



อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ตามการรับรู้ของมารดาและของพยาบาล*

กำไล ศรีวิชา พย.ม.** พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม ปร.ด. (การพยาบาล)*** ทศนี ประสบกิตติคุณ PhD (Nursing)****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงเปรียบเทียบ เพื่อศึกษาความแตกต่างในการรับรู้ระหว่างมารดาและพยาบาลต่ออุปสรรคในการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของทารกที่มีภาวะวิกฤต จำนวน 64 ราย และพยาบาลที่มีหน้าที่ดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤต จำนวน 55 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดา แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาล และแบบสอบถามอุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต โดยใช้แนวคิดเรื่องอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกในหออภิบาลพิเศษทารกแรกเกิดของ Griffin เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ผลการวิจัยพบว่า มารดาและพยาบาลมีการรับรู้อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -4.285$, $p < .001$) โดยพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคสูงกว่ามารดามาก แสดงว่า พยาบาลมองว่าการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกมีความเป็นไปได้น้อย

ผลการวิจัยเสนอแนะว่า ความสอดคล้องของมุมมองระหว่างมารดาและพยาบาลในเรื่องการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกป่วยมีความสำคัญ ดังนั้นการพัฒนาศูนย์คลินิการพยาบาลและการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกเจ็บป่วยวิกฤตจึงเป็นสิ่งจำเป็น

คำสำคัญ: อุปสรรค ทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต การมีส่วนร่วมของมารดา

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มารดาของทารกที่เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มักประสบปัญหาในการแสดงบทบาทมารดาและเกิดความมั่นใจในการดูแลทารกล่าช้า เนื่องจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของทารก ข้อจำกัดในการดูแลทารก การแยกจากที่ยาวนาน และการต้องแบ่งบทบาทของมารดาในการดูแลทารกให้กับพยาบาล¹ นอกจากนี้มารดามักประสบกับความเครียด ความกดดัน ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่มีอำนาจ ความรู้สึกสิ้นหวัง และความรู้สึกที่ไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด² ซึ่งความรู้สึก

เหล่านี้ยังคงอยู่เป็นเวลานานนับปี^{3,4} การที่จะช่วยเหลือมารดาให้สามารถเผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วยของทารกและความรู้สึกเหล่านั้น อาจกระทำได้โดยการให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารก เช่น การพูดคุยกับทารก การร้องเพลงกล่อม การอุ้ม การลูบสัมผัส การทำความสะอาด การเปลี่ยนผ้าอ้อม การจัดทำนอน และการให้นมทารกในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด⁵ โดยมีพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนให้มารดาทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของทารก ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ ที่มารดาได้ทำ จะช่วยให้มารดามีความมั่นใจในการดูแลทารกทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน⁶

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (corresponding author: pamnarat.san@mahidol.ac.th)

**** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



และช่วยลดความเครียดที่อาจจะเกิดขึ้นขณะที่เลี้ยงดูบุตร โดยเฉพาะในวัยขวบปีแรกได้⁷

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดประมาณ 300 รายต่อปี (พ.ศ. 2552-2554) ส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และมีการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ หรือต้องอยู่ในตู้อบ ทำให้มารดาและทารกขาดการสัมผัสกัน หรือมีโอกาสสัมผัสกันน้อยลง ส่งผลให้การสร้างสัมพันธภาพที่เกิดจากการสัมผัสกันผ่านการได้กลิ่น การดูดนม การได้ยินเสียง หรือสร้างความคุ้นเคยระหว่างมารดาและทารกเกิดขึ้นได้ยาก⁸ ทารกเหล่านี้ต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์และพยาบาลอย่างใกล้ชิด เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 7-10 วัน นับเป็นช่วงเวลาสำคัญของกระบวนการสร้างความผูกพันระหว่างมารดาและทารก (bonding) ที่มีก่เกิดขึ้นทันทีที่ทารกแรกเกิดและมารดาได้แตะต้องสัมผัสกัน⁹ ดังนั้น เพื่อเป็นการส่งเสริมให้กระบวนการนี้ดำเนินได้ต่อเนื่อง โรงพยาบาลจึงมีนโยบายสนับสนุนการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตเพื่อส่งเสริมและสร้างความมั่นใจในการดูแลทารกให้แก่มารดา แต่ยังคงพบว่าการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตน้อยกว่าความต้องการมีส่วนร่วมดูแลทารกของมารดา นอกจากนี้ยังพบว่ามารดาต้องการที่จะมีส่วนร่วมดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตมากกว่าที่พยาบาลต้องการให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกดังกล่าว¹⁰ ซึ่งมุมมองหรือความคิดเห็นของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของมารดา อาจทำให้มารดาไม่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาลในการมีส่วนร่วมดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตเท่าที่ควร

การที่มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตน้อยนั้น อาจเป็นเพราะมารดารับรู้ว่ามีอุปสรรคเกิดขึ้น โดยการรับรู้อุปสรรค (perceived barrier) คือการรับรู้ถึงความไม่พร้อม ความไม่สะดวก ความสิ้นเปลือง ความยาก เสียเวลา และนำมาซึ่งความไม่พึงพอใจ¹¹ หากมารดารับรู้ว่ามีอุปสรรคมาก อาจทำให้การเข้ามามีส่วนร่วมน้อยลงหรือไม่เข้ามามีส่วนร่วม

เลย ในทำนองเดียวกัน หากพยาบาลรับรู้ว่ามีอุปสรรคมาก ก็อาจไม่สนับสนุนหรือช่วยเหลือมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกเท่าที่ควร ซึ่งในการมองด้านอุปสรรคนั้น หากทั้งมารดาและพยาบาลมีความเห็นเป็นไปในทางเดียวกัน โอกาสที่มารดาจะเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกอาจเป็นไปได้ยาก แต่หากความเห็นไม่สอดคล้องกัน จะเป็นแนวทางให้พยาบาลหาแนวทางกำจัดหรือลดอุปสรรคเหล่านั้นซึ่งจะส่งผลให้มารดาสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกได้มากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้อุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ทั้งในส่วนของมารดาและพยาบาลว่า มีมุมมองเกี่ยวกับอุปสรรคในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตแตกต่างกันหรือไม่ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริม/สนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกของมารดาได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ของมารดาและพยาบาลต่ออุปสรรคในการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษารั้ครั้งนี้ได้นำแนวความคิดเกี่ยวกับอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกในหออภิบาลพิเศษทารกแรกเกิด (barrier to parenting in the special care nursery) ของ Griffin¹² และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งอุปสรรคของมารดาในการเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ประกอบด้วย 1) อุปสรรคทางกายภาพ (physical barrier) เช่น ระยะห่างระหว่างมารดาและทารก ที่เกิดจากทารกได้รับการส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยหรือโรงพยาบาลอื่น พื้นที่ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดคับแคบ ไม่มีที่พักที่สะดวกสบายสำหรับมารดา 2) อุปสรรคที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารก (mechanical barrier) เช่น อุปกรณ์ในการให้ออกซิเจนชนิดต่าง ๆ ตู้อบเด็ก อุปกรณ์ให้สารน้ำ ที่ปิดตาเมื่อทารกได้รับการส่องไฟ



รักษาภาวะตัวเหลือง เป็นต้น 3) อุปสรรคที่เกิดจากสภาพจิตใจและอารมณ์ของมารดา (psychologic or emotional barrier) เช่น ความรู้สึกไม่เป็นส่วนตัว ความรู้สึกไร้อำนาจและรู้สึกผิด ความกลัวในการที่จะสร้างสัมพันธภาพกับทารกที่อาจเสียชีวิต และ 4) อุปสรรคที่เกิดจากพยาบาล (nurse barrier) ซึ่งรวมถึงกฎระเบียบหรือขั้นตอนต่าง ๆ ในการเข้ามาดูแลทารก เช่น เจ้าหน้าที่ที่มีน้อย การทำหัตถการต่าง ๆ สภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการทำงานของพยาบาล การเห็นคุณค่าหรือความสำคัญของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกจากพยาบาล เป็นต้น โดย Griffin¹² เชื่อว่า พยาบาลสามารถลดหรือกำจัดอุปสรรคเหล่านั้นได้ด้วยการให้ความรู้แก่มารดาและสนับสนุนให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมดูแลทารกอย่างจริงจัง อย่างไรก็ตามการที่จะสามารถลดหรือกำจัดอุปสรรคเหล่านั้น จำเป็นที่จะต้องระบุว่าอุปสรรคนั้นคืออะไร และมารดาและพยาบาลมีการรับรู้ต่ออุปสรรคนาน้อยแค่ไหน เพื่อจะได้นำมาเป็นแนวทางในการลดการรับรู้อุปสรรคดังกล่าว

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ มารดาของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต และพยาบาลผู้ดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมารดาและทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดระดับนัยสำคัญไว้ที่ .05 อำนาจทดสอบเท่ากับ .80 ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.5 เมื่อเปิดตาราง Cohen¹³ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 64 คน

กลุ่มตัวอย่างมารดา ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) โดยเป็นมารดาของทารกมีน้ำหนักแรกเกิด 1,000 กรัมขึ้นไป และใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมกับการรักษาอื่น ๆ เข้าเยี่ยมและดูแลทารกเป็นเวลาไม่น้อยกว่าครั้งละ 1 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้งขึ้นไป ที่ไม่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด (postpartum blues) หรือทารกได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะวิกฤตรุนแรง ทารกได้รับการผ่าตัดใหญ่ และทารกที่มีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมดูแลของมารดา เช่น ทารกที่มีภาวะแรงดันเลือดในปอดสูง ทารกหลังผ่าตัดหัวใจ

ทารกที่ป่วยด้วยโรคที่มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อ จำนวน 64 คน

กลุ่มตัวอย่างพยาบาล เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลประจำการ ซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี ทั้งหมดจำนวน 55 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดา แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต และ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามอุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดเรื่องอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกในหออภิบาลพิเศษทารกแรกเกิดของ Griffin¹² และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 26 ข้อ ลักษณะคำตอบแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย (0 คะแนน) ถึงเห็นด้วยมากที่สุด (3 คะแนน) พิสัยคะแนน 0-78 คะแนน ผู้ตอบแบบสอบถามคือมารดา และพยาบาล โดยสรรพนามที่ใช้ในแบบสอบถามต่างกัน หากค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มมารดาและพยาบาลที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างมารดาและพยาบาลที่ใช้ในการวิจัยกลุ่มละ 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ .82 และ .88 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมารดาและทารกคลอดก่อนกำหนด

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากมารดาให้แล้วเสร็จก่อน จึงเริ่มเก็บข้อมูลจากพยาบาล มีขั้นตอนในการดำเนินการ คือ 1) ผู้วิจัยคัดเลือกมารดาตามเกณฑ์ที่กำหนด ต่อมาอธิบายให้ข้อมูลแก่มารดาในการเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจก่อนทำการสัมภาษณ์มารดาตามแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปของมารดา จากนั้นให้มารดาตอบ



แบบสอบถามอุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต และผู้วิจัยบันทึกข้อมูลของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตด้วยตนเอง 2) ผู้วิจัยคัดเลือกพยาบาลที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดและให้พยาบาลตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลและแบบสอบถามอุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัชยฐาน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาค่าความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ของมารดาและของพยาบาลต่ออุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตด้วยสถิติทดสอบ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย

1. มารดาส่วนใหญ่ร้อยละ 87.5 มีอายุระหว่าง 18-35 ปี ร้อยละ 29.7 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ส่วนใหญ่ร้อยละ 46.9 มีบุตรเพียง 1 คน คือ บุตรคนปัจจุบัน มีมารดาร้อยละ 53.1 ใช้รถส่วนตัวในการเดินทางมาเยี่ยมและดูแลบุตร และส่วนใหญ่ร้อยละ 45.5 ใช้เวลาเยี่ยมและดูแลบุตรประมาณครั้งละ 1 ชั่วโมง

2. ทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ร้อยละ 64.1 เป็นทารกเกิดก่อนกำหนด ร้อยละ 48.4 คลอดด้วยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 2,438.28 กรัม ส่วนใหญ่ร้อยละ 51.6 ได้รับการช่วยหายใจด้วยการใส่ท่อหลอดลมคอ โดยทารกร้อยละ 60.9 ใช้เครื่องช่วยหายใจไม่เกิน 5 วัน ร้อยละ 54.7 ได้รับความอบอุ่นโดยใช้ตุ๋น ทั้งนี้ ในช่วงที่มารดาให้ข้อมูลทารกส่วนใหญ่ร้อยละ 51.6 มีอายุไม่เกิน 7 วัน

3. พยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 38.2 อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี ร้อยละ 94.5 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 36.4 มีประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิด 1-5 ปี และร้อยละ 72.7 ระบุว่าไม่ได้อบรมระยะสั้น/อบรมเฉพาะทางเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิด

4. คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ของมารดาต่ออุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตมีค่าเท่ากับ 13.97 ส่วนคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ของพยาบาลต่ออุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตมีค่าเท่ากับ 22.16 จากคะแนนเต็มทั้งหมด 78 คะแนน โดยมีรายละเอียดของคะแนนการรับรู้อุปสรรครายด้าน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 พิสัยคะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนเฉลี่ย มัชยฐาน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตของมารดาและของพยาบาล

คะแนนการรับรู้อุปสรรค	Range	มารดา (n=64)			พยาบาล (n=55)		
		Mean	Median	SD	Mean	Median	SD
อุปสรรคในการมีส่วนร่วมโดยรวม	0-78	13.97	10.50	11.25	22.16	22.00	10.90
1. อุปสรรคทางกายภาพ	0-12	2.00	2.00	1.94	4.53	4.00	2.80
2. อุปสรรคที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารก	0-12	3.98	4.00	3.35	5.42	4.00	3.02
3. อุปสรรคที่เกิดจากสภาพทางจิตใจและอารมณ์ของมารดา	0-15	2.64	2.00	2.43	4.84	6.00	2.98
4. อุปสรรคที่เกิดจากพยาบาลและกฎระเบียบของหอผู้ป่วย	0-39	5.34	3.00	6.06	7.38	7.00	5.19



5. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตระหว่างมารดาและพยาบาลด้วยสถิติทดสอบ (Mann-Whitney U test) พบว่าพยาบาลและมารดามีการรับรู้อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -4.285, p < .001$) เมื่อจำแนกข้อมูลคะแนนการรับรู้อุปสรรคของมารดาเป็นรายด้านพบว่าพยาบาลและมารดามีการรับรู้อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทุกด้าน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่ามัธยฐานคะแนนการรับรู้อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตของมารดาและของพยาบาล

คะแนนการรับรู้อุปสรรค	มารดา (n=64)		พยาบาล (n=55)		Z	p-value
	Mean Rank	Sum of Rank	Mean Rank	Sum of Rank		
อุปสรรคในการมีส่วนร่วมโดยรวม	47.45	3036.50	74.61	4103.50	-4.285	< 0.001
1. อุปสรรคทางกายภาพ	45.01	2880.50	77.45	4259.50	-5.169	< 0.001
2. อุปสรรคที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารก	52.09	3333.50	69.21	3806.50	-2.718	.007
3. อุปสรรคที่เกิดจากสภาพทางจิตใจและอารมณ์ของมารดา	46.87	2999.50	75.28	4140.50	-4.525	< 0.001
4. อุปสรรคที่เกิดจากพยาบาลและกฎระเบียบของหอผู้ป่วย	51.62	3303.50	69.75	3836.50	-2.870	.004

การอภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของพยาบาลต่ออุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตสูงกว่าการรับรู้ของมารดามาก เป็นการบ่งชี้ให้เห็นว่าในมุมมองของพยาบาลแล้วการมีส่วนร่วมของมารดามีโอกาสเกิดขึ้นได้น้อย เพราะมีอุปสรรคหลายด้าน ในขณะที่มารดากลับมองเห็นอุปสรรคน้อยกว่าพยาบาล ซึ่งอุปสรรคทางกายภาพ เช่น บ้านไกล ถูกมองว่าเป็นอุปสรรคของมารดาในการเข้ามาเยี่ยมหรือให้การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ทั้งในมุมมองของมารดา^{14,15} และของพยาบาล^{15,16,17} แต่มีการให้ความสำคัญต่างกัน โดยมารดามองว่าเป็นอุปสรรคน้อยกว่าพยาบาลมอง อาจเป็นไปได้ว่า มารดาส่วนใหญ่คลอดบุตรโดยผ่าตัดหน้าท้อง ซึ่งต้องอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ย 3-5 วัน จึงมีโอกาสมาเยี่ยมและดูแล

ทารกในช่วงที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล และเมื่อกลับบ้านไปแล้ว ร้อยละ 53.1 เดินทางมาเยี่ยมและดูแลทารกโดยใช้รถส่วนตัว การเดินทางจึงไม่ลำบากมากนัก ดังจะเห็นได้จากห้องพักที่จัดไว้ให้มารดาเข้าพักเพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของมารดามากขึ้นนั้น ไม่มีมารดาเข้าพักในบางช่วง อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ถามมารดาเกี่ยวกับระยะทางระหว่างบ้านและโรงพยาบาล จึงอาจทำให้ได้ข้อมูลไม่ชัดเจน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้มีความใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ Martinez และคณะ¹⁵ ที่ศึกษาอุปสรรคในการดูแลทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักในประเทศกำลังพัฒนาในมุมมองของบิดามารดาและบุคลากรทางสุขภาพ พบว่า บิดามารดาร้อยละ 52 และบุคลากรทางสุขภาพร้อยละ 69 ระบุว่าระยะทาง และการคมนาคมเป็นอุปสรรคในการดูแลทารก



อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารก โดยเฉพาะ อุปกรณ์การให้ออกซิเจน มักถูกมองว่าเป็นอุปสรรคขัดขวางไม่ให้มารดาและทารกมีโอกาสได้ใกล้ชิดกันทางกายภาพ เช่น ไม่สามารถอุ้มทารกได้ ไม่ได้ยินเสียงทารกเนื่องจากทารกใส่ท่อหลอดลมคอ และไม่เห็นหน้าทารกทุกส่วน เป็นต้น¹⁸ และพยาบาลส่วนใหญ่ก็ไม่เห็นด้วยกับการให้มารดาอุ้มทารกขณะที่ยังใส่เครื่องช่วยหายใจ แต่หากทารกถอดท่อหลอดลมคอแล้ว ก็มีการสนับสนุนให้มารดาได้อุ้มทารกหรือทำแกงการูขณะที่ใส่เครื่องช่วยหายใจบ้าง โดยพิจารณาจากผลดี ได้แก่ สายสัมพันธ์ระหว่างมารดาทารก และความเสี่ยง ได้แก่ สัญญาณชีพไม่คงที่ การเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอ และสายสวนต่าง ๆ¹⁹ การวิจัยครั้งนี้ ทารกร้อยละ 51.6 เป็นทารกที่ใส่ท่อหลอดลมคอ พยาบาลส่วนใหญ่จึงยังมองว่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารกเป็นอุปสรรคต่อมารดาในการดูแลทารก สอดคล้องกับการศึกษาของ Walker¹⁷ ที่พบว่า พยาบาลในประเทศออสเตรเลียมองว่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เครื่องช่วยหายใจ (ร้อยละ 93.9) อุปกรณ์การให้ออกซิเจน (ร้อยละ 91.1) ตู้อบ (ร้อยละ 83.7) เป็นอุปสรรคของบิดามารดาในการดูแลทารกในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ในขณะที่มารดาไม่ค่อยเห็นด้วยกับพยาบาล อาจเป็นไปได้ว่ามารดาไม่ได้มองว่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารกเป็นอุปสรรคขัดขวางการมีส่วนร่วมดูแลทารกไปทั้งหมด เช่น ตู้อบอาจขัดขวางการสัมผัสทารกแต่ไม่ได้ขัดขวางการมองตา เครื่องช่วยหายใจและอุปกรณ์อาจทำให้ไม่ได้มองเห็นทุกส่วนของทารกแต่ก็ไม่ขัดขวางการลูบสัมผัส ส่วนเครื่องติดตามอาการอาจขัดขวางการสัมผัสแต่ไม่ขัดขวางการมองตา เป็นต้น²⁰

การเจ็บป่วยของทารกเป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของมารดา มารดามักเกิดความเครียด ความวิตกกังวลต่อสภาพการเจ็บป่วยของทารก โดยเฉพาะมารดาที่มีบุตรเกิดก่อนกำหนดและต้องได้รับเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งมารดาส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณชีวิตของทารกอยู่ในภาวะอันตราย จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ²¹ แต่ในขณะที่เดียวกันมารดาที่ต้องการที่จะได้อยู่ใกล้ชิดทารกและใช้เวลากับทารกมากที่สุด³ ในขณะที่พยาบาลเชื่อว่า สถานะทางด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นของมารดา

ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล ส่งผลให้มารดายังไม่มีความพร้อมที่จะเข้ามาดูแลทารก¹⁸ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า มารดาส่วนใหญ่คิดว่าสภาพทางจิตใจและอารมณ์เป็นอุปสรรคในการดูแลทารกน้อยกว่าที่พยาบาลคิด อาจเนื่องมาจากมารดามีความปรารถนาที่จะดูแลทารกอยู่แล้ว ซึ่งความปรารถนาคือเป็นพันธะสัญญา ความผูกพัน ความเตรียมพร้อมที่จะแสดงบทบาทมารดา ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์²² แม้ในช่วงที่ทารกเจ็บป่วยและมีภาวะวิกฤต จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาล แต่บทบาทการเป็นมารดาไม่มีใครมาทดแทนได้ โดยเฉพาะการบีบเก็บน้ำนมให้กับทารก²³ มารดาจึงคิดว่าตัวเองพร้อมที่จะดูแลทารกแม้จะมีสถานะทางด้านอารมณ์ที่ไม่เข้มแข็งเต็มที่

พยาบาลและกฏระเบียบของหอผู้ป่วยถูกพยาบาลมองว่าเป็นอุปสรรคของการมีส่วนร่วมดูแลทารกของมารดามากกว่าที่มารดามอง ทั้งนี้ พยาบาลและมารดาจะมีรูปแบบในการดูแลทารกต่างกัน โดยการดูแลของพยาบาลเน้นที่เทคโนโลยีทางการแพทย์ซึ่งต้องใช้ทักษะการดูแลโดยเฉพาะ ซึ่งยากที่มารดาจะเข้าใจและให้การดูแลทารกได้ อย่างไรก็ตามพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อย อาจเกิดความไม่มั่นใจในการให้ข้อมูลและให้การช่วยเหลือมารดาในการดูแลทารก²⁴ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า พยาบาลร้อยละ 36.4 มีประสบการณ์เพียง 1-5 ปี และร้อยละ 72.7 ไม่เคยรับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิด และด้วยข้อจำกัดในการทำงานของพยาบาลในการดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤต ที่จำนวนเจ้าหน้าที่น้อย ภาระงานมาก และเวลาน้อย ทำให้ลักษณะการทำงานของพยาบาลต้องทำงานแข่งกับเวลาเพื่อให้สามารถดูแลทารกได้ทั่วถึง พยาบาลจึงรับรู้ว่าคุณไม่มีเวลาพอในการให้ข้อมูลหรือให้การช่วยเหลือแก่มารดา^{24,25} ในขณะที่มารดาต้องการเพียงที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับทารก และให้การดูแลทารกในกิจกรรมที่ทำได้ง่าย และบ่อยครั้ง เช่น ให้อาหารหรือเปลี่ยนผ้าอ้อม²⁶ โดยมารดาส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ จบการศึกษาระดับมัธยมปลายขึ้นไป จึงสามารถสื่อสารกับแพทย์และพยาบาลได้ไม่ยาก ประกอบกับได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือด้านการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลจากพยาบาลทุกครั้งที่มาเยี่ยม จึงอาจทำให้มารดา



คิดว่าได้รับข้อมูลเพียงพอที่จะสามารถดูแลทารกได้
อย่างไรก็ตาม การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจาก
พยาบาล จะทำให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรก
เกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาลได้มากขึ้น²⁷

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาพยาบาลให้มีมุมมองเชิง
บวกมากขึ้นในเรื่องการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแล
บุตร โดยอาจจัดอบรมพยาบาลในเรื่องของการสื่อสาร
การให้ข้อมูล พัฒนาโปรแกรมการพยาบาลที่ส่งเสริมให้
มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตร รวมทั้งให้
โอกาสกับมารดามากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพถึงอุปสรรคใน
การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกที่มีภาวะ
วิกฤต และข้อเสนอแนะในการกำจัดหรือลดอุปสรรคดัง
กล่าว

3. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
หรือมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคในการมีส่วนร่วมของ
มารดาในการดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตของพยาบาล

References

1. Miles MS, Frauman AC. Nurses' and parents' negotiation of caregiving roles for medically fragile infants: Barrier and bridges. In: Funk SG, Tornquist EM, Champagne MT, Wiese RA, editors. Key aspects of caring for the chronically ill: Hospital and home. New York: Springer; 1993. p. 239-50.
2. Obeidat HM, Bond EA, Callister LC. The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *The Journal of Perinatal Education* 2009; 18(3): 23-9.
3. Lindberg B, Öhrling K. Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in Northern Sweden. *International Journal of Circumpolar Health* 2008; 67(5): 461-71.
4. Zekowitz P, Papageorgiou A, Bardin C, Wang T. Persistent maternal anxiety affects the interaction between mothers and their very low birthweight children at 24 months. *Early Human Development* 2009; 85(1): 51-8.
5. Heermann JA, Wilson ME, Wilhelm PA. Mothers in the NICU: Outsider to partner. *Pediatric Nursing* 2005; 31(3): 176-81.
6. Johnson AN. Promoting maternal confidence in the NICU. *Journal of Pediatric Health Care* 2008; 22(4): 254-7.
7. Manachevakul S, Prasopkittikun T, Sangperm P. Factors predicting parenting stress in mothers of infants. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2012; 30(1): 53-62.
8. Wigert H, Johansson R, Berg M, Hellström AL. Mothers' experience of having a newborn child in a neonatal intensive care unit. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2006; 20(1): 35-41.
9. Klaus MH, Kennell JH. Parent-infant bonding. St. Louis: Mosby; 1982.
10. Paehsakul C, Thanattheerakul C. Maternal participation in caring for high-risk neonate. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima* 2010; 16(1): 39-49.
11. Pender N, Murdaugh C, Parson MA. Health promotion in nursing practice. 6 ed. NJ: Pearson; 2011.
12. Griffin T. Nurse barriers to parenting in the special care nursery. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing* 1990; 4(2): 56-67.
13. Cohen J. *Statistic power analysis for behavior sciences*. 2 ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
14. Dobbins N, Bohlig C, Suphen J. Partners in growth: Implementing family-centered changes



- in the neonatal intensive care unit. *Children's Health Care* 1994; 23(2): 115-26.
15. Martinez AM, Khu DTK, Boo NY, Neou L, Saysanasongkham B, Partridge JC. Barriers to neonatal care in developing countries: Parents' and providers' perceptions. *Journal of Pediatrics and Child Health* 2012; 48(9): 852-8.
 16. Martínez JG, Hernández JR. Meanings, beliefs and attitudes of the neonatal unit staff in México about the parents' participation in a neonatal unit: A qualitative approach. *Journal of Nursing Education and Practice* 2014; 4(5): 159-70.
 17. Walker SB. Neonatal nurses' views on the barriers to parenting in intensive care nursery: A national study. *Australian Critical Care* 1998; 11(3): 86-91.
 18. Cervantes AC, Feeley N, Lariviere J. The experience of mothers whose very low-birth-weight infant requires the delivery of supplemental oxygen in the neonatal intensive care unit. *Advances in Neonatal Care* 2011; 11(1): 54-61.
 19. Franck LS, Bernal H, Gale G. Infant holding policies and practices in neonatal units. *Neonatal Network* 2002; 21(2): 13-20.
 20. Lantz B, Ottosson C. Parental interaction with infants treated with medical technology. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2013; 27(3): 597-607.
 21. Rungamomrat S, Karnjanawanich W, Muangyoo U. Maternal participation in caring for a premature infant with respirator. *Journal of Nursing Science* 2012; 30(4): 49-60, 124.
 22. Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship* 2004; 36(3): 226-32.
 23. Griffin T. Family-centered care in the NICU. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing* 2006; 20(1): 98-102.
 24. Raines DA, Brustad J. Parent's confidence as a caregiver. *Advances in Neonatal Care* 2012; 12(3): 183-8.
 25. Higman W, Shaw K. Nurses' understanding about the delivery of family centered care in neonatal unit. *Journal of Neonatal Nursing* 2008; 14(6): 193-8.
 26. Paliadelis P, Cruickshank M, Wainohu D, Winskill R, Stevens H. Implementing family-centered care: An exploration of the beliefs and practices of paediatric nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2005; 23(1): 31-6.
 27. Pronlerttaveekun S, Prasopkittikun T, Sangperm P. Factors associated with mothers' participation in care for hospitalized newborns. *Journal of Nursing Science* 2013; 31(1): 59-69.



Barriers to Maternal Participation in the Care of Critically Ill Neonates Perceived by Mothers and Nurses*

Gamlai Srivicha M.N.S.** Pannarat Sangperm PhD (Nursing)*** Tassanee Prasopkittikun PhD (Nursing)****

Abstract

This study was a descriptive comparative study design aimed at determining the differences between the perceived barriers to maternal participation in the care of critically ill neonates by mothers and nurses. The sample group consisted of 64 mothers of critically ill neonates and 55 nurses on duty in the care of critically ill neonates. A series of questionnaires was used to collect mothers' demographic information, critically ill neonates' information, and nurses' demographic information, as well as the barriers to maternal participation in care of critically ill neonates. The researcher employed the concept of barriers to parenting in special care nurseries of Griffin. The finding revealed that mothers and nurses had different perceived barriers to maternal participation in care of critically ill neonates at a significance level .05 ($Z = -4.285$, $p < .001$). The average scores of the perceived barriers by nurse were much greater than the perceived barriers by mother, indicating that nurses viewed the maternal participation in the care of critically ill neonates was less possible.

The study finding suggests the congruence between nurses' and mothers' perspectives on participation in the care for sick neonates is essential. Hospital administrators should establish a program for nurse development and provide enhancement of needed maternal participation.

Keywords: barrier, critically ill neonates, maternal participation

* Master's Thesis, Faculty of Nursing, Mahidol University.

** Registered Nurse, Professional Level, Neonatal Intensive Care Unit 1, Maharat Nakhonratchasima Hospital.

*** Assistant Professor, Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University.

**** Associate Professor, Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University.

Corresponding Author: Assistant Professor Dr. Pannarat Sangperm, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: pannarat.sang@mahidol.ac.th