



ความเครียดในบิดามารดาของทารกที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต*

พนมพร ไชยะอินทร์ พย.ม.**

จุฬารัตน์ ตั้งภักดี PhD***

อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์ PhD****

(วันรับบทความ: 13 สิงหาคม พ.ศ.2564/ วันแก้ไขบทความ: 10 กันยายน พ.ศ.2564 / วันตอบรับบทความ: 13 กันยายน พ.ศ.2564)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียดในบิดามารดาของทารกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เครื่องมือวิจัย เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และแบบสัมภาษณ์ความเครียดในบิดามารดาของทารกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต โดยผ่านการตรวจสอบเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา 0.89 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาร์ทเท่ากับ 0.78 ซึ่งเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์บิดามารดาทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ จำนวนทั้งหมด 90 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบิดามารดากับความเครียดในบิดามารดา และเปรียบเทียบข้อมูลส่วนทารกแรกเกิดกับความเครียดในบิดามารดา โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า บิดามารดาทารกแรกเกิดระยะวิกฤตมีความเครียดด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาทของบิดามารดา ($\bar{x}=3.55$, $SD=0.61$) อยู่ในระดับมาก บิดามารดามีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผลของการวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่ามารดากับบิดามีความเครียดไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลของการวิเคราะห์เปรียบเทียบความเครียดของบิดามารดากับข้อมูลด้านทารกแรกเกิดวิกฤตของบิดามารดา พบว่า บิดามารดาที่มีบุตรเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดมีความเครียด ($\bar{x}=74.78$, $SD=13.94$) มากกว่าบิดามารดาที่มีบุตรเป็นทารกเกิดครบกำหนด /เกินกำหนด ($\bar{x}=68.36$, $SD=13.12$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากการศึกษาพยาบาลในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตควรให้การดูแลบิดามารดาเพื่อป้องกันภาวะเครียดที่รุนแรงในบิดามารดาให้ลดลงได้

คำสำคัญ: ความเครียด บิดามารดาของทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต

*ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**นักศึกษาระดับปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็กมหาวิทยาลัยขอนแก่น

*****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้ประสานตีพิมพ์เผยแพร่ E-mail: jurtan@kku.ac.th Tel: 088-5631426



Stress in Parents of Neonates Hospitalized in Neonatal Intensive Care Unit*

Panomporn Chaiyain M.N.S.**

Juraporn Tangpukdee PhD***

Atchariya Wonginchan PhD****

(Received Date: August 13, 2021, Revised Date: September 10, 2021, Accepted Date: September 13, 2021)

Abstract

Descriptive research aimed to study the stress in parents of neonates hospitalized in neonatal intensive care units. The sample consisted of 90 parents of neonates hospitalized at the neonatal intensive care unit, Tertiary level hospital, Northeastern regional, Thailand. The instruments for collecting data were the demographic questionnaire and modified the Parent Stressor Scale interview: Neonatal Intensive Care Unit: NICU which contained three experts and the test for content validity index was 0.89, Cronbach's alpha 0.78. Data were analyzed using statistical values, frequency, percentage, mean ($\bar{x}$) and standard deviation (SD). Compare the parental data with parental stress. and compared the neonatal data with parental stress. Inferential statistics were used to compare mean stress scores of independent variables by using independent t-test statistics.

The results showed that it was found that parents of neonates hospitalized in neonatal intensive care units had a high level of stress in changing parental roles ($\bar{x}=3.55$, $SD=0.61$). The parents had moderate overall stress levels. The results of the comparative analysis revealed that the mother's mean stress score was not significantly different from the father's mean stress score at the 0.05 level. It was found that parents of preterm infants had higher mean stress scores ($\bar{x}=74.78$, $SD=13.94$) than parents of term infants ($\bar{x}=68.36$, $SD=13.12$) was statistically significant at the 0.05 level This thesis finding was pointing out for the nurses to prevent over stress for parent of neonatal hospitalized in NICU.

Keywords: stress, parents of neonates hospitalized, neonatal intensive care unit

*A part of A Thesis for The Degree of Master of Nursing Science in Pediatric Nursing Graduate School, Khon Kaen University

**Master's Degree Student, Faculty of Nursing Science in Pediatric Nursing Graduate School, Khon Kaen University

*****Assistant Professor, Faculty of Nursing Science in Pediatric Nursing Graduate School, Khon Kaen University

**Corresponding author, E-mail: jurtan@kku.ac.th Tel: 088-5631426



บทนำ

จากการรายงานสถิติทารกแรกเกิดมีชีพต่อ 1,000 ประชากร จากในปี พ.ศ. 2015 เป็น 19.4 ลดลงเหลือ 18.5 ในปี พ.ศ. 2016 โดยพบว่ามีการตายของทารกที่มีอายุต่ำกว่า 28 วัน ถึง 2.6 ล้านคนต่อปี สาเหตุการตายของทารกมักมาจากการคลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และการติดเชื้อรุนแรง ส่งผลให้ทารกเหล่านี้ตายปริกำเนิดถึงร้อยละ 50¹ สำหรับในประเทศไทย พบว่า อัตราการเกิดของทารกลดลง อัตราการตายลดลง แต่มีอัตราการตายปริกำเนิดเพิ่มขึ้น ตลอดจนทารกที่เจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น และมีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นอีกด้วย ทารกเกิดก่อนกำหนดคือทารกแรกเกิดที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์เต็ม และน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม จากการรายงานของกรมอนามัยระหว่างปี พ.ศ. 2559-2561 พบอัตราการเกิดของทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยยังคงสูงอยู่ระหว่างร้อยละ 8.1-8.3 ของทารกแรกเกิดเกิดมีชีพ หรือประมาณ 80,000 คนต่อปี มีอัตราการเกิดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ร้อยละ 10-12 ต่อปี² จากสถิติทารกเกิดก่อนกำหนดที่เจ็บป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยวิกฤตต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต มีจำนวนมากขึ้นทุกปี ปี พ.ศ. 2559-ปี พ.ศ. 2561 ดังนี้ ร้อยละ 8.4 (484 ราย), ร้อยละ 8.5 (478 ราย) และร้อยละ 9.9 (530 ราย) ตามลำดับ โดยมีอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดใน 28 วัน (1:1,000เด็กเกิดมีชีพ) ในปี พ.ศ. 2559-ปี พ.ศ. 2561 ดังนี้ ร้อยละ 12.2 ร้อยละ 13.3 และร้อยละ 12.3 ตามลำดับ³ โดยระบบอวัยวะต่างๆ ของทารกกลุ่มนี้ยังทำงานไม่สมบูรณ์ มีภาวะหายใจลำบาก ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบประสาท และระบบทางเดินอาหาร ทำให้ทารกเสี่ยงต่อการเสียชีวิต และอาจพบภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในระบบต่างๆ ทำให้พบความพิการ ทารกที่เจ็บป่วยวิกฤตและมีความเสี่ยงสูงเหล่านี้ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่มีบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางในด้านการดูแลทารกวิกฤต มีความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านวิชาการ ด้านเทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่อช่วยเหลือทารกกลุ่มนี้ให้หายหรือบรรเทาอาการที่คุกคามต่อชีวิต ถึงแม้ทารกจะรอดชีวิตแต่พบว่ายังคงมีภาวะแทรกซ้อนตามมามากมาย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ทารกเสียชีวิตได้เช่นกัน

ทารกแรกเกิดระยะวิกฤต เป็นเหตุการณ์ที่บิดามารดาไม่คาดหวังและไม่ได้เตรียมจิตใจมาก่อน ทำให้มีผลอย่างมากต่อภาวะจิตใจ ทำให้บิดามารดาเกิดอาการช็อคและกลัว^{4,5} ทำให้เกิดการเสียดุลภาพ สับสน ย่อแอ และเกิดอาการทางจิต ซึ่งอาจมีการแสดงออกในลักษณะของการปฏิเสธ โกรธ ต่อต้าน รู้สึกผิด เสียใจ และเศร้าโศกตามมา^{4,6} ขณะที่ทารกแรกเกิดได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจะทำให้มารดารู้สึกหมดหวัง เกิดความกลัว

เนื่องจากคำนึงถึงการรอดชีวิตของบุตร เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทเนื่องจากการถูกแยกจากทารก และถูกลดโอกาสในการปฏิสัมพันธ์กับบุตร⁷ การที่มารดาคลอดบุตรที่มีภาวะเจ็บป่วย บางครั้งมารดาจะมีความรู้สึกผิดและลงโทษตนเอง ว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้บุตรเจ็บป่วย มีความรู้สึกว่าตนเองล้มเหลว วิตกกังวลที่ตนไม่สามารถให้กำเนิดบุตรที่แข็งแรงสมบูรณ์ได้เช่นมารดาคนอื่นๆ บางครั้งอาจจะแสดงอาการร้องไห้ฟูมฟาย และแสวงหาแหล่งช่วยเหลือปลอบใจ ซึ่งอาการเช่นนี้จะเกิดขึ้นสูงสุดในระยะหลังคลอดใหม่ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน 48-72 ชั่วโมงแรกหลังคลอด⁸

จากการทบทวนวรรณกรรม มีการศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด การสนับสนุนจากคู่สมรสและการปรับตัวด้านจิตใจเฉพาะในมารดาหลังคลอดที่บุตรเจ็บป่วยของสุนทรีย์ ภิญญมิตร⁹ ที่นานมาก มีการศึกษาในมารดาหลังคลอด^{10,11} ที่ทารกน้ำหนักตัวน้อยมาก มีการศึกษาในทารกที่เจ็บป่วยไม่อยู่ในภาวะวิกฤต^{8,11-14} และในการศึกษาของปัทมกร สิงห์กล้า⁸ ที่ศึกษาเฉพาะในมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดในสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตเมื่อ 10 ปีที่แล้ว ถึงแม้ว่าในปัจจุบันได้มีการศึกษาความเครียดของบิดามารดาทารกเพิ่มขึ้น โดยมีการศึกษาความวิตกกังวลในมารดา¹⁵ มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในมารดา มีการศึกษาความเครียดในของบิดามารดาในเด็กวิกฤต แต่ยังมีการศึกษาเฉพาะในบิดามารดาทารกแรกเกิดวิกฤตในไทยยังมีน้อย^{4,8,10,11,13,15-17} ซึ่งทารกที่เจ็บป่วยวิกฤต ที่เป็นทารกที่คลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,000 กรัม จะยังมีโอกาสเสียชีวิตและเสี่ยงต่อความพิการสูง รวมทั้งทารกที่คลอดครบกำหนดที่เจ็บป่วยวิกฤตด้วยโรคติดเชื้อและโรคทางปอดสูงขึ้น อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ทารกเหล่านี้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงเพิ่มขึ้นอีกด้วย ตลอดจนถึงในปัจจุบันเครื่องมือและเทคโนโลยีมีใช้มากขึ้น แต่ไม่เพียงพอต่อจำนวนทารกที่เจ็บป่วยรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น แพทย์และพยาบาลมีจำนวนที่ไม่ได้สัดส่วน เมื่อเทียบกับจำนวนภาระงานที่มากขึ้น ซึ่งในปัจจุบันโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในบริบทที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำ มีระบบการดูแลทารกแรกเกิดเป็นเครือข่าย เป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูงด้านทารกแรกเกิด (Newborn Excellent Center)³ อยู่ในระดับ 2 ของเขตบริการสุขภาพเขตแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการขับเคลื่อนพัฒนาความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ให้ศึกษาต่อระดับที่สูงขึ้น มีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย และใช้ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยขึ้น เช่น เครื่องช่วยหายใจที่สามารถใช้ได้ทั้งแบบธรรมดาและใช้ความถี่สูง เครื่องรักษาอุณหภูมิภายใต้ตัวรักษาภาวะสมองขาดออกซิเจนแรกเกิด และก๊าซไนตริกออกไซด์รักษาภาวะความดันเลือดปอดสูง เป็นต้น มารดาที่มีภาวะเสี่ยงในเขตความรับผิดชอบของเขตบริการสุขภาพเขต



แห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้รับการส่งตัวมาคลอดที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีมากขึ้น และทารกที่เจ็บป่วยวิกฤตมีโรคที่ซับซ้อนเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้นเช่นกัน จากการปฏิบัติงาน การสังเกต และสอบถามพยาบาลของผู้วิจัยยังพบว่า หน่วยงานที่ศึกษาี้ยังไม่มีมีการประเมินความเครียดให้กับบิดามารดาทารกแรกเกิดเหล่านี้ ซึ่งในต่างประเทศมีเครื่องมือประเมินความเครียดที่ใช้ของไมล์¹⁸ เป็นแบบประเมินความเครียดของบิดามารดาในการดูแลทารกที่เจ็บป่วยระยะวิกฤต ที่เคยนำมาใช้ประเมินเฉพาะในมารดาทารกที่คลอดก่อนกำหนด¹⁵ และมีการศึกษาในมารดาหลังคลอดที่ลูกเจ็บป่วยไม่อยู่ในภาวะวิกฤต แต่ยังไม่ครอบคลุมในบริบทที่ศึกษา มีการขยายให้ผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตเพื่อรองรับทารกแรกเกิดที่มีความเจ็บป่วยซับซ้อนรุนแรงมากขึ้น และกลุ่มประชากรที่สนใจศึกษาที่มีทั้งทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดที่น้ำหนักตัวน้อยมากและทารกแรกเกิดครบกำหนดที่เจ็บป่วยซับซ้อนรุนแรงมากขึ้น เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวให้เป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถประเมินความเครียดบิดามารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตให้มีความชัดเจนขึ้น จากสถานการณ์และบริบทที่เปลี่ยนไป การเป็นศูนย์รับผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยวิกฤตจากเขตบริการสุขภาพเขตแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สภาพทารกที่มีการเจ็บป่วยซับซ้อนและรุนแรง อุปกรณ์ที่ใช้ช่วยชีวิตทารกที่ใช้เทคโนโลยีและมีความทันสมัยมากขึ้น บุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถเฉพาะทางเพิ่มมากขึ้น เพื่อสื่อสารให้บิดามารดารับรู้และเข้าใจ ส่งผลต่อความเครียดของบิดามารดาที่ต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต เผชิญกับสภาพทารกที่มีการเจ็บป่วยซับซ้อนและรุนแรง บทบาทบิดามารดาที่เปลี่ยนแปลงไป และพฤติกรรมการสื่อสารของเจ้าหน้าที่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความเครียดในบิดามารดาที่มีบุตรทารกแรกเกิดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตเป็นอย่างไร ให้เป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถประเมินความเครียดบิดามารดาที่ชัดเจนขึ้น และให้ความร่วมมือในการร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยวิกฤตได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความเครียดในบิดามารดาของทารกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดในการศึกษาของ Miles และ Carter Parental Stressor Scale : Neonatal Intensive Care Unit (PSS : NICU)¹⁹ โดยแบ่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดของบิดามารดาออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสภาพแวดล้อม

ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะวิกฤต ได้แก่ แสง และเสียงดังจากเครื่องมือต่างๆ ภาพจากจอของอุปกรณ์เครื่องมือ จำนวนเจ้าหน้าที่ และจำนวนทารกที่ป่วยคนอื่นๆ ที่อยู่รวมกันในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ซึ่งในบริบทเดียวกัน ปัจจัยด้านนี้จึงเป็นปัจจัยที่ควบคุมไว้ 2) ลักษณะและพฤติกรรมของบุตรที่ปรากฏ ได้แก่ ทารกที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ส่งเสียงร้องให้ออกมาไม่ได้ การหายใจผิดปกติ ซึม ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ แสดงสีหน้าของการได้รับความเจ็บปวด มีรอยแผลหรือฟกช้ำที่ผิวหนัง 3) ด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาทบิดามารดา ได้แก่ บิดามารดาและบุตรถูกแยกออกจากกัน บิดามารดาไม่สามารถอุ้มบุตร และไม่สามารถให้การดูแล/ช่วยเหลือบุตรจากความเจ็บปวดได้ และ 4) ด้านลักษณะและพฤติกรรมการสื่อสารของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ พฤติกรรมท่าทางการทำงาน และลักษณะการสื่อสาร การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของบุตร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) เป็นแบบเชิงสำรวจ (cross-sectional research design) เพื่อศึกษาความเครียดในบิดามารดาของทารกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต โดยทำการศึกษาในบิดามารดาของทารกที่เจ็บป่วยระยะวิกฤต ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 และ 2 (NICU 1 & 2) โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ตามมาตรการควบคุมการระบาดโรคโควิด 19

กลุ่มตัวอย่างและประชากร ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย กรณีทราบเพียงจำนวนประชากรซึ่งเป็นเด็กทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยระยะวิกฤต ขนาดของประชากร บิดามารดา ต้องการความแม่นยำของตัวอย่าง และสามารถยอมรับความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน จากการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่ต้องการค่าความคลาดเคลื่อน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 นำมาคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย¹⁹⁻²¹ และต้องการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรกลุ่มเดียว โดยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) จากงานวิจัยเรื่องความเครียดของบิดามารดาที่มีบุตรนอนรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตประเทศชิลี²² ใกล้เคียงกัน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ได้ 0.85 และค่าความคลาดเคลื่อน (precision: e) ที่ยอมรับได้ในงานวิจัยที่ผ่านมา²² มีค่าเท่ากับ 0.2 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% จำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดา 81.63 ราย ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างประมาณ ร้อยละ 10²³ เป็น 89.793 ราย ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 90 ราย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 90 ราย ซึ่งผู้วิจัยประสบปัญหา



การเข้าเก็บข้อมูลจากสถานการณ์ระบาดของโควิด-19 จึงศึกษา นำร่องก่อน 30 ราย ส่งผลให้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล มากกว่าแผนการศึกษา เก็บข้อมูลแยกจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้จริง 90 ราย โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ดังนี้ 1) บิดาหรือมารดาในกลุ่ม เปราะบาง อายุตั้งแต่ 15 ปี บริบูรณ์ ซึ่งเป็นบิดาหรือมารดาที่มี บุตรทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยระยะวิกฤต อายุตั้งแต่แรกเกิด จนถึง อายุ 28 วันทุกราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ระยะวิกฤตอย่างน้อย 12 ชั่วโมง โดยศึกษาในช่วง 72 ชั่วโมง แรกหลังเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 2) กรณีที่บิดาหรือมารดาในทารกรายเดียวกัน จะนับเป็นอาสา สัมกร 1 ราย โดยจะเลือกมารดา หากในขณะสัมภาษณ์ ทั้งบิดา และมารดาอยู่ด้วยกัน 3) กรณีที่มีทารกแรกเกิดเป็นแฝดเข้ารับ การรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตทั้งสองคน (แฝด) ให้เก็บข้อมูลเพียงทารกที่มีอาการหนักที่สุด เก็บข้อมูล เพียงคนใดคนหนึ่งเป็น 1 ราย และให้บิดาหรือมารดาให้ข้อมูล ตอบคำถามการวิจัยโดยใช้ข้อมูลการเจ็บป่วยของทารกในราย ที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงที่สุดนั้นเป็นการเก็บข้อมูลเป็น 1 ราย 4) บิดาหรือมารดา มาติดตามเยี่ยมบุตรในหอผู้ป่วยทารกแรก เกิดระยะวิกฤต 5) ไม่เคยให้กำเนิดทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยระยะ วิกฤต จากการตั้งครรภ์ครั้งก่อน 6) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถ พูดฟังภาษาไทย สื่อความหมายได้ดี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) 1) บิดามารดามีประวัติสุขภาพและความเจ็บป่วยด้าน สุขภาพจิต (จากประวัติการคลอดและการฝากครรภ์) 2) บิดา หรือมารดาที่มีบุตรทารกระยะวิกฤตได้รับการวินิจฉัยจาก แพทย์ว่าอยู่ในระยะท้ายของชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของบิดามารดา อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ลำดับของการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ อายุครรภ์ ชนิดการคลอด ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด
2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของทารกแรกเกิดที่มี ภาวะวิกฤต อายุ น้ำหนักแรกเกิด คานแนแอฟการ์ ประเภทของ การเกิด เพศ การวินิจฉัยโรค ภาวะแทรกซ้อนขณะเข้ารับการรักษา หัตถการที่ได้รับ ชนิดของการใช้เครื่องช่วยหายใจ และประเภทผู้ป่วย
3. แบบสัมภาษณ์ความเครียดของบิดามารดาทารกที่ เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต ซึ่งเครื่องมือ ได้พัฒนามาจากแบบประเมินความเครียดของบิดามารดาทารก แรกเกิดในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต Parent Stressor Scale : Neonatal Intensive Care Unit : NICU ของไมล์ (Miles et al., 1983) และนำมาดัดแปลงให้สอดคล้องกับบริบททารกแรก

เกิดวิกฤต โดยแบ่งแหล่งก่อให้เกิดความเครียด ในหอผู้ป่วย ทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 4 ด้าน คือ 1) สภาพแวดล้อมในหอ ผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 2) ลักษณะและพฤติกรรมของ บุตรที่ปรากฏ 3) การเปลี่ยนแปลงบทบาทของบิดามารดา และ 4) ลักษณะและพฤติกรรมการสื่อสารของเจ้าหน้าที่ ในการตอบ แบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองว่าข้อความนั้นก่อให้เกิด ความรู้สึกเครียดมากน้อยเพียงใด ลักษณะคำตอบเป็น มาตราส่วนประมาณ 6 อันดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 5 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึงไม่พบเหตุการณ์นั้น และ 5 คะแนน หมายถึง พบเหตุการณ์นั้นทำให้เกิดความเครียด มากที่สุด มีทั้งหมด 26 ข้อคะแนนรวมการสัมภาษณ์มีค่าสูงสุด 130 คะแนน โดยคะแนนต่ำ แสดงว่าบิดามารดามีความเครียด น้อย คะแนนสูง แสดงว่าบิดามารดามีความเครียดมาก

การพัฒนาเครื่องมือวิจัย

1. ศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียดของ บิดามารดาทารกแรกเกิดเจ็บป่วยระยะวิกฤต สร้างแบบ สัมภาษณ์โดยกำหนดเนื้อหาให้สอดคล้องกับแนวคิดและทฤษฎี นำแบบประเมินวิพากษ์กับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยตรวจสอบ ความเหมาะสมของเนื้อหา ความถูกต้องของภาษา และความ สอดคล้องตามนิยาม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตาม คำแนะนำ แล้วนำแบบประเมินที่ได้รับการปรับปรุงไปให้ ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน โดยผ่านการตรวจสอบ เครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิง เนื้อหา (Content Validity Index: CVI) 0.89

2. นำแบบสัมภาษณ์ที่ได้รับการปรับปรุงให้มีความ สมบูรณ์นำไปทดลอง (Try Out) ผู้วิจัยนำร่างแบบบันทึกที่ผ่าน CVI แล้วนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับปรุงแก้ไขตาม คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำเครื่องมือไปเก็บข้อมูลที่มี ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คำนวณ หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.78 ซึ่งเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ สัมภาษณ์บิดามารดา ทารกแรกเกิด จำนวน 90 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหน้าที่สื่อผ่านคณะพยาบาลศาสตร ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลระดับตติย ภูมิ แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ ของการศึกษาและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัย ขอพบหัวหน้าหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 (NICU 1) และหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 2 (NICU 2) โรงพยาบาล ระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล



2. ให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเป็นผู้เชิญชวนกลุ่มอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยเนื่องจากเป็นผู้ไม่มีส่วนได้ ส่วนเสียกับโครงการ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกได้ทันทีตามความต้องการ เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโดยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นเอกสารลงชื่อเพื่อเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยอธิบายข้อมูลแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลและการใช้สถิติ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้านมารดา ข้อมูลส่วนบุคคลด้านทารกแรกเกิด และวิเคราะห์ระดับความเครียดในบิดามารดาของทารกแรกเกิดระยะวิกฤต ด้านสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ด้านลักษณะและพฤติกรรมของบุตรที่ปรากฏ ด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาทของบิดามารดา และด้านลักษณะและพฤติกรรมการสื่อสารของเจ้าหน้าที่ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ คะแนนสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความเครียดในบิดามารดาของทารกแรกเกิดระยะวิกฤต กับตัวแปรไม่ต่อเนื่องของข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดาและข้อมูลด้านการคลอดของมารดา และวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความเครียดในบิดามารดาของทารกแรกเกิดระยะวิกฤต กับตัวแปรไม่ต่อเนื่องของข้อมูลด้านทารก โดยใช้สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) สถิติเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของตัวแปรที่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้สถิติ Independent t-test โดยเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น มีการทดสอบความแปรปรวนไม่แตกต่างกัน โดยใช้ Levene's test และ 95% CI ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ มีการเก็บข้อมูลในบิดามารดาที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี เนื่องจากสถิติการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดาอายุระหว่าง 15-18 ปี ที่มีบุตรเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต พบว่าค่าเฉลี่ยของประชากรกลุ่มนี้มีแนวโน้มมากขึ้น ส่งผลต่อความเครียดของบิดามารดา และส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของทารก ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำเข้าประชากรกลุ่มนี้ และได้รับความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยจากผู้ปกครองก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

จริยธรรมการวิจัย ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น หมายเลขโครงการ HE 632137 และผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หมายเลขโครงการ KEMOU63017

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาความเครียดในบิดามารดาของทารกที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต ปรากฏดังนี้

ปีที่ 39 ฉบับที่ 3 : กรกฎาคม - กันยายน 2564

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาของทารกที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต จำนวน 90 ราย ดังนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาพบว่า มารดา (n=68) อายุเฉลี่ย 29.7±9.3 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 16-35 ปี (n=46, 67.6%) อายุมารดา อายุต่ำสุดคือ 16 ปี และอายุสูงสุดคือ 42 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (n=65, 95.6%) ส่วนใหญ่มารดาทำงาน (n=59, 86.7%) ระดับการศึกษามารดาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี (n=61, 89.7%) มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่มากกว่า 10,000 บาท (n=65, 95.6%) และบิดา (n=22) อายุเฉลี่ย 29.7±6.5 อายุบิดา อายุต่ำสุดคือ 18 ปี และอายุสูงสุดคือ 51 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 16-35 ปี (n=17, 77.3%) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (n=22, 100%) ส่วนใหญ่มารดาทำงาน (n=20, 90.9 %) ระดับการศึกษาบิดาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี (n=21, 95.5%) มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่มากกว่า 10,000 บาท (n=20, 90.9%)

การวิเคราะห์ข้อมูลด้านการคลอดของมารดา พบว่าส่วนใหญ่เป็นลำดับที่ของการตั้งครรภ์มากกว่า 1 (n=50, 55.6%) ส่วนใหญ่มีการฝากครรภ์ (n=82, 91.1%) อายุครรภ์ขณะคลอดส่วนใหญ่ทารกเกิดก่อนกำหนด อายุครรภ์ระหว่าง 28-36 สัปดาห์ (n=54, 60%) ชนิดของการคลอดส่วนใหญ่เป็นผ่าตัดคลอด (n=52, 57.8%) ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ (n=61, 67.8%)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิดระยะวิกฤตที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต จำนวน 90 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 90 ราย อายุทารกใหญ่ อยู่ในช่วงอายุ 1-3 วัน 18 ราย (98.9%, n=89) ส่วนใหญ่ทารกมีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28-41 สัปดาห์ ($\bar{x}$ =32.1, SD=4.35) น้ำหนักแรกเกิดอยู่ระหว่าง 670-4,190 กรัม ($\bar{x}$ =2,379.94, SD=1.02) เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด 54 ราย (60%, n=54) เป็นทารกคลอดครบกำหนด 36 ราย (40%, n=36) ส่วนใหญ่ผ่าตัดคลอด 49 ราย (54.5%, n=49) ส่วนใหญ่ทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะรักษา 60 ราย (66.8 %, n=60) ส่วนทารกที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะเข้ารับการรักษานส่วนใหญ่คือ การหยุดหายใจ (Apnea) 14 ราย (15.7%, n=14) ส่วนใหญ่ได้รับทำหัตถการ 56 ราย (62.2%, n= 56) ใส่สายสวนหัตถการหลอดเลือด (Central line) ร่วมกับ ใส่ท่อช่วยหายใจ (Invasive ET-Tube) 27 ราย (30%, n= 27) ชนิดของเครื่องช่วยหายใจ ส่วนใหญ่ใช้แบบไม่รุกล้ำเข้าไปในร่างกาย (Non Invasive) 48 ราย (53.3%, n=48) ประเภทผู้ป่วยทารกส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยหนัก 3A 60 ราย (66.7%, n=60) และเป็นผู้ป่วยหนัก 4A 30 ราย (33.3%, n=30)

ส่วนที่ 3 ความเครียดของบิดามารดาทารกที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของความเครียดของบิดามารดาทารกแรกเกิดระยะวิกฤต ($n=90$) จำแนกตามเหตุการณ์หรือสถานการณ์ขณะที่ทารกแรกเกิดรักษาอยู่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตรายด้าน 4 ด้าน

ปัจจัยก่อให้เกิดความเครียดขณะที่ทารกรักษาอยู่ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต	คะแนน ความเครียด	Min	Max	Mean	S.D.	
1. สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย NICU	19.53	3.01	3.73	3.25	0.26	เครียดปานกลาง
2. ลักษณะและพฤติกรรมของบุตรที่ปรากฏ	25.06	1.72	4.14	3.13	0.79	เครียดปานกลาง
3. การเปลี่ยนแปลงบทบาทของบิดามารดา	24.82	2.22	3.96	3.55	0.61	เครียดมาก
4. พฤติกรรมและการสื่อสารของเจ้าหน้าที่	1.67	0.11	0.49	0.33	0.14	ไม่ทำให้เครียด
ความเครียดโดยรวม	71.07	1.62	3.96	2.73	0.53	เครียดปานกลาง

จากตารางที่ 1 เหตุการณ์หรือสถานการณ์ขณะที่บิดามารดาทารกแรกเกิดวิกฤตเครียด เมื่อบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต แบ่งได้ 4 ด้าน โดยบิดามารดาทั้งหมด 90 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้ง 90 ราย พบว่า บิดามารดาที่มีความเครียดด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาทของบิดามารดา ($\bar{x}=3.55$, $SD=0.61$) อยู่ในระดับมาก มีความเครียดในด้านสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ($\bar{x}=3.25$, $SD=0.26$) ด้านลักษณะและพฤติกรรมของบุตรที่ปรากฏ ($\bar{x}=3.13$, $SD=0.79$) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านพฤติกรรมและการสื่อสารของเจ้าหน้าที่ ($\bar{x}=0.33$, $SD=0.14$) พบเหตุการณ์หรือสถานการณ์ไม่ทำให้

บิดามารดาเครียด สรุประดับความเครียดโดยรวม (71.07 คะแนน, Min 1.62, Max 3.96, Mean 2.73, S.D. 0.53) พบว่าทำให้เกิดความเครียดระดับปานกลาง

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์คะแนนความเครียดเฉลี่ยของบิดามารดากับข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา และด้านการคลอดของมารดา โดยใช้สถิติ Independent t-test มีค่านัยสำคัญมากกว่า 0.05 ($Sig > 0.05$) ทุกกลุ่ม แสดงว่าคะแนนความเครียดเฉลี่ยของบิดามารดากับข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดาที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตบิดามารดาไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 คะแนนความเครียดของบิดามารดากับข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดาที่ทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต* ($n=90$)

ข้อมูลด้าน บิดามารดา	คะแนนความเครียด		Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference		P-value
	$\bar{x}$	S.D.		Lower	Upper	
เพศหญิง	68.23	13.88	-3.77	-10.48	2.93	0.26
เพศชาย	72.00	13.72				
อายุน้อยกว่า 35 ปี	70.90	14.10	-0.57	-6.90	5.75	0.86
อายุ 35 ปีขึ้นไป	71.48	13.21				
อาชีพ	70.69	14.00	-3.12	-11.95	5.71	0.48
ทำงาน ไม่ได้ทำงาน	73.81	12.23				
การศึกษาระดับ			-0.52	-7.08	6.04	0.88
มัธยมศึกษาตอนปลาย	70.93	13.91				
สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	71.45	13.68				
รายได้ครอบครัวเฉลี่ย/เดือน			5.04	-0.97	11.05	0.99
ต่ำกว่า 10,000 บาท	72.81	12.25				
10,000 บาท ขึ้นไป	67.77	15.98				
ฝากครรภ์	71.43	13.81	4.06	-6.09	14.22	0.42
ไม่ฝากครรภ์	67.37	13.63				
ภาวะแทรกซ้อน	70.58	14.11	-0.78	-6.76	5.19	0.79
มี ไม่มี	71.37	13.68				

*All values Levene's Test for Equality of Variances $p > 0.05$ non-significant.



จากตารางที่ 3 พบว่าบิตามารดาที่มีบุตรน้ำหนักทารก 2,500 กรัม ขึ้นไป มีคะแนนความเครียดเฉลี่ยไม่แตกต่างกันกับคะแนนความเครียดเฉลี่ยของบิตามารดาที่มีบุตรน้อยกว่า 2,500 กรัม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 บิตามารดาที่มีบุตรเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดมีคะแนนความเครียดเฉลี่ย ($\bar{x}=74.78$, $SD=13.94$) มากกว่าบิตามารดาที่มีบุตรเป็นทารกเกิดครบกำหนด /เกินกำหนด ($\bar{x}=68.36$, $SD=13.12$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 บิตามารดาที่มีบุตรที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบรุกรานเข้าไปในร่างกาย (Invasive) มีคะแนน

ความเครียดเฉลี่ย ($\bar{x}= 76.33$, $SD=12.28$) มากกว่าคะแนนความเครียดเฉลี่ยของบิตามารดาที่มีบุตรที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่รุกรานเข้าไปในร่างกาย (Non Invasive) ($\bar{x}= 66.47$, $SD=13.47$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 บิตามารดาที่มีบุตรเป็นประเภผู้ป่วยหนักวิกฤต 4A คือผู้ป่วยหนักมาก มีคะแนนความเครียดเฉลี่ย ($\bar{x}= 77.60$, $SD=12.59$) มากกว่าคะแนนความเครียดเฉลี่ยของบิตามารดาที่มีบุตรประเภผู้ป่วยหนัก 3A คือผู้ป่วยหนักธรรมดา ($\bar{x}= 67.80$, $SD=13.25$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความเครียดของบิตามารดาโดยรวมกับข้อมูลส่วนบุคคลของทารกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต* (n=90)

ข้อมูลด้านทารก	คะแนนความเครียด		Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference		P-value
	$\bar{x}$	S.D.		Lower	Upper	
น้ำหนัก < 2,500 กรัม	69.59	12.76	-3.10	-8.87	2.67	0.28
น้ำหนัก 2,500 กรัมขึ้นไป	72.69	14.78				
ทารกเกิดก่อนกำหนด	74.78	13.94	6.42	0.70	12.13	0.03
ทารกเกิดครบกำหนด	68.36	13.12				
ภาวะแทรกซ้อน มี	71.63	14.16	0.83	-5.31	6.98	0.78
ไม่มี	70.80	13.68				
หัตถการ มี	73.03	12.51	5.18	-0.70	11.06	0.84
ไม่มี	67.85	15.28				
ชนิดของเครื่องช่วยหายใจ						
แบบรุกราน (Invasive)	76.33	12.28	9.85	4.42	15.28	0.01
แบบไม่รุกราน (Non-Invasive)	66.47	13.47				
ผู้ป่วยหนักวิกฤต 4A	77.60	12.59	9.78	3.98	15.57	0.00
ผู้ป่วยหนัก 3A	67.80	13.25				

*All values Levene's Test for Equality of Variances p > 0.05 non-significant.

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษามีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้ บิตามารดาส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 16-35 ปี โดยมารดา (n=68) อายุเฉลี่ย 29.7 ± 9.3 ซึ่งอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ เป็นช่วงอายุที่บรรลุนิติภาวะ บิดาในการศึกษาค้างนี้ไม่น้อยกว่ามารดา ซึ่งเป็นการศึกษาใน 3 วันแรกของการเข้ารับการรักษาของทารก แต่มารดาสามารถมาเยี่ยมบุตรได้เร็วขึ้นในวันที่สองของการคลอด มารดาในการวิจัยทั้งหมดไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และส่วนใหญ่เป็นการคลอดครั้งแรก เมื่อวิเคราะห์คะแนนความเครียดของบิตามารดาเปรียบเทียบกับข้อมูลส่วนบุคคลของบิตามารดาและด้านการคลอดของมารดา พบว่า คะแนนความเครียดของบิดาไม่แตกต่างกันกับคะแนนความเครียดของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แตกต่างกับการศึกษาของ Burcu และ Palma^{22,23} ที่ศึกษาความเครียดของบิตามารดาที่มีบุตรทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต

พบว่ามารดามีระดับความเครียดสูงกว่าบิดา และเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนความเครียดเฉลี่ยกับข้อมูลด้านบิตามารดา ไม่ว่าจะเป็นอายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ของครอบครัว ด้านการฝากครรภ์ ด้านภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ พบว่าคะแนนความเครียดเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน มีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่าระดับ 0.05 จากข้อมูลทั่วไปของทารกในการศึกษาวิจัยนี้ ส่วนใหญ่เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด 54 ราย (60%, n=54) สภาพทารกที่เจ็บป่วยเป็นทารกคลอดก่อนกำหนด ที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ทารกส่วนใหญ่ที่เจ็บป่วยวิกฤตเป็นประเภผู้ป่วย 3A ซึ่งทารกเหล่านี้ต้องได้รับการรักษาในระยะวิกฤต ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งในปัจจุบันมีการใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่รุกรานเข้าไปในร่างกาย (Non Invasive) มากขึ้น อีกทั้งมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นบ่อยคือภาวะหยุดหายใจ ส่งผลให้บิตามารดาที่มีความเครียดด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาทของบิตามารดา ไม่ได้ให้นมบุตร ไม่ได้อุ้มบุตร ไม่ได้พูดคุย



สัมพัทธ์กัน ทำได้เพียงสอบถามอาการและมาส่งนมบุตร ในการศึกษาพบว่าบิดามารดาที่มีความเครียดด้านบทบาทของบิดามารดาเปลี่ยนแปลง ($\bar{x}=3.55$, $SD=0.26$) อยู่ในระดับมาก มีความเครียดในด้านสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ($\bar{x}=3.25$, $SD=0.79$) ด้านลักษณะและพฤติกรรมของบุตรที่ปรากฏ ($\bar{x}=3.13$, $SD=0.89$) อยู่ในระดับปานกลาง แตกต่างกับการศึกษาของBurcu²³ บิดามารดามีคะแนนเฉลี่ยความเครียดด้านลักษณะและพฤติกรรมของบุตรที่ปรากฏอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านพฤติกรรมและการสื่อสารของเจ้าหน้าที่ ($\bar{x}=0.33$, $SD=0.14$) พบเหตุการณ์หรือสถานการณ์แต่ไม่ทำให้บิดามารดาเครียด โดยบิดามารดาอธิบายเพิ่มเติมว่าเจ้าหน้าที่มีการสื่อสารและให้ข้อมูลเกี่ยวกับบุตรได้ต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่บุตรเจ็บป่วย สรุประดับความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์คะแนนความเครียดของบิดามารดาเปรียบเทียบกับข้อมูลด้านทารกแรกเกิดวิกฤต พบว่า บิดามารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดมีคะแนนความเครียดเฉลี่ยมากกว่าบิดามารดาที่มีบุตรเป็นทารกเกิดครบกำหนด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Burcu²³ และบิดามารดาที่มีบุตรที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบบุรกล้ำเข้าไปในร่างกาย (Invasive) มีคะแนนความเครียดเฉลี่ยมากกว่าคะแนนความเครียดเฉลี่ยของบิดามารดาที่มีบุตรที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่บุรกล้ำเข้าไปในร่างกาย (Non Invasive) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แตกต่างกับการศึกษาของ Palma²² ที่ศึกษาความเครียดของบิดามารดาที่มีบุตรทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกวิกฤตพบว่าระดับความเครียดของบิดามารดาทารกเกิดก่อนกำหนดไม่แตกต่างกันกับระดับความเครียดของบิดามารดาที่มีทารกเกิดครบกำหนด และบิดามารดาที่มีบุตรที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบบุรกล้ำเข้าไปในร่างกาย (Invasive) มีความเครียดไม่แตกต่างกันกับความเครียดของบิดามารดาที่มีบุตรที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่บุรกล้ำเข้าไปในร่างกาย (Non Invasive) นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่าบิดามารดาที่มีบุตรเป็นประเภทผู้ป่วยหนักวิกฤต 4A มีคะแนนความเครียดเฉลี่ยมากกว่าคะแนนความเครียดเฉลี่ยของบิดามารดาที่มีบุตรประเภทผู้ป่วยหนัก 3A อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ข้อมูลและสื่อสารกับบิดามารดาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ และหาแนวทางช่วยเหลือให้บิดามารดาลดระดับความเครียดลงติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทำให้บิดามารดาจัดการกับความเครียดได้และควรให้การดูแลบิดามารดาเพื่อป้องกันภาวะเครียดที่รุนแรง งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดในเรื่องของกลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาที่มีทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย

ทารกแรกเกิดระยะวิกฤตไม่สามารถนำผลไปใช้กับเด็กป่วยกลุ่มอื่นและบริบทอื่น

ข้อเสนอแนะ

เพื่อนำผลการศึกษานี้ไปใช้ในการวางแผนการป้องกันหรือลดระดับความเครียดที่รุนแรงลงควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นและในบริบทอื่นๆ เช่น เขตบริการสุขภาพเขตแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพื่อนำการศึกษานี้มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันภาวะเครียดรุนแรงในบิดามารดาทารกแรกเกิดวิกฤต และพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และการให้ความร่วมมือของบิดามารดาให้ร่วมช่วยเหลือดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ควรมีการประเมินความเครียดของบิดามารดาเป็นระยะเวลาในช่วงที่ได้ดูแลทารก ตั้งแต่ระยะแรกเข้ารับการรักษาระยะรับการรักษา และระยะก่อนจำหน่าย ตามระดับความเครียดในทุกระยะการเจ็บป่วยของทารกแรกเกิดในระยะวิกฤตได้ และควรมีการศึกษาวิจัยหาแนวทางในการลดระดับความเครียดของบิดามารดาที่มีบุตรทารกแรกเกิดเจ็บป่วยระยะวิกฤตต่อไป หรือมีการศึกษาความเครียดของบิดามารดาในผู้ป่วยทารกที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

References

1. World Health Organization. World Health Statistics [Internet]. 2019 [cited 2019 October 1]. Available from: https://www.who.int/gho/publications/world_health_s.
2. Ministry of Public Health of Thailand. HDC report [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 10]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th>.
3. Junkajon W, Udchachon W, Phuntawasit M, Ketsakorn K, Cheerapun N, Mhaichai S. Document annual report 2018. Khon Kaen: Newborn Excellent Center, Khon Kaen Hospital; 2018.
4. Ashwani N, Rekha NA, Suresh Kumar C. Parental Stress experiences with NICU admission in a tertiary care centre. International Journal of Psychology and Behavioral Sciences 2017; 7(1): 27-31.



5. Kruger SK. Parents in crisis; helping them cope with a serious ill child. *Journal of Pediatric Nursing* 1992; 1: 133-139.
6. Turner M, Chur-Hansen A, Winefield H, Stanners M. The assessment of parental stress and support in the neonatal intensive care unit using the parent stress scale *Neonatal Intensive Care Unit. Women and Birth* 2015; 28(3): 252-258.
7. Jagdish R, Varma, Somashekhar M, Nimbalkar, Ajay G. Phatak. The Level and sources of stress in mothers of infants admitted in Neonatal Intensive Care Unit. *Indian J Psychol Med* 2019; Jul-Aug; 41(4): 338-342.
8. Singkla P. Effects of nursing mutual participation of mothers on maternal stress and role in caring for critical premature babies [Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2007.
9. Pinyomi S. The relationship between factors that cause stress support from married couples to the mental adjustment of mothers after childbirth with sick children [Thesis]. Bangkok: school Mahidol University; 1995.
10. Paesakul C, Thanattheerakul C. Maternal participation in caring for high-risk neonates. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing Nakhonratchasima* 2010; 16(1): 39-49.
11. Punpanich K. A study of postpartum maternal stress. *Health Promotion Hospital Health Center region 5* [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 10]. Available from: https://hpc.go.th/rcenter/_fulltext/20190701151555_3493/20190701151623_3814.pdf.
12. Punthmatharith B, Thepchana N. Effects of maternal needs preparation on satisfaction and anxiety of mothers having premature infants in the Neonatal Intensive Care Unit. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2013; 32(2): 1-22.
13. Sitthiboonma N, Kantaruksa K, Supavitpatana B. Stress, social support and postpartum depression among first-time mothers. *Nursing Journal* 2020; 47(2): 169-179.
14. Thinthip Y, Sanasuttipun W, Sangperm P. Comparisons of needs and response to needs of fathers of premature infants in Neonatal Intensive Care Unit as perceived by fathers and by nurses. *Journal of Nursing Science* 2017; 35(2): 15-27.
15. Sophikul N, Kaoloung K, Kanungbutr P. Development of neonatal critical care system in Pathumthani Hospital. *Journal of Nursing Division* 2015; 42(1): 41-57.
16. Unsiam P. Involvement of mothers in caring for a critically ill newborn Phatthalung Hospital. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2017; 4: Special Issue April: 61-74.
17. Horpaopan S. Identification of high-risk neonate in E-Book Pediatric Newborn. *The Royal College Pediatricians of Thailand* [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 10]. Available from: <http://www.thaipediatrics.org/Media/media-20180418145630.pdf>.
18. Miles MS. Assessing parental stress in intensive care unit. *MCN* 1983; 8(September/October): 354-359.
19. Columb MO, Ffcm Frca, Atkinson MS, Ffcm Frca. Statistical analysis: sample size and power estimations. *British Journal of Anesthesia Education* 2016; 16(5): 159-161.
20. Ding X, Zhu L, Zhang R, Wang L, Wang TT, Latour JM. Effects of family-centered care interventions on preterm infants and parents in neonatal intensive care units: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials [Internet]. 2019 [cited 2019 January 1]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.10.007>.
21. Juntachum W. Nursing research, sample selection and sample size determination: teaching materials. Khon Kaen: Department of Research Education and Nursing Administration, Faculty of Nursing Khon Kaen University; 2019.
22. Palma IE, Von Wussow KF, Morales BI, Cifuentes RJ, Ambiado TS. Stress in parents of hospitalized newborns in a neonatal intensive care unit. *Revista Chilena de Pediatría* 2017; (3): 332-339.
23. Burcu C, Turkan. The stress levels of parents of premature infants and related factors in Neonatal Intensive Care Units. *The Turkish Journal of Pediatrics* 2018; 60(2): 117-125.
24. Jairaksa S. Promote Technical Occupations [Internet]. 2017 [cited 2018 May 29]. Available from: http://cddata.cdd.go.th/cddkm/prov/km2_viewlist.php?action=view&div=64&kid=28748.