทารกของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้ต่อคุณลักษณะรูปร่างหน้าตาของทารก 2) ความสนใจและความผูกพันซึ่งกันและกัน 3) การยอมรับความเป็นบุคคลของทารก 4) การยอมรับในบทบาทมารดา และ 5) ความต้องการสัมผัสโอบอุ้มทารก ประเมินจากแบบสอบถามความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกของ สุรีย์วรรณ ภูริปัญญาคุณ (2539)

ประสบการณ์การคลอด หมายถึง ความรู้สึกและความคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ได้ประสบในระยะคลอดของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความกลัวหรือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในระยะคลอด 2) ความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด 3) ความมั่นใจต่อการคลอด 4) ความสามารถในการควบคุมตนเอง 5) ความคาดหวังต่อประสบการณ์การคลอด และ 6) ความรู้สึกพึงพอใจต่อการคลอด ประเมินจากแบบสอบถามประสบการณ์การคลอดของ ปาริฉัตร แซ่ลิ้ว และคณะ (2558)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ของมารดาต่อความรู้สึกอ่อนล้า หมดแรง หรือท้อแท้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองและบุตรในระยะหลังผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ประเมินจากแบบสอบถามความเหนื่อยล้าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร หมายถึง ความรู้สึกเชื่อมั่นหรือความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะให้การดูแลบุตรในระยะหลังผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลร่างกายของบุตร 2) การส่งเสริมพัฒนาการของบุตร และ 3) การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับบุตร ประเมินจากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรที่ปรับใช้จากแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงดูบุตรของ สุหรี หนุ่งอาหลี (2547)

ความเครียด หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่มารดาประสบ และการรับรู้ความสามารถในการจัดการหรือควบคุมสถานการณ์นั้น ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ 1) อารมณ์เครียด และ 2) การควบคุม ประเมินจากแบบสอบถามความเครียดของ Wongpakaran and Wongpakaran (2010)

การสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง การรับรู้ต่อการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านบทบาทหน้าที่ 3) ด้านข้อมูล และ 4) ด้านสิ่งของ ประเมินจากแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวของ ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี และคณะ (2567)

ระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรก หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ทารกคลอดจนถึงมารดาได้รับทารกกลับมาดูแลที่หอผู้ป่วยสูติกรรม นับเวลาเป็นชั่วโมง ประเมินจากแบบบันทึกระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การสนับสนุนทางการพยาบาล หมายถึง การรับรู้ต่อการได้รับความช่วยเหลือและการดูแลจากพยาบาลของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านบทบาทหน้าที่ 3) ด้านข้อมูล และ 4) ด้านสิ่งของ ประเมินจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางการพยาบาลที่ปรับใช้จากแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวของ ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี และคณะ (2567)

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และปัจจัยทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีเนื้อหาครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. การผ่าตัดคลอด
    1.1 ความหมายและสถานการณ์การผ่าตัดคลอด
    1.2 ประเภทของการผ่าตัดคลอด
    1.3 ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน
    1.4 ผลกระทบของการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน
2. ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก
    2.1 ความหมายของความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก
    2.2 ทฤษฎีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก
    2.3 ความสำคัญของความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก
    2.4 ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน
    2.5 การประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก
    2.6 การส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก
3. ปัจจัยที่มีผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก
    3.1 ประสบการณ์การคลอด
    3.2 ความเหนื่อยล้า
    3.3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร
    3.4 ความเครียด
    3.5 การสนับสนุนจากครอบครัว
    3.6 ระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรก
    3.7 การสนับสนุนทางการพยาบาล

การผ่าตัดคลอด

ความหมายและสถานการณ์การผ่าตัดคลอด

การผ่าตัดคลอด (cesarean section) หมายถึง การทำคลอดทารกโดยผ่าตัดผ่านผนังหน้าท้อง (laparotomy) และผนังมดลูกของมารดา (hysterotomy) (Cunningham et al., 2022) การผ่าตัดคลอดเป็นหัตถการทางสูติกรรมที่สำคัญและจำเป็นในกรณีที่การคลอดทางช่องคลอดไม่ปลอดภัยหรือไม่สามารถทำได้ แม้ปัจจุบันเทคโนโลยีและมาตรฐานการดูแลทำให้การผ่าตัดคลอดมีความปลอดภัยมากขึ้นทั้งต่อมารดาและทารก แต่การผ่าตัดคลอดยังคงมีความเสี่ยงและผลกระทบสูงกว่าการคลอดทางช่องคลอด โดยเฉพาะด้านภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นตัวหลังคลอด

สถานการณ์การผ่าตัดคลอดปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศไทยและนานาประเทศ โดยทั่วโลกมีอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7 ในปี ค.ศ. 1990 เป็นร้อยละ 21 ในปี ค.ศ. 2023 และคาดการณ์ว่าจะสูงถึงร้อยละ 29 ในปี ค.ศ. 2030 (Angolile et al., 2023) ในทวีปอเมริกาเหนือ ดังเช่นประเทศสหรัฐอเมริกามีอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.60 ในปี ค.ศ. 2016 เป็นร้อยละ 22.40 ในปี ค.ศ. 2021 (Osterman, 2022) ทวีปอเมริกาใต้ ดังเช่นประเทศบราซิลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 51.20 ในปี ค.ศ. 2007 เป็นร้อยละ 61.20 ในปี ค.ศ. 2013 (Marmitt et al., 2022) ทวีปยุโรป ดังเช่นประเทศนอร์เวย์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.90 ในปี ค.ศ. 1999 เป็นร้อยละ 16.70 ในปี ค.ศ. 2008 (Laine et al., 2023) ส่วนในทวีปเอเชีย ดังเช่นประเทศจีนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.90 ในปี ค.ศ. 2008 เป็นร้อยละ 45.20 ในปี ค.ศ. 2018 (Long et al., 2022) ส่วนประเทศไทยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 36.00 ในปี พ.ศ. 2561 เป็นร้อยละ 38.15 ในปี พ.ศ. 2566 (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำไว้ไม่เกินร้อยละ 10-15 ของการคลอดทั้งหมด (WHO, 2015) โดยจากรายงานปีงบประมาณพ.ศ. 2564-2566 พบว่า จังหวัดชลบุรีมีอัตราการผ่าตัดคลอดร้อยละ 42.17, 42.44 และ 48.23 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ซึ่งโรงพยาบาลในจังหวัดชลบุรีที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงสุด ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ร้อยละ 50.38 รองลงมาเป็นโรงพยาบาลชลบุรี ร้อยละ 48.14 (โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา, 2567; โรงพยาบาลชลบุรี, 2567) ทั้งนี้ อัตราที่กล่าวมาข้างต้นเป็นภาพรวมยังไม่ได้แยกเป็นการผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้าหรือแบบฉุกเฉิน เมื่อพิจารณาเฉพาะการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน ตัวอย่างเช่นโรงพยาบาลตติยภูมิในประเทศมองโกเลียช่วงปี ค.ศ. 2013-2022 พบสัดส่วนการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินสูงถึงร้อยละ 42.60 ของการผ่าตัดคลอดทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 59.50 ภายในปี ค.ศ. 2030 (Enkhmaa et al., 2025)

ในจังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2566 โรงพยาบาลที่มีการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินสูงสุดคือ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา รองลงมาคือ โรงพยาบาลชลบุรี โดยแบ่งเป็นการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ร้อยละ 71.20 และ 61.89 ตามลำดับ และแบบวางแผนล่วงหน้า ร้อยละ 28.80 และ 38.11 ตามลำดับ (โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา, 2567; โรงพยาบาลชลบุรี, 2567) จะเห็นได้ว่า อัตราการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินยังคงสูง และมีทิศทางเพิ่มขึ้น

ประเภทของการผ่าตัดคลอด

การผ่าตัดคลอดมี 2 ประเภท ได้แก่ การผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้า และการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (Cunningham et al., 2022)

1. การผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้า (elective/planned cesarean section) เป็นการผ่าตัดที่กำหนดวันและเวลาล่วงหน้าเมื่อมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ชัดเจน เช่น รกเกาะต่ำชนิดปกคลุมทั้งหมด ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ หรือมารดาเคยผ่าตัดคลอดมาก่อน

2. การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน (emergency/unplanned cesarean section) เป็นการผ่าตัดที่ไม่ได้กำหนดไว้ล่วงหน้า และต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนเมื่อมารดาหรือทารกมีภาวะคุกคามหรือเสี่ยงวิกฤต หากไม่รีบสิ้นสุดการตั้งครรภ์อาจเกิดอันตรายรุนแรงหรือเสียชีวิต เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง ภาวะสายสะดือย้อย ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด หรือภาวะทารกขาดออกซิเจน

ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมี 2 ประเภทตามความเร่งด่วน ได้แก่ ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดแบบด่วนมาก (very urgent caesarean section) และข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน (emergency caesarean section) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (de Clippele, 2020)

1. ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดแบบด่วนมาก (very urgent caesarean section)

1.1 ภาวะสายสะดือย้อย (umbilical cord prolapse)

1.2 ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (abruptio placenta) ในกรณีทารกยังมีชีวิตอยู่ หากทารกเสียชีวิตและมีเลือดออกน้อยกว่า 200 มิลลิลิตร ให้เลือกคลอดทางช่องคลอด

1.3 ภาวะรกเกาะต่ำชนิดปกคลุมบางส่วน/ทั้งหมด (partial or total placenta previa)

1.4 อาการก่อนมดลูกแตก (pre-rupture syndrome) พบการหดรัดตัวของมดลูกเป็นวงแหวน (bandl's ring) ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนของภาวะมดลูกแตก

1.5 ภาวะมดลูกแตก (uterine rupture)

1.6 ภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษ (eclamptic seizure)

1.7 ภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนเฉียบพลัน (acute fetal distress) เช่น ภาวะหัวใจเต้นช้ากว่าปกติ (bradycardia) หรือรูปแบบ late deceleration เป็นต้น

2. ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน (emergency caesarean section)

2.1 ภาวะศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับกระดูกเชิงกราน (fetopelvic disproportion)

2.2 ภาวะคลอดยาก (dystocia)

2.3 ภาวะส่วนนำของทารกผิดปกติ (fetal presentation abnormalities)

2.4 ภาวะถุงน้ำคร่ำอักเสบ (chorioamnionitis)

2.5 ภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง (severe pre-eclampsia)

2.6 อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ผิดปกติ (fetal heart rate abnormalities) เช่น ภาวะหัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ (tachycardia) และรูปแบบ regular and late deceleration เป็นต้น

จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน (ร้อยละ 26.5) รองลงมาคือ กระบวนการคลอดไม่ก้าวหน้า (ร้อยละ 17.7) และการชักนำการคลอดล้มเหลว (ร้อยละ 12.9) ตามลำดับ (Pandey et al., 2025) สำหรับในประเทศไทย ข้อบ่งชี้ที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับกระดูกเชิงกรานมารดา (ร้อยละ 74.7) รองลงมาคือ ภาวะทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน (Non-reassuring FHR) (ร้อยละ 21.2) (Ngamthong & Boriboonhirunsarn, 2023)

จะเห็นได้ว่า ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินส่วนใหญ่เกิดจากภาวะสุขภาพของมารดา ทารกในครรภ์ หรือทั้งสองฝ่าย ซึ่งจำเป็นต้องเร่งสิ้นสุดการตั้งครรภ์เพื่อรักษาชีวิตมารดาและทารก อย่างไรก็ดี การเตรียมมารดาก่อนผ่าตัดมักเกิดขึ้นอย่างเร่งด่วน ขณะเดียวกันมารดาไม่ได้เตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้เกิดผลกระทบทางร่างกายและจิตใจต่อทั้งมารดาและทารกหลังคลอด

ผลกระทบของการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบต่อมารดา

1.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

1.1.1 ภาวะตกเลือด (hemorrhage) มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีอัตราการเกิดภาวะตกเลือดสูงกว่าการผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้า โดยพบการตกเลือดระหว่างผ่าตัด (ร้อยละ 36 เทียบกับ ร้อยละ 14, $p < .01$) และการตกเลือดหลังผ่าตัด (ร้อยละ 29

เทียบกับ ร้อยละ 13, p < .01) (Neelofer et al., 2023) เนื่องจากมารดามักผ่านระยะเจ็บครรภ์คลอดและการชักนำหรือเร่งคลอดเป็นเวลานาน ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกล้า และหดรัดตัวได้ไม่ดี ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือด (Ende et al., 2021)

1.1.2 การติดเชื้อ (infection) มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีอัตราการติดเชื้อสูงกว่าการผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้า (AOR = 2.16, 95% [CI = 1.61 - 2.51], p < .001) (Gomaa et al., 2021) เนื่องจากมารดามักมีการเจ็บครรภ์คลอดนาน หรือมีภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วเป็นเวลานานก่อนการผ่าตัด ทำให้โพรงมดลูกสัมผัสเชื้อจากทางช่องคลอดนานขึ้น ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อเยื่อบุโพรงมดลูกอักเสบ และการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (Conroy et al., 2012)

1.1.3 การเสียชีวิต (death) มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าการผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้า เนื่องจากมารดามักมีภาวะคุกคามที่เป็นปัจจัยเสี่ยงมาก่อน เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ การตกเลือด หรือการติดเชื้อ รวมถึงความยากในการผ่าตัดที่เพิ่มขึ้น และข้อจำกัดด้านเวลาในการเตรียมการผ่าตัด (Yang & Sun, 2017)

1.2 ผลกระทบด้านจิตใจ

1.2.1 ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (maternal-infant attachment) มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีความรักใคร่ผูกพันกับทารกต่ำกว่าการผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้าและการคลอดทางช่องคลอด เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านร่างกายและจิตใจของมารดา รวมทั้งการที่ทารกต้องแยกจากมารดา ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการสร้างความรักใคร่ผูกพันในระยะแรกหลังคลอด (Poojari et al., 2019; Zanardo et al., 2016)

1.2.2 ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depression) มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงขึ้น โดยมีการศึกษาพบในอัตราร้อยละ 20.20 (กุสุมล แสนบุญมา และคณะ, 2562) เนื่องจากการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินเป็นสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดและคุกคามความปลอดภัย ทำให้มารดารู้สึกสูญเสียการควบคุม และอาจเกิดบาดแผลทางใจจากการคลอด นอกจากนี้ ผลจากการผ่าตัด เช่น อาการปวดแผลผ่าตัด การฟื้นตัวช้า ความเหนื่อยล้า และการนอนหลับที่ไม่ดี ยังส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองและทารกลดลง ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Sun et al., 2021)

1.2.3 คุณภาพชีวิตหลังคลอด (postpartum quality of life) มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีคุณภาพชีวิตในช่วง 48 ชั่วโมงแรกหลังคลอดต่ำกว่าการคลอดทางช่องคลอด (p < .05) (มนัสชนก มณีอินทร์, 2558) เนื่องจากมีปัจจัยสำคัญที่บั่นทอนคุณภาพชีวิต ได้แก่

อาการปวดแผลผ่าตัด การฟื้นตัวที่ล่าช้า ความวิตกกังวลหรือบาดแผลทางจิตใจจากประสบการณ์คลอด และความล่าช้าในการเริ่มดูแลทารกหรือให้นม (Evans et al., 2022)

2. ผลกระทบต่อทารก

2.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

2.1.1 ภาวะขาดอากาศหายใจ (asphyxia) ทารกที่คลอดจากการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีภาวะขาดอากาศหายใจแรกเกิดสูงกว่าการผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้า (ร้อยละ 7.30 เทียบกับ ร้อยละ 2.00, p = .001) เนื่องจากทารกส่วนใหญ่มักมีภาวะคุกคามอยู่ก่อน ทำให้ทารกได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอในระยะใกล้คลอด และการใช้ยาสลบทั่วร่างกายอาจกดการหายใจของทารกหลังคลอดชั่วคราว (Farag et al., 2023)

2.1.2 ภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress) ทารกที่คลอดจากการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีภาวะหายใจลำบากแรกเกิดสูงกว่าการผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้า (ร้อยละ 12.65 เทียบกับ ร้อยละ 3.87, p = .019) เนื่องจากทารกส่วนใหญ่มักมีภาวะคุกคามอยู่ก่อนและการคลอดที่รวดเร็วโดยไม่ผ่านจากช่องคลอด ทำให้ของเหลวในปอดถูกรีดออกได้ไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดภาวะหายใจลำบากชั่วคราวได้ง่ายขึ้น (Obut et al., 2023)

2.1.3 กลุ่มอาการสำลักขี้เทา (meconium aspiration syndrome: MAS) ทารกที่คลอดจากการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินพบกลุ่มอาการสำลักขี้เทาสูงกว่าการผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้า (ร้อยละ 45.80 เทียบกับ ร้อยละ 3.50, p = .01) เนื่องจากภาวะที่นำไปสู่การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมักเป็นทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน ซึ่งกระตุ้นให้ทารกถ่ายขี้เทาออกมาในน้ำคร่ำและเกิดการสำลักขี้เทาเข้าสู่ปอด (Darnal & Dangal, 2020)

2.1.4 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (breastfeeding) มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีโอกาสเริ่มให้นมบุตรภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอดลดลงครึ่งหนึ่ง เมื่อเทียบกับการคลอดวิธีอื่น (OR = .50, 95% [CI = .36 - .68], p < .001) เนื่องจากอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัดที่จำกัดการเคลื่อนไหวและการจัดท่าให้นม รวมทั้งการแยกมารดาและทารกหลังคลอด ทำให้การกระตุ้นเต้านมล่าช้า ส่งผลต่อการหลั่งฮอร์โมนที่จำเป็นต่อการผลิตน้ำนม (Perrella et al., 2024)

2.1.5 การเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด (NICU admission) ทารกที่คลอดจากการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดสูงกว่าการผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้า (ร้อยละ 25 เทียบกับ ร้อยละ 10, p = .011) เนื่องจากทารกมักมีปัญหาสุขภาพที่ต้องเฝ้าระวังใกล้ชิด (Mankani & Ankalagi, 2024)

2.1.6 การเสียชีวิต (death) ทารกที่คลอดจากการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าการผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้า และคลอดทางช่องคลอด (ร้อยละ 2.50, ร้อยละ 2.10 และร้อยละ .90, $p < .001$) เนื่องจากทารกมักมีภาวะเสี่ยงระหว่างการคลอดอยู่เดิม ซึ่งเพิ่มโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงขึ้น (Batieha et al., 2017)

การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินส่งผลกระทบต่อมารดาทั้งทางร่างกาย เช่น ภาวะตกเลือด การติดเชื้อ ความเจ็บปวด การฟื้นตัวล่าช้า ส่วนทางจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับทารกในระยะแรกหลังคลอด กล่าวคือ ความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายทางกายทำให้มารดามีข้อจำกัดในการอุ้ม กอด หรือให้นม ส่งผลให้เวลาใกล้ชิดทารกลดลง ขณะเดียวกัน ภาวะอารมณ์ที่ไม่มั่นคงยังลดความสามารถในการรับรู้และตอบสนองต่อสื่อสัญญาณหรือความต้องการของทารก ยิ่งไปกว่านั้น การที่มารดาและทารกต้องแยกจากกันหลังคลอด ไม่ว่าจะเป็นการที่ทารกต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด หรือมารดาต้องพักฟื้นเป็นเวลานาน ทำให้ช่วงเวลาสำคัญสำหรับการสัมผัส การโอบกอด และการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ล่าช้าออกไป ปัจจัยเหล่านี้มีบทบาทสำคัญต่อการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ดังนั้น หากช่วงเวลาดังกล่าวถูกขัดขวางหรือเลื่อนออกไป อาจส่งผลให้กระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันเกิดขึ้นล่าช้าหรือด้อยประสิทธิภาพ

ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

ความหมายของความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

Bowlby (1982) ให้นิยามความรักใคร่ผูกพัน (attachment) ว่าเป็นสายสัมพันธ์ทางอารมณ์ที่คงทนระหว่างทารกกับผู้ดูแลหลัก ทำหน้าที่เชิงชีวกลไกเพื่อคงความใกล้ชิดและความปลอดภัย เมื่อทารกเผชิญความเครียดหรือภัยคุกคาม ทารกจะแสวงหาการปกป้องจากผู้ดูแล และเมื่อได้รับการตอบสนองอย่างอ่อนโยน ทารกจะเกิดความรู้สึกปลอดภัย

Klaus and Kennell (1982) ให้นิยามความรักใคร่ผูกพันไว้ 2 ลักษณะ ดังนี้ 1) bonding หมายถึง ความรู้สึกหรือพฤติกรรมผูกพันของบิดามารดาที่มีต่อทารกโดยมีลักษณะทิศทางเดียว (one-way) เกิดขึ้นทันทีหลังทารกคลอด และมักเชื่อมโยงกับการสัมผัสและการดูแลเบื้องต้นในระยะวิกฤต และ 2) attachment หมายถึง ความรู้สึกผูกพันหรือปฏิสัมพันธ์ที่มีลักษณะสองทิศทาง (two-way) ระหว่างบุคคลสองคน เช่น มารดาและทารก ซึ่งเป็นกระบวนการที่พัฒนาต่อเนื่องตั้งแต่

วางแผนการตั้งครรภ์ ดำเนินผ่านระยะคลอด และเพิ่มขึ้นเมื่อมารดาและทารกมีปฏิสัมพันธ์และตอบสนองซึ่งกันและกันในระยะหลังคลอด

สรุปได้ว่า ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก หมายถึง ความรู้สึกและพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างทั้งสองฝ่าย ซึ่งเป็นกระบวนการที่พัฒนาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่มารดาวางแผนการตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด ความรักใคร่ผูกพันนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างรากฐานความสัมพันธ์ ตลอดจนส่งผลต่อพัฒนาการและคุณภาพชีวิตในระยะต่อไป

ทฤษฎีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

ทฤษฎีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (Maternal-Infant attachment) ของ Klaus and Kennell (1982) อธิบายว่า ความรักใคร่ผูกพันเป็นความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์หรือพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรัก ความห่วงใยระหว่างมารดาและทารก กระบวนการนี้พัฒนาขึ้นตั้งแต่วางแผนการตั้งครรภ์ ดำเนินต่อเนื่องตลอดช่วงตั้งครรภ์ และค่อย ๆ ชัดเจนขึ้นหลังคลอด โดยเฉพาะช่วง 45 นาทีแรกหลังคลอด ถือเป็นช่วงไวต่อการเกิดความรักใคร่ผูกพันมากที่สุด (sensitive period) เนื่องจากมารดามีระดับฮอร์โมนออกซิโทซินและโปรแลคตินสูง ทำให้เกิดความรู้สึกอ่อนโยนและมีสัญชาตญาณการเป็นมารดา ขณะเดียวกันทารกอยู่ในภาวะตื่นตัวสูง มีการจ้องมอง การเคลื่อนไหวตอบสนอง และมีปฏิกิริยาการดูดนม (sucking reflex) ที่เด่นชัด จึงเอื้อต่อการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก ทั้งนี้ ความไวทางอารมณ์ดังกล่าวยังคงดำเนินต่อเนื่องภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ผ่านวัฏจักรตื่นหลับของทารก ทำให้มารดาและทารกมีโอกาสสร้างปฏิสัมพันธ์ซ้ำ ๆ เช่น การอุ้ม การพูดคุย และการให้นม ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการสร้างความรักใคร่ผูกพันที่มั่นคงและมีคุณภาพในระยะยาว ดังนั้น ควรให้มารดาได้สัมผัสและดูแลทารกตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด เช่น การอยู่ร่วมกันในห้องเดียว (rooming-in) และการเริ่มให้นมเร็ว เพื่อเสริมสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกให้มั่นคงตั้งแต่เริ่มต้น

ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยอาศัยระยะเวลาจะค่อย ๆ พัฒนาขึ้นตั้งแต่ระยะก่อนการตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด (Klaus & Kennell, 1982) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ระยะก่อนการตั้งครรภ์ (preconception) เป็นช่วงที่มารดาเริ่มตัดสินใจ และเตรียมความพร้อมสำหรับการมีบุตร โดยมารดาจะเริ่มมีความรู้สึกนึกคิด หรือจินตนาการเกี่ยวกับการมีบุตร พร้อมความคาดหวังต่อบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และจะพัฒนาต่อเนื่องสู่ระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด

2. ระยะตั้งครรภ์ (pregnancy) มารดาที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์มักยอมรับการตั้งครรภ์ได้อย่างราบรื่น และไม่ปฏิเสธทารก การดิ้นของทารกทำหน้าที่เป็นหลักฐานยืนยันการมีชีวิต และเป็นรูปแบบปฏิสัมพันธ์แรก ๆ ระหว่างมารดาและทารก ทำให้มารดาเริ่มรับรู้ว่าทารกเป็นอีกบุคคลหนึ่งที่แยกจากตน เช่น เมื่อมารดาลูบหน้าท้องแล้วรู้สึกว่าทารกดิ้นตอบสนอง ประสบการณ์ดังกล่าวจะเสริมสร้างความรู้สึกรักและความผูกพันต่อทารกมากขึ้น

3. ระยะคลอด (childbirth/ intrapartum) เป็นช่วงเวลาที่สั้นแต่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเกิดความรักใคร่ผูกพัน ถือเป็นจุดเปลี่ยนผ่านของความรักใคร่ผูกพันที่สั่งสมมาตลอดการตั้งครรภ์สู่การมีปฏิสัมพันธ์จริงกับทารกหลังคลอด โดยมารดามักรู้สึกตื่นเต้นและคาดหวังที่จะได้เห็นและอุ้มทารกเป็นครั้งแรก ซึ่งการรับรู้ครั้งแรกจากการสัมผัส การเห็นหน้า โอบกอด กลิ่นและเสียงร้องของทารกเป็นรากฐานทางอารมณ์ที่มีอิทธิพลต่อความรักใคร่ผูกพันหลังคลอดต่อไป

4. ระยะหลังคลอด (postpartum) เป็นช่วงที่มารดาได้แสดงความรักใคร่ผูกพันกับทารกออกมาอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะ 45 นาทีแรกหลังคลอด ซึ่งถือเป็นช่วงไวต่อการสร้างความรักใคร่ผูกพัน เพราะทารกอยู่ในภาวะตื่นตัว การที่มารดาได้ดูแลทารกใกล้ชิดจะเอื้อต่อการเกิดความรักใคร่ผูกพันที่เข้มแข็ง ในทางกลับกัน หากเกิดปัจจัยที่รบกวนหรือชะลอกระบวนการดังกล่าว เช่น การแยกมารดาและทารก หรือข้อจำกัดด้านสภาพร่างกายหรือสภาวะจิตใจของมารดาหลังคลอด ส่งผลให้การสร้างความรักใคร่ผูกพันเกิดได้ไม่เต็มที่หรือไม่มีประสิทธิภาพ

จะเห็นได้ว่า ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามลำดับเวลา หากกระบวนการดังกล่าวถูกรบกวนไม่ว่าด้วยเหตุปัจจัยทางกาย จิตใจ หรือการแยกมารดาและทารก ทำให้การสร้างความรักใคร่ผูกพันเกิดได้ไม่เต็มที่หรือไม่มีประสิทธิภาพ

Klaus and Kennell (1982) ระบุว่าปัจจัยที่มีผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ประกอบด้วย 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านภูมิหลังบิดามารดา (parental background) และปัจจัยด้านปฏิบัติการดูแล (care practices) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านภูมิหลังบิดามารดา (parental background) ได้แก่

1.1 การดูแลที่บิดามารดาได้รับจากมารดาของตน (parent's care by his or her own mother) มารดามักซึมซับและเลียนแบบแผนการเลี้ยงดูทารกจากมารดาของตนตั้งแต่วัยเด็ก ประสบการณ์ดังกล่าวสะท้อนออกมาเป็นพฤติกรรมการเป็นมารดาในปัจจุบัน ซึ่งอาจมีพฤติกรรมตั้งแต่ความห่างเหินหรือไม่ใส่ใจ ไปจนถึงความเข้มงวดควบคุมมากเกินไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับรูปแบบการดูแลที่ตนเคยได้รับหรือสังเกตเห็นจากการที่มารดาของตนเลี้ยงดูทารกคนอื่นภายในครอบครัว

1.2 บุคลิกภาพส่วนตัว และลักษณะทางพันธุกรรม (endowment or genetics) บุคลิกภาพส่วนตัวหรืออัตมโนทัศน์ เป็นความคิด ความเชื่อ และการรับรู้เกี่ยวกับตนเองของมารดา ซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดความเชื่อมั่นในการดูแลทารก และการเปิดรับต่อการมีปฏิสัมพันธ์ทางอารมณ์กับทารก โดยมารดาที่มีความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ อาจแสดงพฤติกรรมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้ไม่ดีเท่าที่ควร ส่วนลักษณะทางพันธุกรรม เป็นภาวะหรือโรคทางพันธุกรรมที่มารดาอาจถ่ายทอดไปสู่ทารก ซึ่งอาจก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดในมารดา และรบกวนกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันกับทารกได้

1.3 การปฏิบัติตามวัฒนธรรม (practices of the culture) วัฒนธรรมมีส่วนสำคัญในการกำหนดมุมมองต่อบทบาทการเป็นมารดาและรูปแบบการเลี้ยงดูทารก เช่น ในบางสังคมมีแบบแผนการปฏิบัติหลังคลอด ได้แก่ การอยู่ไฟหรืออยู่เดือน ซึ่งอาจนำไปสู่การแยกระหว่างมารดาและทารก หรือให้ผู้อื่นเป็นผู้ดูแลทารกแทน ส่งผลให้โอกาสในการสัมผัสและสร้างความรักใคร่ผูกพันลดลง ขณะเดียวกัน ในบริบททางวัฒนธรรมที่ส่งเสริมการสัมผัส การโอบกอด การให้นมแม่ และการดูแลทารกอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

1.4 สัมพันธภาพในครอบครัว (relationships within the family) สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี โดยเฉพาะความสัมพันธ์ที่ดีกับสามี มีบทบาทสำคัญต่อการปรับตัวของมารดาในระยะหลังคลอดและการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาอย่างเหมาะสม นำไปสู่การเสริมสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

1.5 ประสบการณ์จากการตั้งครรภ์ครั้งก่อน (experiences with previous pregnancies) มารดาที่เคยตั้งครรภ์หรือมีประสบการณ์เลี้ยงดูทารกมาก่อนมักอ่านและตอบสนองต่อสื่อสัญญาณทารกได้ดี มีความมั่นใจในการดูแลทารก และสร้างปฏิสัมพันธ์กับทารกได้ต่อเนื่อง เกิดความรักใคร่ผูกพันที่เข้มแข็ง ในทางกลับกัน มารดาที่ไม่มีประสบการณ์มาก่อน อาจเผชิญความไม่มั่นใจหรือความยากลำบากในการดูแลทารก ทำให้มีปฏิสัมพันธ์ไม่ต่อเนื่องหรือการตอบสนองล่าช้า

1.6 การวางแผนการตั้งครรภ์ และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ (planning, course, and events during pregnancy) มารดาที่วางแผนการตั้งครรภ์มักยอมรับการตั้งครรภ์ได้ดีและปรับตัวต่อบทบาทมารดาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ขณะที่การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์อาจนำไปสู่ความลังเล การปฏิเสธการตั้งครรภ์ หรือการปฏิเสธทารกหลังคลอด นอกจากนี้ เหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ เช่น การมีภาวะแทรกซ้อน ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

2. ปัจจัยด้านปฏิบัติการดูแล (care practices) ได้แก่

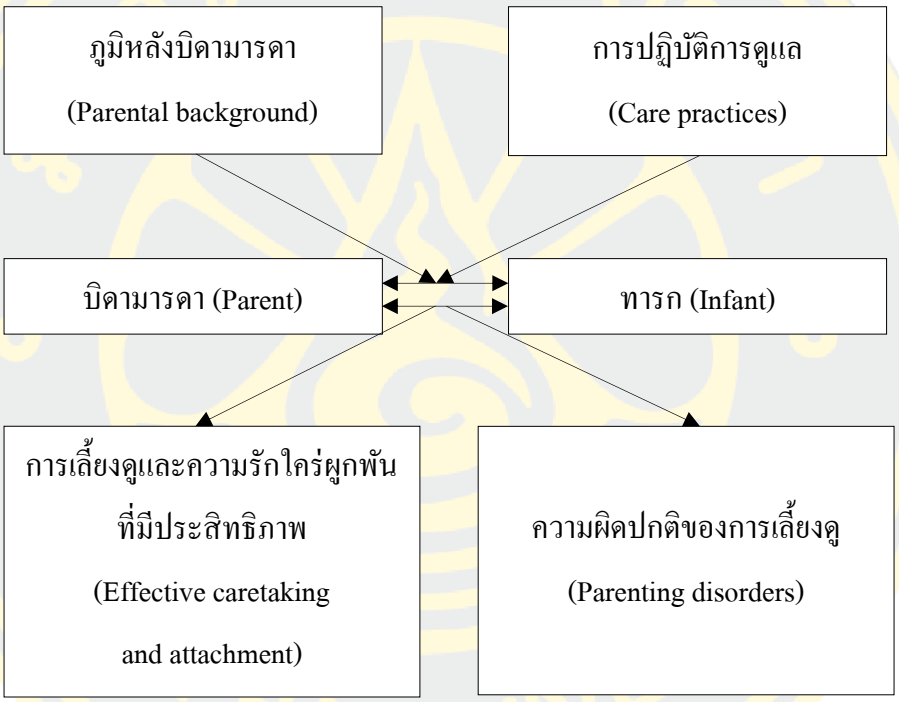
2.1 พฤติกรรมของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรในโรงพยาบาล (behavior of physicians, nurses, and hospital personnel) พฤติกรรมหรือระเบียบปฏิบัติที่เข้มงวดเกินจำเป็น เช่น การจำกัดการเยี่ยมของครอบครัว หรือการขาดการส่งเสริมกิจกรรมที่ช่วยสร้างความรักใคร่ผูกพัน ได้แก่ การสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ การให้นมครั้งแรก และการเปิดโอกาสให้มารดาดูแลทารก จะลดโอกาสการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก ส่งผลให้ความรักใคร่ผูกพันเกิดได้ไม่เต็มที่ หรือก่อตัวช้า ในทางกลับกัน บุคลากรที่มีการสนับสนุน หรือส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว จะช่วยเสริมสร้างสภาวะทางกายและใจที่เหมาะสมต่อการสร้างความรักใคร่ผูกพันหลังคลอด

2.2 การดูแลและการสนับสนุนในระยะคลอด (care and support during labor) การดูแลที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของมารดา การสื่อสารที่ชัดเจน การให้กำลังใจ และการเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัว ตลอดจนการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ช่วยส่งเสริมให้มารดามีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก ส่วนในระยะหลังคลอด การอำนวยความสะดวกให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกโดยเร็ว และการเปิดโอกาสให้มารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารก ช่วยให้การเริ่มต้นและการคงอยู่ของกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในระยะหลังคลอดมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

2.3 การแยกจากระหว่างมารดาและทารกในวันแรกหลังคลอด (first days of life, separation of mother and infant) ระบบการดูแลหลังคลอดของโรงพยาบาลจำนวนมาก ทารกมักถูกแยกจากมารดาทันทีเพื่อเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ขณะเดียวกันมักขาดการกระตุ้นหรือเปิดโอกาสให้มารดาได้สัมผัส โอบอุ้ม หรือเริ่มเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ชั่วโมงแรกหลังคลอด การแยกดังกล่าวลดโอกาสปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกในช่วงสำคัญของการเริ่มต้นความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ส่งผลให้กระบวนการเกิดความรักใคร่ผูกพันล่าช้าหรือเกิดได้ไม่เต็มที่

2.4 กฎระเบียบของโรงพยาบาล (rules of the hospital) กฎระเบียบที่จำกัดเวลาหรือโอกาสของมารดาในการดูแลทารก ตลอดจนการจำกัดเวลาเยี่ยมของสามีหรือบุคคลในครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีเวลาน้อยในการช่วยดูแลและสนับสนุนมารดาหลังคลอด ส่งผลให้กิจกรรมสำคัญที่ช่วยสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกเกิดได้ไม่เต็มที่ เช่น การสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ การให้นมครั้งแรก การโอบอุ้ม และดูแลโดยตรง อาจทำให้การเกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในระยะแรกหลังคลอดไม่มีประสิทธิภาพ

หากมารดามีความรักใคร่ผูกพันที่ดีกับทารก จะนำไปสู่รูปแบบการเลี้ยงดูและความรักใคร่ผูกพันที่มีประสิทธิภาพ (effective caretaking and attachment) ในทางกลับกัน มารดาที่ไม่สามารถสร้างความรักใคร่ผูกพันกับทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาจเกิดรูปแบบการเลี้ยงดูที่ผิดปกติ (parenting disorders) ได้แก่ การทอดทิ้ง หรือการทารุณกรรมทารก ซึ่งสัมพันธ์กับปัญหาพัฒนาการและอารมณ์ของทารกในระยะต่อมา โดยสามารถเขียนปัจจัยที่มีผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และผลลัพธ์ที่ตามมาเป็นกรอบแนวคิดได้ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และผลลัพธ์ที่ตามมา (Klaus & Kennell, 1982)

ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกสะท้อนผ่านอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมระหว่างมารดาและทารก ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงสายสัมพันธ์ทางอารมณ์และการตอบสนองต่อกัน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (Klaus & Kennell, 1982)

1. ความรักใคร่ผูกพันที่มารดาแสดงออกต่อทารก หมายถึง การแสดงออกทางกายและการปฏิสัมพันธ์ของมารดาที่สะท้อนความรัก ความผูกพัน และการตอบสนองต่อความต้องการของทารก โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้

1.1 การสัมผัส (touch) การสัมผัสเป็นองค์ประกอบสำคัญของการเกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก เป็นภาษากายที่มารดาใช้สื่อความรักและความผูกพันต่อทารก โดยทั่วไปมารดามักเริ่มสัมผัสด้วยปลายนิ้วสำรวจส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทารกตั้งแต่แขน ขา ลำตัว ไปจนถึงศีรษะ จากนั้นค่อย ๆ โอบกอดทารกไว้ในอ้อมแขนเพื่อสร้างความใกล้ชิดและความอบอุ่น

1.2 การประสานสายตา (eye-to-eye contact) การประสานสายตาเป็นอีกหนึ่งพฤติกรรมที่มารดาสร้างความรักใคร่ผูกพันกับทารก โดยมารดามักเริ่มจากการพูดคุยเบา ๆ เพื่อกระตุ้นให้ทารกลืมตา จากนั้นจึงมองและสบตา พร้อมยิ้มหรือคำพูดปลอบโยน ซึ่งการสบตาช่วยให้ทั้งสองเริ่มจดจำใบหน้าซึ่งกันและกัน เกิดความรู้สึกใกล้ชิดและผูกพันเพิ่มขึ้น

1.3 การใช้เสียงของมารดา (mother's voice) เสียงของมารดาเป็นสื่อสำคัญในการเกิดความรักใคร่ผูกพัน มารดามักพูดกับทารกด้วยโทนเสียงสูง จังหวะชัด และน้ำเสียงอ่อนโยน ซึ่งทารกตอบสนองได้ดีกว่าโทนเสียงต่ำ ช่วยกระตุ้นภาวะตื่นตัว การหันหาเสียง และการมองตาม เมื่อมารดาพูดเว้นจังหวะให้ทารกตอบด้วยเสียงหรือการเคลื่อนไหว จะเกิดการปฏิสัมพันธ์เชิงบวกที่เสริมสร้างความใกล้ชิด และส่งเสริมการเกิดความรักใคร่ผูกพันตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด

1.4 การประสานจังหวะ (entrainment) เป็นการที่มารดาและทารกประสานจังหวะกันทั้งการเคลื่อนไหวและจังหวะเสียงพูดอย่างเป็นธรรมชาติ มารดามักขยับตัว โยกเบา ๆ พยักหน้า หรือปรับจังหวะคำพูด ส่วนทารกจะตอบสนองด้วยการขยับแขนขา เปลี่ยนสีหน้า ออกเสียง หรือหันศีรษะตามจังหวะของมารดา การโต้ตอบแบบประสานจังหวะนี้ช่วยคงภาวะตื่นตัวที่พอเหมาะ เกิดลำดับผลัดกันส่งสัญญาณและตอบสนอง และเกิดความใกล้ชิดทางอารมณ์

1.5 การให้เวลา (time giver) ในระยะตั้งครรภ์ ทารกจะดำรงจังหวะการทำงานทางสรีรวิทยาตามมารดา ทั้งวงจรหลับตื่น การหลั่งฮอร์โมน จังหวะการเต้นของหัวใจ และจังหวะการหดรัดตัวของมดลูกในระยะเจ็บครรภ์คลอด แต่ภายหลังคลอด ทารกต้องพัฒนาจังหวะชีวภาพของตนเอง การที่มารดาให้เวลา อยู่ใกล้ชิด และโอบกอดทารก โดยเฉพาะช่วงที่ทารกอยู่ในภาวะตื่นตัวเต็มที่ ช่วยให้ทารกเกิดความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัย ทำให้การเปลี่ยนผ่านสู่จังหวะชีวิตภายนอกครรภ์เป็นไปอย่างราบรื่น และส่งเสริมการเกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

1.6 การให้นมแม่ (breastfeeding) การดูดนมแม่ส่งเสริมความใกล้ชิดทางกายและอารมณ์ระหว่างมารดาและทารก ส่งเสริมให้เกิดและคงไว้ซึ่งความรักใคร่ผูกพันผ่านการโอบกอด การสัมผัส และการสบตาในระหว่างให้นม นอกจากนี้ ทารกยังได้รับภูมิคุ้มกันจากนมแม่ ซึ่งช่วยปกป้องในช่วงที่ระบบภูมิคุ้มกันของทารกยังพัฒนาไม่สมบูรณ์หลังคลอด

1.7 การให้ภูมิคุ้มกันทางธรรมชาติ (bacterial nasal flora) ทารกจะได้รับภูมิคุ้มกันทางธรรมชาติจากมารดา เมื่อมารดาหายใจจะมีเชื้อ Staphylococcus aureus ซึ่งมีประโยชน์ต่อทารก ช่วยป้องกันทารกจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลและสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวทารก ก่อให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และมีผลต่อการมีชีวิตรอดของทารก

1.8 การได้กลิ่น (odor) ขณะมารดาโอบกอดหรือสัมผัสทารก ทั้งสองฝ่ายจะค่อย ๆ เรียนรู้กลิ่นกายเฉพาะของกันและกัน มารดาสามารถจำแนกกลิ่นของทารกตนออกจากทารกคนอื่นได้ตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด การรับรู้กลิ่น ร่วมกับการสัมผัส และการโอบกอดช่วยเสริมความรู้สึกใกล้ชิด อบอุ่น และส่งเสริมการเกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

1.9 การให้ความอบอุ่น (heat) ในระยะหลังคลอด ทารกมีแนวโน้มสูญเสียความร้อนได้ง่าย จึงควรป้องกันการสูญเสียความร้อนตั้งแต่แรกเกิด โดยเฉพาะการให้สัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ (skin-to-skin) ซึ่งช่วยรักษาอุณหภูมิร่างกายทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการสูญเสียความร้อน และทำให้ทารกรู้สึกผ่อนคลาย ขณะเดียวกัน มารดาได้สัมผัสใกล้ชิด สบตา และโอบกอดทารกอย่างต่อเนื่อง เป็นการส่งเสริมการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

2. ความรักใคร่ผูกพันที่ทารกแสดงออกต่อมารดา หมายถึง การตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรมของทารกที่สะท้อนความไว้วางใจ ความคุ้นเคย และความต้องการอยู่ใกล้ชิดมารดา ซึ่งเป็นพื้นฐานของการสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้

2.1 การประสานสายตา (eye-to-eye contact) เมื่อมารดามองและสบตาทารก ทารกจะตอบสนองด้วยการลืมตาจดจ้องใบหน้ามารดา เคลื่อนไหวดวงตาตามใบหน้าหรือเสียงพูด และแสดงสีหน้าต่าง ๆ เช่น การยิ้มและอ้าปาก พฤติกรรมเหล่านี้มักเกิดในภาวะตื่นตัวสงบ ช่วยสร้างจังหวะปฏิสัมพันธ์ที่สอดคล้องกัน และเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกให้มั่นคง

2.2 การร้องไห้ (cry) เสียงร้องของทารกเป็นสัญญาณที่กระตุ้นการตอบสนองของมารดาทั้งทางอารมณ์และสรีรวิทยา โดยเฉพาะเมื่อทารกร้องด้วยความหิว ร่างกายของมารดาจะเกิดการเปลี่ยนแปลงอัตโนมัติ ได้แก่ การเพิ่มการไหลเวียนเลือดที่เต้านม การหลั่งออกซิโทซินทำให้เกิดการพุ่งของน้ำนม และการหลั่งโปรแลคตินส่งเสริมการสร้างน้ำนม ส่งผลให้สามารถให้นมทารกได้อย่างทันท่วงที อีกทั้งเสียงร้องยังชักนำให้มารดาเข้าไปปลอบโยน และโต้ตอบกับทารก

2.3 ออกซิโทซิน (oxytocin) เมื่อทารกดูดนมแม่จะกระตุ้นวงจรประสาทของต่อมไร้ท่อให้หลั่งออกซิโทซิน ส่งผลให้มีการหลั่งน้ำนมเพิ่มขึ้น และช่วยให้มดลูกหดรัดตัวดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด อีกทั้งช่วยให้มารดาเกิดความรู้สึกสงบ ผ่อนคลายในช่วงให้นม

2.4 โปรแลคติน (prolactin) เมื่อทารกดูดนมแม่ สิ่งเร้าที่หัวนมจะกระตุ้นวงจรประสาทของต่อมไร้ท่อให้ต่อมใต้สมองส่วนหน้าหลั่งโปรแลคตินเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การสร้างน้ำนมมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ระดับโปรแลคตินจะสูงขึ้นตามความถี่และประสิทธิภาพของการดูดนม โดยเฉพาะการให้นมในช่วงกลางคืนที่ช่วยคงปริมาณน้ำนมให้เพียงพอ

2.5 การได้กลิ่น (odor) ทารกสามารถเรียนรู้และจดจำกลิ่นเฉพาะของมารดา โดยเฉพาะกลิ่นน้ำนมและกลิ่นกายระหว่างการอุ้มหรือให้นม โดยทารกสามารถจำแนกกลิ่นของมารดาได้ภายใน 6-10 วันหลังคลอด ซึ่งช่วยส่งเสริมให้ทารกหันหามารดาเพื่อดูดนม นำไปสู่การเสริมสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

2.6 การประสานจังหวะ (entrainment) เมื่อมารดาพูดคุยหรือเปล่งเสียง ทารกมักประสานจังหวะการตอบสนองให้สอดคล้องกับจังหวะเสียงหรือท่าทางของมารดา เช่น ขยับแขนขา เปลี่ยนสีหน้า ส่งเสียง อมหรือยิ้ม พร้อมทั้งสบตาและเอื้อมสัมผัส การโต้ตอบที่มีจังหวะสอดคล้องกันนี้ ช่วยให้ทารกตื่นตัวอย่างเหมาะสม และส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งสื่อสัญญาณและการตอบสนองระหว่างมารดาและทารก

โดยสรุปทฤษฎีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก 2 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านภูมิหลังบิดามารดา และปัจจัยด้านปฏิบัติการดูแล จะเห็นได้ว่าการแสดงออกหรือการมีปฏิสัมพันธ์กันในลักษณะต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในระยะหลังคลอด หากมีกลไกหรือปัจจัยต่าง ๆ เข้ามาขัดขวางกระบวนการดังกล่าว อาจส่งผลให้มารดาและทารกไม่สามารถสร้างความรักใคร่ผูกพันกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินเป็นอุปสรรคหนึ่งที่ขัดขวางความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

ความสำคัญของความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

มารดาที่มีความรักใคร่ผูกพันที่ดีกับทารกจะสามารถปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม โดยความรักใคร่ผูกพันนี้เป็นรากฐานสำคัญที่ส่งเสริมให้มารดามีความไวต่อการรับรู้และตอบสนองต่อความต้องการของทารกได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาที่สูงขึ้น เกิดความมั่นใจ ลดความเครียด และช่วยให้มารดาสามารถจัดการกับบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Pudasainee-Kapri et al., 2024) นอกจากนี้ มารดาที่มีความรักใคร่ผูกพันกับทารกดีมักมีแนวโน้มเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ยาวนานยิ่งขึ้น เนื่องจากสามารถเรียนรู้และตอบสนองต่อพฤติกรรมของทารกได้อย่างเหมาะสม เกิดความเชื่อมั่นในการดูแลทารก และมีความ

มั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งผลให้ระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยาวนานขึ้น (Linde et al., 2020) ทั้งยังเกิดรูปแบบการเลี้ยงดูและความรักใคร่ผูกพันที่มีประสิทธิภาพ (effective caretaking and attachment) (Klaus & Kennell, 1982) ซึ่งส่งเสริมต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่สมวัยของทารก ทั้งด้านสติปัญญา อารมณ์ และสังคม (Karakas & Dagli, 2019; Rubin et al., 2022) รวมถึงการปรับตัวเข้าสังคมที่ดีในระยะต่อมา ทั้งนี้ ความรักใคร่ผูกพันที่มั่นคงตั้งแต่แรกเกิดเป็นรากฐานทางอารมณ์ที่ทำให้ทารกรู้สึกปลอดภัยและมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการเรียนรู้ทักษะทางสังคม การจัดการอารมณ์ และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นในอนาคต (Joas & Mohler, 2021) ในทางกลับกัน มารดาที่ไม่สามารถสร้างความรักใคร่ผูกพันกับทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้มีความยากลำบากในการปรับตัวสู่บทบาทการเป็นมารดา (Laifer et al., 2023; van Reenen & van Rensburg, 2013) และอาจนำไปสู่รูปแบบการเลี้ยงดูทารกที่ผิดปกติ (parenting disorder) ได้แก่ การปฏิเสธ การทอดทิ้ง หรือทำร้ายร่างกายทารก ซึ่งส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของทารกในแต่ละช่วงวัย และเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาจิตสังคมในอนาคต เช่น ความบกพร่องด้านการสร้างและคงไว้ซึ่งปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น (Klaus & Kennell, 1982)

ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน (emergency cesarean section) เป็นการทำคลอดโดยการผ่าตัดนำทารกออกมาทางหน้าท้องของมารดา เพื่อช่วยชีวิตหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์ โดยมักเกิดขึ้นภายใต้สถานการณ์เร่งด่วนที่มารดาไม่ได้เตรียมตัวล่วงหน้า (Cunningham et al., 2022) มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีระดับความรักใคร่ผูกพันกับทารกน้อยกว่ามารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้าหรือมารดาที่คลอดทางช่องคลอด (Zanardo et al., 2016) ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการฟื้นตัวหลังคลอดที่ล่าช้า เนื่องจากการเจ็บครรภ์คลอดเป็นเวลานาน การสูญเสียพลังงาน และภาวะแทรกซ้อนร่วม (Bhiladvala et al., 2022; Mankani & Ankalagi, 2024) อีกทั้งอาการปวดแผลผ่าตัดยังบั่นทอนความพร้อมทางร่างกายในการดูแลและสร้างความรักใคร่ผูกพันกับทารก (Makeen et al., 2022) นอกจากนี้ มารดายังเผชิญกับความรู้สึกเชิงลบจากการไม่สามารถคลอดได้เองทางช่องคลอด และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของตนเองและทารก ซึ่งส่งผลกระทบต่อความพร้อมทางด้านจิตใจในการสร้างความรักใคร่ผูกพันกับทารก (van Reenen & van Rensburg, 2013; Zanardo et al., 2016) ขณะเดียวกันทารกที่คลอดจากการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมักถูกแยกจากมารดาทันทีหลังคลอด เพื่อเข้ารับการดูแลเป็นพิเศษในหออภิบาลทารกแรกเกิด (Mankani & Ankalagi, 2024) เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพ

ต่าง ๆ ได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก (Obut et al., 2023) ภาวะขาดออกซิเจน (Farag et al., 2023) หรือการสูดสำลักขี้เทา (Darnal & Dangal, 2020) ภาวะเหล่านี้นำไปสู่การแยกจากระหว่างมารดาและทารกหลังคลอด ส่งผลให้มารดาและทารกไม่สามารถสร้างความรักใคร่ผูกพันกันได้ หรือสร้างความรักใคร่ผูกพันกันล่าช้า (Klaus & Kennell, 1982; Poojari et al., 2019; Zanardo et al., 2016)

จากการศึกษาเชิงคุณภาพที่สำรวจประสบการณ์ของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก พบว่า การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน นำไปสู่การแยกจากระหว่างมารดาและทารก และส่งผลให้การสัมผัสครั้งแรกล่าช้า เนื่องจากทารกถูกแยกไปเฝ้าระวังอาการผิดปกติหลังคลอด ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการสร้างความรักใคร่ผูกพัน อีกทั้งมารดายังมีความสามารถในการดูแลทารกลดลง เนื่องจากต้องใช้เวลาพักฟื้นยาวนานและมีอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัด (van Reenen & van Rensburg, 2013) และการศึกษาในมารดาหลังคลอดทารกที่มีอายุ 0-12 เดือนของประเทศอิตาลี จำนวน 1,495 ราย พบว่า การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีอิทธิพลทางลบต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ($\beta = -.08$, $p = .003$) นั่นคือ มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน มีแนวโน้มที่จะมีความรักใคร่ผูกพันกับทารกต่ำ (La Rosa et al., 2025)

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีผลกระทบทำให้กระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกไม่มีประสิทธิภาพ หากมารดาไม่สามารถสร้างความรักใคร่ผูกพันกับทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการเลี้ยงดูที่ผิดปกติ ในทางกลับกัน หากมารดามีความรักใคร่ผูกพันที่ดีกับทารก ส่งผลให้เกิดการเลี้ยงดูและความรักใคร่ผูกพันที่มีประสิทธิภาพ จึงควรมีการประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

การประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

การประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกมี 2 วิธี ได้แก่ การใช้แบบสอบถามและการใช้แบบสังเกตพฤติกรรม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

1.1 แบบสอบถามความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกหลังคลอดของ สุรีย์วรรณ ภูริปัญญาคุณ (2539) เครื่องมือฉบับนี้ดัดแปลงจากแบบวัดของ ชนิตา คชะสุต (2538) ซึ่งพัฒนาต่อจากแบบวัดสัมพันธภาพมารดาและทารกของ พรรณพิไล เลาหเพ็ญแสง (2526) โดยต้นแบบมาจากแบบวัดความรักใคร่ผูกพันบิดาและทารกของ Bills (1980) ภายใต้กรอบแนวคิดของ Klaus and Kennel (1982) และ Rubin (1985) ซึ่งเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรักใคร่ผูกพัน

ระหว่างมารดาและทารก 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้ต่อคุณลักษณะรูปร่างหน้าตาของทารก (ข้อ 1-5) 2) ความสนใจและความผูกพันซึ่งกันและกัน (ข้อ 6-11) 3) การยอมรับความเป็นบุคคลของทารก (ข้อ 12-16) 4) การยอมรับในบทบาทมารดา (ข้อ 17-20) และ 5) ความต้องการสัมผัสโอบอุ้มทารก (ข้อ 21-24) จำนวน 24 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .91 โดยเป็นข้อคำถามด้านบวกจำนวน 16 ข้อ (ข้อ 1-2, 5-7, 9-15, 17-18, 22-23) และด้านลบจำนวน 8 ข้อ (ข้อ 3-4, 8, 16, 19-21, 24) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ 1 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นเลย และ 5 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 24-120 คะแนน การแปลผล คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดามีความรักใคร่ผูกพันกับทารกสูง

1.2 แบบสอบถามความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกของ พรพรรณ จงปราณี (2540) เครื่องมือฉบับนี้แปลและดัดแปลงจาก Maternal Attachment Inventory (MAI) ของ Muller (1994) ซึ่งเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้ต่อหน้าตา ร่างกายของทารก 2) ความสนใจและความผูกพันต่อกัน 3) การสัมผัสโอบอุ้มทารก 4) การยอมรับความเป็นบุคคลของทารก และ 5) การยอมรับตนเองมากขึ้น จำนวน 26 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .92 โดยเป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตรลิเคิร์ท (Likert scale) 4 ระดับ ได้แก่ 1 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นเลย และ 4 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 26-104 คะแนน การแปลผล คะแนนรวม 26-52 คะแนน หมายถึง มารดามีความรักใคร่ผูกพันกับทารกในระดับน้อย คะแนนรวม 53-78 คะแนน หมายถึง มารดามีความรักใคร่ผูกพันกับทารกในระดับปานกลาง และคะแนนรวม 79-104 คะแนน หมายถึง มารดามีความรักใคร่ผูกพันกับทารกในระดับมาก

1.3 แบบสอบถามความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาต่อทารกของ ฉมาพร หนูเพชร (2556) เครื่องมือฉบับนี้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้สึกนึกคิดต่อทารก (ข้อ 1-15) และ 2) ด้านพฤติกรรมที่แสดงถึงความรักใคร่ผูกพัน (ข้อ 16-30) จำนวน 30 ข้อ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ .90 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .71 โดยเป็นข้อคำถามด้านบวกจำนวน 24 ข้อ (ข้อ 1, 3-7, 9-10, 13-19, 21-23, 25-30) และด้านลบจำนวน 6 ข้อ (ข้อ 2, 8, 11-12, 20, 24) ลักษณะ

คำตอบเป็นมาตรลิเคิร์ท (Likert scale) 5 ระดับ ได้แก่ 0 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือการกระทำเลย และ 4 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือการกระทำมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-120 คะแนน การแปลผล คะแนนรวม 0-40 คะแนน หมายถึง ความรักใคร่ผูกพันของมารดาต่อทารกอยู่ในระดับต่ำ คะแนนรวม 41-80 คะแนน หมายถึง ความรักใคร่ผูกพันของมารดาต่อทารกอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนรวม 81-120 คะแนน หมายถึง ความรักใคร่ผูกพันของมารดาต่อทารกอยู่ในระดับสูง

2. แบบสังเกตพฤติกรรมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

2.1 แบบสังเกตพฤติกรรมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกของ Reiser (1981) เครื่องมือฉบับนี้แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย พรรณิภา ทองณรงค์ (2537) ซึ่งเป็นแบบสังเกตพฤติกรรมความรักใคร่ผูกพัน 5 ด้าน ได้แก่ 1) การอุ้มทารก 2) การสัมผัส 3) การมอง 4) การแสดงสีหน้า และ 5) การส่งเสียงและการพูด จำนวน 10 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกดี

2.2 แบบสังเกตพฤติกรรมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกของ Reiser (1981) เครื่องมือฉบับนี้แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย พรพรรณ จงปราณี (2540) ซึ่งเป็นแบบสังเกตพฤติกรรมความรักใคร่ผูกพัน 7 ด้าน ได้แก่ 1) การสัมผัสโอบอุ้มทารก 2) การมองสายตา 3) การพูดและส่งเสียง 4) การแสดงสีหน้า 5) พฤติกรรมขณะให้นมทารก 6) พฤติกรรมหลังให้นมทารก และ 7) ลักษณะพฤติกรรมมารดาและทารก จำนวน 14 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกดี

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกของ สุรีย์วรรณ ภูริปัญญาคุณ (2539) เนื่องจากองค์ประกอบการประเมินครอบคลุมมิติที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การศึกษา และเหมาะสมต่อการประเมินในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินในระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด อีกทั้งเป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้วทั้งด้านความตรงเชิงเนื้อหา และความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน จึงเหมาะสมสำหรับใช้วัดผลลัพธ์ของการวิจัยนี้

การส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

การส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกสามารถดำเนินการได้ตั้งแต่ช่วงตั้งครรภ์ ระยะคลอด จึงถึงหลังคลอด สำหรับการวิจัยครั้งนี้เน้นการส่งเสริมในระยะหลังคลอด ซึ่งมีแนวทางที่สามารถสนับสนุนการเกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้ ดังต่อไปนี้

1. การสัมผัสเนื้อแบบแนบเนื้อ (Skin to skin contact) การให้ทารกวางแนบอยู่บนหน้าอกของมารดาโดยที่ผิวหนังของทั้งคู่สัมผัสกันโดยตรง เป็นวิธีที่ช่วยสร้างความใกล้ชิดทางกายและอารมณ์อย่างเป็นธรรมชาติ การสัมผัสในลักษณะนี้ช่วยให้เกิดการประสานสายตา เพิ่มความอบอุ่น ลดการสูญเสียความร้อนของทารก และส่งเสริมกระบวนการเกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (จงลักษณ์ ทวีแก้ว และคณะ, 2562) ดังการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ พบว่า มารดาที่ได้รับการส่งเสริมด้วยวิธีนี้มีความรักใคร่ผูกพันกับทารกสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งในระยะ 12 ชั่วโมงหลังคลอด และก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ($t = -3.21$, $p = .003$; $t = -3.62$, $p = .001$ตามลำดับ) (รัตนา งามบุณยรักษ์, 2553) จะเห็นได้ว่า การสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อเป็นแนวปฏิบัติที่ช่วยเสริมสร้างการตอบสนองทางสรีรวิทยาและอารมณ์ระหว่างมารดาและทารกตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด ทำให้ความรักใคร่ผูกพันเริ่มต้นได้อย่างมั่นคงและมีคุณภาพ

2. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (breastfeeding) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมความใกล้ชิดระหว่างมารดาและทารก เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่มีการ โอบกอด สัมผัส และสบตาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยกระตุ้นให้ทั้งสองฝ่ายรับรู้ถึงกลิ่นกายและสื่อสัญญาณเฉพาะของกันและกัน โดยทารกมักตอบสนองด้วยการหันหาเสียงหรือใบหน้าของมารดา ทำให้เกิดการสื่อสารและ สร้างความคุ้นเคยกัน ส่งผลต่อกระบวนการเกิดความรักใคร่ผูกพัน (Querido et al., 2022) ดังการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาครรภ์แรก พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($U = 399.5$, $p < .05$) (Ozturk & Demir, 2023) จะเห็นได้ว่า การเลี้ยงลูกนมแม่เป็นช่วงเวลาที่มารดาและทารกได้สัมผัส โอบกอด และสบตากัน ทำให้เกิดความคุ้นเคยและความผูกพันทางอารมณ์ตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด

3. การนวดสัมผัสทารก (infant massage) การนวดสัมผัสทารกเป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกผ่านการสัมผัสโดยตรง การสบสายตา การพูดคุย และการตอบสนองร่วมกันระหว่างที่มารดานวดให้ทารก ดังการศึกษาที่พบว่า มารดาที่ได้รับโปรแกรมการนวดสัมผัสทารกมีความรักใคร่ผูกพันกับทารกเพิ่มขึ้น ($t = -5.31$, $p < .001$) (ระวีวัฒน์ นุมานิต และคณะ, 2562) และการศึกษาในทารกปกติ พบว่า มารดาที่ได้รับโปรแกรมมีความรักใคร่ผูกพันกับทารกสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t = -3.47$, $p < .001$) (อำนาจ พิมพาต, 2552) เช่นเดียวกับการศึกษาในทารกที่มีภาวะเจ็บป่วย พบว่า มารดาที่ได้รับโปรแกรมมีความรักใคร่ผูกพันกับทารกสูงกว่ากลุ่มควบคุมเช่นกัน ($t = -4.19$, $p < .001$) (ขนิษฐา จรัสวิศิษฎ์กุล และทัศพร ชูศักดิ์, 2561) จะเห็นได้ว่าการนวดสัมผัสเป็นแนวทางที่มีประสิทธิผลในการเสริมสร้างความรักใคร่ผูกพันในหลายบริบท

4. การให้ความรู้เกี่ยวกับสื่อสัญญาณทารก (infant cues) สื่อสัญญาณทารกเป็นพฤติกรรมหรือภาษากายที่ทารกใช้สื่อความต้องการ เช่น ความหิว ความไม่สบายตัว หรือความต้องการการปลอบโยน โดยการให้ความรู้แก่มารดาเกี่ยวกับวิธีสังเกตและตีความสื่อสัญญาณเหล่านี้ช่วยให้มารดาสามารถตอบสนองต่อความต้องการของทารกได้อย่างเหมาะสมและทันท่วงที และส่งเสริมการพัฒนาความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (Stoodley et al., 2023) ดังการศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการอ่านสื่อสัญญาณของทารก พบว่า มารดาที่ได้รับโปรแกรมมีความรักใคร่ผูกพันกับทารกสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t = 6.12$, $p < .001$) (สุดหทัย ประสงค์ และคณะ, 2563) และการศึกษาของ ธีรยา เนาวโคอักษร และคณะ (2558) พบว่า มารดาที่ได้รับโปรแกรมมีความรักใคร่ผูกพันกับทารกเพิ่มขึ้น ($t = - 34.20$, $p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t = - 9.50$, $p < .001$) จะเห็นได้ว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับสื่อสัญญาณทารกเป็นมาตรการสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก โดยช่วยให้มารดามีความเข้าใจที่ถูกต้อง รับรู้ความต้องการของทารก และตอบสนองได้สอดคล้องกับพฤติกรรมของทารกมากยิ่งขึ้น

5. การดูแลทารกและอยู่ห้องเดียวกัน (rooming-in) การให้มารดาและทารกพักร่วมกันในห้องเดียวกันหลังคลอด เป็นแนวทางที่ช่วยส่งเสริมความใกล้ชิดระหว่างมารดาและทารก โดยมารดาสามารถเรียนรู้การดูแลทารกจากการปฏิบัติจริง เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การเช็ดสะดือ การเปลี่ยนผ้าอ้อม การแต่งตัว รวมถึงการสัมผัส การโอบกอด การสบตา และการพูดคุยกับทารกอย่างต่อเนื่อง กระบวนการเหล่านี้ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลทารก และส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (Querido et al., 2022) ดังการศึกษาในมารดาที่ทารกเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด พบว่า มารดาที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารกมีความรักใคร่ผูกพันกับทารกสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($Z = - 3.95$, $p < .001$) (ชญาพัฒน์ ธรรมภาสุวรรณ์, 2555) จะเห็นได้ว่า การอยู่ห้องเดียวกันช่วยลดการแยกจากกันของมารดาและทารก และส่งเสริมการสร้างความรักใคร่ผูกพันผ่านการสัมผัส การกอด การสบตา และการดูแลประจำวันอย่างสม่ำเสมอ

ปัจจัยที่มีผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

มารดาและทารกที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินจะมีความรักใคร่ผูกพันกันนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประสบการณ์การคลอด ความเหนื่อยล้า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร ความเครียด การสนับสนุนจากครอบครัว ระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรก และการสนับสนุนทางการพยาบาล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประสบการณ์การคลอด

ประสบการณ์การคลอด เป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นของมารดาต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะคลอด ซึ่งอาจสะท้อนออกมาในด้านบวกหรือลบ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และรูปแบบการดูแลที่ได้รับ โดยมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมักพบแนวโน้มของประสบการณ์ทางลบมากกว่า เนื่องจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเร่งด่วนและมีความเสี่ยงสูง ดังการศึกษาพบว่ามารดากลุ่มนี้รับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบร้อยละ 47.06 (ปริฉัตร แซ่ลิ้ว และคณะ, 2558) และพบว่า มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดมีประสบการณ์การคลอดทางบวกต่ำกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด ($M = 72.91$, $SD = 10.73$ เทียบกับ $M = 76.96$, $SD = 9.90$; $t = 3.679$, $p < .001$) โดยมีสาเหตุมาจากความเร่งรีบในการเตรียมเข้าห้องผ่าตัด ความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัย รวมถึงการขาดโอกาสในการสัมผัสหรือโอบกอดทารกทันทีหลังคลอด (มาณี น้ำคณาคุปต์ และคณะ, 2563)

มารดาที่มีประสบการณ์การคลอดทางบวก มักเกิดความรู้สึกปลอดภัย เชื่อมั่นในการควบคุมสถานการณ์ และรับรู้ถึงความสำเร็จในการคลอด ส่งผลให้มีความวิตกกังวลลดลง มีความมั่นคงทางอารมณ์ และเพิ่มความไวต่อสื่อสัญญาณทารก จึงสามารถตอบสนองต่อทารกได้ดี นำไปสู่การมีปฏิสัมพันธ์ที่อบอุ่น ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของความรักใคร่ผูกพันที่ดี นอกจากนี้ การได้มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับทารกตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด ช่วยให้การปรับตัวของฮอร์โมนออกซิโทซินและโปรแลคตินเป็นไปอย่างเหมาะสม ทำให้มารดามีความพร้อมทั้งด้านอารมณ์และร่างกายมากยิ่งขึ้น ซึ่งช่วยส่งเสริมความเชื่อมั่นในบทบาทการเป็นมารดา นำไปสู่ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกที่มั่นคง (Klaus & Kennell, 1982) ดังการศึกษาในมารดาหลังคลอดของประเทศอิหร่าน จำนวน 305 ราย พบว่า ประสบการณ์การคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ($r = .34$, $p < .001$) (Akhtarkia et al., 2023) เช่นเดียวกับการศึกษาของนริสา จันทบุรี และคณะ (2562) ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผนในระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังคลอดของโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 100 ราย พบว่า การรับรู้ประสบการณ์การคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ($r = .36$, $p < .001$) ในทวีปยุโรป การศึกษาของ Hoffmeister et al. (2022) ในมารดาหลังคลอดประเทศเยอรมนี จำนวน 141 ราย พบว่า ประสบการณ์การคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาทารก (OR = .96, 95% [CI = .93 - .98], $p < .01$) ขณะที่การศึกษาในมารดาระยะ 8 สัปดาห์หลังคลอดของประเทศเยอรมนี จำนวน 645 ราย พบว่า การรับรู้ประสบการณ์การคลอดสามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้ ($\beta = .312$, $p < .001$) (Seefeld et al., 2022)

จะเห็นได้ว่า ประสบการณ์การคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และเป็นจุดเริ่มต้นของความรักใคร่ผูกพันที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามบทบาทการพยาบาล ทั้งนี้การศึกษาประสบการณ์การคลอดในบริบทการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังคลอดยังมีจำกัด จึงเป็นเหตุผลในการเลือกศึกษาตัวแปรนี้

ความเหนื่อยล้า

ความเหนื่อยล้า เป็นการรับรู้ของมารดาต่อความรู้สึกอ่อนล้า หมดแรง หรือท้อแท้หลังคลอด มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดมีความเหนื่อยล้าสูงกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด ดังการศึกษาพบว่า มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดมีความเหนื่อยล้าร้อยละ 6.26 (1.78) และมารดาที่คลอดทางช่องคลอดมีความเหนื่อยล้าร้อยละ 5.25 (2.18) ซึ่งมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดมีความเหนื่อยล้าสูงกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด ($F = 9.66$, $p = .002$) (Lai et al., 2015) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดมีความเหนื่อยล้าระดับปานกลางทั้งในระยะ 48 และ 72 ชั่วโมงหลังคลอด (กัญญาพัชญ์ จาอ้าย และคณะ, 2563)

มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมักมีความเหนื่อยล้าสูง เป็นผลมาจากความอ่อนเพลียสะสมจากการเจ็บครรภ์เป็นเวลานาน ร่วมกับการสูญเสียเลือด และความไม่สุขสบายจากอาการปวดแผล ทำให้ร่างกายมีความต้องการพลังงานสูงขึ้น เพื่อใช้ในกระบวนการเมตาบอลิซึม การไหลเวียนโลหิต และการอักเสบเพื่อซ่อมแซมร่างกาย ซึ่งการที่ระบบเหล่านี้ต้องทำงานหนักขึ้นยิ่งส่งผลให้ระดับความเหนื่อยล้าสูงขึ้น (Phillips et al., 2020) ความเหนื่อยล้าดังกล่าว ทำให้มารดามีการเคลื่อนไหวลำบาก ต้องใช้เวลาพักฟื้นยาวนาน ลดเวลาและคุณภาพของปฏิสัมพันธ์กับทารกในระยะแรกหลังคลอด เช่น การสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ การเริ่มให้นมเร็ว และการอยู่ห้องเดียวกัน ส่งผลให้การอ่านและตอบสนองต่อสื่อสัญญาณของทารกทำได้ยากขึ้น ความถี่หรือความต่อเนื่องของการโอบกอดและการให้นมลดลง อีกทั้งความเชื่อมั่นในบทบาทการเป็นมารดาลดลง ส่งผลขัดขวางความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในช่วง 2-3 วันแรกหลังคลอด (Lai et al., 2015) ดังการศึกษาในมารดาหลังคลอดทางช่องคลอดและมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดของประเทศตุรกี จำนวน 181 ราย พบว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ($r = - .159$, $p = .033$) (Yesilcinar, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ของประเทศตุรกี จำนวน 211 ราย พบว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ ($r = - .184$, $p = .007$) (Cinar et al., 2017)

จะเห็นได้ว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก โดยเฉพาะในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมักมีระดับความเหนื่อยล้าสูง ภาวะดังกล่าวจึงถือเป็นปัจจัยทางกายภาพของมารดาที่ขัดขวางความสามารถในการเริ่มต้นปฏิสัมพันธ์กับทารกได้ทันที ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ในระยะแรกนี้เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก จึงเป็นเหตุผลในการเลือกศึกษาตัวแปรนี้

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร เป็นความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะให้การดูแลบุตรในระยะหลังคลอด โดยมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดมักมีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรต่ำ ดังการศึกษาในกลุ่มมารดาครรภ์แรกที่ได้รับการผ่าตัดคลอด จำนวน 115 ราย เทียบกับคลอดทางช่องคลอด จำนวน 97 ราย พบว่า กลุ่มมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรต่ำกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอดในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ($X^2 = 8.431$, $p = .004$) (Loto et al., 2010)

มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมักมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรต่ำ เนื่องจากการไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ตามที่ตั้งใจ ซึ่งบั่นทอนความภาคภูมิใจและความเชื่อมั่นในตนเอง ความรู้สึกนี้ส่งผลให้มารดามีแนวโน้มหลีกเลี่ยงการอุ้มทารก การให้นม หรือตอบสนองต่อสื่อสัญญาณทารกล่าช้า ซึ่งทำให้คุณภาพและความต่อเนื่องของปฏิสัมพันธ์ลดลง นำไปสู่การเกิดความรักใคร่ผูกพันที่ล่าช้า และอาจพัฒนาไปสู่การมีพฤติกรรมความรักใคร่ผูกพันที่ไม่เหมาะสม (DiTosto et al., 2024) ส่วนมารดาที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรสูง จะมีปฏิสัมพันธ์กับทารกสูง สามารถรับรู้และตอบสนองต่อสื่อสัญญาณทารกได้ดี ส่งเสริมให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (Klaus & Kennell, 1982) ดังการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ($r = .332$, $p = .01$) (Kadiroglu & Tufekci, 2022) สอดคล้องกับการศึกษาในมารดาหลังคลอด ≤ 6 เดือน ของประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 429 ราย พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรมีอิทธิพลทางบวกต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ($\beta = .48$, $p < .001$) (Liu et al., 2022) และการศึกษาของประเทศอียิปต์ จำนวน 240 ราย พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกในครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ ($r = .197$, $p < .05$) (Amasha et al., 2020)

จะเห็นได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ขณะเดียวกัน พบว่ายังไม่มีการศึกษาในบริบทของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งถือเป็นช่วงที่สำคัญต่อการสร้างความเชื่อมั่นเพื่อปรับตัวสู่บทบาทการเป็นมารดา จึงเป็นเหตุผลในการเลือกศึกษาตัวแปรนี้

ความเครียด

ความเครียด เป็นความรู้สึกไม่สบายใจต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่มารดาประสบ และการรับรู้ความสามารถในการจัดการหรือควบคุมสถานการณ์นั้น โดยมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมักมีความเครียด ดังการศึกษาพบว่า มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีความเครียดร้อยละ 26 ขณะที่มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้าพบเพียงร้อยละ 3 โดยปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การมีภาวะแทรกซ้อน ทารกอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ การไม่ให้นมบุตร และขาดการสนับสนุนจากสามี (Orovou et al., 2023) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีโอกาสเกิดความเครียดสูงกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอดในระยะ 6 เดือนหลังคลอด (adjusted OR = 1.14, 95% [CI = 1.01 - 1.29], p < .05) (Skov et al., 2022)

มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมักมีความเครียดสูง เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาในการพักฟื้นยาวนาน ร่วมกับความเจ็บปวดแผลผ่าตัด และความยากลำบากในการดูแลทารก (Huner et al., 2023) ความเครียดนี้ส่งผลขัดขวางความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก โดยอารมณ์เครียดจะกระตุ้นแกนประสาท-ต่อมไร้ท่อ (HPA-oxytocin axis) ทำให้คอร์ติซอล (cortisol) และคาเทโคลามีน (catecholamine) สูงขึ้น ซึ่งจะไปยับยั้งการหลั่งออกซิโทซินและโปรแลคติน ส่งผลให้รีเฟล็กซ์การหลั่งน้ำนม (let-down reflex) ลดลง และลดความสุขจากการมีปฏิสัมพันธ์กับทารก นอกจากนี้ ความเครียดยังทำให้มารดาตีความสื่อสัญญาณของทารกได้ไม่ดี หรือตอบสนองช้าลง ตลอดจนมีพฤติกรรมการดูแลทารกน้อยลง ปัจจัยเหล่านี้อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและยิ่งส่งผลกระทบต่อความรักใคร่ผูกพันในที่สุด (Klaus & Kennell, 1982) ดังการศึกษาในมารดาหลังคลอดของประเทศแคนาดา จำนวน 108 ราย พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (r = - .33, p = .01) (Li, 2023) และการศึกษาในมารดาหลังคลอดที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 134 ราย พบว่าความเครียดมีอิทธิพลทางลบต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (OR = 3.81; 95% [CI = 1.67 - 8.67], p < .01) (เสาวรส แพงทรัพย์ และคณะ, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาในมารดาหลังคลอดของประเทศจีน จำนวน 406 ราย พบว่า ความเครียดมีอิทธิพลทางลบต่อความรักใคร่ผูกพัน

ระหว่างมารดาและทารก (β = - .042, p < .001) (Wang et al., 2023) และการศึกษาในมารดา 1-3 วันหลังคลอดของประเทศโปแลนด์ จำนวน 72 ราย พบว่า ความเครียดสามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้ (β = .667, p = .001) (Bieleninik et al., 2021)

จะเห็นได้ว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และเป็นปัจจัยที่สามารถเฝ้าระวังได้ผ่านการคัดกรองและการพยาบาลเชิงรุกตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด จึงเป็นเหตุผลในการเลือกศึกษาตัวแปรนี้

การสนับสนุนจากครอบครัว

การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นการรับรู้ของมารดาต่อการได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะในระยะหลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงที่มารดาต้องการความรัก ความเข้าใจ และความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ดังการศึกษาเชิงคุณภาพในมารดาระยะ 10 วันแรกหลังคลอดของประเทศบราซิล จำนวน 11 ราย พบว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนหลัก โดยให้การสนับสนุนด้านสิ่งของสูงที่สุด เช่น การซื้อเสื้อผ้าและของใช้ทารก การช่วยค่าใช้จ่าย รองลงมาคือ ด้านข้อมูล เช่น การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกหลังคลอด และด้านอารมณ์ เช่น การให้กำลังใจ และสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลทารก (Cremonese et al., 2017) สอดคล้องกับการศึกษาในมารดาวัยรุ่นของประเทศอินโดนีเซีย จำนวน 106 ราย พบว่า มารดาได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวด้านสิ่งของสูงที่สุด (ร้อยละ 90) รองลงมาคือ ด้านข้อมูล (ร้อยละ 86.1) ด้านการประเมินค่า (ร้อยละ 78.2) และด้านอารมณ์ (ร้อยละ 76.5) ตามลำดับ (Puspasari et al., 2023)

การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก โดยการสนับสนุนจากครอบครัวทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูล สิ่งของ และบทบาทหน้าที่จะช่วยลดความเครียดและความเหนื่อยล้าของมารดา จึงทำให้มารดามีเวลาและมีพลังงานเพิ่มขึ้นสำหรับการให้นม การโอบกอด และการมีปฏิสัมพันธ์กับทารก ส่งผลให้มารดามีความมั่นใจในการดูแลทารกมากขึ้น สามารถรับรู้และตอบสนองต่อสื่อสัญญาณทารกได้ดี รวมทั้งปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม (Machado et al., 2020) ดังการศึกษาในมารดาคลอดทารกก่อนกำหนดของประเทศตุรกี จำนวน 62 ราย พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (r = .26, p < .01) (Varisoglu & Vural, 2024) และการศึกษาในมารดาหลังคลอดของประเทศตุรกีเช่นกัน จำนวน 1,394 ราย พบว่า มารดาที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวตนเองและครอบครัวสามีจะมีความรักใคร่ผูกพันกับทารกสูงกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเลย (F = 3.51, p = .03) (Keskin & Yagmur, 2020)

เมื่อพิจารณารายบุคคล พบว่าสามีเป็นผู้ให้การสนับสนุนหลักที่สำคัญที่สุด ดังการศึกษาในมารดาหลังคลอด จำนวน 227 ราย พบว่า การสนับสนุนจากสามี มีอิทธิพลทางบวกต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (β = .16, p = .048) (de Waal et al., 2023)

จะเห็นได้ว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และเป็นปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ผ่านการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นทรัพยากรที่นำไปใช้ได้จริงและต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงบ้าน จึงเป็นเหตุผลในการเลือกศึกษาตัวแปรนี้

ระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรก

ระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรก เป็นระยะเวลาตั้งแต่ทารกคลอดจนถึงมารดาได้รับทารกกลับมาดูแลที่หอผู้ป่วยสูติกรรม โดยมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดได้พบหรือสัมผัสทารกครั้งแรกล่าช้ากว่าการคลอดทางช่องคลอด ดังการศึกษาเปรียบเทียบประสบการณ์ในมารดาหลังคลอดของประเทศแคนาดา จำนวน 6,421 ราย พบว่า มารดาที่ได้รับผ่าตัดคลอดได้สัมผัสทารกครั้งแรกช้าโดยร้อยละ 6.1 ได้สัมผัสทารกครั้งแรกหลังคลอดเกินกว่า 6 ชั่วโมง และร้อยละ 22.2 ต้องแยกจากทารกนานเกิน 6 ชั่วโมงภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (Chalmers et al., 2010) เนื่องจากทารกมักมีปัญหาสุขภาพ ทำให้จำเป็นต้องแยกไปเข้ารับการดูแลรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด (Mankani & Ankalagi, 2024) ดังการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของทารกในประเทศอินเดีย จำนวน 165 ราย พบว่า ทารกที่คลอดจากการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าทารกที่คลอดจากการผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้า (X^2 = - 21.04, p = .001) (Darnal & Dangal, 2020) โดยทารกที่คลอดจากการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดนานเฉลี่ย 4 วัน (SD = 9.71) (Min = 0, Max = 50) (กุสุมล แสนบุญมา และคณะ, 2562)

การที่มารดาได้ดูแลทารกครั้งแรกล่าช้า ส่งผลกระทบต่อการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในระยะแรกหลังคลอด ทำให้กระบวนการนี้เกิดขึ้นช้าและไม่เต็มศักยภาพ เนื่องจากมารดาขาดโอกาสในการสัมผัสหรือโอบกอดทารกอย่างใกล้ชิด และเกิดความวิตกกังวลและความหวาดกลัวต่อการสูญเสียทารก (Manzo et al., 2018) ดังการศึกษาในมารดาหลังคลอดจำนวน 90 ราย พบว่า ระยะเวลาแยกจากระหว่างมารดาและทารกมีอิทธิพลทางลบต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (β = - .354, p = .001) โดยเมื่อมารดาแยกจากทารกนานขึ้น ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกจะลดลง (Monaco, 2011) และการศึกษาในมารดาหลังคลอดของประเทศอิสราเอล จำนวน 91 ราย พบว่า ระยะเวลาแยกจากระหว่างมารดาและทารกมีอิทธิพล

ทางลบต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (β = - .22, p < .05) (Feldman et al., 1999) สอดคล้องกับการศึกษาในมารดาหลังคลอดของประเทศตุรกี จำนวน 1,394 ราย พบว่า มารดาที่แยกจากทารกมีคะแนนความรักใคร่ผูกพันเฉลี่ยเท่ากับ 99.89 (4.65) ขณะที่มารดาที่อยู่กับทารกมีคะแนนความรักใคร่ผูกพันเฉลี่ยเท่ากับ 101.19 (3.58) โดยกลุ่มที่แยกจากทารกมีคะแนนความรักใคร่ผูกพันน้อยกว่ากลุ่มที่อยู่กับทารก (t = - 1.99, p = .048) (Keskin & Yagmur, 2020) นอกจากนี้ การทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มเปรียบเทียบ (RCT) ในประเทศเยอรมนี พบว่า การที่มารดาได้สัมผัสทารกเร็วและเป็นระยะเวลานานกว่าช่วยลดโอกาสเกิดปัญหาความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (p = .031) (Mehler et al., 2020) และการศึกษาของ Mehler et al. (2011) พบว่า มารดาที่ได้พบทารกภายใน 3 ชั่วโมงแรกหลังคลอดมีระดับความรักใคร่ผูกพันสูงกว่ามารดาที่ได้พบทารกหลัง 3 ชั่วโมงแรก (ร้อยละ 76 เทียบกับ ร้อยละ 41, p = .009)

จะเห็นได้ว่า ระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรกมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก โดยมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมักได้ดูแลทารกครั้งแรกล่าช้า ทั้งนี้ ระยะเวลาดังกล่าวเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ผ่านมาตรการการดูแล อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ระบุช่วงเวลาการดูแลทารกครั้งแรกกับผลด้านความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกโดยตรงยังมีจำนวนจำกัด จึงเป็นเหตุผลในการเลือกศึกษาตัวแปรนี้

การสนับสนุนทางการพยาบาล

การสนับสนุนทางการพยาบาล เป็นความช่วยเหลือหรือการดูแลที่ได้รับจากพยาบาลเพื่อให้มารดามีพฤติกรรมความรักใคร่ผูกพันกับทารก โดยพยาบาลสามารถให้การสนับสนุนเพื่อให้มารดาเกิดความรักใคร่ผูกพันกับทารกได้ ดังนี้ การดูแลสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ (รัตนา งามบุณยรักษ์, 2553) การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Ozturk & Demir, 2023) การสนับสนุนให้มารดานวดสัมผัสทารก (อำนาจ พิมพาต, 2552) การให้ความรู้เกี่ยวกับสื่อสัญญาณทารก (สุดหทัย ประสงค์และคณะ, 2563) ตลอดจนการสนับสนุนให้มารดาดูแลทารกด้วยตนเองและพักอยู่ในห้องเดียวกัน (ชญาพัฒน์ ธรรมภาสุวรรณ์, 2555) เป็นต้น

การสนับสนุนทางการพยาบาล ช่วยส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก โดยการลดความเครียดและความวิตกกังวล พร้อมทั้งเสริมสร้างความเชื่อมั่นและทักษะให้มารดาในการรับรู้สื่อสัญญาณจากทารก นอกจากนี้ พยาบาลยังช่วยสร้างโอกาสในการปฏิสัมพันธ์อย่างเป็นระบบ เช่น การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการอยู่ห้องเดียวกัน ทำให้มารดาสามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้อย่างแม่นยำ และนำไปสู่พฤติกรรมความรักใคร่ผูกพันที่ดีขึ้น

(Bostanabad et al., 2017) จากการศึกษาในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผนระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังคลอดของโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 100 ราย พบว่า แรงสนับสนุนทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ($r = .21$, $p = .034$) (นริสา จันทบุรี และคณะ, 2562) และการศึกษาในมารดาหลังคลอดที่ทารกเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด (SNB) จำนวน 96 ราย พบว่า การสนับสนุนจากพยาบาล ($\beta = .36$, $p < .01$) และอายุของมารดา ($\beta = .19$, $p = .04$) สามารถร่วมกันทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้ร้อยละ 19 ($R^2 = .19$, $F_{2, 93} = 10.59$, $p < .05$) (เพียงขวัญ ภูทอง และคณะ, 2561) และการศึกษาในมารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนด จำนวน 210 ราย พบว่า การสนับสนุนจากพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ($r = .195$, $p = .005$) โดยด้านการยอมรับยกย่องมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 70.69 (18.07) รองลงมาคือ ด้านสิ่งของเท่ากับ 70.40 (16.72) ด้านข้อมูลเท่ากับ 69.39 (17.38) และด้านอารมณ์เท่ากับ 67.38 (17.13) ตามลำดับ (Ghadery-Sefat et al., 2016)

จะเห็นได้ว่า การสนับสนุนทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก โดยพยาบาลเป็นผู้ดูแลที่ใกล้ชิดมารดามากที่สุดในระยะแรกหลังคลอด และมีบทบาทโดยตรงในส่งเสริมการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก จึงเป็นเหตุผลในการเลือกศึกษาตัวแปรนี้

จากข้อมูลดังกล่าว การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินส่งผลกระทบต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และปัจจัยดังกล่าวข้างต้นมีส่วนสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมความรักใคร่ผูกพัน จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งมีระบบบริการสาธารณสุข และบริบททางสังคมที่แตกต่างจากประเทศไทย สำหรับในประเทศไทยพบการศึกษาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผน (นริสา จันทบุรี และคณะ, 2562) หรือการศึกษาในมารดาหลังคลอดกลุ่มอื่น ๆ (เพียงขวัญ ภูทอง และคณะ, 2561; เสาวรส แพงทรัพย์ และคณะ, 2561) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และปัจจัยทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ผลจากการศึกษาคาดว่าจะได้องค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการดูแลทางการพยาบาลหรือพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินต่อไป

บทที่ 3
วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และปัจจัยทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ มารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินที่พักฟื้นอยู่หอผู้ป่วยสูติกรรมของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และโรงพยาบาลชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ มารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินที่พักฟื้นอยู่หอผู้ป่วยสูติกรรมของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และโรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. อายุ 18 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่วางแผนล่วงหน้า และอยู่ในระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด
3. ทารกถูกแยกจากมารดาทันทีหลังคลอด เพื่อสังเกตอาการหรือรับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด และกลับมาอยู่กับมารดาภายใน 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดที่กระทบความสามารถในการดูแลทารก ได้แก่ การตกเลือด หรือการติดเชื้อ เป็นต้น
5. สามารถสื่อสาร อ่าน เขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต ได้แก่ โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า เป็นต้น

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) โดยการใช้โปรแกรม G*Power 3.1 ใช้สถิติ F-test และ Linear multiple regression: Fixed model, R^2 deviation from zero กำหนดค่าความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .90 (Burns & Grove, 2009) และค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Medium effect size) เท่ากับ .15 (Cohen, 1988) ตัวแปรต้นเท่ากับ 7 ตัวแปร โปรแกรมคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง และอาจมีค่าผิดปกติ (Outliers) จึงเพิ่มจำนวนร้อยละ 10 (Israel, 1992) ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 143 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1. กำหนดโรงพยาบาลที่ศึกษา โดยการคัดเลือกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดชลบุรีที่มีจำนวนมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินสูงสุด 2 โรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2566 ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 1,459 ราย (โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา, 2567) และโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 1,390 ราย (โรงพยาบาลชลบุรี, 2567)

2. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนประชากร โดยใช้สูตรดังต่อไปนี้ (Cochran, 1977)

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง} = \frac{\text{จำนวนประชากรในแต่ละรพ.} \times \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}}$$

เมื่อแทนค่าตามสูตรจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$\text{โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา} = \frac{1{,}459 \times 143}{2{,}849} = 73.23 \text{ (73 ราย)}$$

$$\text{โรงพยาบาลชลบุรี} = \frac{1{,}390 \times 143}{2{,}849} = 69.77 \text{ (70 ราย)}$$

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามความสะดวก (convenience sampling) จากมารดาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และดำเนินการเก็บข้อมูลจนครบตามสัดส่วนที่กำหนดไว้แต่ละโรงพยาบาล

สถานที่เก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานที่ ดังต่อไปนี้

1. โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยสูติกรรม ชั้น 18A มีแนวทางการดูแลมารดาและทารกที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ดังนี้ หลังผ่าตัดคลอดทารก

ถูกแยกจากมารดาทันที ยังไม่ได้สัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อทันทีหลังคลอด ซึ่งพยาบาลห้องคลอดจะรับทารกจากห้องผ่าตัดไปยังห้องเด็ก (nursery) เพื่อเฝ้าระวังอาการผิดปกติและให้วัคซีนพื้นฐานสำหรับทารกแรกเกิด ส่วนมารดาจะพักฟื้นในห้องผ่าตัดประมาณ 2 ชั่วโมง หรือจนกว่าสัญญาณชีพคงที่ จากนั้นย้ายไปหอผู้ป่วยสูติกรรมสามัญหรือหอผู้ป่วยสูติกรรมพิเศษตามความเหมาะสม

มารดาและทารกจะแยกจากกันประมาณ 6-8 ชั่วโมงหลังคลอดหรือนานกว่านั้นขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพของมารดาและทารก เมื่อมารดามีความพร้อมและทารกไม่มีความผิดปกติ พยาบาลห้องเด็กจะนำทารกมาส่งให้มารดาดูแล กรณีทารกมีอาการเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด จะส่งต่อไปยังหอทารกแรกเกิดป่วย (SNB) หรือหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต (NICU) ตามความเหมาะสม เมื่อมารดาแข็งแรงสามารถไปเยี่ยมบุตรได้

สำหรับการเยี่ยมมารดา เปิดเยี่ยมวันละ 2 รอบ ได้แก่ เวลา 11.00-13.00 น. 17.00-20.00 น. ของทุกวัน ระหว่างพักรักษา มารดาจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกหลังคลอด สำหรับการจำหน่ายกลับบ้าน หากมารดาและทารกแข็งแรงและไม่มีภาวะแทรกซ้อน สูติแพทย์จะพิจารณาจำหน่ายกลับบ้านประมาณ 3 วันหลังผ่าตัดคลอด

2. โรงพยาบาลชลบุรี เก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยสูติกรรม-นรีเวช ชลารักษ์ 3 มีแนวทางการดูแลมารดาและทารกที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ดังนี้ หลังผ่าตัดคลอดทารกถูกแยกจากมารดาทันที ยังไม่ได้สัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อทันทีหลังคลอด ซึ่งพยาบาลห้องคลอดจะรับทารกจากห้องผ่าตัดไปเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่ห้องคลอดประมาณ 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินสัญญาณชีพและภาวะแทรกซ้อนระยะแรก มารดาจะพักฟื้นในห้องผ่าตัดประมาณ 2 ชั่วโมงหรือจนกว่าสัญญาณชีพคงที่ จากนั้นย้ายไปหอผู้ป่วยสูติกรรมสามัญหรือหอผู้ป่วยสูติกรรมพิเศษตามความเหมาะสม

มารดาและทารกจะต้องแยกจากกันนานประมาณ 2 ชั่วโมงหลังคลอด หรือนานกว่านั้นขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพของมารดาและทารก เมื่อมารดามีความพร้อมและทารกไม่มีความผิดปกติ จะนำทารกมาส่งให้มารดาดูแลทันที และให้วัคซีนพื้นฐานสำหรับทารกแรกเกิด กรณีทารกมีภาวะเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด จะส่งต่อไปยังหอทารกแรกเกิดป่วย (SNB) หรือหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต (NICU) ตามความเหมาะสม เมื่อมารดาแข็งแรงสามารถไปเยี่ยมบุตรได้

สำหรับการเยี่ยมมารดา เปิดเยี่ยมวันละ 3 รอบ ได้แก่ เวลา 07.00-08.00 น. 12.00-15.00 น. และ 17.00-20.00 น. ของทุกวัน ระหว่างพักรักษามารดาจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกหลังคลอด สำหรับการจำหน่ายกลับบ้าน หากมารดาและทารกแข็งแรงและไม่มีภาวะแทรกซ้อน สูติแพทย์จะพิจารณาจำหน่ายกลับบ้านประมาณ 2-3 วันหลังผ่าตัดคลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถาม และแบบบันทึก จำนวน 10 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรสปัจจุบัน ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้สุทธิของครอบครัว ลักษณะครอบครัว บุคคลสำคัญในครอบครัว และข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด ได้แก่ การวางแผนการตั้งครรภ์ ความตั้งใจในการเลือกวิธีการคลอด ประสบการณ์การเลี้ยงดูทารก และชนิดของนมที่บุตรได้รับ ลักษณะคำตอบแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประสบการณ์การคลอด ใช้แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดของ ปาริฉัตร แซ่ลิ้ว และคณะ (2558) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความกลัวหรือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในระยะคลอด (ข้อ 1-2, 12-13, 17) 2) ความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด (ข้อ 6-7) 3) ความมั่นใจต่อการคลอด (ข้อ 14-15) 4) ความสามารถในการควบคุมตนเอง (ข้อ 3-4) 5) ความคาดหวังต่อประสบการณ์การคลอด (ข้อ 18-19) และ 6) ความรู้สึกพึงพอใจต่อการคลอด (ข้อ 5, 8-11, 16, 20-21) มีการตัดข้อคำถามออก 3 ข้อ เหลือจำนวน 21 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามด้านบวกจำนวน 12 ข้อ (ข้อ 3-5, 8-11, 14-16, 20-21) และด้านลบจำนวน 9 ข้อ (ข้อ 1-2, 6-7, 12-13, 17-19) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ .95 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .76 ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ 1 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นเลย และ 5 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 21-105 คะแนน โดยมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

ไม่เป็นความจริงเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นเลย

เป็นความจริงเล็กน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นบ้างเล็กน้อย

เป็นความจริงปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นครึ่งหนึ่ง

เป็นความจริงส่วนมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นเป็นส่วนมาก

เป็นความจริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นมากที่สุด

โดยกำหนดคะแนนของข้อคำถาม ดังนี้

เลือกตอบ	คะแนนความหมายด้านบวก	คะแนนความหมายด้านลบ
ไม่เป็นความจริงเลย	1	5
เป็นความจริงเล็กน้อย	2	4
เป็นความจริงปานกลาง	3	3
เป็นความจริงส่วนมาก	4	2
เป็นความจริงมากที่สุด	5	1

การแปลผล คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดามีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเหนื่อยล้า เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม (Gladman et al., 2020) ซึ่งเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกอ่อนล้า หมดแรง หรือท้อแท้ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองและบุตรในระยะหลังผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ลักษณะคำตอบเป็นมาตรแบบตัวเลข (Numerical rating scale) จำนวน 1 ข้อ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน คือ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความรู้สึกเหนื่อยล้าเลย และ 10 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกเหนื่อยล้าสูงที่สุด โดยคะแนนที่มากขึ้น หมายถึง มีความเหนื่อยล้าสูงขึ้น

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร เป็นแบบสอบถามที่ปรับเนื้อหาจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงดูบุตรของ สุหรี หนุ่งอาหลี (2547) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลร่างกายของบุตร (ข้อ 1-8) 2) การส่งเสริมพัฒนาการของบุตร (ข้อ 9-10) และ 3) การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับบุตร (ข้อ 11-14) จำนวน 14 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ข้อคำถามที่มีการปรับเนื้อหา ได้แก่ ข้อ 6 และข้อคำถามที่เพิ่มเติม ได้แก่ ข้อ 8, 14 มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ .93 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .96 ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ 1 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกเชื่อมั่นหรือความมั่นใจเลย และ 4 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกเชื่อมั่นหรือความมั่นใจมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน โดยมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

ไม่มั่นใจเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกเชื่อมั่นหรือความมั่นใจเลย
มั่นใจน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกเชื่อมั่นหรือความมั่นใจน้อย
มั่นใจมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกเชื่อมั่นหรือความมั่นใจมาก
มั่นใจมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกเชื่อมั่นหรือความมั่นใจมากที่สุด

การแปลผล คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดามีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเครียด ใช้แบบวัดความรู้สึกเครียดของ Wongpakaran and Wongpakaran (2010) ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ 1) อารมณ์เครียด (Stress) (ข้อ 1-3, 6, 9-10) และ 2) การควบคุม (Control) (ข้อ 4-5, 7-8) จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามด้านบวกจำนวน 4 ข้อ (ข้อ 4-5, 7-8) และด้านลบจำนวน 6 ข้อ (ข้อ 1-3, 6, 9-10) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .72 ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ 0 คะแนน หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกหรือความคิดตรงกับข้อความนั้นเลย และ 4 คะแนน หมายถึง ท่านมีความรู้สึกหรือความคิดตรงกับข้อความนั้นบ่อยมาก คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-40 คะแนน โดยมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

ไม่มีเลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกหรือความคิดตรงกับข้อความนั้นเลย
น้อยครั้ง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกหรือความคิดตรงกับข้อความนั้นน้อย
บางครั้ง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกหรือความคิดตรงกับข้อความนั้นเป็นบางครั้ง
ค่อนข้างบ่อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกหรือความคิดตรงกับข้อความนั้นค่อนข้างบ่อย
บ่อยมาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกหรือความคิดตรงกับข้อความนั้นบ่อยมาก

โดยกำหนดคะแนนของข้อคำถาม ดังนี้

เลือกตอบ	คะแนนความหมายด้านบวก	คะแนนความหมายด้านลบ
ไม่มีเลย	4	0
น้อยครั้ง	3	1
บางครั้ง	2	2
ค่อนข้างบ่อย	1	3
บ่อยมาก	0	4

การแปลผล คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดามีความเครียดสูง

หากผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามแล้วพบว่ามีระดับความเครียดสูง ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความเครียดและแนวทางการผ่อนคลายความเครียดเบื้องต้น พร้อมทั้งส่งต่อข้อมูลให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว ใช้แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวของ ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี และคณะ (2567) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์

(ข้อ 1-5) 2) ด้านบทบาทหน้าที่ (ข้อ 6-7) 3) ด้านข้อมูล (ข้อ 8-9) และ 4) ด้านสิ่งของ (ข้อ 10-13) มีการตัดข้อคำถามออก 2 ข้อ เหลือจำนวน 13 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .93 ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ 1 คะแนน หมายถึง ท่านไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว และ 4 คะแนน หมายถึง ท่านได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวมากที่สุด/เป็นประจำ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 13-52 คะแนน โดยมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

ไม่เคยได้รับ หมายถึง ท่านไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว
ได้รับเล็กน้อย หมายถึง ท่านได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวเล็กน้อย/บางครั้ง
ได้รับปานกลาง หมายถึง ท่านได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวปานกลาง/บ่อยครั้ง
ได้รับมากที่สุด หมายถึง ท่านได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวมากที่สุด/เป็นประจำ

การแปลผล คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดาได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวสูง

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการสนับสนุนทางการพยาบาล เป็นแบบสอบถามที่ปรับเนื้อหาจากแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวของ ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี และคณะ (2567) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ (ข้อ 1-5) 2) ด้านบทบาทหน้าที่ (ข้อ 6-8) 3) ด้านข้อมูล (ข้อ 9-11) และ 4) ด้านสิ่งของ (ข้อ 12-15) จำนวน 15 ข้อ ข้อคำถามที่มีการปรับเนื้อหา ได้แก่ ข้อ 3, 6, 8, 13,14 เพื่อให้สอดคล้องกับบริบททางการพยาบาล และเปลี่ยนคำว่าครอบครัวเป็นพยาบาล โดยเป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .96 ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ 1 คะแนน หมายถึง ท่านไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาล และ 4 คะแนน หมายถึง ท่านได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลมากที่สุด/เป็นประจำ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน โดยมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

ไม่เคยได้รับ หมายถึง ท่านไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาล
ได้รับเล็กน้อย หมายถึง ท่านได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลเล็กน้อย/บางครั้ง
ได้รับปานกลาง หมายถึง ท่านได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลปานกลาง/บ่อยครั้ง

ได้รับมากที่สุด หมายถึง ท่านได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลมากที่สุด/เป็นประจำ

การแปลผล คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดาได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลสูง

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ใช้แบบวัดความรักใคร่ผูกพันของมารดาต่อทารกหลังคลอดของ สุรีย์วรรณ ภูริปัญญาคุณ (2539) ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้ต่อคุณลักษณะรูปร่างหน้าตาของทารก (ข้อ 1-4) 2) ความสนใจและความผูกพันซึ่งกันและกัน (ข้อ 5-9) 3) การยอมรับความเป็นบุคคลของทารก (ข้อ 10-12) 4) การยอมรับในบทบาทมารดา (ข้อ 13-14) และ 5) ความต้องการสัมผัสโอบอุ้มทารก (ข้อ 15-17) มีการตัดข้อคำถามออก 7 ข้อ เหลือจำนวน 17 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามด้านบวกจำนวน 15 ข้อ (ข้อ 1-2, 4-16) และด้านลบจำนวน 2 ข้อ (ข้อ 3, 17) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .90 ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ 1 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นเลย และ 5 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 17-85 คะแนน โดยมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

ไม่เป็นความจริงเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นเลย

เป็นความจริงเล็กน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นบ้างเล็กน้อย

เป็นความจริงปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นครึ่งหนึ่ง

เป็นความจริงส่วนมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นเป็นส่วนมาก

เป็นความจริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นมากที่สุด

โดยกำหนดคะแนนของข้อคำถาม ดังนี้

เลือกตอบ	คะแนนความหมายด้านบวก	คะแนนความหมายด้านลบ
ไม่เป็นความจริงเลย	1	5
เป็นความจริงเล็กน้อย	2	4
เป็นความจริงปานกลาง	3	3
เป็นความจริงส่วนมาก	4	2
เป็นความจริงมากที่สุด	5	1

การแปลผล คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดามีความรักใคร่ผูกพันกับทารกสูง

ส่วนที่ 9 แบบบันทึกระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรก เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกด้วยตนเอง เป็นระยะเวลาตั้งแต่ทารกคลอดจนถึงมารดาได้รับทารกกลับมาดูแลที่หอผู้ป่วยสูติกรรม นับเวลาเป็นชั่วโมง ลักษณะคำตอบแบบเติมคำในช่องว่าง จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 10 แบบบันทึกเกี่ยวกับการคลอด และภาวะสุขภาพมารดาและทารก เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกด้วยตนเอง จากการสอบถามพยาบาลประจำหอผู้ป่วยสูติกรรม ประกอบด้วย วันที่/เวลาที่รับไว้ ณ ห้องคลอด อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ค่าความเข้มข้นของเลือดและฮีโมโกลบินที่ตรวจล่าสุด ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอด วิธีการระงับความรู้สึกระหว่างการผ่าตัดคลอด แนวของแผลผ่าตัดคลอด ปริมาณเลือดที่สูญเสียทั้งหมด การได้รับเลือดทดแทน ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด คะแนน APGAR score นาทีที่ 1, 5 และความผิดปกติของทารก ลักษณะคำตอบแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 12 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยได้ปรับแก้เนื้อหาในแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร และแบบสอบถามการสนับสนุนทางการพยาบาล จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์สาขาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 ท่าน ผลการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบสอบถามทั้งสองฉบับเท่ากับ .93 และ 1.00 ตามลำดับ และมีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง ส่วนแบบสอบถามประสบการณ์การคลอด แบบสอบถามความเครียด แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว และแบบสอบถามความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ใช้ฉบับดั้งเดิมโดยไม่ดัดแปลง จึงไม่ได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเพิ่มเติมอีกครั้ง

การตรวจหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามประสบการณ์การคลอด แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร แบบสอบถามความเครียด แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว แบบสอบถามการสนับสนุนทางการพยาบาล และแบบสอบถามความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ไปทดลองใช้ (try-out) กับมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินที่มีคุณลักษณะ

ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย จากนั้นคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค พบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .76, .96, .72, .93, .96 และ .90 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา (รหัสจริยธรรม G-HS 071/2567) โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา (รหัสจริยธรรม 016/2568) และโรงพยาบาลชลบุรี (รหัสจริยธรรม 101/67/O/q)

2. ผู้วิจัยแนะนำตนเองแก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นตามเอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยจนเกิดความเข้าใจ และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมได้โดยอิสระ

3. กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ซึ่งการปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างจะไม่มีผลกระทบต่อการดูแลและบริการรักษาพยาบาลที่พึงจะได้รับ

4. ผู้วิจัยมีมาตรการรักษาความลับของข้อมูลอย่างเคร่งครัด โดยแบบสอบถามฉบับกระดาษเก็บรักษาในตู้เอกสารที่ล็อกกุญแจตลอดเวลา และมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเปิดตู้เอกสารได้ สำหรับข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ จัดเก็บในคอมพิวเตอร์ที่ป้องกันด้วยรหัสผ่าน และจำกัดสิทธิ์การเข้าถึงเฉพาะผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้น ผู้วิจัยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและรายงานผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่สามารถระบุตัวตนได้ ภายหลังการเผยแพร่งานวิจัย ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี โดยลบไฟล์ข้อมูลออกจากคอมพิวเตอร์ และทำลายแบบสอบถามกระดาษด้วยเครื่องทำลายเอกสาร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมการ และขั้นดำเนินการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัยที่ผ่านการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา

1.2 เมื่อผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และโรงพยาบาลชลบุรี เพื่อขอรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 เมื่อผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูลและได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยสูติกรรมเพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และโรงพยาบาลชลบุรี ระหว่างวันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 08.00-16.00 น. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามความสะดวก (convenience sampling) จากมารดาหลังคลอดที่พักฟื้นในหอผู้ป่วยสูติกรรม และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่พร้อมให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยได้รับความร่วมมือจากผู้ประสานงานวิจัยประจำหอผู้ป่วยสูติกรรมในการช่วยคัดกรองเบื้องต้น เมื่อมารดาหลังคลอดแสดงความสนใจ ผู้วิจัยจึงเชิญชวนและดำเนินการเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป

2.2 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนการคุ้มครองสิทธิของผู้เข้าร่วม ทั้งนี้ การเข้าร่วมเป็นไปโดยสมัครใจ ผู้เข้าร่วมมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผล และการปฏิเสธหรือถอนตัวจะไม่กระทบต่อสิทธิในการรับการดูแลและบริการรักษาพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยรักษาความลับของข้อมูลอย่างเคร่งครัด โดยเอกสารแบบสอบถามจัดเก็บในตู้เอกสารที่ล็อกกุญแจตลอดเวลาและมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงได้ ส่วนข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จัดเก็บในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่าน โดยจำกัดสิทธิ์การเข้าถึงเฉพาะผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้น ข้อมูลส่วนบุคคลไม่ถูกเปิดเผย และผลการวิจัยรายงานในภาพรวมไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้ ภายหลังการเผยแพร่ผลงาน ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี โดยลบไฟล์ข้อมูลออกจากคอมพิวเตอร์และทำลายเอกสารแบบสอบถามด้วยเครื่องทำลายเอกสาร เมื่อผู้เข้าร่วมยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จึงได้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมโดยสมัครใจ

2.3 ผู้วิจัยจัดสถานที่ให้มีความเป็นส่วนตัว บรรยากาศเป็นมิตร ปราศจากเสียงรบกวน และเว้นระยะห่างอย่างน้อยประมาณ 1 เมตร ทั้งผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา มีการจัดเตรียมน้ำยาแอลกอฮอล์หรือเจลแอลกอฮอล์ภายในสถานที่ตอบแบบสอบถามตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) อย่างเคร่งครัด นอกจากนี้ เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลของมารดาและส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ผู้วิจัยจัดให้ทารกอยู่ร่วมกับมารดาระหว่างการตอบแบบสอบถาม โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัว และไม่กระทบต่อการดูแลรักษาตามปกติ

2.4 ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามและอธิบายวิธีการตอบโดยละเอียด จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเองโดยอิสระ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที สำหรับแบบบันทึกผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกด้วยตนเอง ทั้งนี้ผู้วิจัยอยู่ในระยะที่กลุ่มตัวอย่างสามารถมองเห็นได้ตลอดเวลาเพื่อตอบข้อซักถามเมื่อมีความไม่เข้าใจ หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ให้ส่งคืนแก่ผู้วิจัย และผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบถึงการสิ้นสุดการเข้าร่วมการวิจัย

2.5 เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบบันทึก จากนั้นเข้ารหัสและจัดเตรียมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ ดำเนินการวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติที่กำหนดไว้ และสรุปผลการวิจัยเพื่อนำเสนอต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยใช้สถิติดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการคลอด และภาวะสุขภาพของมารดาและทารก ประสบการณ์การคลอด ความเหนื่อยล้า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร ความเครียด การสนับสนุนจากครอบครัว ระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรก และการสนับสนุนทางการพยาบาล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ได้แก่ ประสบการณ์การคลอด ความเหนื่อยล้า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร ความเครียด การสนับสนุนจากครอบครัว ระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรก และการสนับสนุนทางการพยาบาล ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบเลือกไปข้างหน้า (Forward

multiple regression) ก่อนวิเคราะห์ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณ ดังนี้ (รายละเอียดดังภาคผนวกหน้า 117-119)

1. ระดับการวัดของตัวแปร ตัวแปรมีระดับการวัดแบบอันตรภาค (Interval) และอัตราส่วน (Ratio) เหมาะสมต่อการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณ

2. การแจกแจงแบบปกติ (Normality of residual) โดยพิจารณาจากกราฟ Histogram พบว่ากราฟมีลักษณะรูประฆังคว่ำและค่อนข้างสมมาตร แสดงว่า ข้อมูลมีการแจกแจงใกล้เคียงกับปกติ

3. ค่าผิดปกติ (Outliers) โดยพิจารณาจากค่า Standardized residual พบว่ามีค่ามากกว่า ± 3 จำนวน 1 ราย จึงตัดข้อมูลออก ทำให้เหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล 142 ราย

4. ไม่มีความสัมพันธ์กันของความคลาดเคลื่อน (Autocorrelation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin Watson พบว่ามีค่าเท่ากับ 2.3 (ค่าปกติ 1.5 - 2.5) แสดงว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันของความคลาดเคลื่อน

5. ตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s correlation coefficient) พบว่ามีค่าอยู่ระหว่าง .01 - .53 (ค่าปกติ < .85) และค่า Tolerance อยู่ในช่วง .65 - .98 (ค่าปกติเข้าใกล้ 1) และค่า VIF อยู่ในช่วง 1.03 - 1.53 (ค่าปกติไม่เกิน 4) แสดงว่า ตัวแปรทั้งหมดไม่มีความสัมพันธ์กันเอง

6. ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) โดยพิจารณาจากภาพการกระจาย (Scatter plots) พบว่าตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีการกระจายลักษณะเป็นเส้นตรง

7. ความแปรปรวนคงที่ของความคลาดเคลื่อน (Homoscedasticity) โดยพิจารณาจากภาพการกระจาย (Scatter plots) พบว่ามีการกระจายสม่ำเสมอ แสดงว่า มีความแปรปรวนคงที่ของความคลาดเคลื่อน

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และปัจจัยทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ได้แก่ ประสบการณ์การคลอด ความเหนื่อยล้า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร ความเครียด การสนับสนุนจากครอบครัว ระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรก และการสนับสนุนทางการพยาบาลในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินที่พักฟื้นอยู่หอผู้ป่วยสูติกรรมของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 142 ราย โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการคลอด และภาวะสุขภาพของมารดาและทารก

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และปัจจัยที่คาดว่ามีผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 28.88 ปี (SD = 5.76) อายุน้อยที่สุด 18 ปี และอายุมากที่สุด 44 ปี โดยกลุ่มอายุ 26-30 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 36.62) เกือบทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่/อาศัยอยู่ร่วมกัน (ร้อยละ 95.07) สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด (ร้อยละ 28.87) รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 23.24) มีอาชีพพนักงานบริษัทมากที่สุด (ร้อยละ 36.62) รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 35.21) รายได้สุทธิของครอบครัวเฉลี่ย 32,197.18 บาทต่อเดือน (SD = 21,158.38) รายได้ต่ำที่สุด 5,000 บาท และรายได้มากที่สุด 150,000 บาท ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว (อยู่ร่วมกับสามี และ/หรือบุตร) (ร้อยละ 66.90) เกือบทั้งหมดมีบุคคลสำคัญในครอบครัว (ร้อยละ 97.18) คือ สามีมากที่สุด (ร้อยละ 47.10) รองลงมาคือ พ่อแม่ตนเอง (ร้อยละ 34.06) มากกว่าครึ่งไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 60.56) ตั้งใจคลอดทางช่องคลอด (ร้อยละ

69.01) ไม่มีประสบการณ์การเลี้ยงดูทารกอายุต่ำกว่า 1 ปี (ร้อยละ 50.70) และหลังคลอดทารกได้รับนมแม่ร่วมกับนมผสม (ร้อยละ 49.30) รองลงมาคือ นมแม่อย่างเดียว (ร้อยละ 36.62) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยข้อมูลส่วนบุคคล (n = 142)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
(M = 28.88, SD = 5.76, Min = 18, Max = 44)		
18-25	41	28.87
26-30	52	36.62
31-35	30	21.13
> 35	19	13.38
สถานภาพสมรสปัจจุบัน		
คู่/อาศัยอยู่ร่วมกัน	135	95.07
คู่/ไม่ได้อาศัยอยู่ร่วมกัน	2	1.41
หย่าร้าง/แยกทางกัน	5	3.52
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	10	7.04
มัธยมศึกษาตอนต้น	33	23.24
มัธยมศึกษาตอนปลาย	41	28.87
ปวช.	14	9.86
ปวส./อนุปริญญา	18	12.68
ปริญญาตรี	25	17.61
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.70
อาชีพ		
พนักงานบริษัท	52	36.62
รับจ้างทั่วไป	50	35.21
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	24	16.90
ค้าขาย	6	4.23
ธุรกิจส่วนตัว	5	3.52

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	2.11
นักเรียน/นักศึกษา	2	1.41
รายได้สุทธิของครอบครัว (บาทต่อเดือน)		
(M = 32,197.18, SD = 21,158.38, Min = 5,000, Max = 150,000)		
≤ 10,000	7	4.93
10,001-20,000	42	29.58
20,001-30,000	41	28.87
30,001-40,000	29	20.42
> 40,001	23	16.20
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว (อยู่ร่วมกับสามี และ/หรือบุตร)	95	66.90
ครอบครัวเดี่ยว (อยู่ตามลำพัง แยกจากสามี และญาติ)	4	2.82
ครอบครัวขยาย (อยู่ร่วมกับสามี และ/หรือบุตร หรือญาติ)	43	30.28
บุคคลสำคัญในครอบครัว		
ไม่มี	4	2.82
มี	138	97.18
สามี	65	47.10
พ่อแม่ตนเอง	47	34.06
พ่อแม่สามี	18	13.04
ญาติ	8	5.80
การวางแผนการตั้งครรภ์		
ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์	86	60.56
มีการวางแผนการตั้งครรภ์	56	39.44
ความตั้งใจในการเลือกวิธีการคลอด		
ตั้งใจคลอดเองทางช่องคลอด	98	69.01
คลอดเองหรือผ่าตัดคลอดก็ได้	44	30.99
ประสบการณ์การเลี้ยงดูทารกอายุต่ำกว่า 1 ปี		
ไม่มี	72	50.70
มี	70	49.30

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชนิดของนมที่ทารกได้รับระหว่างอยู่โรงพยาบาล		
นมแม่ร่วมกับนมผสม	70	49.30
นมแม่อย่างเดียว	52	36.62
นมผสมอย่างเดียว	20	14.08

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการคลอด และภาวะสุขภาพของมารดาและทารก

ข้อมูลการคลอด และภาวะสุขภาพของมารดา

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลคือ เจ็บครรภ์คลอด (Labor pain) (ร้อยละ 52.11) ส่วนใหญ่มีผลการตรวจความเข้มข้นของเลือดปกติ (33-39 %) (ร้อยละ 61.97) และค่าฮีโมโกลบินปกติ (11-13 g/dl) (ร้อยละ 61.97) มีข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินครั้งนี้คือ ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน (Non-reassuring FHR) (ร้อยละ 23.94) และศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับกระดูกเชิงกรานมารดา (ร้อยละ 23.94) รองลงมาคือ มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง (Severe PIH) (ร้อยละ 16.90) มากกว่าครึ่งได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง (Spinal block) (ร้อยละ 59.15) แผลผ่าตัดคลอดเป็นแนวขวาง (Transverse) (ร้อยละ 65.49) ปริมาณเลือดที่สูญเสียทั้งหมดเฉลี่ย 385.70 มิลลิลิตร (SD = 150.24) ปริมาณเลือดที่สูญเสียน้อยที่สุด 100 มิลลิลิตร และมากที่สุด 900 มิลลิลิตร โดยปริมาณเลือดที่สูญเสียอยู่ในช่วง 301-600 มิลลิลิตรมากที่สุด (ร้อยละ 54.93) และทุกรายไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยข้อมูลการคลอดและภาวะสุขภาพของมารดา (n = 142)

ข้อมูลการคลอด และภาวะสุขภาพของมารดา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล		
Labor pain	74	52.11
Induction	21	14.79
Abnormal	47	33.10
Signs and symptoms PIH	19	40.43
PROM	15	31.91
Non-reassuring FHR	9	19.14
Other	4	8.52

ข้อมูลการคลอด และภาวะสุขภาพของมารดา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ค่าความเข้มข้นของเลือด (%)		
(M = 36.74, SD = 3.68, Min = 23.70, Max = 46.50)		
< 33.00	23	16.20
33.00-39.00	88	61.97
>39.00	31	21.83
ค่าฮีโมโกลบิน (g/dl)		
(M = 12.29, SD = 1.33, Min = 7.30, Max = 19.60)		
<11.00	19	13.38
11.00-13.00	88	61.97
>13.00	35	24.65
ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอด		
Non- reassuring FHR	34	23.94
CPD in labor	34	23.94
Severe PIH	24	16.90
Fetal distress	23	16.20
Unprogress of labor	13	9.16
Failed induction	9	6.35
Placenta previa	3	2.11
Abruptio placenta	1	0.70
Oligohydramios	1	0.70
วิธีการระงับความรู้สึกระหว่างการผ่าตัดคลอด		
Spinal block	84	59.15
General anesthesia	58	40.85
แนวของแผลผ่าตัดคลอด		
Transverse	93	65.49
Vertical	49	34.51
ปริมาณเลือดที่สูญเสียทั้งหมด (มิลลิลิตร)		
(M = 385.70, SD = 150.24, Min = 100, Max = 900)		
100-300	58	40.84

ข้อมูลการคลอด และภาวะสุขภาพของมารดา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
301-600	78	54.93
601-900	6	4.23

ข้อมูลการคลอด และภาวะสุขภาพของทารก

ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักเฉลี่ย 3,000.34 กรัม (SD = 480.45) น้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยที่สุด 1,875 กรัม และมากที่สุด 4,390 กรัม โดยน้ำหนักทารกแรกเกิดที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ (2,500-4,000 กรัม) มากที่สุด (ร้อยละ 85.21) แต่มากกว่าร้อยละ 10 มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ (<2500 กรัม) (ร้อยละ 12.68) และมากกว่าเกณฑ์ (>4,000 กรัม) (ร้อยละ 2.11) เกือบทั้งหมดมี APGAR score นาทีที่ 1 เท่ากับ 8 และ 9 คะแนน (ร้อยละ 95.77) และนาทีที่ 5 เท่ากับ 9 และ 10 คะแนน (ร้อยละ 98.59) และไม่มีความผิดปกติแรกเกิด (ร้อยละ 61.97) สำหรับความผิดปกติของทารกแรกเกิดที่พบคือ ภาวะหายใจเร็ว (Tachypnea) (ร้อยละ 55.56) มีระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรกเฉลี่ย 20.15 ชั่วโมง (SD = 17.40) ระยะเวลาเร็วที่สุด 1.8 ชั่วโมง และช้าที่สุด 70.48 ชั่วโมง โดยพบมากในช่วงระยะเวลา >6-12 ชั่วโมง (ร้อยละ 30.29) รองลงมาคือ >12-24 ชั่วโมง (ร้อยละ 20.42) มีร้อยละ 3.52 เท่านั้นที่ได้ดูดนมแม่ครั้งแรกภายใน 3 ชั่วโมงหลังคลอด ในกลุ่มทารกที่ไม่มีความผิดปกติ มารดามีระยะเวลาดูแลทารกครั้งแรกเฉลี่ย 13.19 ชั่วโมง (SD = 13.05) ขณะที่กลุ่มทารกที่มีความผิดปกติมีระยะเวลาเฉลี่ย 31.49 ชั่วโมง (SD = 17.73) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยข้อมูลการคลอด และภาวะสุขภาพของทารก (n = 142)

ข้อมูลการคลอด และภาวะสุขภาพของทารก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม)		
(M = 3,000.34, SD = 480.45, Min = 1,875 Max = 4,390)		
< 2,500	18	12.68
2,500-3,000	58	40.85
3,001-3,500	46	32.39
3,501-4,000	17	11.97
>4,000	3	2.11

ข้อมูลการคลอด และภาวะสุขภาพของทารก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
APGAR score นาทีที่ 1 (คะแนน)		
7	6	4.23
8	77	54.23
9	59	41.54
APGAR score นาทีที่ 5 (คะแนน)		
8	2	1.41
9	87	61.27
10	53	37.32
ความผิดปกติของทารก		
ไม่มี	88	61.97
มี	54	38.03
Tachypnea	30	55.55
Tachycardia	7	12.96
Clubfoot	5	9.26
Hypoglycemia	5	9.26
Fever	3	5.56
Bradycardia	3	5.56
Birth injury	1	1.85
ระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรก (ชั่วโมง)		
(M = 20.15, SD = 17.40 , Min = 1.8, Max = 70.48)		
1-2	1	0.70
>2-6	26	18.31
>6-12	48	30.29
>12-24	29	20.42
>24-48	28	19.72
>48	15	10.56

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และปัจจัยที่คาดว่ามีผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกเฉลี่ยเท่ากับ 78.44 (SD = 5.71) ซึ่งค่อนไปทางสูง และมีคะแนนเฉลี่ยทุกด้านค่อนไปทางสูงเช่นเดียวกัน คือ ด้านการรับรู้ต่อคุณลักษณะรูปร่างหน้าตาของทารกมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.03 (SD = 2.16) ด้านความสนใจและความผูกพันซึ่งกันและกันมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.82 (SD = 1.89) ด้านการยอมรับความเป็นบุคคลของทารกมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.94 (SD = 1.48) ด้านการยอมรับในบทบาทมารดามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.34 (SD = 1.08) และด้านความต้องการสัมผัสโอบอุ้มทารกมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.31 (SD = 1.85) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (n = 142)

ตัวแปร	Range		M	SD
	Possible	Actual		
ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก	17-85	61-85	78.44	5.71
ด้านการรับรู้ต่อคุณลักษณะรูปร่างหน้าตาของทารก	4-20	12-20	18.03	2.16
ด้านความสนใจและความผูกพันซึ่งกันและกัน	5-25	17-25	23.82	1.89
ด้านการยอมรับความเป็นบุคคลของทารก	3-15	9-15	13.94	1.48
ด้านการยอมรับในบทบาทมารดา	2-10	5-10	9.34	1.08
ด้านความต้องการสัมผัสโอบอุ้มทารก	3-15	7-15	13.31	1.85

ปัจจัยที่คาดว่ามีผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกมีคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ ประสบการณ์การคลอดระดับปานกลาง (M = 73.47, SD = 9.55, คะแนนระหว่าง 49-97 คะแนน) ความเหนื่อยล้าระดับปานกลาง (M = 5.58, SD = 1.56, คะแนนระหว่าง 2-9 คะแนน) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรค่อนไปทางสูง (M = 47.79, SD = 6.04, คะแนนระหว่าง 33-56 คะแนน) ความเครียดระดับปานกลาง (M = 22.32, SD = 5.71, คะแนนระหว่าง 12-36 คะแนน) การสนับสนุนจากครอบครัวค่อนไปทางสูง (M = 44.01, SD = 7.39, คะแนนระหว่าง 25-52 คะแนน) ระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรกค่อนไปทางต่ำ (M = 20.15, SD = 17.40, ระยะเวลา

ระหว่าง 1.8-70.48 ชั่วโมง) และการสนับสนุนทางการพยาบาลค่อนไปทางสูง (M = 52.26, SD = 6.10, คะแนนระหว่าง 30-60 คะแนน) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานตัวแปรต้น (n = 142)

ตัวแปร	Range		M	SD
	Possible	Actual		
ประสบการณ์การคลอด	21-105	49-97	73.47	9.55
ความเหนื่อยล้า	1-10	2-9	5.58	1.56
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร	14-56	33-56	47.79	6.04
ความเครียด	0-40	12-36	22.32	5.71
การสนับสนุนจากครอบครัว	13-52	25-52	44.01	7.39
ระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรก	1-72	1.8-70.48	20.15	17.40
การสนับสนุนทางการพยาบาล	15-60	30-60	52.26	6.10

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

4.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .43$, $p < .001$; $r = .32$, $p < .001$; $r = .20$, $p = .01$ ตามลำดับ) และความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = - .31$, $p < .001$) ส่วนประสบการณ์การคลอด ความเครียด และระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรกไม่มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ($r = .09$, $p = .14$; $r = - .05$, $p = .27$; $r = -.11$, $p = .10$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (n = 142)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7	8
1. ประสบการณ์การคลอด	1.00							
2. ความเหนื่อยล้า	-.28**	1.00						
3. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร	.13	-.26**	1.00					
4. ความเครียด	.49**	-.21*	-.01	1.00				
5. การสนับสนุนจากครอบครัว	.23**	-.12	.53**	-.03	1.00			
6. ระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรก	.08	.05	.02	.01	.10	1.00		
7. การสนับสนุนทางการพยาบาล	.02	.03	.15*	-.02	.21*	.09	1.00	
8. ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก	.09	-.31**	.43**	-.05	.32**	-.11	.20*	1.00

*p < .05, **p < .001

4.2 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร ความเหนื่อยล้า และการสนับสนุนทางการพยาบาล สามารถร่วมกันทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินได้ร้อยละ 23.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted R^2 = .239, $F_{(3,138)}$ = 15.80, p < .001) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมากที่สุด ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร (β = .35, p < .001) ความเหนื่อยล้า (β = - .23, p = .003) และการสนับสนุนทางการพยาบาล (β = .15, p = .04) ตามลำดับ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (n = 142)

ปัจจัย	B	Beta	t	p-value
Constant	59.57		11.27	<.001
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร	.33	.35	4.57	<.001
ความเหนื่อยล้า	-.83	-.23	-2.98	.003
การสนับสนุนทางการพยาบาล	.14	.15	2.08	.04
R^2 = .256, Adjusted R^2 = .239, $F_{(3,138)}$ = 15.80, p < .001				

สามารถเขียนสมการในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ

ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก = 59.57 + 0.33 (การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร) - 0.83 (ความเหนื่อยล้า) + 0.14 (การสนับสนุนทางการพยาบาล)

จากสมการแสดงให้เห็นว่า เมื่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะส่งผลให้คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกเพิ่มขึ้น 0.33 คะแนน เมื่อความเหนื่อยล้าลดลง 1 คะแนน จะส่งผลให้คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกเพิ่มขึ้น 0.83 คะแนน และเมื่อการสนับสนุนทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะส่งผลให้คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกเพิ่มขึ้น 0.14 คะแนน

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$Z_{\text{ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก}} = 0.35\ (Z_{\text{การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร}}) - 0.23\ (Z_{\text{ความเหนื่อยล้า}}) + 0.15\ (Z_{\text{การสนับสนุนทางการพยาบาล}})$

จากสมการแสดงให้เห็นว่า เมื่อคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรเพิ่มขึ้น 1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จะส่งผลให้คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกเพิ่มขึ้น 0.35 เท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เมื่อคะแนนความเหนื่อยล้าลดลง 1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จะส่งผลให้คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกเพิ่มขึ้น 0.23 เท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเมื่อคะแนนการสนับสนุนทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น 1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จะส่งผลให้คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกเพิ่มขึ้น 0.15 เท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

บทที่ 5
สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และปัจจัยทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินที่พักฟื้นอยู่หอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 142 ราย คัดเลือกแบบตามความสะดวก (convenience sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ อายุ 18 ปีขึ้นไป อยู่ในระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด และทารกกลับมาอยู่กับมารดาภายใน 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด มารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และสามารถสื่อสาร อ่าน เขียนภาษาไทยได้ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามประสบการณ์การคลอด แบบสอบถามความเหนื่อยล้า แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร แบบสอบถามความเครียด แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว แบบสอบถามการสนับสนุนทางการพยาบาล แบบสอบถามความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก แบบบันทึกระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรก และแบบบันทึกเกี่ยวกับการคลอดและภาวะสุขภาพมารดาและทารก เครื่องมือทั้งหมดมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .72 - .96 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 28.88 ปี (SD = 5.76) เกือบทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่/อาศัยอยู่ร่วมกัน (ร้อยละ 95.07) สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด (ร้อยละ 28.87) มีอาชีพพนักงานบริษัทมากที่สุด (ร้อยละ 36.62) รายได้สุทธิของครอบครัวเฉลี่ย 32,197 บาทต่อเดือน (SD = 21,158.38) ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว (อยู่ร่วมกับสามี และ/หรือบุตร) (ร้อยละ 66.90) เกือบทั้งหมดมีบุคคลสำคัญในครอบครัว (ร้อยละ 97.18) มากกว่าครึ่งไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 60.56) ตั้งใจคลอดทางช่องคลอด (ร้อยละ 69.01) ไม่มีประสบการณ์การเลี้ยงดูทารกอายุต่ำกว่า 1 ปี (ร้อยละ 50.70) และทารกส่วนใหญ่ได้รับนมแม่ (ร้อยละ 85.92)

2. ข้อมูลการคลอด และภาวะสุขภาพของมารดาและทารก

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลคือ เจ็บครรภ์คลอด (Labor pain) (ร้อยละ 52.11) ส่วนใหญ่มีผลการตรวจความเข้มข้นของเลือด และค่าฮีโมโกลบินปกติ (ร้อยละ 61.97 เท่ากัน) มีข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินครั้งนี้คือ ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน และศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับกระดูกเชิงกรานมารดา (ร้อยละ 23.94 เท่ากัน) มากกว่าครึ่งได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง (ร้อยละ 59.15) ปริมาณเลือดที่สูญเสียทั้งหมดเฉลี่ย 385.70 มิลลิลิตร (SD = 150.24) และทุกรายไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด สำหรับทารกแรกเกิดมีน้ำหนักเฉลี่ย 3,000.34 กรัม (SD = 480.45) และทารกไม่มีความผิดปกติแรกเกิด (ร้อยละ 61.97) สำหรับความผิดปกติแรกเกิดที่พบคือ ภาวะหายใจเร็ว (ร้อยละ 55.56) มีระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรกเฉลี่ย 20.15 ชั่วโมง (SD = 17.40) ในกลุ่มทารกที่ไม่มีความผิดปกติ มารดามีระยะเวลาดูแลทารกครั้งแรกเฉลี่ย 13.19 ชั่วโมง (SD = 13.05) ขณะที่กลุ่มทารกที่มีความผิดปกติ มีระยะเวลาเฉลี่ย 31.49 ชั่วโมง (SD = 17.73)

3. ข้อมูลเกี่ยวกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และปัจจัยที่คาดว่ามีผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

กลุ่มตัวอย่างมีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกอยู่ในระดับค่อนไปทางสูง (M = 78.44, SD = 5.71) และทุกด้านอยู่ในระดับค่อนไปทางสูงเช่นเดียวกัน ได้แก่ ด้านการรับรู้ต่อคุณลักษณะรูปร่างหน้าตาของทารก (M = 18.03, SD = 2.16) ด้านความสนใจและความผูกพันซึ่งกันและกัน (M = 23.82, SD = 1.89) ด้านการยอมรับความเป็นบุคคลของทารก (M = 13.94, SD = 1.48) ด้านการยอมรับในบทบาทมารดา (M = 9.34, SD = 1.08) และด้านความต้องการสัมผัสโอบอุ้มทารก (M = 13.31, SD = 1.85)

ปัจจัยที่คาดว่ามีผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกมีคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ ประสบการณ์การคลอดอยู่ในระดับปานกลาง (M = 73.47, SD = 9.55) ความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง (M = 5.58, SD = 1.56) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรอยู่ในระดับค่อนไปทางสูง (M = 47.79, SD = 6.04) ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (M = 22.32, SD = 5.71) การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับค่อนไปทางสูง (M = 44.01, SD = 7.39) ระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรกอยู่ในระดับค่อนไปทางต่ำ (M = 20.15, SD = 17.40) และการสนับสนุนทางการพยาบาลอยู่ในระดับค่อนไปทางสูง (M = 52.26, SD = 6.10)

4. ปัจจัยทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

ปัจจัยทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร ($\beta = .35$, $p < .001$) ความเหนื่อยล้า ($\beta = -.23$, $p = .003$) และการสนับสนุนทางการพยาบาล ($\beta = .15$, $p = .04$) โดยสามารถร่วมกันทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้ร้อยละ 23.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted $R^2 = .239$, $F_{(3,138)} = 15.80$, $p < .001$)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และปัจจัยทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ได้แก่ ประสบการณ์การคลอด ความเหนื่อยล้า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร ความเครียด การสนับสนุนจากครอบครัว ระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรก และการสนับสนุนทางการพยาบาล ผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ ดังนี้

1. ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกอยู่ในระดับค่อนไปทางสูง ($M = 78.44$, $SD = 5.71$) โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ความเป็นห่วงบุตร ($M = 4.87$, $SD = .35$) รองลงมาคือ ความต้องการนอนร่วมกับบุตรเพื่อให้บุตรรู้สึกอบอุ่น ($M = 4.85$, $SD = .40$) และการรับรู้ว่าบุตรเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในชีวิต ($M = 4.85$, $SD = .43$) ตามลำดับ สอดคล้องกับทฤษฎีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกของ Klaus and Kennell (1982) ที่อธิบายว่า ระยะหลังคลอดโดยเฉพาะช่วง 24 ชั่วโมงแรกเป็นช่วงเวลาสำคัญที่มารดามีความไวต่อสิ่งกระตุ้นด้านอารมณ์และสัญชาตญาณการเป็นมารดาสูง การให้มารดาได้มีโอกาสสัมผัสและปฏิสัมพันธ์กับทารกโดยตรงในช่วงเวลาดังกล่าว จะกระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (Klaus and Kennell, 1982) แม้การผ่าตัดแบบฉุกเฉินเป็นสถานการณ์ที่อาจส่งผลกระทบต่อการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก แต่ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกอยู่ในระดับค่อนไปทางสูง เนื่องจากโรงพยาบาลที่เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีศักยภาพสูง ทั้งด้านบุคลากร เครื่องมือ และนโยบายการดูแลมารดาและทารกอย่างเป็นองค์รวมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด โดยทารก

มากกว่าครึ่งถูกส่งกลับมาให้มารดาได้ดูแลภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด (ร้อยละ 69.71) ทำให้มารดาได้มีปฏิสัมพันธ์กับทารกอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ ทารกส่วนใหญ่ได้รับนมแม่ (ร้อยละ 85.92) ซึ่งการดูดนมจากเต้าเป็นปัจจัยที่กระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซิน ช่วยให้มารดาผ่อนคลาย เสริมสร้างความรู้สึกผูกพัน และเพิ่มพฤติกรรมการดูแลทารก (Shishido & Horiuchi, 2023) อีกทั้งทารกมากกว่าครึ่งไม่มีภาวะผิดปกติหลังคลอด (ร้อยละ 61.97) ทำให้ทารกตอบสนองได้ดี ดูแลง่าย นำไปสู่การมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกกับมารดา (Abuhammad et al., 2021) จะเห็นได้ว่า แม้สถานการณ์การคลอดจะเป็นแบบฉุกเฉิน แต่การดูแลที่มีประสิทธิภาพของโรงพยาบาลร่วมกับโอกาสในการสร้างปฏิสัมพันธ์ระยะแรกของมารดาและทารก ช่วยให้ความรักใคร่ผูกพันยังคงอยู่ในระดับสูง

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผนของโรงพยาบาลตำรวจ พบว่า ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกอยู่ในระดับสูงเช่นกัน (M = 88.63, SD = 7.36) เนื่องจากการได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ สามารถตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว และการสนับสนุนให้มารดามีปฏิสัมพันธ์กับทารกตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด ซึ่งช่วยเสริมสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกให้ดียิ่งขึ้น (นริสา จันทบุรี และคณะ, 2562) ในต่างประเทศพบผลการวิจัยที่สอดคล้องกันว่า ประเภทของการคลอดไม่ใช่ปัจจัยกำหนดความรักใคร่ผูกพันโดยตรง หากโรงพยาบาลมีระบบการดูแลที่ดี เช่น การศึกษาในประเทศสเปนที่เปรียบเทียบความรักใคร่ผูกพันของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินและแบบวางแผนล่วงหน้า พบว่าความรักใคร่ผูกพันไม่แตกต่างกันในช่วง 72 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (OR = .82, 95% [CI = .34 - 1.96], p = .65) เนื่องจากมีระบบการดูแลที่มีการส่งเสริมการสัมผัสตั้งแต่แรกเกิด การอยู่ร่วมกันในห้องเดียวกัน และการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Forti-Buratti et al., 2017) และการศึกษาในประเทศตุรกี พบว่า ความรักใคร่ผูกพันในกลุ่มที่ผ่าตัดคลอดและกลุ่มที่คลอดทางช่องคลอดไม่แตกต่างกัน (Z = - .114, p = .885) เนื่องจากการดำเนินโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก และโครงการโรงพยาบาลสายใยรักหรือโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับเด็ก (Baby-Friendly Hospital Initiative: BFHI) ที่ส่งเสริมความใกล้ชิดกันตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด (Kasali et al., 2025)

กล่าวโดยสรุป ผลการวิจัยครั้งนี้ยืนยันว่า แม้การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินอาจมีข้อจำกัดต่อกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก แต่การสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ สามารถชดเชยข้อจำกัดดังกล่าวได้ และช่วยให้มารดาสามารถสร้างความรักใคร่ผูกพันกับทารกได้ในระดับค่อนไปทางสูง

2. ปัจจัยทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร ความเหนื่อยล้า และการสนับสนุนทางการพยาบาล สามารถร่วมทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินได้ร้อยละ 23.9 (Adjusted R^2 = .239, $F_{(3,138)}$ = 15.80, p < .001) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกมากที่สุด ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร (β = .35, p < .001) ความเหนื่อยล้า (β = - .23, p = .003) และการสนับสนุนทางการพยาบาล (β = .15, p = .04) ตามลำดับ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรมีอิทธิพลทางบวกและสามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินได้ (β = .35, p < .001) กล่าวคือ มารดาที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรสูง จะมีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกสูง โดยกลุ่มตัวอย่างรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรอยู่ในระดับค่อนไปทางสูง (M = 47.79, SD = 6.04) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ความเชื่อมั่นในการเลือกเสื้อผ้าที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับบุตร (M = 3.68, SD = .48) รองลงมาคือ ความเชื่อมั่นในการเลือกของใช้ที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับบุตร (M = 3.63, SD = .56) และความเชื่อมั่นในการอุ้มบุตรอย่างปลอดภัย (M = 3.61, SD = .56) ตามลำดับ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งมีประสบการณ์การเลี้ยงดูทารกที่มีอายุต่ำกว่า 1 ปีมาก่อน (ร้อยละ 49.30) ประสบการณ์เดิมนี้จึงช่วยให้มารดามีทักษะพื้นฐานที่จำเป็น มีมุมมองที่เป็นจริงต่อการเลี้ยงดูทารกและเพิ่มความมั่นใจในการปรับตัวสู่บทบาทการเป็นมารดา (Dol et al., 2021) เมื่อมารดารับรู้ว่าตนมีความสามารถในการดูแลทารก จะเกิดความเชื่อมั่นและความตั้งใจในการปฏิบัติหน้าที่ นำไปสู่การมีพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสม (Bandura, 1997) สอดคล้องกับทฤษฎีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกของ Klaus and Kennell (1982) ที่อธิบายว่า เมื่อมารดารับรู้ความสามารถของตนว่าพร้อมดูแลทารก ความวิตกกังวลจะลดลง ทำให้สามารถตีความสื่อสัญญาณและตอบสนองทารกได้ถูกต้องทันท่วงที นำไปสู่การปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับทารก และส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันให้สูงขึ้น

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศหลายบริบท ได้แก่ การศึกษาในมารดาคลอดทารกก่อนกำหนดของประเทศตุรกี พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (r = .332, p = .01)

(Kadiroglu & Tufekci, 2022) และการศึกษาในมารดา 4 สัปดาห์หลังคลอดของประเทศจีน พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรมีอิทธิพลทางบวกต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ($\beta = .577$, $p < .001$) (Qi et al., 2025) ตลอดจนการศึกษาในมารดาหลังคลอด ≤ 6 เดือนของสหรัฐอเมริกา พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรมีอิทธิพลทางบวกต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกเช่นกัน ($\beta = .48$, $p < .001$) เนื่องจากความเชื่อมั่นนี้ทำให้มารดามีความกล้าที่จะเริ่มต้นสร้างปฏิสัมพันธ์กับทารก เช่น การอุ้ม การสัมผัส หรือการให้นม และมารดาจะมีความพยายามมากขึ้นเมื่อเผชิญอุปสรรค อีกทั้งยังช่วยลดระดับความเครียดและความวิตกกังวล ส่งผลให้มารดาสามารถรับรู้และตอบสนองต่อสื่อสัญญาณของทารกได้ดี ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (Liu et al., 2022)

กล่าวโดยสรุป การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรเป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลทางบวกมากที่สุดต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของมาตรการการดูแลที่มุ่งเน้นการส่งเสริมความเชื่อมั่นของมารดา เพื่อเสริมสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกหลังคลอด

ความเหนื่อยล้า

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความเหนื่อยล้ามีอิทธิพลทางลบและสามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินได้ ($\beta = -.23$, $p = .003$) กล่าวคือ มารดาที่มีความเหนื่อยล้าต่ำ จะมีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกสูง โดยกลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 5.58$, $SD = 1.56$) ทั้งนี้ มารดาหลายรายเผชิญกับปัจจัยก่อนการผ่าตัดที่เพิ่มความเครียดและภาระทางร่างกาย เช่น การเจ็บครรภ์คลอด (ร้อยละ 52.11) และภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง (ร้อยละ 16.90) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้การฟื้นตัวช้าลงและลดความสามารถในการปฏิสัมพันธ์กับทารกในระยะแรก (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2020; Lai et al., 2015) อย่างไรก็ตาม ระดับความเหนื่อยล้าที่พบเพียงปานกลางอาจสะท้อนถึงการฟื้นตัวที่ดีในระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด โดยมารดาสามารถเคลื่อนไหว รับประทานอาหาร และช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ประกอบกับระดับความปวดลดลง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ช่วยลดผลกระทบของความเหนื่อยล้า ทำให้มารดายังคงมีความสามารถในการดูแลและตอบสนองต่อทารกได้อย่างเหมาะสม (Badr & Zauszniewski, 2017) สอดคล้องกับทฤษฎีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกของ Klaus and Kennell (1982) ที่อธิบายว่า ระยะหลังคลอดหากมารดามีสุขภาพกายและสภาวะจิตใจที่ดี ไม่ถูกรบกวนด้วยความเจ็บปวดหรือความเหนื่อยล้า

มากเกินไป จะสามารถตอบสนองต่อสื่อสัญญาณและความต้องการของทารกได้อย่างทันท่วงที นำไปสู่การสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกที่มั่นคง

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Rowe and Fisher (2010) พบว่า มารดาที่มีความเหนื่อยล้าต่ำมักจะมีอารมณ์มั่นคงและตอบสนองต่อทารกได้เหมาะสม ทำให้ทารกรู้สึกปลอดภัย และเกิดความรักใคร่ผูกพันกันมากขึ้น ในทางกลับกัน มารดาที่มีความเหนื่อยล้าสูงมักมีความเครียดและหงุดหงิดง่าย ส่งผลให้การตอบสนองต่อทารกลดลง ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (Tikotzky, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกหลังคลอด ($r = -.159$, $p = .033$) (Yesilcinar, 2017) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ ($r = -.184$, $p = .007$) (Cinar et al., 2017)

กล่าวโดยสรุป ความเหนื่อยล้าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางลบที่สามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินได้ ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า การฟื้นตัวหลังคลอดที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเป็นสิ่งสำคัญ เพราะช่วยบรรเทาผลกระทบจากความเหนื่อยล้า และส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้

การสนับสนุนทางการพยาบาล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางการพยาบาลมีอิทธิพลทางบวกและสามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินได้ ($\beta = .15$, $p = .04$) กล่าวคือ มารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลสูง จะมีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกสูง โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลอยู่ในระดับค่อนไปทางสูง ($M = 52.26$, $SD = 6.10$) ทั้งนี้ ด้านที่ได้รับการสนับสนุนสูงที่สุดคือ ด้านบทบาทหน้าที่ ($M = 3.60$) รองลงมาคือ ด้านข้อมูล ($M = 3.52$) และด้านสิ่งของ ($M = 3.50$) ตามลำดับ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ พยาบาลปฏิบัติการดูแลทารกเป็นแบบอย่าง ($M = 3.60$, $SD = .55$) ซึ่งสะท้อนถึงแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลที่ให้มารดาและทารกพักอยู่ร่วมกัน และการเปิดโอกาสให้มารดาได้ฝึกปฏิบัติการดูแลทารกจริง ได้แก่ การอุ้ม การอาบน้ำ และการให้นม โดยมีพยาบาลเป็นแบบอย่าง คอยให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และให้กำลังใจ ช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในศักยภาพของมารดา ทำให้มารดาปรับตัวสู่บทบาทใหม่ได้อย่างเหมาะสม และนำไปสู่การสร้างความรักใคร่ผูกพันกับทารกที่สูงขึ้น (Chu et al., 2025) สอดคล้องกับทฤษฎีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกของ Klaus and Kennell (1982) ที่อธิบายว่า การพยาบาลที่จัดสภาพแวดล้อมให้มารดาและทารก

ใกล้ชิดกัน เช่น การให้อยู่ห้องเดียวกัน ร่วมกับการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และการสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้กำลังใจ รับฟัง และปลอบใจ จะช่วยสร้างความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ ลดอุปสรรคต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับทารก นำไปสู่การเกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผนของโรงพยาบาลตำรวจ พบว่า แรงสนับสนุนทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ($r = .21$, $p = .034$) (นริสา จันทบุรี และคณะ, 2562) และพบว่าการสนับสนุนจากพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาหลังคลอดทารกก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต (NICU) ($r = .195$, $p = .005$) (Ghadery-Sefat et al., 2016) และการสนับสนุนจากพยาบาลสามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาหลังคลอดที่ทารกเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด (SNB) ได้ ($\beta = .36$, $p < .01$) (เพียงขวัญ ภูทอง และคณะ, 2561)

กล่าวโดยสรุป การสนับสนุนทางการพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกที่สามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินได้ ผลการวิจัยนี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการให้การสนับสนุนทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบในระยะแรกหลังคลอด เพื่อส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกให้ดียิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม ปัจจัยบางตัวแปรไม่สามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินได้ ได้แก่ ประสบการณ์การคลอด ความเครียด การสนับสนุนจากครอบครัว และระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรก ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประสบการณ์การคลอด

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ประสบการณ์การคลอดไม่สามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินได้ กล่าวคือ มารดาจะมีประสบการณ์การคลอดทางบวกหรือทางลบ ก็ไม่ส่งผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก โดยกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การคลอดอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 73.47$, $SD = 9.55$) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การได้สัมผัสหรือโอบกอดทารกครั้งแรก ($M = 4.53$, $SD = .79$) การได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับสุขภาพทารก ($M = 4.51$, $SD = .66$) และการได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับกระบวนการคลอดและการผ่าตัดคลอด ($M = 4.47$, $SD = .67$) ตามลำดับ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วน

ใหญ่มีข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินที่ไม่รุนแรงนัก เช่น ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน และศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับกระดูกเชิงกรานมารดา (ร้อยละ 23.94 เท่ากัน) และผลการผ่าตัดคลอดไม่กระทบต่อสุขภาพมารดาและทารก โดยมารดาทุกรายไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ทารกส่วนใหญ่มีภาวะปกติ (ร้อยละ 61.97) และทุกรายได้กลับมาอยู่กับมารดาภายใน 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งการที่ทีมแพทย์สามารถจัดการภาวะฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว จนทำให้มารดาและทารกปลอดภัย อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดผลกระทบทางลบ เช่น ความเครียด หรือความผิดหวังจากการคลอดไม่เป็นไปตามแผน ทำให้ประสบการณ์การคลอดไม่ได้มีอิทธิพลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (Deys et al., 2021; Roqueta-Vall-llosera et al., 2024)

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในมารดาหลังคลอดของประเทศตุรกี พบว่าประสบการณ์การคลอดไม่มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ($r = -.057$, $p = .315$) เนื่องจากระยะแรกหลังคลอดมารดายังคงมีความสุขจากการได้เห็นทารกเป็นครั้งแรก และทารกมีสุขภาพดี ทำให้ผลของประสบการณ์การคลอดต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกอาจยังไม่ชัดเจน และยังได้รับอิทธิพลจากปัจจัยร่วม ได้แก่ ภาวะทางจิตใจ บริบททางวัฒนธรรม และการสนับสนุนหลังคลอด (Muslu et al., 2022) ในทำนองเดียวกัน การศึกษาติดตามหญิงตั้งครรภ์ถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด พบว่า ประสบการณ์การคลอดไม่มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ($r = -.13$, $p = .10$) (Moniri et al., 2023) และพบว่าประสบการณ์การคลอดที่กระทบกระเทือนจิตใจไม่มีอิทธิพลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่มีบุตรอายุ 1-6 เดือน ($\beta = .03$, $p > .05$) (Kaynak et al., 2025)

กล่าวโดยสรุป ประสบการณ์การคลอดไม่สามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินได้ แต่ความรักใคร่ผูกพันนี้อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นหลังคลอดที่สามารถปรับเปลี่ยนได้มากกว่า เช่น การสนับสนุนจากพยาบาล ภาวะสุขภาพทารก การสัมผัสใกล้ชิดและการให้นมบุตร รวมถึงการดูแลสภาวะทางกายและใจของมารดา

ความเครียด

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความเครียดไม่สามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินได้ กล่าวคือ มารดาจะมีความเครียดมากน้อยเพียงใด ก็ไม่ส่งผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก โดยกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 22.32$, $SD = 5.71$) ทั้งนี้ ด้านอารมณ์เครียดข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ความเครียดจากสิ่งที่อยู่นอกเหนือการควบคุม ($M = 2.13$, $SD = 1.06$) และความเครียดจากปัญหา

สะสมจนแก้ไขไม่หมด (M = 2.12, SD = 1.13) ขณะที่ด้านการควบคุมข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ความเชื่อมั่นว่าสามารถรับมือปัญหาส่วนบุคคลได้ (M = 2.74, SD = .88) และความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ (M = 2.63, SD = .80) ตามลำดับ นั่นคือ การที่มารดาสามารถจัดการปัญหาและเชื่อมั่นว่าสามารถควบคุมอารมณ์หรือสถานการณ์ของตนเองได้ เป็นเหมือนเกราะป้องกันที่ช่วยลดผลกระทบของความเครียดต่อความรักใคร่ผูกพันกับทารก ดังนั้น แม้มารดาจะมีความเครียดอยู่บ้าง หากสามารถหาวิธีแก้ปัญหา ขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น และควบคุมอารมณ์ได้ ก็ยังสามารถดูแลทารกและสร้างความรักใคร่ผูกพันกับทารกได้เช่นเดิม อีกทั้งการสัมผัสและการให้นมแม่ยังส่งเสริมการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซินทั้งส่วนปลายและส่วนกลางของระบบประสาท ส่งผลให้การตอบสนองต่อความเครียดเฉียบพลันลดลง และเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก (Klaus & Kennell, 1982; Rutherford et al., 2015)

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในมารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต (NICU) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ พบว่า ระดับความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกทั้งช่วงก่อนโควิดและช่วงโควิด (r = -.14, p > .05; r = -.44, p > .05) (Manuela et al., 2021) เนื่องจากมาตรการดูแลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมและการสนับสนุนจากพยาบาล ช่วยลดผลของความเครียด และการศึกษาในประเทศแคนาดา พบว่า ความเครียดไม่สามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้ (p > .05) (Li, 2023) ผลการวิจัยสอดคล้องกันว่า ความเครียดไม่ได้มีผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก หากแต่ปัจจัยอย่างบริบทการดูแลหลังคลอด การสนับสนุน และทรัพยากรการเผชิญปัญหาของมารดามีบทบาทสำคัญกว่า

กล่าวโดยสรุป ความเครียดไม่ใช่ปัจจัยทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ภายใต้เงื่อนไขที่มารดาได้รับการสนับสนุน ซึ่งช่วยลดผลกระทบจากความเครียด และคงไว้ซึ่งความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

การสนับสนุนจากครอบครัว

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวไม่สามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินได้ กล่าวคือ มารดาจะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากหรือน้อย ก็ไม่ส่งผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับค่อนไปทางสูง (M = 44.01, SD = 7.39) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ครอบครัวให้ความรัก ความห่วงใย และเอาใจใส่ (M =

3.53, SD = .63) บุคคลสำคัญที่ให้การสนับสนุนมากที่สุดคือ สามี (ร้อยละ 47.10) ทั้งนี้ การเก็บข้อมูลอยู่ในช่วง 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด เป็นช่วงที่การมีส่วนร่วมของครอบครัวยังมีข้อจำกัด ส่งผลให้การสร้างความรักใคร่ผูกพันในระยะนี้ยังคงอยู่ภายใต้บทบาทหลักของพยาบาลมากกว่าบุคคลในครอบครัว และลักษณะการสนับสนุนที่ครอบครัวให้ส่วนใหญ่เป็นเพียงการให้กำลังใจหรือความห่วงใยทั่วไป ไม่ได้ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงระหว่างมารดาและทารก ดังการศึกษาที่พบว่า ในระยะแรกหลังคลอดระหว่างการนอนโรงพยาบาล มารดารับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์สูงที่สุด โดยเฉพาะจากสามี ขณะที่การช่วยเหลือเชิงกายภาพเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวและการดูแลทารกเป็นบทบาทหลักของพยาบาล (Ucar et al., 2022)

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศออสเตรเลีย พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในระยะแรกหลังคลอดได้ (β = - .016, p > .05) เนื่องจากบทบาทของครอบครัวยังคงจำกัดภายใต้แนวทางเฝ้าระวังในโรงพยาบาล และกิจกรรมส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันยังเป็นบทบาทหลักของพยาบาล (Doyle et al., 2023) เช่นเดียวกับการศึกษาข้ามวัฒนธรรมในไนจีเรียและสหราชอาณาจักร พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวไม่สามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้ (β = 2.151, p > .05) เนื่องจากบทบาทของพยาบาล และการเข้าถึงบริการสุขภาพมีความเด่นชัดมากกว่าทำให้การสนับสนุนจากครอบครัวไม่ได้เป็นตัวทำนายของความรักใคร่ผูกพัน (Afolabi et al., 2020) และการศึกษาในสหรัฐอเมริกาในมารดาหลังคลอด $\leq$ 6 เดือน พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวไม่สามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันได้เช่นกัน (β = .073, p > .05) (Liu et al., 2022)

กล่าวโดยสรุป การสนับสนุนจากครอบครัวไม่สามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินในระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังคลอดได้ เนื่องจากบทบาทของครอบครัวในการดูแลมารดายังถูกจำกัด และลักษณะการช่วยเหลือส่วนใหญ่เป็นเพียงการให้กำลังใจหรือแสดงความห่วงใยทั่วไป จึงยังไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก

ระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรก

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรกไม่สามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินได้ กล่าวคือ มารดาจะได้พบทารกครั้งแรกช้าหรือเร็ว ก็ไม่ส่งผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก โดยกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรกอยู่ในระดับค่อนไปทางต่ำ (M = 20.15, SD = 17.40)

ส่วนใหญ่พบทารกครั้งแรกในช่วงเวลา >6-12 ชั่วโมงหลังคลอด (ร้อยละ 30.29) รองลงมาคือ >12-24 ชั่วโมงหลังคลอด (ร้อยละ 20.42) นั่นคือ ความรักใคร่ผูกพันไม่ใช่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพียงครั้งเดียว แต่เป็นกระบวนการที่พัฒนาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ (Klaus & Kennell, 1982) จึงไม่ขึ้นกับระยะเวลาของการพบลูกครั้งแรกเพียงปัจจัยเดียว แต่การสนับสนุนอย่างสม่ำเสมอจากบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนโอกาสในการมีปฏิสัมพันธ์และการตอบสนองต่อทารกล้วนมีบทบาทสำคัญ ดังนั้น แม้เวลาที่มารดาได้พบทารกครั้งแรกจะแตกต่างกันบ้าง หากได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมและมีโอกาสดูแลตอบสนองต่อทารกอย่างต่อเนื่อง ก็ยังสามารถพัฒนาความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในระดับสูงได้ (Kinsey & Hupcey, 2013)

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า ระยะเวลาแยกจากระหว่างมารดาและทารกไม่มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ($r = .07$, $p > .05$) เนื่องจากการแยกส่วนใหญ่เป็นระยะสั้นน้อยกว่า 25 ชั่วโมง และถูกชดเชยด้วยการสัมผัสภายหลัง เช่น การให้นม และการอุ้ม ทำให้จำนวนชั่วโมงที่แยกจากไม่ส่งผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (เพียงขวัญ ภูทอง และคณะ, 2561) ในทำนองเดียวกัน การศึกษาในบริบทต่างประเทศให้ผลลัพธ์ที่ตรงกัน ได้แก่ การศึกษาระยะยาวในประเทศเยอรมนี พบว่า ระยะเวลาที่มารดาได้อุ้มทารกครั้งแรกไม่มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันที่ 8 สัปดาห์หลังคลอด ($r_s = .05$, $p > .05$) (Doblin et al., 2023) การศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ พบว่า ระยะเวลาการสัมผัสระหว่างมารดาและทารกไม่สามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงของความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในระยะ 14 วันหลังคลอดได้ ($p > .05$) (Cho & Jeong, 2021) และการศึกษาในประเทศอิสราเอล พบว่า การอยู่ร่วมกันระหว่างมารดาและทารกไม่สามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันในระยะ 1-4 วันหลังคลอดได้ ($p > .05$) (Handelzalts et al., 2021)

กล่าวโดยสรุป ระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรกไม่ใช่ปัจจัยทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินที่อยู่ในระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด ดังนั้น แม้มารดาจะได้พบทารกครั้งแรกในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน หากมีระบบการดูแลและการสนับสนุนที่เหมาะสมและต่อเนื่อง ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกก็ยังสามารถพัฒนาได้อย่างมั่นคง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยงานหลังคลอด สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดาในการดูแลบุตร อีกทั้งควรมีการคัดกรองระดับความเหนื่อยล้าหลังคลอดอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ความช่วยเหลือตรงตามความต้องการของมารดา รวมถึงการให้การสนับสนุนทางการพยาบาลทั้งด้านอารมณ์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านข้อมูล และด้านสิ่งของ เพื่อเอื้อต่อการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. นำผลการวิจัยไปพัฒนารูปแบบโปรแกรมส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน โดยเน้นเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร ควบคู่กับการลดความเหนื่อยล้า และการจัดการสนับสนุนทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบ

2. ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพหรือการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods) เพื่อสำรวจประสบการณ์ ความรู้สึก และปัจจัยเชิงลึกที่มีผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ซึ่งไม่สามารถประเมินได้จากแบบสอบถามเชิงปริมาณเพียงอย่างเดียว

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *การผ่าท้องคลอด (Cesarean Section Rate) เขตสุขภาพ*. https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/cesareansection/index?year=2021

กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *อัตราการผ่าท้องคลอด*. http://cmi.healtharea.net/isp/sp_obs/index?menu_id=6

กัญญาพัชญ์ จาอ้าย, อมรเลิศ พันธ์วัตร์ และประไพศรี กาบมาลา. (2563). ปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้าของมารดาหลังผ่าตัดคลอดในเขตภาคเหนือ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, 21*(41), 8-19.

กุสุมล แสนบุญมา, วรรณี เดียวอิศเรศ และอุษา เชื้อหอม. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 27*(3), 23-31.

ขนิษฐา จรัสวิศิษฎ์กุล และทัศพร ชูศักดิ์. (2561). ผลการนวดสัมผัสทารกโดยมารดาที่มีต่อการเจริญเติบโตของทารกและความผูกพันระหว่างมารดาและทารกของทารกที่มีภาวะป่วย โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารวิจัยและพัฒนาวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์, 13*(1), 76-86.

จงลักษณ์ ทวีแก้ว, กัลยา บัวบาน และปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์. (2562). เนื้อแนบเนื้อสัมผัสแรกรักจากแม่สู่ลูก: ความสำคัญและการปฏิบัติ. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์, 3*(3), 1-10.

ฉมาพร หนูเพชร. (2556). *ความรักใคร่ผูกพันของมารดาต่อทารกในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยตนเองและมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยตนเองบางส่วน* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์]. PSU Knowledge Bank. http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2010/9364

ชญาพัฒน์ ธรรมภาสุวรรณ์. (2555). *ผลของโปรแกรมการดูแลมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดต่อความวิตกกังวลและสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล]. Mahidol University Library and Knowledge Center. https://mulinet11.li.mahidol.ac.th/e-thesis/2555/cd470/5236531.pdf

ชนิตา คชะสุต. (2538). *ผลของการสัมผัสทารกทันทีหลังคลอดต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการระงับปวดต่างกัน* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล]. Mahidol University Library and Knowledge Center. https://mulinet11.li.mahidol.ac.th/e-thesis/scan/9745881813.pdf

ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, นิสากร กรุงไกรเพชร, กฤชฐา จีรวงศ์พานิช และพิชามญช์ อินทะพุฒ. (2567). *การพัฒนาแอปพลิเคชัน "สุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน" สำหรับสตรีวัยเจริญพันธุ์ในพื้นที่เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (รายงานการวิจัย).* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, พิริยา ศุภศรี, วรรณทนา ศุภสีมานนท์, นารีรัตน์ บุญเนตร และชรริน ขวัญเนตร. (2560). แบบจำลองเชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4*(1), 28-46.

ธีรยา เนาวโคอักษร, บุษกร พันธ์เมธาฤทธิ์ และมยุรี นภาพรรณสกุล. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกต่อความรักความผูกพันระหว่างมารดาและทารกของมารดาวัยรุ่น. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 35*(2), 143-160.

นริสา จันทบุรี, ศรีสมร ภูมนสกุล และจรัสศรี ธีระกุลชัย. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน. *วารสารพยาบาลตำรวจ, 11*(2), 387-395.

ปาริฉัตร แซ่ลิ้ว, กรรณิการ์ กันธะรักษา และนงลักษณ์ เฉลิมสุข. (2558). การรับรู้ประสบการณ์การคลอด การสนับสนุนทางสังคม และความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด. *พยาบาลสาร, 42*(ฉบับพิเศษ), 69-81.

พรพรรณ จงปราณี. (2540). *ปัจจัยการคัดสรร แรงสนับสนุนทางสังคมกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาวัยรุ่น* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรรณพิไล เลาหเพ็ญแสง. (2526). *เปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญต่อภาวะเครียดและสัมพันธภาพของมารดาต่อบุตรระหว่างมารดาที่คลอดบุตรครบกำหนดคนแรกกับมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนดคนแรก* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรรณิภา ทองณรงค์. (2537). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมความผูกพันในระยะตั้งครรภ์ต่อความผูกพันระหว่างมารดาและทารกหลังคลอด ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 6 ขอนแก่น* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น]. Digital Research Information Center. https://dric.nrct.go.th/index.php?/Search/SearchDetail/51223

เพียงขวัญ ภูทอง, ศรีสมร ภูมนสกุล และปรานี ป้องเรือ. (2561). ปัจจัยทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด. *วารสารเกื้อการุณย์*, *25*(2), 64-77.

มาณี น้ำคณาคุปต์, พิไลวรรณ ใจชื้น และทัศนีย์วรรณ พฤกษาเมธานันท์. (2563). เปรียบเทียบการรับรู้กระบวนการดูแลในระยะคลอด การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และความพึงพอใจต่อการบริการระหว่างผู้คลอดปกติและผ่าตัดคลอด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา, 28*(1), 60-70.

มนัสชนก มณีอินทร์. (2558). การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตหญิงหลังคลอดระหว่างการคลอดปกติทางช่องคลอดกับการผ่าตัดคลอด. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, *24*(4), 648-658.

ระวีวัฒน์ นุมานิต, กิติยา กมลตรี และเจษฎา หรบรรพ์. (2562). ผลของโปรแกรมการนวดสัมผัสทารกโดยมารดาที่มีต่อสัญญาณพฤติกรรมของทารกและความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกขณะอยู่โรงพยาบาล. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 34*(3), 413-426.

รัตนา งามบุณยรักษ์. (2553). *ผลของวิธีการพยาบาลแบบเนื้อแนบเนื้อต่ออุณหภูมิกายของทารกแรกเกิดและความผูกพันระหว่างมารดาและทารก* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. CUIR at Chulalongkorn University. http://doi.org/10.14457/CU.the.2010.1806

โรงพยาบาลชลบุรี. (2567). *สถิติการคลอด โรงพยาบาลชลบุรี*.

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา. (2567). *สถิติการคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา*.

สุดหทัย ประสงค์, นิตยา สินสุกใส, นันทนา ธนาโนวรรณ และพฤหัส จันทร์ประภาพ. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดา-ทารกต่อการตอบสนองของมารดาต่อความต้องการของทารก และความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดา-ทารกในมารดาที่มีบุตรคนแรก. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 38*(1), 60-72.

สุรีย์วรรณ ภูริปัญญาคุณ. (2539). *ผลของการให้คำแนะนำการเป็นมารดาในระยะก่อนคลอดที่มีต่อความรักใคร่ผูกพันของมารดาต่อทารกในกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มีสัมพันธภาพกับคู่สมรสต่างกัน* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ]. The Central Library of Srinakharinwirot University. https://hdl.handle.net/20.500.14740/25997

สุหรี หนุ่งอาหลี. (2547). *ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตร ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Thai Digital Collection. https://tdc-thailis-or-th.eu1.proxy.openathens.net/tdc/browse.php?option=show&browse_type=title&titleid

เสาวรส แพงทรัพย์, วรรณา พาหุวัฒนกร, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร. (2561). อิทธิพลของอายุ การวางแผนการตั้งครรภ์ ความเครียด และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกหลังคลอด ในมารดาที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 36*(3). 34-45.

อำนาจ พิมพาต. (2552). *ผลโปรแกรมของการนวดสัมผัสทารกโดยมารดาต่อความรักความผูกพันระหว่างมารดาทารก และน้ำหนักตัวทารก* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น]. Thai Digital Collection. https://tdc-thailis-or-th.eu1.proxy.openathens.net/tdc/dccheck.php?Int_code=92&RecId=34746&obj_id=429110&showmenu=no

Abuhammad, S., AlAzzam, M., & AbuFarha, R. (2021). Infant temperament as a predictor of maternal attachment: A Jordanian study. *Nursing Open, 8*(2), 636-645. https://doi.org/10.1002/nop2.668

Afolabi, O., Bunce, L., Lusher, J., & Banbury, S. (2020). Postnatal depression, maternal-infant bonding and social support: A cross-cultural comparison of Nigerian and British mothers. *Journal of Mental Health, 29*(4), 424-430. https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1340595

Akhtarkia, Z., Akbari Kamrani, M., Farid, M., & Faraji Dana, H. (2023). Relationship among maternal perception of childbirth experience, spiritual health and maternal-infant relationship in the postpartum women: A cross-sectional study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 28*(3), 332-338. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_404_20

Amasha, H. A., Abdel-Haleem, S. A., El Maghawery, A. M., & Elbahlowan, G. A. (2020). The relation between pregnant women's self-efficacy and their maternal-fetal attachment. *Evidence-Based Nursing Research, 2*(3), 137-146. https://doi.org/10.47104/ebnrojs3.v2i3.151

American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2020). Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG practice bulletin, number 222. *Obstetrics & Gynecology, 135*(6), e237-e260. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003891

Angolile, C. M., Max, B. L., Mushemba, J., & Mashauri, H. L. (2023). Global increased cesarean section rates and public health implications: A call to action. *Health Science Reports, 6*(5), e1274. https://doi.org/10.1002/hsr2.1274

Badr, H. A., & Zauszniewski, J. A. (2017). Meta-analysis of the predictive factors of postpartum fatigue. *Applied Nursing Research, 36*, 122-127. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.06.010

Batieha, A. M., Al-Daradkah, S. A., Khader, Y. S., Basha, A., Sabet, F., Athamneh, T. Z., Gharaibeh, F. N. A., & Sheyyab, M. (2017). Cesarean section: Incidence, causes, associated factors and outcomes: A national prospective study from Jordan. *Gynecology & Obstetrics Case report, 3*(3), 55. https://doi.org/10.21767/2471-8165.1000055

Bhiladvala, C., ffrench-O'Carroll, R., Dadkhah, Y., Bright, S., Chau, A., & Seligman, K. M. (2022). Factors driving the difference in quality of recovery scores between scheduled and unscheduled caesarean delivery patients. *British Journal of Anaesthesia, 128*(3), e219-e221. https://doi.org/10.1016/j.bja.2021.11.026

Bieleninik, L., Lutkiewicz, K., Cieslak, M., Preis-Orlikowska, J., & Bidzan, M. (2021). Associations of maternal-infant bonding with maternal mental health, infant's characteristics and socio-demographical variables in the early postpartum period: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(16), 8517. https://doi.org/10.3390/ijerph18168517

Bills, B. J. (1980). Enhancement of paternal-newborn affectional bonds. *Journal of Nurse-Midwifery, 25*(5), 21-26. https://doi.org/10.1016/0091-2182(80)90158-5

Bostanabad, M. A., Areshtanab, H. N., Balila, M., Jafarabadi, M. A., & Ravanbakhsh, K. (2017). Effect of a supportive-training intervention on mother-infant attachment. *Iranian Journal of Pediatrics, 27*(6), e10565. https://doi.org/10.5812/ijp.10565

Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss* (2nd ed.). Basic books.

Burns, N., & Grove, S. K. (2009). The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence (6th ed.). Saunders Elsevier.

Chalmers, B., Kaczorowski, J., Darling, E., Heaman, M., Fell, D. B., O'Brien, B., & Lee, L. (2010). Cesarean and vaginal birth in Canadian women: A comparison of experiences. *Birth, 37*(1), 44-49. https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00377.x

Cho, H., & Jeong, I. S. (2021). The relationship between mother-infant contact time and changes in postpartum depression and mother-infant attachment among mothers staying at postpartum care centers: An observational study. *Nursing & Health Sciences, 23*(2), 547-555. https://doi.org/10.1111/nhs.12847

Chu, H., Ye, J., Chen, J., Dang, J., Lu, Q., & Li, L. (2025). The impact of mother-infant rooming-in and continuous skin-to-skin contact on newborns. *Frontiers in Pediatrics, 13*, 1577094. https://doi.org/10.3389/fped.2025.1577094

Cinar, N., Caka, S. Y., Topal, S., Yuvaci, H. U., & Erkorkmaz, U. (2017). The relation of health-related practices of pregnant women, fatigue and prenatal attachment. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan, 27*(11), 693-698.

Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). John Wiley & Sons.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Conroy, K., Koenig, A. F., Yu, Y.-H., Courtney, A., Lee, H. J., & Norwitz, E. R. (2012). Infectious morbidity after cesarean delivery: 10 strategies to reduce risk. *Reviews in Obstetrics & Gynecology, 5*(2), 69-77.

Cremonese, L., Wilhelm, L. A., Prates, L. A., de Paula, C. C., Sehnem, G. D., & Ressel, L. B. (2017). Social support from the perspective of postpartum adolescents. *Escola Anna Nery, 21*(4), e20170088. https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0088

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Spong, C. Y., & Casey, B. M. (2022). *Williams obstetrics* (26th ed.). McGraw Hill.

Darnal, N., & Dangal, G. (2020). Maternal and fetal outcome in emergency versus elective caesarean section. *Journal of Nepal Health Research Council, 18*(2), 186-189. https://doi.org/10.33314/jnhrc.v18i2.2093

de Clippele, C. (2020). Caesarean section in conditions of limited resources. Louvain Coopération.

de Waal, N. D., Boekhorst, M. G. B. M., Nyklicek, I., & Pop, V. J. M. (2023). Maternal-infant bonding and partner support during pregnancy and postpartum: Associations with early child social-emotional development. *Infant Behavior and Development, 72*, 101871. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2023.101871

Deys, L., Wilson, V., & Meedya, S. (2021). What are women's experiences of immediate skin-to-skin contact at caesarean section birth? An integrative literature review. *Midwifery, 101*, 103063. https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103063

Deys, L. J., Wilson, V., Bayes, S., & Meedya, S. (2024). "Where's my baby?" A feminist phenomenological study of women experiencing preventable separation from their baby at caesarean birth. *Women and Birth, 37*(6), 101828. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2024.101828

DiTosto, J. D., Leziak, K., Yee, L. M., & Badreldin, N. (2024). Individuals' experiences of having an unplanned cesarean birth: A qualitative analysis. *American Journal of Perinatology, 41*(1), 106-109. https://doi.org/10.1055/a-1877-6138

Doblin, S., Seefeld, L., Weise, V., Kopp, M., Knappe, S., Asselmann, E., Martini, J., & Garthus-Niegel, S. (2023). The impact of mode of delivery on parent-infant-bonding and the mediating role of birth experience: A comparison of mothers and fathers within the longitudinal cohort study DREAM. *BMC Pregnancy and Childbirth, 23*(1), 285. https://doi.org/10.1186/s12884-023-05611-8

Dol, J., Richardson, B., Grant, A., Aston, M., McMillan, D., Tomblin Murphy, G., & Campbell-Yeo, M. (2021). Influence of parity and infant age on maternal self-efficacy, social support, postpartum anxiety, and postpartum depression in the first six months in the Maritime Provinces, Canada. *Birth, 48*(3), 438-447. https://doi.org/10.1111/birt.12553

Doyle, F. L., Dickson, S. J., Eapen, V., Frick, P. J., Kimonis, E. R., Hawes, D. J., Moul, C., Richmond, J. L., Mehta, D., & Dadds, M. R. (2023). Towards preventative psychiatry: Concurrent and longitudinal predictors of postnatal maternal-infant bonding. *Child Psychiatry & Human Development, 54*(6), 1723-1736. https://doi.org/10.1007/s10578-022-01365-0

Ende, H. B., Lozada, M. J., Chestnut, D. H., Osmundson, S. S., Walden, R. L., Shotwell, M. S., & Bauchat, J. R. (2021). Risk factors for atonic postpartum hemorrhage: A systematic review and meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology, 137*(2), 305-323. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004228

Enkhmaa, D., Enkhtaivan, O., Batsuuri, B., Erdenebileg, N., Baatar, T., Bayanbileg, S., Khadaa, T., Seded, K., Sharifi, K., & Shirchinjav, A. (2025). Trends in cesarean section in a tertiary referral hospital: Time-series analysis. *Central Asian Journal of Medical Sciences, 11*(2), 69-83. https://doi.org/10.24079/CAJMS.2025.02.003

Evans, K., Fraser, H., Uthman, O., Osokogu, O., Johnson, S., & Al-Khudairy, L. (2022). The effect of mode of delivery on health-related quality-of-life in mothers: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth, 22*, 149. https://doi.org/10.1186/s12884-022-04473-w

Farag, D. S. S., Bakr, M. F. H. E., Zedan, H. A. E., Hassan, H. E., & Eid, S. R. (2023). Maternal and newborn outcome among women undergoing elective versus emergency caesarean section: A comparative study. *Egyptian Journal of Health Care, 14*(3), 454-468. https://doi.org/10.21608/ejhc.2023.317867

Feldman, R., Weller, A., Leckman, J. F., Kuint, J., & Eidelman, A. I. (1999). The nature of the mother's tie to her infant: Maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 40*(6), 929-939.

Forti-Buratti, M. A., Palanca-Maresca, I., Fajardo-Simón, L., Olza-Fernández, I., Bravo-Ortiz, M. F., & Marín-Gabriel, M. A. (2017). Differences in mother-to-infant bonding according to type of C-section: Elective versus unplanned. *Early Human Development, 115*, 93-98. https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2017.09.020

Ghadery-Sefat, A., Abdeyazdan, Z., Badiee, Z., & Zargham-Boroujeni, A. (2016). Relationship between parent-infant attachment and parental satisfaction with supportive nursing care. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 21*(1), 71-76.

Gladman, D. D., Nash, P., Goto, H.,, Birt, J. A., Lin, C.-Y., Orbai, A.-M., & Kvien, T. K. (2020). Fatigue numeric rating scale: Validity, discrimination and responder definition in patients with psoriatic arthritis. *Rheumatology (Oxford), 59*(S2), ii79-ii88.

Gomaa, K., Abdelraheim, A. R., El Gelany, S., Khalifa, E. M., Yousef, A. M., & Hassan, H. (2021). Incidence, risk factors and management of post-cesarean section surgical site infection (SSI) in a tertiary hospital in Egypt: A five-year retrospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 21*, 634. https://doi.org/10.1186/s12884-021-04054-3

Handelzalts, J. E., Levy, S., Molmen-Lichter, M., Muzik, M., Krissi, H., Wiznitzer, A., & Peled, Y. (2021). Associations of rooming-in with maternal postpartum bonding: The impact of mothers' pre-delivery intentions. *Midwifery, 95*, 102942. https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.102942

Hoffmeister, J. J., Bittner, A., Niegel, S. G., Goeckenjan, M., Martini, J., & Weidner, K. (2022). Subjective birth experience predicts mother-infant bonding difficulties in women with mental disorders. *Frontiers in Global Women's Health, 3*. https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.812055

Huner, B., Friedl, T., Schutze, S., Polasik, A., Janni, W., & Reister, F. (2023). Post-traumatic stress syndromes following childbirth influenced by birth mode-is an emergency cesarean section worst? *Archives of Gynecology and Obstetrics, 309*, 2439-2446. https://doi.org/10.1007/s00404-023-07114-5

Israel, G. D. (1992). *Determining sample size*. https://www.researchgate.net/profile/Subhash-Basu3/post/how

Joas, J., & Mohler, E. (2021). Maternal bonding in early infancy predicts childrens' social competences in preschool age. *Frontiers in Psychiatry, 12*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.687535

Kadiroglu, T., & Tufekci, F. G. (2022). Effect of infant care training on maternal bonding, motherhood self-efficacy, and self-confidence in mothers of preterm newborns. *Maternal and Child Health Journal, 26*(1), 131-138. https://doi.org/10.1007/s10995-021-03287-0

Karakas, N. M., & Dagli, F. S. (2019). The importance of attachment in infant and influencing factors. *Turkish Archives of Pediatrics, 54*(2), 76-81. https://doi.org/10.14744/TurkPediatriArs.2018.80269

Kasali, K., Senocak, G. N. C., Dostbil, A., Yilmaz, E. P. T., Kahramanlar, A. A., & Atamanalp, S. S. (2025). The mediating role of delivery mode on postpartum maternal depression and mother-infant bonding. *Pakistan Journal of Medical Sciences, 41*(6), 1701-1707.

Kaynak, S., Ozcoban, F. A., & Duran, S. (2025). The effect of breastfeeding self-efficacy levels on maternal attachment: the mediation role of mothers' traumatic childbirth perception. *Current Psychology, 44*, 1179-1188. https://doi.org/10.1007/s12144-025-07528-1

Keskin, F., & Yagmur, Y. (2020). The factors affecting maternal attachment in Eastern Turkey. *International Journal of Caring Sciences, 13*(2), 858-867.

Kinsey, C. B., & Hupcey, J. E. (2013). State of the science of maternal-infant bonding: A principle-based concept analysis. *Midwifery, 29*(12), 1314-1320. https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.019

Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1982). *Parent-infant bonding* (2nd ed.). C. V. Mosby.

La Rosa, V. L., Alparone, D., & Commodari, E. (2025). Psychological and social factors influencing mother-child bonding in the first year after birth: A model for promoting infant and maternal well-being. *Frontiers in psychology, 16*, 1588433. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1588433

Lai, Y. L., Hung, C. H., Stocker, J., Chan, T. F., & Liu, Y. (2015). Postpartum fatigue, baby-care activities, and maternal-infant attachment of vaginal and cesarean births following rooming-in. *Applied Nursing Research, 28*(2), 116-120. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.08.002

Laifer, L. M., DiLillo, D., & Brock, R. L. (2023). Prenatal negative affectivity and trauma-related distress predict mindful parenting during toddler age: Examining parent-infant bonding as a mechanism. *Development and Psychopathology, 35*(3), 1036-1050. https://doi.org/10.1017/S0954579421000894

Laine, K., Pay, A. D., & Yli, B. M. (2023). Time trends in caesarean section rates and associations with perinatal and neonatal health: A population-based cohort study of 1,153,789 births in Norway. *BMJ Open, 13*(2), e069562. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-069562

Li, H. (2023). Maternal-infant attachment and its relationships with postpartum depression, anxiety, affective instability, stress, and social support in a Canadian community sample. *Psychiatric Quarterly, 94*(1), 9-22. https://doi.org/10.1007/s11126-022-10011-w

Linde, K., Lehnig, F., Nagl, M., & Kersting, A. (2020). The association between breastfeeding and attachment: A systematic review. *Midwifery, 81*. https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102592

Liu, C. H., Hyun, S., Mittal, L., & Erdei, C. (2022). Psychological risks to mother-infant bonding during the COVID-19 pandemic. *Pediatric Research, 91*(4), 853-861. https://doi.org/10.1038/s41390-021-01751-9

Long, Q., Zhang, Y., Zhang, J., Tang, X., & Kingdon, C. (2022). Changes in caesarean section rates in China during the period of transition from the one-child to two-child policy era: Cross-sectional national household health services surveys. *BMJ Open, 12*(4), e059208. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-059208

Loto, O. M., Adewuya, A. O., Ajenifuja, O. K., Orji, E. O., Ayandiran, E. O., Owolabi, A. T., & Ade-Ojo, I. P. (2010). Cesarean section in relation to self-esteem and parenting among new mothers in southwestern Nigeria. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica, 89*(1), 35-38. https://doi.org/10.3109/00016340903280966

Machado, T. D. S., Chur-Hansen, A., & Due, C. (2020). First-time mothers' perceptions of social support: Recommendations for best practice. *Health Psychology Open, 7*(1). https://doi.org/10.1177/2055102919898611

Makeen, M., Farrell, L. M., LaSorda, K. R., Deng, Y., Altamirano, V., Jarvis, O., Kenkre, T., & Lim, G. (2022). Associations between postpartum pain, mood, and maternal-infant attachment and parenting outcomes. *Scientific Reports, 12*(1), 17814. https://doi.org/10.1038/s41598-022-21793-1

Mankani, L. K., & Ankalagi, S. S. (2024). Comparison of maternal and neonatal outcomes following elective cesarean section versus emergency cesarean section. *Journal of Neonatal Surgery, 13*, 604-614. https://doi.org/10.63682/jns.v13i1.8591

Manuela, F., Barcos-Munoz, F., Monaci, M. G., Lordier, L., Camejo, M. P., Almeida, J. S., Grandjean, D., Huppi, P. S., & Borradori-Tolsa, C. (2021). Maternal stress, depression, and attachment in the neonatal intensive care unit before and during the COVID pandemic: An exploratory study. *Frontiers in psychology, 12*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.734640

Manzo, B. F., Costa, A. C. L., Silva, M. D., Jardim, D. M. B., & da Costa, L. O. (2018). Inevitable mother-baby separation in the immediate postpartum from a maternal perspective. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 18*(3), 501-507. https://doi.org/10.1590/1806-93042018000300004

Marmitt, L. P., Machado, A. K. F., & Cesar, J. A. (2022). Recent trends in cesarean section reduction in extreme south of Brazil: A reality only in the public sector? *Ciência & Saúde Coletiva, 27*, 3307-3317.

Mehler, K., Hucklenbruch, R. E., Trautmann, V. P., Becker, I., Roth, B., & Kribs, A. (2020). Delivery room skin-to-skin contact for preterm infants-A randomized clinical trial. *Acta Pædiatrica, 109*(3), 518-526.

Mehler, K., Wendrich, D., Kissgen, R., Roth, B., Oberthuer, A., Pillekamp, F., & Kribs, A. (2011). Mothers seeing their VLBW infants within 3 h after birth are more likely to establish a secure attachment behavior: Evidence of a sensitive period with preterm infants? *Journal of Perinatology, 31*(6), 404-410. https://doi.org/10.1038/jp.2010.139

Monaco, K. V. (2011). *Maternal representations of attachment as affected by conditions of proximity and separation* [Master's thesis, Seton Hall University]. Seton Hall University dissertations and thesis (ETDS). https://scholarship.shu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2431&context=dissertations

Moniri, M., Rashidi, F., Mirghafourvand, M., Rezaei, M., & Ghanbari-Homaie, S. (2023). The relationship between pregnancy and birth experience with maternal-fetal attachment and mother-child bonding: A descriptive-analytical study. *BMC psychology, 11*(1), 462. https://doi.org/10.1186/s40359-023-01475-x

Muller, M. E. (1994). A questionnaire to measure mother-to-infant attachment. *Journal of Nursing Measurement, 2*(2), 129-141.

Muslu, A., Kilci Erciyas, S., & Cindas, P., & Unsal Atan, S. . (2022). The relationship between women's childbirth experiences and their maternal attachment and the risk of postpartum depression. *European Journal of Clinical and Experimental Medicine, 20*(4), 435-442. https://doi.org/https://doi.org/10.15584/ejcem.2022.4.9

Neelofer, S. M., Aparna, J., & Jyothirmayee, B. (2023). A comparison of maternal and fetal outcomes in emergency over elective lower segment cesarean section. *International Journal of Academic Medicine and Pharmacy, 5*(3), 2196-2201. https://doi.org/10.47009/jamp.2023.5.3.432

Ngamthong, P., & Boriboonhirunsarn, D. (2023). Cesarean section rate and associated risk factors in group 1 Robson classification. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology, 31*(1), 11-20. https://doi.org/10.14456/tjog.2023.2

Obut, M., Kahraman, N. C., Sucu, S., Keles, A., Arat, O., Celik, O. Y., Bucak, M., Cakir, A., Sahin, D., & Yucel, A. (2023). Comparison of feto-maternal outcomes between emergency and elective cesarean deliveries in patients with gestational diabetes. *Turkish Journal of Diabetes and Obesity, 7*(1), 52-59.

Orovou, E., & Antoniou, E. (2024). Voices of women with emergency cesarean section experience: A qualitative approach. *Cureus, 16*(2), e53429. https://doi.org/10.7759/cureus.53429

Orovou, E., Iliadou, M., Chatzopoulou, M. T., Dagla, M., Eskitzis, P., Rigas, N., & Antoniou, E. (2023). The relation between birth with cesarean section and posttraumatic stress in postpartum women. *Maedica—A Journal of Clinical Medicine, 18*(4), 615-622. https://doi.org/10.26574/maedica.2023.18.4.615

Osterman, M. J. K. (2022). Changes in primary and repeat cesarean delivery: United States, 2016–2021 (Vital Statistics Rapid Release, Report No. 21). *National Center for Health Statistics*. https://doi.org/10.15620/cdc:117432

Ozturk, C. S., & Demir, K. (2023). The effect of mandala activity and technology-based breastfeeding program on breastfeeding self-efficacy and mother-infant attachment of primiparous women: A randomized controlled study. *Journal of Medical Systems, 47*, 44. https://doi.org/10.1007/s10916-023-01942-3

Pandey, S., Pandey, S., Renu, K., & Sagar, S. (2025). Analysis of risk factors and outcomes in emergency cesarean sections: A one-year cross-sectional study. *Journal of Neonatal Surgery, 14*(18S), 531-542.

Perrella, S. L., Abelha, S. G., Vlaskovsky, P., McEachran, J. L., Prosser, S. A., & Geddes, D. T. (2024). Australian women's experiences of establishing breastfeeding after caesarean birth. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 21*(3), 296. https://doi.org/10.3390/ijerph21030296

Phillips, K. F., DePue, L., & Mullen, S. (2020). The effect of postpartum fatigue on exclusive breastfeeding rates at discharge: A comparison of birth methods. *Journal of Comprehensive Nursing Research and Care, 5*(1). https://doi.org/10.33790/jcnrc1100158

Poojari, V. G., Vasudeva, A., & Sudha, V. (2019). Influence of various modes of delivery on mother-infant bonding: A prospective observational study. *Current Women's Health Reviews, 15*(4), 295-300. https://doi.org/10.2174/1573404815666190328182828

Pudasainee-Kapri, S., Shrestha, T., Dahan, T., & Wunnenberg, M. (2024). Translation, validation, and factor structure of the Nepali version of postpartum bonding questionnaires (PBQ-N) among postpartum women in Nepal. *PLOS Global Public Health, 4*(7), e0003469. https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003469

Puspasari, J., Larasati, L., & Winarti, R. (2023). Family support affect bonding attachment of baby and adolescent mother. *Jurnal Kesehatan Pasak Bumi Kalimantan, 6*(2), 230-237.

Qi, W., Wei, Z., Lv, H., Zhao, J., Hu, Y., Wang, Y., Guo, Q., & Hu, J. (2025). Postpartum depression and maternal-infant bonding: The mediating role of mentalizing and parenting self-efficacy. *BMC Pregnancy and Childbirth, 25*, 667. https://doi.org/10.1186/s12884-025-07762-2

Querido, D., Lourenco, M., Charepe, Z., Caldeira, S., & Nunes, E. (2022). Intervencões de enfermagem promotoras da vinculacão ao recem-nascido hospitalizado-revisão scoping. *Enfermería Global, 21*(2), 594-637. https://doi.org/10.6018/eglobal.479291

Reiser, S. L. (1981). A tool to facilitate mother-infant attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 10*(4), 294-297. https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1981.tb00862.x

Roqueta-Vall-llosera, M., Cámara-Liebana, D., Serrat-Graboleda, E., Salleras-Duran, L., Buxo-Pujolràs, M., Fuentes-Pumarola, C., & Ballester-Ferrando, D. (2024). Predictors of a positive birth experience in childbirth: A cross-sectional study. *Heliyon, 10*(19), e38262. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e38262

Rowe, H. J., & Fisher, J. R. (2010). The contribution of maternal self-efficacy and dyadic adjustment to women's adjustment to motherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 22*(8), 203-213.

Rubin, B. B., Trettim, J. P., Scholl, C. C., Coelho, F. T., Puccinelli, E. F., de Matos, M. B., Ghisleni, G., Pinheiro, R. T., & Quevedo, L. A. (2022). Maternal-fetal attachment and social-emotional development in infants at 3 months of age: A population-based study in southern Brazil. *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships, 16*(2), 260-276. https://doi.org/10.5964/ijpr.6693

Rubin, S. S. (1985). Maternal attachment and child death: On adjustment, relationship, and resolution. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 15*(4), 347-352. https://doi.org/10.2190/43LQ-43XJ-1G7X-7JQP

Rutherford, H. J., Booth, C. R., Luyten, P., Mayes, L. C., & Strathearn, L. (2015). Investigating the association between parental reflective functioning and distress on parent-infant interactions. *Infant Behavior and Development, 40*, 30-40.

Saansong, A. O. A., Adoma, P. O., Nkrumah, J., & Gbagbo, F. Y. (2024). Experience and erceived impact of anxiety and depression on quality of life following emergency caesarean section among women in Ghana: A qualitative study. *BMJ Open, 14*(11), e086069. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-086069

Seefeld, L., Weise, V., Kopp, M., Knappe, S., & Garthus-Niegel, S. (2022). Birth experience mediates the association between fear of childbirth and mother-child-bonding up to 14 months postpartum: Findings from the prospective cohort study DREAM. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 776922.

Shishido, E., & Horiuchi, S. (2023). Oxytocin changes in women with emergency cesarean section: Association with maternal blues by delivery mode. *Heliyon, 9*(4), e15405. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e15405

Skov, S. K., Huusom, A. J., Liew, Z., Olsen, J., & Li, J. (2022). Mode of delivery and short-term maternal mental health: A follow-up study in the Danish National Birth Cohort. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 157*(3), 635-644. https://doi.org/10.1002/ijgo.14155

Stoodley, C., McKellar, L., Ziaian, T., Steen, M., Fereday, J., & Gwilt, I. (2023). The role of midwives in supporting the development of the mother-infant relationship: A scoping review. *BMC psychology, 11*(1), 71. https://doi.org/10.1186/s40359-023-01092-8

Sun, L., Wang, S., & Li, X. Q. (2021). Association between mode of delivery and postpartum depression: A systematic review and network meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 55*(6), 588-601. https://doi.org/10.1177/0004867420954284

Tikotzky, L. (2016). Postpartum maternal sleep, maternal depressive symptoms and self-perceived mother-infant emotional relationship. *Behavioral Sleep Medicine, 14*(1), 5-22. https://doi.org/10.1080/15402002.2014.940111

Ucar, T., Bal, Z., Gokbulut, N., Kantar, E. C., & Guney, E. (2022). The relationship between social support and spousal support perceived by women in the postpartum period and readiness for discharge. *Genel Tıp Dergisi, 32*(2), 190-197. https://doi.org/10.54005/geneltip.1004287

van Reenen, S. L., & van Rensburg, E. (2013). The influence of an unplanned caesarean section on initial mother-infant bonding: Mothers' subjective experiences. *Journal of Psychology in Africa, 23*(2), 269-274. https://doi.org/10.1080/14330237.2013.10820623

Varisoglu, Y. Y., & Vural, P. I. (2024). Social support and maternal attachment in the NICU: A cross sectional study before/during the COVID-19. *Iranian Red Crescent Medical Journal, 26*(1), 1-6.

Wang, Y., Gu, J., Zhang, F., & Xu, X. (2023). Social support, parenting self-efficacy, and postpartum depression among Chinese parents: The actor-partner interdependence mediation model. *BMC Women's Health, 23*(1), 482. https://doi.org/10.1186/s12905-023-02593-9

Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2010). The Thai version of the PSS-10: An Investigation of its psychometric properties. *BioPsychoSocial Medicine, 4*, 6. https://doi.org/10.1186/1751-0759-4-6

World Health Organization [WHO]. (2015). *WHO statement on caesarean section rates*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf

Yang, X. J., & Sun, S. S. (2017). Comparison of maternal and fetal complications in elective and emergency cesarean section: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 296*(3), 503-512. https://doi.org/10.1007/s00404-017-4445-2

Yesilcinar, I., Yavan, T., Karasahin, K. E., & Yenen, M. C. (2017). The identification of the relationship between the perceived social support, fatigue levels and maternal attachment during the postpartum period. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 30*(10), 1213-1220. https://doi.org/10.1080/14767058.2016.1209649

Zanardo, V., Soldera, G., Volpe, F., Giliberti, L., Parotto, M., Giustardi, A., & Straface, G. (2016). Influence of elective and emergency cesarean delivery on mother emotions and bonding. *Early Human Development, 99*, 17-20. https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2016.05.006

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

1. รองศาสตราจารย์ พิริยา ศุภศรี	รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุดประนอม สมันตเวคิน	รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
3. นาวาตรีหญิง วราภรณ์ ปฏิสังข์	หัวหน้าแผนกวิจัยและการจัดการความรู้ กลุ่มงานบริหารและมาตรฐานการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จ พระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ

มหาวิทยาลัยบูรพา BURAPHA UNIVERSITY

ภาคผนวก ข

หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือ

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่ 00929
วันที่ 17 พ.ค. 2567
เวลา 8.14 น.

บัณฑิตวิทยาลัย
รับที่ 003991
วันที่ 15 พ.ค. 2567
เวลา 15-03 น.

มหาวิทยาลัยบูรพา
รับที่ 03283
วันที่ 15 พ.ค. 2567
เวลา 8.48 น.

e-mail ผ่านระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์

ที่ อว 8718/ ๗๔๖

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
114 สุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

๙ พฤษภาคม 2567

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือที่ อว 8137/928 ลงวันที่ 30 เมษายน 2567

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ขอความอนุเคราะห์ ใช้เครื่องมือการวิจัยคือ แบบวัดความรักใคร่ผูกพันของมารดาต่อทารกหลังคลอด จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของการให้คำแนะนำการเป็นมารดาในระยะ ก่อนคลอด ที่มีต่อความรักใคร่ผูกพันของมารดาต่อทารกในกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มีสัมพันธภาพกับคู่สมรสต่างกัน ของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง สุรีย์วรรณ ภูริปัญญาคุณ หลักสูตรการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา พัฒนาการ คณะมนุษยศาสตร์ ความทราบแล้วนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย พิจารณาแล้วมีความยินดีให้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ใช้เครื่องมือการวิจัยคือ แบบวัดความรักใคร่ผูกพันของมารดาต่อทารกหลังคลอด จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของการให้คำแนะนำการเป็นมารดาในระยะ ก่อนคลอด ที่มีต่อความรักใคร่ผูกพันของมารดาต่อทารกในกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มีสัมพันธภาพกับคู่สมรสต่างกัน ของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง สุรีย์วรรณ ภูริปัญญาคุณ หลักสูตรการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา พัฒนาการ คณะมนุษยศาสตร์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

บัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 0 2649 5064 ต่อ 12424
โทรสาร 02 260 0132

เรียน คณบดี
๑. เพื่อโปรดทราบ
๒. เห็นควร e-mail แจ้งงานบัณฑิต (คุณพรรณนิภา)
ทราบ เพื่อดำเนินการส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

สุภาวิณี ๑๗ พ.ค. ๖๗

เสนอ บัณฑิตวิทยาลัย
๑๕ พ.ค. ๒๕๖๗

เรียน คณบดี
๑. เพื่อโปรดทราบ
๒. เห็นควรแจ้งคณาจารย์ทราบ และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง

๑๕ พ.ค. ๒๕๖๗

รับทราบ/ดำเนินการตามเสนอ
15 พ.ค. 67
(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทวัส แจ้งเอี่ยม)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่ 00966
วันที่ 23 พ.ค. 2567
เวลา 12.44 น.

บัณฑิตวิทยาลัย
รับที่ 00419
วันที่ 21 พ.ค. 2567
เวลา 12.04 น.

ที่ อว ๘๓๙๕(๑).๓/๑๕

สำนักทะเบียนและประมวลผล
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๒๓๙ ถ.ห้วยแก้ว ต.สุเทพ
อ.เมือง จ.เชียงใหม่ ๕๐๒๐๐
e-mail - [illegible]

๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๗

เรื่อง แจ้งผลการอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย
เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
อ้างถึง หนังสือที่ อว ๘๑๓๗/๙๓๑ ลงวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗

ตามที่ นางสาวนารีนุช นาคกรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งเป็นผู้วิจัย เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน" มีความประสงค์จะขออนุญาตนำเครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ ของคุณปาริฉัตร แซ่ลิ้ว ไปใช้ในงานวิจัยนั้น

ในการนี้ มหาวิทยาลัยได้พิจารณาอนุญาตให้นางสาวนารีนุช นาคกรี ใช้เครื่องมือวิจัยของคุณปาริฉัตร แซ่ลิ้ว เพื่อนำไปประกอบการทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

เรียน คณบดี

๑. เพื่อโปรดทราบและพิจารณา

๒.เห็นควร e-mail แจ้ง งานบัณฑิต(คุณพรรณนิภา) ทราบ

เพื่อดำเนินการส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

สุภาวิณี ๒๓ พ.ค.๖๗

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะลักษณ์ พุทธวงศ์)
รองผู้อำนวยการสำนักฯ ปฏิบัติการแทน
ผู้อำนวยการสำนักทะเบียนและประมวลผล

เรียน คณบดี
๑. เพื่อโปรดทราบและพิจารณา
๒. เห็นควรแจ้งคุณนารีนุช ทราบ
และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง

๒๑ พ.ค. ๒๕๖๗

แจ้ง ๒
๒๓ พ.ค. ๖๗

ฝ่ายทะเบียนการศึกษา
โทรศัพท์ ๐-๕๓๙๔-๘๙๕๘

รับทราบ/ดำเนินการตามเสนอ

(รองศาสตราจารย์ [illegible])

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่ 00979
วันที่ 24 พ.ค. 2567
เวลา 14.52 น.

บัณฑิตวิทยาลัย
รับที่ 00431
วันที่ 23 พ.ค. 2567
เวลา 13.46 น.

ที่ อว ๘๓๙๓(๘).๗/ ๔๕๐

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ๑๑๐ ถ.อินทวโรรส
ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

e-mail-คุณพรรณนิภา

๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๗

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือเลขที่ อว ๘๑๓๗/๙๒๙ ลงวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบวัดความรู้สึกเครียด พร้อมวารสารอ้างอิง จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ นางสาวนารีนุช นาคกรี รหัสประจำตัวนิสิต ๖๕๙๑๐๐๐๑ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อยู่ระหว่างดำเนินการจัดทำเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์จะขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยคือ "แบบวัดความรู้สึกเครียด (Thai version of ๑๐-Item Perceived Stress Scale-๑๐ (T-PSS-๑๐))" ฉบับภาษาไทย ซึ่งเครื่องมือวิจัยฉบับนี้แปลเป็นภาษาไทย โดยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงณหทัย วงศ์ปการันย์ และศาสตราจารย์ นายแพทย์ทินกร วงศ์ปการันย์ สังกัดภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อประกอบการทำวิจัยในครั้งนี้ ความแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ข้าพเจ้า ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงณหทัย วงศ์ปการันย์ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้องอนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิจัยดังกล่าว ทั้งนี้ได้แนบตัวอย่างแบบวัดความรู้สึกเครียดพร้อมวารสารอ้างอิงมาพร้อมนี้แล้ว

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงณหทัย วงศ์ปการันย์)
ศาสตราจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์

แจ้ง ๒
23 พ.ค. 67

เรียน คณบดี
๑. เพื่อโปรดทราบ
๒. เห็นควร e-mail แจ้งงานบัณฑิต (คุณพรรณนิภา)
ทราบ เพื่อดำเนินการส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

สุภาวิณี ๒๔ พ.ค.๖๗

เรียน คณบดี
๑. เพื่อโปรดทราบ
๒. เห็นควรแจ้งคณะพยาบาลฯ ทราบ
และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง

๒๓ พ.ค. ๒๕๖๗

รับทราบ/ดำเนินการตามเสนอ

23 พ.ค. 67

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทวัส แจ้งเอี่ยม)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โทร ๐ ๕๓๙๓ ๕๔๒๒
E-mail: officepsy๕๔๒๒@gmail.com



ที่ อว. ๖๔.๑๑/๐๑๒๓๘

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๓ สิงหาคม ๒๕๖๗

เรื่อง อนุญาตให้ปรับปรุงเครื่องมือวิจัย

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ อว ๘๑๓๗/๑๔๗๙ ลงวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗ เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตปรับปรุงเนื้อหาเครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

ตามหนังสือที่อ้างถึง ดังรายละเอียดแจ้งแล้วนั้น คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณาแล้วอินดีอนุญาตให้ นางสาวนารีนุช นาคกรี ปรับปรุงเครื่องมือวิจัย แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ของ นางสาวสุหรี หนุ่งอาหลี ทั้งนี้ขอความร่วมมือเขียนรายการอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ ดังนี้

สุหรี หนุ่งอาหลี และ กัญญดา ประจุศิลป. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสินี วิเศษฤทธิ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. ๐-๒๒๑๘-๑๑๒๙ E-mail: fonbox@chula.ac.th

(2)

บัณฑิตวิทยาลัย
รับที่ 01552
วันที่ 6 มิ.ย. ๒๕๖๗
เวลา 9.57

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ โทร. ๒๘๒๓
ที่ อว ๘๑๐๖/๐๐๙๖๙ **วันที่** ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๗
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ตามบันทึกข้อความที่ อว ๘๑๓๗/๑๐๕๐ ลงวันที่ ๑๔ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ บัณฑิตวิทยาลัย ได้ขออนุญาตให้ นางสาวนารีนุช นาคกรี นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ ใช้เครื่องมือวิจัย คือ "แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว" จากงานวิจัยเรื่อง "การพัฒนาแอปพลิเคชัน "สุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน" สำหรับสตรีวัยเจริญพันธุ์ในพื้นที่เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก" ของ รองศาสตราจารย์ ดร. ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี เพื่อใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน" นั้น ในการนี้ คณะฯ พิจารณาแล้วยินดีอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(รองศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จูลเมตต์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เรียนคณบดี
๑. เพื่อโปรดทราบ
๒. เห็นควรมอบ คุณพงศธร ดำเนินการ
6 มิ.ย. 67

โทรแจ้ง อว นิธิยาแล้วครับ

ดำเนินการตาม 2
มัณฑนา
7 มิ.ย. 67

④

บัณฑิตวิทยาลัย
รับที่ 02014
วันที่ 10 ก.ค. 2567
เวลา 13:30 น.

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ โทร. ๒๘๒๓
ที่ อว ๘๑๐๖/๐๒๔๐ **วันที่** ๘ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๗
เรื่อง อนุญาตให้ใช้และดัดแปลงเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ตามบันทึกข้อความที่ อว ๘๑๓๗/๑๔๖๖ ลงวันที่ ๒ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ บัณฑิตวิทยาลัย ได้ขออนุญาตให้ นางสาวนารีนุช นาคกรี นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ ใช้และดัดแปลงเครื่องมือวิจัย ดังนี้

๑. แบบสอบถามการสนับสนุนทางการพยาบาล
๒. แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว

จากงานวิจัยเรื่อง "การพัฒนาแอปพลิเคชัน "สุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน" สำหรับสตรีวัยเจริญพันธุ์ในพื้นที่เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก" ของ รองศาสตราจารย์ ดร. ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี และคณะ พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน" นั้น ในการนี้ คณะฯ พิจารณาแล้วยินดีอนุญาตให้ใช้และดัดแปลงเครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(รองศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จูลเมตต์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เรียน คณบดี
๑. เพื่อโปรดทราบ
๒. เห็นควรมอบคุณหญิงฯ ดำเนินการ

๑๐ ก.ค. ๒๕๖๗

ดำเนินการตาม 2
มัณฑนา
15 ก.ค. 67



ภาคผนวก ค

ผลการพิจารณาจริยกรรมการวิจัย

สำเนา

ที่ IRB3-118/2567

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS071/2567

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวนารีนุช นาคกรี

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการหลัก (สารนิพนธ์/ งานนิพนธ์/ วิทยานิพนธ์/ ดุษฎีนิพนธ์) : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการร่วม (สารนิพนธ์/ งานนิพนธ์/ วิทยานิพนธ์/ ดุษฎีนิพนธ์) : รองศาสตราจารย์ ดร.ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

วิธีพิจารณา : ☐ Exemption Determination ☐ Expedited Reviews ☑ Full Board

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดภยันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฉบับที่ 2 วันที่ 8 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567
2. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 1 วันที่ 16 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 8 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567
4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 8 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567
5. แบบเก็บรวมรวบข้อมูล เช่น แบบบันทึกข้อมูล (Data Collection Form)
แบบสอบถาม หรือสัมภาษณ์ หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 1 วันที่ 16 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567
6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) ฉบับที่ - วันที่ - เดือน - พ.ศ. -

วันที่รับรอง : วันที่ 19 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567

วันที่หมดอายุ : วันที่ 19 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2568

สภากาชาดไทย
THAI RED CROSS SOCIETY

COA No. 009/2568
IRB No. 016/2568

หนังสือรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
290 ถ.เจิมจอมพล ต.ศรีราชา อ.ศรีราชา จ.ชลบุรี 20110 โทรศัพท์ 038-320200

เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมแบบเร็ว

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP) และ 45CFR 46.101(b)

ชื่อโครงการ : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

เลขที่โครงการวิจัย : 016/2568

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวนารีนุช นาคกรี

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

วิธีทบทวน : แบบเร็ว

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. โครงการวิจัยฉบับย่อ (ฉบับที่ 2.0 วันที่ 14/มี.ค./2568)
2. โครงการวิจัยฉบับเต็ม (ฉบับที่ 2.0 วันที่ 14/มี.ค./2568)
3. แบบสอบถาม (ฉบับที่ 2.0 วันที่ 14/มี.ค./2568)
4. แบบบันทึกข้อมูล (ฉบับที่ 2.0 วันที่ 14/มี.ค./2568)
5. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (ฉบับที่ 2.0 วันที่ 14/มี.ค./2568)
6. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับอาสาสมัคร (ฉบับที่ 1.0 วันที่ 11/ก.พ./2568)

วันที่รับรอง : 28 มี.ค. 2568

วันหมดอายุ : 27 มี.ค. 2569

ลงนาม .....
(นายแพทย์ชิตวีร์ เจียมตน)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม .....
(นายแพทย์ณัฐวุธ ศาสตรวาหา)
รองผู้อำนวยการ ปฏิบัติการแทน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



เอกสารเลขที่ ๑๕๑ / ๒๕๖๗ รหัสวิจัย ๑๐๑/๖๗/O/๑

ใบรับรองโครงการวิจัย
โดย คณะกรรมการจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี

.....

โครงการวิจัย : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน
(Factors Influencing Maternal-infant Attachment among Mothers with Emergency Cesarean Section)

ฉบับที่และวันที่ : ฉบับที่ ๒ วันที่ ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

ผู้ดำเนินการวิจัยหลัก : นางสาวนารีนุช นาคกรี

ผู้ดำเนินการวิจัยร่วม : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์
และรองศาสตราจารย์ ดร.ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลชลบุรีได้พิจารณาแล้วเห็นว่าสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้

ลงนาม **ลงนาม**

(แพทย์หญิงวรนาฎ รัตนากร)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย
วันที่รับรอง : ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๗

(นายแพทย์ธีระ ศิวดุลย์)
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์คนที่ ๑ โรงพยาบาลชลบุรี
วันหมดอายุ : ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๘

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

๑. โครงการวิจัย
๒. ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
๓. ผู้วิจัย
๔. แบบสอบถาม
๕. ใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยของอาสาสมัคร

กำหนดการส่งรายงานความคืบหน้าการวิจัย

☐ ทุก ๓ เดือน ☐ ทุก ๖ เดือน ☑ ๑ ปี

เงื่อนไข...



ภาคผนวก ง

หนังสือขอเก็บรวบรวมข้อมูล

ที่ อว ๘๑๓๗/๒๘๙๐

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๙ ธันวาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนัสนิคม

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (หาคุณภาพ)

ด้วยนางสาวนารีนุช นาคกรี รหัสประจำตัวนิสิต ๖๕๙๑๐๐๐๑ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตดังรายนามข้างต้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากมารดาอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป ผ่าตัดคลอดโดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้าที่อยู่ในระยะ ๔๘ - ๗๒ ชั่วโมงหลังคลอด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ได้แก่ การตกเลือด หรือติดเชื้อหลังคลอด เป็นต้น และสามารถสื่อสาร อ่าน เขียนภาษาไทยได้ ในหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลพนัสนิคม จำนวน ๓๐ คน ในระหว่างวันที่ ๑๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๘ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตดังรายนามข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙๘-๐๒๘-๘๐๙๓ หรือที่ E-mail: 65910001@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

มัณฑนา รังสิโยภาส

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มัณฑนา รังสิโยภาส)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
ผู้รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๕, ๗๐๗
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

เอกสารนี้ลงนามด้วยลายเซ็นอิเล็กทรอนิกส์ ตรวจสอบได้ที่ (https://e-sign.buu.ac.th/verify)

ที่ อว ๘๑๓๗/๒๑๒๖

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๗ กันยายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วยนางสาวนารีนุช นาคกรี รหัสประจำตัวนิสิต ๖๕๙๑๐๐๐๑ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตดังรายนามข้างต้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากมารดาที่อยู่ในระยะ ๒ - ๓ วันหลังได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินโดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ได้แก่ การตกเลือด หรือติดเชื้อหลังคลอด เป็นต้น และสามารถสื่อสาร อ่าน เขียนภาษาไทยได้ ที่มารับบริการ ณ หอผู้ป่วยสูติกรรม (หลังคลอด) โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน ๗๓ คน ในระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๘ - ๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตดังรายนามข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙๘-๐๒๘-๘๐๙๓ หรือที่ E-mail: 65910001@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

มัณฑนา รังสิโยภาส

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มัณฑนา รังสิโยภาส)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
ผู้รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๕, ๗๐๗
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

เอกสารนี้ลงนามด้วยลายเซ็นอิเล็กทรอนิกส์ ตรวจสอบได้ที่ (https://e-sign.buu.ac.th/verify)

ที่ อว ๘๑๓๗/๒๑๒๗

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๗ กันยายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วยนางสาวนารีนุช นาคกรี รหัสประจำตัวนิสิต ๖๕๙๑๐๐๐๑ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตดังรายนามข้างต้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากมารดาที่อยู่ในระยะ ๒ - ๓ วันหลังได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินโดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ได้แก่ การตกเลือด หรือติดเชื้อหลังคลอด เป็นต้น และสามารถสื่อสาร อ่าน เขียนภาษาไทยได้ ที่มารับบริการ ณ หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน ๗๐ คน ในระหว่างวันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตดังรายนามข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙๘-๐๒๘-๘๐๙๓ หรือที่ E-mail: 65910001@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

มัณฑนา รังสิโยภาส

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มัณฑนา รังสิโยภาส)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
ผู้รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๕, ๗๐๗
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

เอกสารนี้ลงนามด้วยลายเซ็นอิเล็กทรอนิกส์ ตรวจสอบได้ที่ (https://e-sign.buu.ac.th/verify)



ภาคผนวก จ

เอกสารชี้แจงและเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(Participant Information Sheet)

รหัสโครงการวิจัย : .....

(งานมาตรฐานและจริยธรรมในการวิจัย กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวนารีนุช นาคกรี นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลทางการพยาบาล และส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกต่อไป

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติตรงกับการวิจัยในครั้งนี้ คือ ท่านเป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดโดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้าที่อยู่ในระยะ 2-3 วันหลังคลอด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และสามารถสื่อสาร อ่าน เขียนภาษาไทยได้ โดยมีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ทั้งหมด 143 ราย

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วยตนเอง โดยมีแบบสอบถามจำนวน 10 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามประสบการณ์การคลอด 3) แบบสอบถามความเหนื่อยล้า 4) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร 5) แบบสอบถามความเครียด 6) แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว 7) แบบสอบถามการสนับสนุนทางการพยาบาล 8) แบบสอบถามความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก 9) แบบบันทึกระยะเวลาที่มารดาพบทารกครั้งแรก (สำหรับผู้วิจัย) และ 10) แบบบันทึกเกี่ยวกับการคลอด และภาวะสุขภาพของมารดาและทารกแรกเกิด (สำหรับผู้วิจัย) ซึ่งจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งสิ้นประมาณ 30 นาที และผู้วิจัยขออนุญาตดูและบันทึกข้อมูลของท่านตามที่ได้บันทึกไว้ในเวชระเบียน ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด และภาวะสุขภาพของท่านและทารกแรกเกิด

BUU-IRB Approved
19 Aug 2024

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมวิจัย การวิจัยนี้เป็นเพียงการตอบแบบสอบถามเท่านั้น ไม่มีการปฏิบัติใด ๆ ต่อตัวท่าน จึงไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือผลกระทบต่อสังคม แต่ท่านต้องเสียเวลา และท่านสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

ประโยชน์ของการวิจัยในครั้งนี้ อาจไม่ได้เป็นประโยชน์โดยตรงแก่ตัวท่าน แต่จะเกิดประโยชน์ทางอ้อมต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยผลการวิจัยในภาพรวมที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก เพื่อวางแผนทางการพยาบาลในการดูแลและส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินต่อไป

ท่านจะได้รับของที่ระลึกเป็นถุงเท้าสำหรับทารกแรกเกิดจำนวน 1 คู่ ราคา 20 บาท ภายหลังการตอบแบบสอบถาม และการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

การเข้าร่วมโครงการวิจัยของท่านในครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านสามารถปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ซึ่งการปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมจะไม่มีผลกระทบต่อการดูแลและบริการรักษาพยาบาลที่พึงจะได้รับ

ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ โดยข้อมูลที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิดในตู้เก็บเอกสารที่ใส่กุญแจไว้ตลอดเวลา มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเปิดตู้เอกสารได้ ส่วนข้อมูลที่เก็บในเครื่องคอมพิวเตอร์จะถูกใส่รหัสผ่าน มีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ โดยผู้วิจัยจะไม่นำข้อมูลส่วนบุคคลของท่านออกเปิดเผยไม่ว่าในทางใด ๆ และการเผยแพร่ผลการวิจัยจะกระทำในภาพรวมเท่านั้น เมื่อเผยแพร่งานวิจัยเรียบร้อยแล้วข้อมูลจะถูกทำลายภายใน 1 ปี โดยผู้วิจัยจะลบข้อมูลในเครื่องคอมพิวเตอร์ และทำลายข้อมูลที่เป็นกระดาษแบบสอบถามด้วยเครื่องทำลายเอกสาร

หากท่านมีปัญหาหรือสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงที่ผู้วิจัยในวันที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวนารีนุช นาคกรี นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 098-028-8093 หรือติดต่อผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-860

หากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-620 หรืออีเมล buuethics@buu.ac.th

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

นางสาวนารีนุช นาคกรี
ผู้วิจัย



BUU-IRB Approved
19 Aug 2024

AF 06-03.1/v2.1

เอกสารแสดงความยินยอม

ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย : .....

(งานมาตรฐานและจริยธรรมในการวิจัย กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

ให้คำยินยอม วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่าง ๆ ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบต่อการดูแลและบริการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าพึงจะได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการและได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ..... ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม ..... พยาน

(.....)

<u>หมายเหตุ</u> กรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยให้ความยินยอมด้วยการประทับลายนิ้วหัวแม่มือ ขอให้มีพยานลงลายมือชื่อรับรองด้วย

BUU-IRB Approved
19 Aug 2024

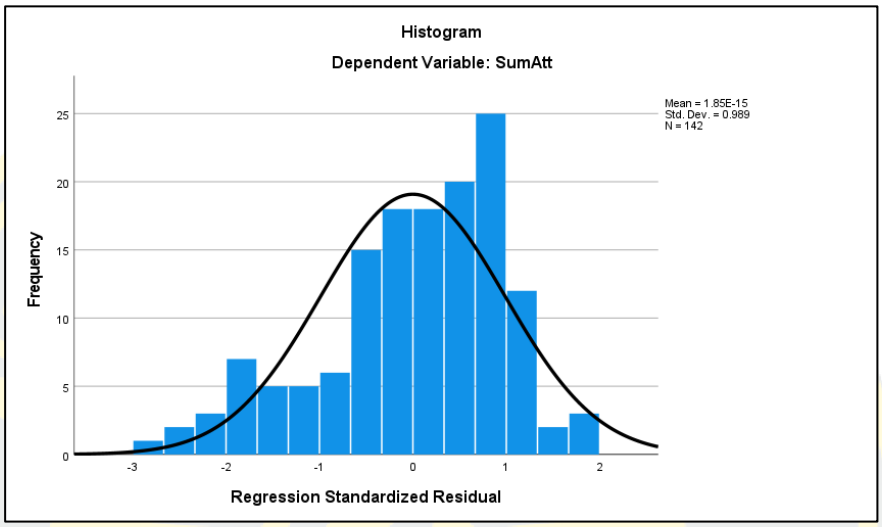


ภาคผนวก ฉ

ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น

ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น

ภาพที่ 3 ผลการตรวจสอบการแจกแจงแบบปกติ (Normality of residual)



ตารางที่ 8 ผลการตรวจสอบค่าผิดปกติ (Outliers)

Residuals Statistics[a]					
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	69.24	85.58	78.44	3.069	142
Residual	-13.267	9.224	.000	4.819	142
Std. Predicted Value	-2.995	2.329	.000	1.000	142
Std. Residual	-2.684	1.866	.000	.975	142
a. Dependent Variable: SumAtt					

ตารางที่ 9 ผลการตรวจสอบความสัมพันธ์กันของความคลาดเคลื่อน (Durbin-Watson)

Model Summary[b]					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.537[a]	.289	.251	4.944	2.30
a. Predictors: (Constant), SumNS, SumS, Contact, SumSE, Fatigue, SumBE, SumFS					
b. Dependent Variable: SumAtt					

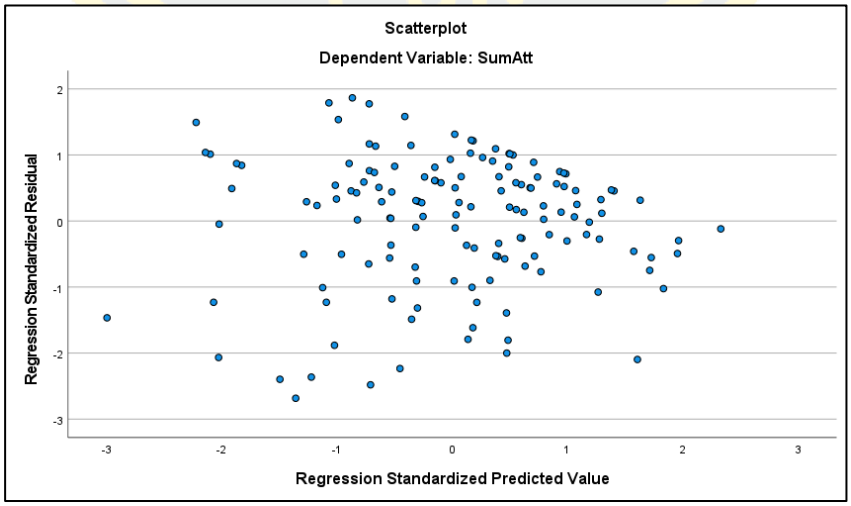
ตารางที่ 10 ผลการตรวจสอบความสัมพันธ์กันเองของตัวแปร (Pearson's correlation coefficient)

Correlations									
		SumAtt	SumBE	Fatigue	SumSE	SumS	SumFS	Contact	SumNS
Pearson Correlation	SumAtt	1.00	.09	-.31	.43	-.05	.32	-.11	.20
	SumBE	.09	1.00	-.28	.13	.49	.23	.08	.02
	Fatigue	-.31	-.28	1.00	-.26	-.21	-.12	.05	.03
	SumSE	.43	.13	-.26	1.00	-.01	.53	.02	.15
	SumS	-.05	.49	-.21	-.01	1.00	-.03	.01	-.02
	SumFS	.32	.23	-.12	.53	-.03	1.00	.10	.21
	Contact	-.11	.08	.05	.02	.01	.10	1.00	.09
	SumNS	.20	.02	.03	.15	-.02	.21	.09	1.00
Sig. (1-tailed)	SumAtt	.	.14	.00	.00	.27	.00	.10	.01
	SumBE	.14	.	.00	.06	.00	.00	.18	.40
	Fatigue	.00	.00	.	.00	.01	.08	.28	.35
	SumSE	.00	.06	.00	.	.46	.00	.39	.03
	SumS	.27	.00	.01	.46	.	.36	.50	.42
	SumFS	.00	.00	.08	.00	.36	.	.12	.01
	Contact	.10	.18	.28	.39	.50	.12	.	.14
	SumNS	.01	.40	.35	.03	.42	.01	.14	.

ตารางที่ 11 ผลการตรวจสอบความสัมพันธ์กันเองของตัวแปร (Tolerance and VIF)

Coefficients[a]								
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	61.54	6.17		9.97	<.001		
	SumBE	.01	.05	.02	.17	.86	.67	1.49
	Fatigue	-.88	.29	-.24	-3.06	.00	.85	1.18
	SumSE	.27	.08	.29	3.25	.00	.67	1.49
	SumS	-.10	.09	-.10	-1.21	.23	.73	1.37
	SumFS	.09	.07	.11	1.26	.21	.65	1.53
	Contact	-.04	.02	-.13	-1.72	.09	.98	1.03
	SumNS	.14	.07	.15	2.01	.04	.94	1.06
a. Dependent Variable: SumAtt								

ภาพที่ 4 ผลการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงและความแปรปรวนคงที่ของความคลาดเคลื่อน (Linearity and Homoscedasticity)





ภาคผนวก ช

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลำดับที่……วันที่……

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

คำชี้แจง: การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน แบบสอบถาม ประกอบด้วย 10 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประสบการณ์การคลอด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเหนื่อยล้า

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเครียด

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการสนับสนุนทางการพยาบาล

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

ส่วนที่ 9 แบบบันทึกระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรก (สำหรับผู้วิจัย)

ส่วนที่ 10 แบบบันทึกเกี่ยวกับการคลอด และภาวะสุขภาพมารดาและทารก (สำหรับผู้วิจัย)

โปรดตอบคำถามทุกข้อตามความเป็นจริง เพื่อนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินต่อไป

ขอขอบพระคุณสำหรับความร่วมมือ

นางสาวนารีนุช นาคกรี

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง: โปรดเติมข้อความ หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. อายุ……ปี

2. สถานภาพสมรสปัจจุบัน

( ) คู่/อาศัยอยู่ร่วมกัน ( ) คู่/ไม่ได้อาศัยอยู่ร่วมกัน ( ) หย่าร้าง/แยกทางกัน ( ) หม้าย

3. ระดับการศึกษา

( ) ไม่ได้เรียนหนังสือ ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษาตอนต้น

( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย ( ) ปวช. ( ) ปวส./อนุปริญญา

( ) ปริญญาตรี ( ) สูงกว่าปริญญาตรี

4. อาชีพ

( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) รับจ้างทั่วไป ( ) ค้าขาย

( ) เกษตรกรรม ( ) ประมง ( ) ธุรกิจส่วนตัว

( ) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ( ) นักเรียน/นักศึกษา ( ) อื่น ๆ ระบุ……..

5. รายได้สุทธิของครอบครัว……บาทต่อเดือน

6. ลักษณะครอบครัว

( ) ครอบครัวเดี่ยว (อยู่ร่วมกับสามี และ/หรือบุตร)

( ) ครอบครัวเดี่ยว (อยู่ตามลำพัง แยกจากสามี และญาติ)

( ) ครอบครัวขยาย (อยู่ร่วมกับสามี และ/หรือบุตร หรือญาติ)

7. บุคคลสำคัญในครอบครัว

( ) ไม่มี ( ) มี ได้แก่ ( ) สามี ( ) พ่อแม่ตนเอง ( ) พ่อแม่สามี ( ) พี่น้อง ( ) อื่น ๆ ระบุ…..

8. การวางแผนการตั้งครรภ์

( ) มีการวางแผนการตั้งครรภ์ ( ) ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์

9. ความตั้งใจในการเลือกวิธีการคลอด

( ) ตั้งใจคลอดเองทางช่องคลอด ( ) คลอดเองหรือผ่าตัดคลอดก็ได้

10. ท่านเคยมีประสบการณ์การเลี้ยงดูทารกอายุต่ำกว่า 1 ปีหรือไม่

( ) ไม่เคย ( ) เคยเลี้ยงทารก อายุ……เดือน ระยะเวลาที่เลี้ยงดู……เดือน

11. บุตรของท่านได้รับนมชนิดใด

( ) นมแม่อย่างเดียว ( ) นมผสมอย่างเดียว ( ) นมแม่ร่วมกับนมผสม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประสบการณ์การคลอด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงความเป็นจริงมากที่สุดเพียงช่องเดียว มีเกณฑ์ดังนี้

เป็นความจริงมากที่สุด (5) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นมากที่สุด

เป็นความจริงส่วนมาก (4) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นเป็นส่วนมาก

เป็นความจริงปานกลาง (3) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นครึ่งหนึ่ง

เป็นความจริงเล็กน้อย (2) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นเล็กน้อย

ไม่เป็นความจริงเลย (1) หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นเลย

ข้อคำถาม	ระดับความรู้สึก/ความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
1. ท่านรู้สึกกลัวความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในขณะเจ็บครรภ์คลอด					
2. ท่านรู้สึกกลัวเมื่อแพทย์หรือพยาบาลใช้เครื่องมือต่าง ๆ ตรวจท่านในขณะรอคลอด					
3. …					
4. …					
5. …					
6. …					
7. …					
8. …					
9. …					
10. …					
11. …					
12. …					
13. …					
14. …					
15. …					
16. …					
17. …					
18. …					

ข้อคำถาม	ระดับความรู้สึก/ความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
19. …					
20. ท่านรู้สึกพึงพอใจ และมีความสุขเมื่อได้สัมผัสหรือโอบกอดบุตรครั้งแรกหลังคลอด					
21. ท่านรู้สึกพึงพอใจที่สามีช่วยเหลือให้กำลังใจในระยะคลอด					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเหนื่อยล้า

คำชี้แจง: โปรดวงกลมตัวเลขที่ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุดเพียงเลขเดียว โดยกำหนดคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน คือ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความรู้สึกเหนื่อยล้าเลย และ 10 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกเหนื่อยล้ามากที่สุด โดยคะแนนที่สูงขึ้น หมายถึง ท่านมีความเหนื่อยล้ามากขึ้น

ไม่มีความเหนื่อยล้า มีความเหนื่อยล้ามากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงความเป็นจริงมากที่สุดเพียงช่องเดียว มีเกณฑ์ดังนี้

มั่นใจมากที่สุด (4) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกเชื่อมั่นหรือความมั่นใจมากที่สุด

มั่นใจมาก (3) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกเชื่อมั่นหรือความมั่นใจมาก

มั่นใจน้อย (2) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกเชื่อมั่นหรือความมั่นใจน้อย

ไม่มั่นใจเลย (1) หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกเชื่อมั่นหรือความมั่นใจเลย

ข้อคำถาม	ระดับความเชื่อมั่น/มั่นใจ			
	4	3	2	1
1. ฉันสามารถเลี้ยงดูลูกด้วยตนเองได้				
2. ฉันสามารถจัดเวลาการให้นมแก่ลูกได้อย่างเหมาะสม				
3. …				
4. …				
5. …				
6. …				
7. …				
8. …				
9. …				
10. …				
11. …				
12. …				
13. ฉันสามารถเลือกเสื้อผ้าที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับลูกได้				
14. ฉันสามารถสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ของลูกได้ เช่น มีไข้ ตัวเย็น ริมฝีปากเขียวคล้ำ และหายใจเร็ว				

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเครียด

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ เป็นการสอบถามความรู้สึกและความคิดของท่านในช่วงเวลาตั้งแต่หลังผ่าตัดคลอดจนถึงวันที่ท่านตอบแบบสอบถามนี้ ขอให้ท่านโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงความเป็นจริงมากที่สุดเพียงช่องเดียว มีเกณฑ์ดังนี้

บ่อยมาก (4) หมายถึง ท่านมีความรู้สึกหรือความคิดตรงกับข้อความนั้นบ่อยมาก

ค่อนข้างบ่อย (3) หมายถึง ท่านมีความรู้สึกหรือความคิดตรงกับข้อความนั้นค่อนข้างบ่อย

บางครั้ง (2) หมายถึง ท่านมีความรู้สึกหรือความคิดตรงกับข้อความนั้นเป็นบางครั้ง

น้อยครั้ง (1) หมายถึง ท่านมีความรู้สึกหรือความคิดตรงกับข้อความนั้นน้อย

ไม่มีเลย (0) หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกหรือความคิดตรงกับข้อความนั้นเลย

ข้อคำถาม	ระดับความรู้สึก/ความคิด				
	4	3	2	1	0
1. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกไม่สบายใจเพราะมีสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิด					
2. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถควบคุมเรื่องสำคัญ ๆ ในชีวิตของท่านได้					
3. …					
4. …					
5. …					
6. …					
7. …					
8. …					
9. บ่อยแค่ไหนที่ท่านโกรธอันเนื่องมาจากสิ่งที่นอกเหนือการควบคุมของท่าน					
10. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่าปัญหาต่าง ๆ ทับถมมากขึ้นจนท่านไม่สามารถแก้ไขได้หมด					

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงความเป็นจริงมากที่สุดเพียงช่องเดียว มีเกณฑ์ดังนี้

ได้รับมากที่สุด (4) หมายถึง ท่านได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวมากที่สุด/เป็นประจำ

ได้รับปานกลาง (3) หมายถึง ท่านได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวปานกลาง/บ่อยครั้ง

ได้รับเล็กน้อย (2) หมายถึง ท่านได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวเล็กน้อย/บางครั้ง

ไม่เคยได้รับ (1) หมายถึง ท่านไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว

ข้อคำถาม	ระดับการสนับสนุน			
	4	3	2	1
1. ครอบครัวให้ความรัก ความห่วงใย และเอาใจใส่ท่าน				
2. ครอบครัวเข้าใจความต้องการ หรือความรู้สึกของท่าน				
3. …				
4. …				
5. …				
6. …				
7. …				
8. …				
9. …				
10. …				
11. …				
12. ครอบครัวช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในบ้านของท่าน เช่น ค่าใช้จ่ายในการคลอด และการดูแลลูก				
13. ครอบครัวช่วยเหลือท่านในขณะที่เจ็บป่วย เช่น ปวดแผลผ่าตัด คัดตึงเต้านม				

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการสนับสนุนทางการพยาบาล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงความเป็นจริงมากที่สุดเพียงช่องเดียว มีเกณฑ์ดังนี้

ได้รับมากที่สุด (4) หมายถึง ท่านได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลมากที่สุด/เป็นประจำ

ได้รับปานกลาง (3) หมายถึง ท่านได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลปานกลาง/บ่อยครั้ง

ได้รับเล็กน้อย (2) หมายถึง ท่านได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลเล็กน้อย/บางครั้ง

ไม่เคยได้รับ (1) หมายถึง ท่านไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาล

ข้อคำถาม	ระดับการสนับสนุน			
	4	3	2	1
1. พยาบาลให้ความสนใจ และใส่ใจในการดูแลท่าน				
2. พยาบาลเข้าใจความต้องการ หรือความรู้สึกของท่าน				
3. …				
4. …				
5. …				
6. …				
7. …				
8. …				
9. …				
10. …				
11. …				
12. …				
13. …				
14. พยาบาลช่วยจัดเตรียมอุปกรณ์เช็ดสะดือ หรืออาบน้ำลูกให้กับท่าน				
15. พยาบาลช่วยเหลือท่านในขณะที่เจ็บป่วย เช่น ปวดแผล คัดตึงเต้านม				

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงความเป็นจริงมากที่สุดเพียงช่องเดียว มีเกณฑ์ดังนี้

เป็นความจริงมากที่สุด (5) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นมากที่สุด

เป็นความจริงส่วนมาก (4) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นเป็นส่วนมาก

เป็นความจริงปานกลาง (3) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นครึ่งหนึ่ง

เป็นความจริงเล็กน้อย (2) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นเล็กน้อย

ไม่เป็นความจริงเลย (1) หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นเลย

ข้อคำถาม	ระดับความรู้สึก/ความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
1. ฉันรู้สึกว่าลูกของฉันหน้าตาน่ารัก					
2. ฉันรู้สึกว่าลูกมีส่วนคล้ายฉัน หรือพ่อของเขา					
3. …					
4. …					
5. …					
6. …					
7. …					
8. …					
9. …					
10. …					
11. …					
12. …					
13. …					
14. …					
15. …					
16. การอุ้ม และใกล้ชิดลูกเป็นสิ่งที่สำคัญมากสำหรับฉัน					
17. ฉันพอใจที่จะมองดูลูกห่าง ๆ มากกว่าเข้าไปอุ้มลูก					

ส่วนที่ 9 แบบบันทึกระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรก (สำหรับผู้วิจัย)

1. ทารกคลอด วันที่..... เวลา.....น.

2. มารดาพบทารกครั้งแรก วันที่.....เวลา.....น.

ส่วนที่ 10 แบบบันทึกเกี่ยวกับการคลอด และภาวะสุขภาพมารดาและทารก (สำหรับผู้วิจัย)

1. วันที่/เวลาที่รับไว้ ณ ห้องคลอด วันที่..... เวลา.....น.

2. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล.....

3. ค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct) และฮีโมโกลบิน (Hb) ล่าสุดวันที่..... Hct =....., Hb =.....

4. ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอด

( ) Fetal distress ( ) Non- reassuring FHR ( ) CPD

( ) Unprogress of labor ( ) Failed induction ( ) อื่น ๆ ระบุ.....

5. วิธีการระงับความรู้สึกระหว่างการผ่าตัดคลอด

( ) ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General anesthesia)

( ) ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง (Spinal block)

6. แนวของแผลผ่าตัดคลอด

( ) แผลผ่าตัดคลอดแนวขวาง (Transverse) ( ) แผลผ่าตัดคลอดแนวตั้ง (Vertical)

7. ปริมาณเลือดที่สูญเสียทั้งหมด.....มิลลิลิตร

8. การได้รับเลือดทดแทน

( ) ไม่ได้รับ ( ) ได้รับ ชนิดของเลือด..... ปริมาณที่ได้รับ.....

9. ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดคลอด

( ) ไม่มี ( ) มี ได้แก่ ( ) ตกเลือด ( ) ติดเชื้อ

( ) การบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง ( ) อื่น ๆ ระบุ.....

10. น้ำหนักทารกแรกเกิด.....กรัม

11. คะแนน APGAR score นาที ที่ 1, 5.....

12. ความผิดปกติของทารก ( ) ไม่มี ( ) มี โปรดระบุ.....

มหาวิทยาลัยบูรพา
BURAPHA UNIVERSITY

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวนารีนุช นาคกรี
วัน เดือน ปี เกิด	7 กันยายน พ.ศ. 2541
สถานที่เกิด	จังหวัดพัทลุง
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 55/66 ซอยภิรมย์ชล ถนนเนตรดี ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20130
ประวัติการศึกษา	พ.ศ 2563 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา
รางวัลหรือทุนการศึกษา	พ.ศ. 2565 ทุนการศึกษาโครงการพัฒนาผู้มีความรู้ความสามารถพิเศษเป็นอาจารย์ในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา