

กระบวนการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเป็นมารดาของสตรีไทย ตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

The Transitional Process of Becoming Mother among Thai High Risk Pregnant Women during Hospitalization

รัตนภรณ์ ธนศิริจิรานนท์ พย.ด.*

Rattanaporn Tanasirijiranont, Ph.D.*

วิภารัตน์ อุ่นอารมย์ พย.บ.**

Wiparat Aoon-arom, B.N.S. **

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่กระบวนการเป็นมารดาของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยด้วยทฤษฎีรากฐาน ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 21 คน ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือของประเทศไทย

ผลการวิจัยพบว่า “ความปรารถนาให้บุตรแข็งแรงและรอดชีวิต” เป็นแนวคิดหลักของกระบวนการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเป็นมารดาของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยสตรีมีกระบวนการเปลี่ยนผ่านในกระบวนการนี้ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะถูกคุกคามด้วยการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะประคับประคองเพื่อให้ทารกรอดชีวิต และระยะเผชิญกับผลลัพธ์ที่อาจไม่แน่นอน ซึ่งสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงใช้กลวิธีในการจัดการกับความหวั่งกังวลและความต้องการของตนเองที่หลากหลายตามหมวดหมู่ย่อยของแต่ละระยะ

ผลการศึกษาครั้งนี้เพิ่มเติมความรู้ใหม่เกี่ยวกับการเป็นมารดาในสตรีไทยตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับความหวั่งกังวลและความต้องการขณะตั้งครรภ์เสี่ยงสูง และกลวิธีที่ใช้ในการจัดการความหวั่งกังวลและความต้องการของตนเอง ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับประสบการณ์เหล่านี้จะสามารถทำให้พยาบาลผดุงครรภ์ และผู้ให้การดูแลด้านสุขภาพให้การช่วยเหลือและดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: การเข้าสู่การเป็นมารดา การตั้งครรภ์เสี่ยงสูง การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระเบียบวิธีวิจัยด้วยทฤษฎีรากฐาน

* อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ E-mail: rattanaporn@gmail.com

* Nursing Instructor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University

** หัวหน้าพยาบาลหน่วยคลอด งานการพยาบาลผู้ช่วยศาสตราจารย์และนรีเวชวิทยา โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ E-mail: wiparat2508@yahoo.com

** Head nurse of Labor Unit, Obstetrics and Gynecology Nursing Department, Maharaj Nakorn Chiangmai Hospital

Abstract

This qualitative research aimed to explore the transitional experiences among Thai women who are becoming mothers as high-risk pregnant women during hospitalization. Grounded Theory Methodology was used to conduct this study by utilizing in-depth interview questions among 21 participants, at a tertiary hospital in Northern Thailand.

The finding found that “Desiring for baby healthy and survival” was the core category of the transitional process among Thai women who are becoming motherhood of high-risk pregnant women during hospitalization which was divided into three phases: troubling with high-risk pregnancy and hospitalization phase, sustaining for baby survival phase, and the coping with uncertain outcomes phase. Women used various strategies to manage their concerns and needs during each phase’s category.

This study added new knowledge about becoming a Thai mother of high-risk pregnant women including information about their concerns and needs and strategies. They can utilize it to manage their concerns and needs. A better understanding of these experiences will enable midwives, and health care professionals to assist, and provide appropriate care for high-risk pregnant women and hospitalization.

Key words: Becoming/expectant a mother, High-risk pregnancy, Hospitalization, Grounded theory methodology

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์เป็นเหตุการณ์ที่สำคัญยิ่งชีวิตของสตรีที่กำลังจะเป็นมารดา เนื่องจากเป็นกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญทั้งทางด้านสรีระวิทยา จิตใจ และบทบาทหน้าที่รับผิดชอบที่พบกับการเปลี่ยนแปลงและความกดดัน ทำให้ต้องมีการปรับตัวอย่างมากทั้งทางร่างกายและจิตใจ¹ แต่หากการตั้งครรภ์นั้นมีความแทรกซ้อนเกิดขึ้นจนกลายเป็นการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงถือเป็นการเกิดเหตุการณ์วิกฤติของชีวิต อาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการเข้าสู่การเป็นมารดาขณะตั้งครรภ์ได้^{1, 2} โดยเฉพาะเมื่อสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะมีการจัดการทาง

คลินิก และมีการจำกัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง³ แม้กิจกรรมเหล่านี้จะมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อตัวผู้ที่จะเป็นมารดาและทารกในครรภ์ก็ตาม แต่ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเกิดประสบการณ์ด้านลบในการเข้าเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นมารดาได้²

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กระบวนการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเป็นมารดาของสตรีไทยที่ตั้งครรภ์ปกติแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะเริ่มสงสัยว่าตนเองตั้งครรภ์และหวั่งกังวลว่าตั้งครรภ์จริงหรือไม่ ระยะที่เริ่มรู้สึกถึงการดิ้นของทารกในครรภ์เป็นครั้งแรก ระยะที่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะของตนเอง และระยะ

ที่รับรู้ว่ามีโอกาสถึงกำหนดคลอด¹ ซึ่งแตกต่างจากกระบวนการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเป็นมารดาของสตรีไทยที่ตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะการเผชิญหน้ากับการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ระยะการคาดหวังให้บุตรมีสุขภาพดี และระยะการเผชิญกับผลลัพธ์ที่ไม่สามารถคาดเดาได้⁴ อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวไม่ครอบคลุมสตรีไทยตั้งครรภ์เสี่ยงสูงและเข้ารับการรักษาโดยการนอนโรงพยาบาล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่ทำให้เข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเป็นมารดาของสตรีไทยตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากยิ่งขึ้น องค์ความรู้นี้จะช่วยสนับสนุนให้พยาบาลผดุงครรภ์ตลอดจนบุคลากรทางด้านสุขภาพ เข้าใจถึงประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างชัดเจน อันจะส่งผลให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่กระบวนการเป็นมารดาของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic Interactionism: SI)⁵ เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งเป็นรากฐานของระเบียบวิธีวิจัยด้วยทฤษฎีรากฐาน^{6,7} แนวคิดหลักของการปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ คือ 1) ตนเอง (Self) ถูกสร้างขึ้นโดยการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จากการขัดเกลาทางสังคม ดังนั้นเมื่อ “ฉัน” (I) ในที่นี้คือ “สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงกำลังเข้าสู่กระบวนการของการเป็นมารดาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล” มีการแสดงบทบาทที่หลากหลาย เมื่อถูกแทรกแซงด้วยการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้า

รับการรักษาในโรงพยาบาล อาจส่งผลต่อทัศนคติทางสังคม ต่อ “ตัวของฉัน” (me) ซึ่งเป็น มารดา ภรรยา ลูกสาว พี่สาว หลานสาว ลูกจ้าง และผู้เข้ารับการรักษา ซึ่งจะมีการแสดงออก ด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ตามบทบาทและหน้าที่ที่มีอยู่ 2) โลก (the world) เป็นโลกของสัญลักษณ์ (the world of symbols) ที่มีกำหนดความหมายมาจาก “ฉัน” การแสดงออกทางสัญลักษณ์ของผู้ที่จะเป็นมารดา การแสดงออกทางการกระทำ การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ การสื่อสารทางภาษาและการแสดงออกทางวัจนภาษา ที่มีการแทรกแซงของเหตุการณ์ในชีวิตด้วยการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้จะเป็นมารดาต้องทำความเข้าใจในการกระทำของตนเอง และ 3) การดำเนินการร่วมกัน (joint action) เป็นกระบวนการบรรลุผลที่เฉพาะเจาะจงในบริบททางสังคม ผ่านกระบวนการดำเนินการร่วมกันของผู้ที่มีส่วนร่วมอื่น ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับบทบาทของการจะเป็นมารดา ภรรยา สมาชิกในครอบครัว สมาชิกองค์กร และผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในด้านการปรับเปลี่ยนบทบาทต่าง ๆ การดำเนินการ ความสัมพันธ์ และแบบแผนการปฏิบัติตัวทางสังคมที่ถูกปรับเปลี่ยนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยทฤษฎีรากฐาน (Grounded Theory Methodology)^{6,7} เป็นทฤษฎีที่ศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคม มีคุณลักษณะเฉพาะที่ถูกสร้างขึ้นมาจากข้อมูลที่เป็นไปตามปรากฏการณ์จริงมากที่สุด ในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้คือ สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความเสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาด้วยการนอนโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือ คณะผู้วิจัยทำการ

คัดเลือกตัวอย่างตามทฤษฎี (theoretical sampling) เพื่อเลือกผู้เข้าร่วมรายถัดไปขึ้นอยู่กับประเภทของคำตอบที่เกิดขึ้นใหม่จากการสัมภาษณ์ จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว⁸ ได้ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 21 ราย โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าคือ ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความเสี่ยงสูงขณะตั้งครรภ์จากสูติแพทย์ เช่น โรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง ภาวะปากมดลูกหลวม ภาวะรกเกาะต่ำ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นต้น อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยการนอนโรงพยาบาล ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และพูดภาษาไทยได้ และมีเกณฑ์การคัดเลือกออกและเกณฑ์การยุติของกลุ่มตัวอย่าง คือ มีความประสงค์ที่จะออกระหว่างการศึกษาระดับความรู้สึกตัวลดลง ทารกในครรภ์เสียชีวิต และได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติด้านจิตใจ การศึกษาครั้งนี้ไม่มีผู้ใดถูกคัดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือหลักที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ ตัวผู้รวบรวมข้อมูล^{7,9} แนวคำถามปลายเปิด (Open-Ended Questions) แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Questions) และอุปกรณ์ช่วยในการสัมภาษณ์เพื่อรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง (Tape Recorder) และแบบบันทึกภาคสนาม (Field Note)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแนวคำถามปลายเปิด (Open-ended questions) แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured questions) ไปทำการตรวจสอบความตรงข้อคำถามเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพยาบาล จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้มีคุณสมบัติเหมือนกับผู้ให้ข้อมูลก่อนนำไปรวบรวมข้อมูลจริง นอกจากนี้ผู้วิจัยนับได้ว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจึงสร้าง

ความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการศึกษาและทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับคำถามและบริบทที่เกี่ยวข้องให้เกิดความละเอียดอ่อนทางทฤษฎี (theoretical sensitivity) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและครอบคลุมที่จะนำไปสู่การเปรียบเทียบข้อมูล (constant comparison) ต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Study Code: NONE-2562-06178/Research ID: 6178 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิถอนตัวออกจากการโครงการวิจัยได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อสิทธิ และสถานะใด ๆ ในการดูแลรักษาขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ทำโดยหัวหน้าโครงการวิจัยเพียงคนเดียว เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลทำพร้อมกัน มีการตรวจสอบการรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลแบบย้อนกลับไปมา โดยทำการสัมภาษณ์ตามแบบการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviewing) รายบุคคล ใช้การสังเกตและบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์ โดยได้รับการยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลใช้ความละเอียดอ่อนทางทฤษฎี ในการแยกความแตกต่างระหว่างข้อมูลทำให้เข้าใจในความหมายของคำที่ออกมาในระหว่างการสัมภาษณ์ และเป็นแนวทางในการตรวจสอบและเปรียบเทียบข้อมูลจากทุกด้าน ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลรายถัดไปที่ถูกเลือกเพื่อการสัมภาษณ์นั้นถูกเลือกโดยใช้การคัดเลือกตัวอย่างตามทฤษฎี จากนั้นคณะผู้วิจัยทำการถอดข้อความหลังจากสัมภาษณ์เสร็จโดยการถอดเทปการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) ออกมาเป็นบทสนทนา (Transcription)^{7,9} ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละ

รายได้รับสัมภาษณ์ รายละเอียด 1-3 ครั้ง เวลาประมาณ 30-60 นาที ระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามวันและเวลาที่สะดวกโดยไม่รบกวนการดูแลรักษา และการพักผ่อนของผู้ให้ข้อมูล จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยกำหนดรหัสที่เป็นสาระสำคัญ (Substantive code) จากบทสนทนาที่ได้จากการถอดข้อความ จากนั้นให้รหัสแบบเปิด (Open coding) โดยพิจารณาให้รหัสที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลแบบบรรทัดต่อบรรทัด (line by line) เพื่อระบุแนวความคิด (concept) และสร้างแนวความคิดเกี่ยวกับรูปแบบพื้นฐาน และทำการระบุคำ หรือกลุ่มคำสำคัญในข้อมูลแล้วให้หัวเรื่อง (Labeling)⁷ ทำการจัดหมวดหมู่ และใช้การเลือกตัวอย่างตามทฤษฎีเพื่อเลือกผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป จนกว่าจะมีการอิ่มตัวทำการเปรียบเทียบ และยืนยันข้อมูลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูล จากนั้นทำการกำหนดรหัสทฤษฎี (Theoretical coding) และกำหนดแนวคิดหลัก (Core category)⁹

การตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล

คณะผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลตามเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลของทฤษฎีรากฐาน⁷ คือ 1) ความพอดี (fit) โดยการตรวจสอบการอธิบายของข้อมูลที่มีความพอดีกับบริบทของเหตุการณ์ และความหมายของการกระทำนั้นครอบคลุมทุกความเกี่ยวข้องของตัวแปร 2) ความเกี่ยวข้องกัน (Relevance) โดยการตรวจสอบการอธิบายความเชื่อมโยงของข้อมูล ความเกี่ยวข้องของกระบวนการทางสังคมขั้นพื้นฐานซึ่งมีความละเอียดอ่อนทางทฤษฎีในการศึกษาครั้งนี้ 3) ความสามารถในการทำงานได้ (Workability) โดยการตรวจสอบความสามารถอธิบายของตัวแปร และความเกี่ยวข้องที่สามารถให้ความหมาย ทำนายสิ่งที่อาจเกิดขึ้น และสามารถตีความสิ่งที่เกิดขึ้นได้ 4) ความสามารถในการดัดแปลงได้ (Modifiability) โดยการตรวจสอบความ

สามารถของการให้รหัสแบบเปิดที่กำหนด หมวดหมู่แนวคิดหลัก ที่สามารถนำไปสู่การอ้างอิงถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูล นอกจากนี้ทำการตรวจสอบภายในทีมของคณะผู้วิจัย (Peer debriefing) ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง (Member checking)⁸

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความเสี่ยงสูง และได้รับการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจำนวนทั้งหมด 21 คน มีอายุระหว่าง 20-44 ปี โดยอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 42.86 มีช่วงอายุ 20-30 ปี อายุครรภ์ที่เริ่มเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 38.10 คือ 24-27 สัปดาห์ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 33.33 คือ 7-14 วัน ผู้ให้ข้อมูลทุกคนร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ ระยะเวลาแต่งงานส่วนใหญ่ร้อยละ 47.62 อยู่ระหว่าง 6-10 ปี ประกอบอาชีพส่วนใหญ่ร้อยละ 23.81 คือรับจ้าง การศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 38.10 คือระดับปริญญาตรี รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 20,000 บาท และสิทธิในการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 47.61 คือประกันสังคม

จากการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้กระบวนการวิจัยของทฤษฎีรากฐาน⁷ ทำให้ได้แนวคิดหลักของกระบวนการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเป็นมารดาของสตรีไทยที่ตั้งครรภ์เสี่ยงสูงและได้รับการรักษาไว้ในโรงพยาบาล คือ “ความปรารถนาให้บุตรแข็งแรงและรอดชีวิต” (Desiring baby’s healthy and survival) โดยมีประสบการณ์เปลี่ยนผ่านในกระบวนการนี้ แบ่งได้เป็น 3 ระยะ (แผนภาพที่ 1) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ระยะถูกคุกคามด้วยการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ระยะนี้เริ่มตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าตั้งครรภ์

เสี่ยงสูงและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนถึงหนึ่ง สัปดาห์แรกภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามแต่ละอายุครรภ์ที่เริ่มพบว่ามี การตั้งครรภ์เสี่ยงสูงและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่ 20-33 สัปดาห์ ระยะนี้แยกเป็น 2 หมวดหมู่ย่อย คือ การจัดการกับอาการที่ยากลำบาก และการเป็นห่วงสภาพของทารก ดังนี้

1.1 การจัดการกับอาการที่ยากลำบาก เมื่อสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงพบกับการเปลี่ยนแปลงทาง ร่างกาย และได้รับการวินิจฉัยว่าตั้งครรภ์เสี่ยงสูงและ ต้องรับเข้านอนในโรงพยาบาล ทำให้เกิดความรู้สึก ด้านลบ เช่น ซ็อก เครียด ปฏิสาร เสียวใจ ผิดหวัง วิตก กังวล สับสน เป็นต้น อย่างไรก็ตามสตรีตั้งครรภ์เสี่ยง สูงรู้สึกสบายใจขึ้น ลดความกังวลใจลง เมื่อรับทราบ ว่าได้รับเข้าการรักษาในโรงพยาบาลที่มีทีมบุคลากร ทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญทางสูติกรรม และมีเครื่องมือ ในการดูแลช่วยเหลือทารกแรกเกิดที่พร้อมและทันสมัย

“...เกิดอะไรขึ้น ก็คือไม่รู้รู้ มันซอกกะ ความรู้สึกคือร้องไห้ออกมา แต่ใจเราก็คิดนะว่าหัวใจ นื่องก็ยังเต้นดี เราก็มืดความย้อนแย้งในใจว่ามันไม่ น่าจะใช่ ไม่ได้เป็นฉันทหรือเปล่า...แต่อุ่นใจขึ้นที่ได้มา รักษาที่นี่ มีหมอเฉพาะทาง มีหมอเด็ก มีไอซียูเด็ก...” (P2/1L14-15)

การศึกษาครั้งนี้สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงทุกคน นับถือศาสนาพุทธ พบว่ามีกลวิธีในการจัดการด้วยการสวดมนต์ไหว้พระ ขอมพร และอธิษฐานขอให้ทารก ในครรภ์และตนเองปลอดภัยโดยปฏิบัติในห้องพักฟื้น ในโรงพยาบาล ทำบุญอุทิศส่วนกุศลถึงเจ้ากรรม นายเวรตามความเชื่อทางวัฒนธรรมท้องถิ่นล้านนา มี แสวงหาข้อมูลการเจ็บป่วย แนวทางการรักษาโดยการ สอบถามจากญาติ เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ และ กลุ่มสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต เช่น กลุ่มคุณแม่ตั้ง ครรภ์ในพันทิป เฟสบุ๊คกลุ่มคุณแม่คลอดก่อนกำหนด

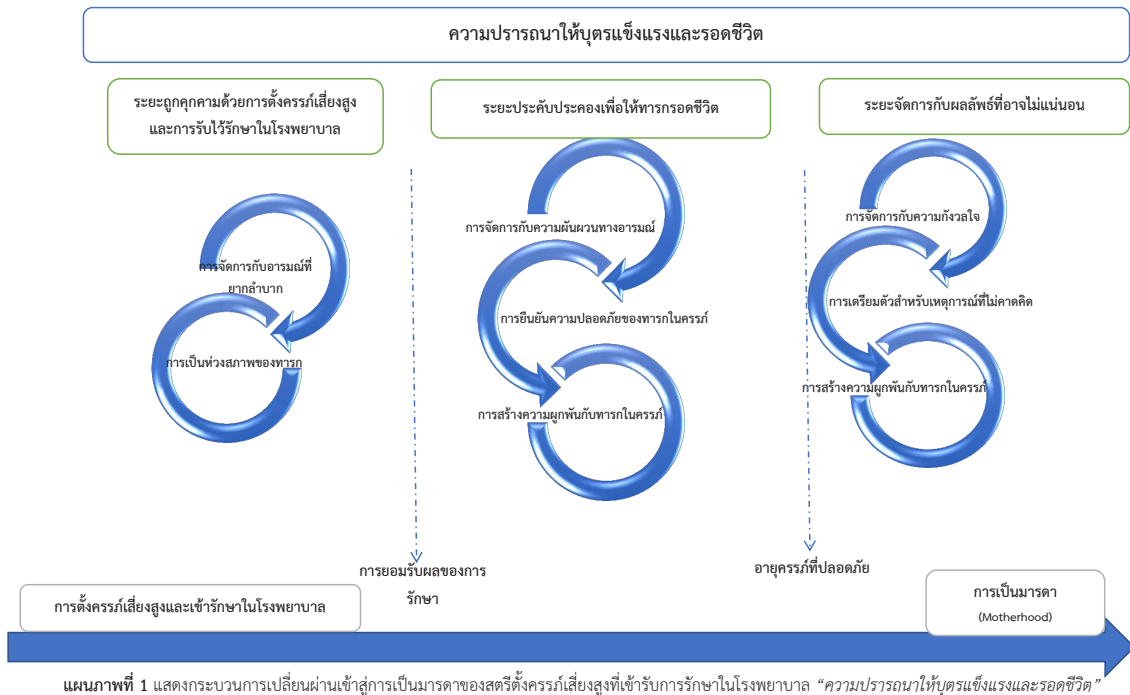
เป็นต้น

นอกจากนี้การที่บุคลากรทางสุขภาพเปิดโอกาส ให้สามีและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและเข้า เยี่ยมตามเวลา ทำให้สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงรู้สึกมีกำลัง ใจ และช่วยในการจัดการกับอารมณ์ที่ยากลำบากได้ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การได้รับ ข้อมูลทางสุขภาพที่ไม่ชัดเจนจากบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเกิดความรู้สึกเครียด และ วิตกกังวลมากขึ้น

“...แม่ไปถามคนทรงเจ้าคืนนั้นเลย เขาก็ บอกว่าไม่เป็นไร ไม่ต้องกังวลจะปลอดภัย เขาแนะนำ ให้ไปทำสะตวงส่งเคราะห์แล้วจะดีขึ้น แม่ก็รีบโทร มาบอก เราได้ยินก็สบายใจขึ้น...แพนก็ไปไหว้ศาล ไป บน ขอให้น้ำคร่ำไม่รั่ว หยุดไหล ขอให้ปลอดภัย...ถึง เวลาที่ยังเยี่ยมได้เขาก็มาหา เราก็มีกำลังใจ...” P7/1L48-52

1.2 การเป็นห่วงสภาพของทารก สตรี ตั้งครรภ์เสี่ยงสูงห่วงกังวลเกี่ยวกับโอกาสที่จะสามารถ ดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไปและความปลอดภัยของ ทารกในครรภ์ มีการตัดสินใจร่วมกับแพทย์ และ ครอบครัวเกี่ยวกับแนวทางการรักษา มีการตัดสินใจ ให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปโดยไม่เลือกที่จะยุติการ ตั้งครรภ์ มีการต่อรองเกี่ยวกับแนวทางการรักษาที่จะ กระทบต่อสุขภาพของทารกในครรภ์ให้น้อยที่สุด ระยะนี้ความกังวลและเฝ้ารอผลตรวจสุขภาพทารก เป็น “วันต่อวัน” โดยคำนึงถึงความปลอดภัย และ ต้องการรักษาชีวิตของทารกในครรภ์เป็นหลัก

“...หมอก็ถามเราว่า คุณแม่จะให้น้องออก มาเลยไหม จะเอาอย่างไร เราก็มืดกับหมอตรง ๆ ว่าขอ เปลี่ยนการรักษาได้ไหม ก็คือถ้าทราบได้ที่ลูกยังดันดี อยู่ หัวใจเต้นปกติ แล้วยังอยู่ในท้อง ขอรักษาเขาไว้ ก่อน แล้วค่อยดูเป็นวัน ๆ ไป...” P11/1L24-27



สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงใช้กลวิธีในการจัดการ โดยมีการปรับตัวหลายด้านให้เข้ากับแบบแผนการรักษา สถานที่ การดำเนินกิจวัตรประจำวัน การพักผ่อนและนอนหลับ และการจำกัดกิจกรรมเพื่อการรักษา และเมื่อสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเกิดการยอมรับเกี่ยวกับผลของการรักษา คือ สามารถควบคุมอาการ และความเสี่ยงแรงความเสี่ยงสูงของการตั้งครรภ์ได้ ก็จะเข้าสู่ระยะต่อไปของกระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้

“...วันแรกที่ได้นอนก็ตื่นเต้นเพราะว่าเราไม่เคย เขาก็จะมาทำกิจกรรมให้เราเป็นระยะ เดินเข้าเดินออก คืนแรกจะไม่ได้พักเลย เพราะว่าต้องกินยาทุกสิบห้า นาที มีวัดความดัน วัดไข้ แล้วก็ให้กินยา...”
P5/163-6

ระยะแรกนี้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกถูกคุกคามด้วยการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงและเข้ารับไว้ในโรงพยาบาล ระยะนี้ประกอบด้วย การจัดการกับอารมณ์ที่ยากลำบาก และการเป็นห่วงเกี่ยวกับสภาพของทารก ใช้เวลาตั้งแต่เริ่มเข้ารับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงยอมรับเกี่ยวกับผลของการรักษา

ซึ่งอาจแตกต่างกันไปความรุนแรงของโรคและการตอบสนองต่อการรักษา

2. ระยะประคับประคองเพื่อให้ทารกรอดชีวิต

ระยะนี้เริ่มตั้งแต่สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงยอมรับเกี่ยวกับผลของการรักษา จนถึงอายุครรภ์ที่ได้รับแจ้งจากสูติแพทย์ว่าทารกในครรภ์ปลอดภัยพอที่จะสามารถคลอดและรอดชีวิตได้ สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ได้รับการแจ้งไว้ที่อายุครรภ์ 28-33 สัปดาห์ ระยะนี้ประกอบด้วย 3 หมวดหมู่ย่อย คือ การจัดการกับความผันผวนทางอารมณ์ การยืนยันความปลอดภัยของทารกในครรภ์ และการสร้างความผูกพันกับทารกในครรภ์ ดังนี้

2.1 การจัดการกับความผันผวนทางอารมณ์

เกิดจากความรู้สึกรู้สึกหรืออารมณ์ด้านลบกลับมาเกิดขึ้นอีกครั้ง เมื่อมีสิ่งกระตุ้นอารมณ์ด้านลบ การที่ไม่สามารถควบคุมความรุนแรงหรืออาการของตั้งครรภ์เสี่ยงสูงทำให้กลับมามีความเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้น ทำให้ต้องกลับเข้าสู่กระบวนการรักษาซ้ำ แต่เมื่อความรุนแรงของการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงลดลง สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

สามารถจัดการกับอารมณ์ได้ แต่ก็จะกลับมามีความรู้สึกหรืออารมณ์ด้านลบได้อีก เมื่อพบสิ่งกระตุ้นอารมณ์ด้านลบอีกครั้ง จึงทำให้เกิดความผันผวนของอารมณ์

“...กังวลเพราะตกขาวเยอะอยู่แล้ว แต่หมอบอกว่าไม่เป็นไร ก็สบายใจไปช่วงหนึ่ง แต่พอไต่ห้วงพุงปากมดลูกไปสักพักก็เริ่มมีเปลี่ยนสี แต่ไม่คันเราก็กลับกังวล เครียด คิดไปสารพัด กลัวจะเป็นอะไรใหม่อีก...” P1/1L54-57

สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงใช้กลวิธีในการจัดการด้วยการทำใจยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น ยังคงปฏิบัติตามการทำบุญทางศาสนา ไหว้พระ ขอมพร ปฏิบัติตามความเชื่อและวัฒนธรรมทางท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ เช่น การห้อยพระ เครื่องราง ของขลัง การไปถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยนี้กับคนทรงเจ้า เป็นต้น มีการแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการรักษาจากญาติ เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ และได้รับการสนับสนุนทางจิตใจจากสามี ครอบครัว กลุ่มเพื่อน ญาติ บุคลากรทางการแพทย์ และกลุ่มสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต ทำให้รู้สึกสบายใจและสงบลงได้ ระยะเวลาที่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากสามี ทำให้ความสัมพันธ์ในชีวิตคู่แน่นแฟ้นขึ้น มีการแบ่งปันอารมณ์และความรู้สึกร่วมกัน แม้ถูกแยกจาก ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้รู้สึกมีกำลังใจขึ้น

“...ส่วนใหญ่คุณพ่อแกก็รู้อยู่แล้ว ไม่ค่อยได้ปลอบแก แต่แกจะปลอบเรามากกว่า ว่าแม่สู้ๆ ประมาณนี้ อยากกินอะไรก็ถามเรา ปกติจะไม่ค่อยเห็นโมเม้นท์นี้ ปกติจะเป็นเราที่ถามว่าจะกินอะไร พอเราเป็นอย่างนี้ก็กลับกัน ทำให้รู้สึกว่าเขาก็ดูแลเรากับลูกดี ไม่ทิ้งไปไหน...” P8/2L111-113

2.2 การยืนยันความปลอดภัยของทารกในครรภ์ สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเฝ้ารอผลของการตรวจและประเมินสุขภาพทารกในครรภ์จาก “วันต่อวัน” เปลี่ยนเป็น “สัปดาห์ต่อสัปดาห์” โดยใช้กลวิธีในการจัดการด้วยการดูแลตนเองอย่างเข้มงวด ปฏิบัติตาม

คำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด สังเกตและติดตามผลการตรวจสุขภาพของทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด โดยหวังจะประคับประคองการตั้งครรภ์ให้นานที่สุด เพื่อให้ทารกในครรภ์ปลอดภัยและรอดชีวิต

“...ลุ้นเอาเป็นวัน ๆ เพราะช่วงแรกก็มีท้องแข็งบ่อย ปรับยากกันไปเรื่อย ๆ เอาจนท้องเบาลง แต่น้ำก็ไหลออกตลอด ลุ้นไปว่าเหลือน้ำคร่ำเท่าไร เป็นช่วงปรับตัว แล้วก็คือเริ่มนิ่ง เราก็ออยู่เป็นอาทิตย์แล้วตอนนี้ก็ลุ้นเอาเป็นอาทิตย์ไปให้ถึง 28 สัปดาห์ นับทุกวัน เพราะถึงตอนนั้นลูกก็จะแข็งแรงมากขึ้น ถ้าจะคลอดหรือจะอะไรก็จะดีกว่าตอนนี้...” P2/2L34-36

2.3 การสร้างความผูกพันกับทารกในครรภ์ มีส่งเสริมพัฒนาการของทารกในครรภ์ตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อน และกลุ่มสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต เช่น การพูดคุยกับทารกในครรภ์ ลูบสัมผัสหน้าท้อง การเปิดเพลง บทสวดมนต์ เป็นต้น ระยะนี้หลังจากที่สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงยอมรับผลของการรักษาจนถึงอายุครรภ์ที่เคยได้รับแจ้งจากสูติแพทย์ว่าทารกในครรภ์ปลอดภัย ก็จะเข้าสู่ระยะสุดท้ายของการตั้งครรภ์คือระยะการจัดการกับผลลัพธ์ที่อาจไม่แน่นอน

“...ก็ฟังจากที่พยาบาลบอก ก็ให้แฟนหาหูฟังมาให้ กลัวเปิดแล้วมันดัง ก็เปิดเพลงในยูทูบ แล้วเอาหูฟังวางที่หน้าท้อง เน้นเพลงเบา ๆ ซ้ำ ๆ พวกคลาสสิกโมสาร์ท บีโทเฟ่น ในกลุ่มแม่เขาก็ออกมาเราก็หา บางทีเขาก็เอาลิ้งค์แปะไว้ เราก็ก็นไปโหลดมาฟังได้...” P13/2L51-54

ระยะที่สองนี้สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงมีความต้องการและความห่วงกังวลเกี่ยวกับการประคับประคองเพื่อให้ทารกรอดชีวิต ระยะนี้ประกอบด้วยการจัดการกับความผันผวนของอารมณ์ การยืนยันภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ และสร้างความผูกพันกับทารกในครรภ์ ระยะนี้เริ่มภายหลังจากการยอมรับผลของการรักษา จนถึงอายุครรภ์ประมาณ 28 หรือ

อายุครรภ์ที่ได้รับแจ้งจากสูติแพทย์ว่าทารกในครรภ์ปลอดภัย

3. ระยะจัดการกับผลลัพธ์ที่อาจไม่แน่นอน

ระยะนี้เป็นระยะสุดท้ายของการตั้งครรภ์ เริ่มตั้งแต่ 28 สัปดาห์ หรืออายุครรภ์ที่ได้รับแจ้งจากสูติแพทย์ว่าทารกในครรภ์จะแข็งแรงและสมบูรณ์มากพอที่สามารถคลอดรอดชีวิต จนถึงอายุครรภ์ครบกำหนดคลอด สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงมีความห่วงกังวลเกี่ยวกับการจัดการกับความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นนี้ประกอบด้วย 3 หมวดหมู่ย่อย คือ การจัดการกับความกังวลใจ การเตรียมตัวสำหรับเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด และการสร้างความผูกพันกับทารกในครรภ์ ดังนี้

3.1 การจัดการกับความกังวลใจ สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงกลับมามีความวิตกกังวลใจแบบ “วันต่อวัน” เกี่ยวกับการคลอด การรักษา อาการแสดงที่กำเริบหรือทรุดลงของการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่อาจทำให้ต้องยุติการตั้งครรภ์ สุขภาพและความปลอดภัยของทารกในครรภ์ ความผิดปกติของทารกที่อาจเกิดขึ้นภายหลังคลอด ตลอดจนวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงมีกลวิธีในการจัดการโดยการเตรียมใจยอมรับสิ่งที่อาจจะเกิดขึ้น สร้างกำลังใจให้ตนเองด้วยการทำบุญ สวดมนต์ อธิษฐานขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์มากกว่าปกติ ให้คุ้มครองทารกในครรภ์ให้ปลอดภัย สอบถามและติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ สังเกตอาการผิดปกติที่และการคลอดที่อาจเกิดขึ้น

“...ก็เตรียมใจนะ คอยดูว่ามีเลือด มีตกขาว ท้องแข็งใหม่ สังเกตจนวิตกกังวล เข้าห้องน้ำก็ก้มดูในชักโครกนะว่าเลือดออกไหม มีเลือดติดทิชชูหรือเปล่า เพราะถ้ามี หมอบอกแล้วไว้วาวิตเชื่อมั่นลูกคลอดก่อนกำหนดได้...” P2/3L48-51

3.2 การเตรียมตัวสำหรับเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเตรียมใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นกับทารกในครรภ์โดยไม่คาดคิด เช่น คลอดก่อนกำหนด ไม่แข็งแรง มีความพิการ

เป็นต้น โดยมีกลวิธีในการจัดการโดยวางแผนร่วมกับครอบครัวในการเตรียมการเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้น เช่น โทรหาสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินเบอร์ 1669 เพื่อให้มารับและนำส่งโรงพยาบาลเป็นต้น วางแผนการคลอดที่ปลอดภัยร่วมกับสูติแพทย์ วางแผนเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยการทำบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับบุตรคนที่หลังคลอด วางแผนการดูแลทารกภายหลังคลอด มีการเตรียมเสื้อผ้าและของใช้สำหรับทารกในครรภ์ไว้ล่วงหน้าเพื่อเตรียมพร้อมให้ทารกใช้หลังคลอดได้ทันที อย่างไรก็ตามมีสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงและครอบครัวบางรายยังไม่มีเตรียมการล่วงหน้าตามความเชื่อท้องถิ่นล้านนา โดยเชื่อว่าการเตรียมของใช้เด็กไว้ล่วงหน้าอาจทำให้ทารกเสียชีวิต และไม่ได้ของใช้เหล่านี้

“...ถ้าไม่ไหวจริง ๆ ก็ต้องให้น้องออก และต้องอยู่ห้องเป็นไอซียูเด็ก เพราะว่าตัวเล็ก เตรียมใจแล้วนะ หมอบอกว่าเขาออกมาอาจไม่สามารถที่จะสมบูรณ์แบบเหมือนกับเด็กที่พร้อมออกมาจริง ๆ ได้ คุยกับแฟน กับหมอ แล้วว่าให้รักษาที่นี้ต่อเลย เพราะมีหมอเด็ก เครื่องมือก็มี และที่นี้มีไอซียูเด็กด้วย...” P2/3L59-62

3.3 การสร้างความผูกพันกับทารกในครรภ์ สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงแสดงความรักและสร้างความสัมพันธ์กับทารกในครรภ์เช่นเดียวกับระยะก่อนหน้านี้นี้ มีการพูดคุยกับทารกในครรภ์ร่วมกับการลูบสัมผัสหน้าท้องทุกวัน ระยะนี้มีการเรียกสรรพนามทารกในครรภ์ด้วยชื่อเล่น หรือชื่อแทนตัวของทารก สำหรับชื่อจริงนั้นสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงทุกคนจะรอจนกว่าทารกในคลอดเนื่องจากมีความเชื่อทางโหราศาสตร์เกี่ยวกับการตั้งชื่อต้องมีความสอดคล้องกับวันที่คลอด เนื่องจากมีบางพยัญชนะที่ไม่สามารถใช้ตั้งชื่อได้สำหรับทารกในเกิดในแต่ละวัน ทั้งนี้ระยะนี้จะใช้เวลาไปจนถึงวันที่เข้าสู่ระยะคลอด

“...ก็เรียกเขาว่าตัวเล็กไปก่อน เวลาเรียก

เหมือนเขาจะรู้จะ เขาจะตื่น เราก็หลับ ๆ เขา แต่ชื่อจริง
นี่ยัง รอรวันก่อน ไม่รู้วันไหน เพราะมันมีห้ามใช้ตัวไหน
ถ้าเกิดวันนี้...” P8/3L65-67

ระยะสุดท้ายนี้เริ่มตั้งแต่ 28 สัปดาห์เป็นต้นไป
หรือเมื่ออายุครรภ์ที่ได้รับแจ้งจากสูติแพทย์ว่าทารก
ในครรภ์ปลอดภัยพอที่จะสามารถคลอดและรอดชีวิต
ได้ในช่วงอายุครรภ์นี้จนถึงอายุครรภ์ครบกำหนด
ประกอบด้วย การจัดการกับความกังวลใจ การเตรียม
ตัวสำหรับเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด และการสร้างความ
ผูกพันกับทารกในครรภ์

อภิปรายผลการวิจัย

การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่กระบวนการเป็นมารดา
ของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรง
พยาบาลมีทั้งหมด 3 ระยะคือ ระยะถูกคุกคามด้วย
การตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
ระยะประคับประคองเพื่อให้ทารกรอดชีวิต และระยะ
เผชิญกับผลลัพธ์ที่อาจไม่แน่นอน มีความแตกต่างจาก
การศึกษากระบวนการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเป็น
มารดาของสตรีตั้งครรภ์ปกติ¹ ในด้านองค์ประกอบ
ของระยะของการเปลี่ยนผ่านและรายละเอียดของ
ประสบการณ์ แต่มีคล้ายกับการศึกษาของการศึกษา
ในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงทั่วไป⁴ โดยสตรีตั้งครรภ์เสี่ยง
สูงมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ด้านลบ ทำให้ต้องม
ีการจัดการกับอารมณ์ที่ยากลำบาก^{2, 4, 10} ต้องถูกแยก
จากครอบครัวเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
ทำให้รู้สึกไม่สามารถควบคุมได้ และแม้ว่าจะควบคุม
อาการของภาวะเสี่ยงสูงได้แต่ยังคงเกิดความผันผวน
ทางอารมณ์ในระยะที่สองของการตั้งครรภ์ อีกทั้งเมื่อ
เข้าสู่ระยะสุดท้ายก็ยังคงเกิดความกังวลใจเกี่ยวกับ
ความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นได้^{2, 3, 10} กลวิธีในการ
จัดการกับอารมณ์และความกังวลใจทำโดยแสวงหา
ข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ อินเตอร์เน็ต และกลุ่ม
สนับสนุนทางอินเตอร์เน็ต ทำให้ได้รับการสนับสนุน
ทางอารมณ์จากสามี ครอบครัว ญาติ เพื่อน บุคลากร

ทางสุขภาพ และกลุ่มสนับสนุนทางอินเตอร์เน็ต^{2, 4, 11}
อย่างไรก็ตามสิ่งที่น่าสนใจและมีความแตกต่างจาก
การศึกษาในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่ผ่านมาในการวิจัย
ครั้งนี้ คือ สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงให้ข้อมูลว่ามีความ
สัมพันธ์ในชีวิตคู่แน่นแฟ้นขึ้น มีการแบ่งปันอารมณ์
และความรู้สึกร่วมกัน แม้ถูกแยกจาก ขณะเข้ารับการ
รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมีคล้ายกับผลการศึกษาใน
ผู้ที่กำลังจะเป็นบิดาที่ภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง¹²

สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงและสามีต้องทำการ
ตัดสินใจที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และวิธี
การรักษา ต้องตัดสินใจให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไป
หรือยุติการตั้งครรภ์ในช่วงอายุครรภ์นั้นที่อาจทำให้
สูญเสียทารกในครรภ์ได้ จึงทำให้มีความรู้สึกสองฝัก
สองฝ่ายซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ² จากการศึกษาครั้ง
นี้สตรีตั้งครรภ์ทุกรายตัดสินใจที่จะรับการรักษาต่อไป
มีการต่อรองเกี่ยวกับการรักษา เพื่อประคับประคอง
ทารกในครรภ์ไปก่อนจนกว่าจะไม่สามารถรักษา
ได้^{4, 10, 13} โดยคำนึงถึงความปลอดภัย และต้องการการ
รักษาชีวิตของทารกในครรภ์เป็นหลัก เนื่องจากเป็น
ห่วงความปลอดภัยของบุตร มีความกังวลเกี่ยวกับ
ผลกระทบจากการรักษาที่อาจมีผลต่อสุขภาพของ
ทารกในครรภ์^{4, 10, 13} แต่เมื่อได้รับการยืนยันเกี่ยวกับ
ความปลอดภัยของทารกในครรภ์ สตรีตั้งครรภ์เสี่ยง
สูงยอมรับการรักษาต่อไป และยอมให้ตนเองไม่สุข
สบายจากการรักษานั้น เพื่อให้ทารกในครรภ์ปลอดภัย
มากที่สุด คอยสังเกตและติดตามเกี่ยวกับการตรวจที่
เกี่ยวข้องกับสุขภาพของทารกในครรภ์ที่เป็นการ
ยืนยันถึงสภาพและความปลอดภัยของทารกในครรภ์⁴

¹⁴ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่
มีแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ทำให้สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง
รู้สึกสบายใจมากขึ้น และกังวลใจลดลง^{4, 12, 13} แต่ต้องมี
การปรับตัวหลายด้านขณะเข้ารับการรักษาในโรง
พยาบาล ต้องถูกจำกัดกิจกรรม มีการปรับตัวต่อการ
ดูแลประจำตามปกติในระยะแรกที่เข้ารับการรักษาใน
โรงพยาบาล มีการดูแลตนเองอย่างเข้มงวด สังเกต

อาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น ติดตามผลตรวจสุขภาพ
ทารกในครรภ์^{4,13} และมีการวางแผนการรักษาร่วมกับ
แพทย์ สามี และครอบครัว¹³

การศึกษาครั้งนี้ให้ผู้ให้ข้อมูลทุกคนนับถือศาสนา
พุทธ มีการทำใจยอมรับเกี่ยวกับความเสี่ยงสูงของการ
ตั้งครรภ์ว่าเกิดจากผลกระทบจากอดีตชาติ บุญเก่า
เจ้ากรรมนายเวร มีการทำบุญ ทำสังฆทาน อุทิศส่วน
กุศลไปยังเจ้ากรรมนายเวร มีการปล่อยชีวิตสัตว์
การทรงเจ้าเข้าผี ปฏิบัติตามความเชื่อท้องถิ่นล้านนา
ที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ มีการสวดมนต์ ไหว้พระ
ทำสมาธิ^{4,12} ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีการปฏิบัติ
กิจกรรมเหล่านี้ในห้องพักฟื้นในโรงพยาบาล สตรี
ตั้งครรภ์เสี่ยงสูงมีการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับของการ
ตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ผลกระทบต่อทารกในครรภ์และ
ตนเอง การรักษา อายุครรภ์ที่สามารถคลอดอย่าง
ปลอดภัย วิธีการคลอด และการดูแลรักษาทารก
หลังคลอด จากบุคลากรทางสุขภาพ ญาติ เพื่อน แหล่ง
ความรู้ออนไลน์ กลุ่มสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ต^{3,4}
ทำให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น ลดความกลัว
ความเครียด ความวิตกกังวลใจลงได้^{2,4} อย่างไรก็ตาม
จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การได้รับข้อมูลทางสุขภาพ
ที่ไม่ชัดเจนจากบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้สตรีตั้งครรภ์
เสี่ยงสูงเกิดความรู้สึกเครียด และวิตกกังวลมากขึ้น

สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงมีการสร้างความผูกพัน
กับทารกในครรภ์ ระยะประคับประคองเพื่อให้ทารก
ในครรภ์รอดชีวิตนั้น สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงส่วนใหญ่จะ
มีการพูดคุย ลูบหน้าท้อง เปิดเพลง เปิดบทสวดมนต์
อ่านหนังสือหรือเล่านิทาน¹⁵ สวดมนต์ ภาวนา ขอรพร
จากพระและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือให้คุ้มครองทารกใน
ครรภ์สุขภาพแข็งแรงและปลอดภัยเกือบตลอดเวลา
ส่วนในระยะจัดการกับผลลัพธ์ที่อาจไม่แน่นอนนั้น
สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงยังคงสร้างความผูกพันกับทารก
ในครรภ์ เหมือนกับระยะก่อนหน้านี้ แต่ปฏิบัติมาก
ขึ้นกว่าปกติโดยเฉพาะการสวดมนต์ ภาวนา ขอรพรให้
กับบุตร แต่มีเพิ่มเติมคือการเรียกทารกด้วยชื่อเล่น

หรือชื่อแทน แต่ยังไม่ตั้งชื่อจริง เนื่องจากมีความเชื่อ
ทางโหราศาสตร์ในการตั้งชื่อ¹²

การเตรียมตัวสำหรับเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดพบ
ในระยะสุดท้ายของกระบวนการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่ได้
รับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์
เสี่ยงสูงรู้สึกไม่มั่นใจเกี่ยวกับอาการของภาวะเสี่ยงสูง
มีความเครียด และวิตกกังวลว่าอาจเกิดเหตุการณ์ที่
ไม่คาดคิดเกี่ยวกับความปลอดภัยต่อทารกในครรภ์
วิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลรักษาทารกภายหลังการ
คลอดหากมีความผิดปกติเกิดขึ้น และวิตกกังวลเกี่ยว
กับค่าใช้จ่ายในการรักษา^{2,3,13} อย่างไรก็ตามสตรีตั้ง
ครรภ์เสี่ยงสูงเตรียมใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่อาจ
เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด โดยทำใจยอมรับสิ่งที่อาจเกิด
ขึ้นกับทารกในครรภ์ ซึ่งมีพื้นฐานความเชื่อว่าเป็นเรื่อง
ของบุญกรรม เจ้ากรรมนายเวร^{4,12} มีการวางแผนเกี่ยว
กับการจัดการหากเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินขึ้น และ
การเตรียมตัวเพื่อมาคลอด¹² วางแผนการคลอดร่วม
กับสูติแพทย์^{2,3} วางแผนการดูแลทารกภายหลังคลอด
และวางแผนเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา^{12,13}

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงาน

ผู้บริหารควรมีนโยบายที่ชัดเจนในการสนับสนุน
การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่จะช่วยสนับสนุน
กระบวนการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเป็นมารดาของสตรี
ตั้งครรภ์เสี่ยงสูงขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
รวมถึงการปรับกฎระเบียบให้ยืดหยุ่นแก่สามีและญาติ
รวมถึงออกนโยบายและสนับสนุนให้มีหน่วยงานให้
ความรู้ที่ถูกต้องทางสื่ออินเทอร์เน็ตสำหรับสตรีตั้งครรภ์
เสี่ยงสูง

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลผดุงครรภ์ควรให้การช่วยเหลือในการ
ปรับตัวเข้าสู่บทบาทของการเป็นมารดาของสตรี
ตั้งครรภ์เสี่ยงสูงและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
โดยคำนึงถึงความแตกต่างและข้อจำกัดของแต่ละ

บุคคล ภายใต้อาการหลากหลายทางบริบทต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยที่ไม่ขัดกับแผนการรักษา และกฎระเบียบของโรงพยาบาล เช่น การอนุญาตให้ห้อยพระหรือเครื่องราง การจัดเตรียมหนังสือสวดมนต์ การอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาหรือวัฒนธรรมท้องถิ่น เป็นต้น และควรให้การสนับสนุนและส่งเสริมการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่กลุ่มสนับสนุนสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงทางสูติศาสตร์ซึ่งเป็นที่นิยมในปัจจุบันเนื่องจากเข้าถึงง่าย

ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงานด้านการศึกษา

การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนรายวิชา ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ควรมีการยกตัวอย่างเหตุการณ์ และอธิบายรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเป็นมารดาของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรง

พยาบาลให้ชัดเจน ให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง และตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในแต่ละระยะ เพื่อสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเข้าใจและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับกระบวนการเข้าสู่การเป็นมารดาของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงกลุ่มนี้ต่อเนื่องในระยะคลอด และระยะหลังคลอด และควรการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่เป็นกลุ่มเปราะบางกลุ่มที่มีความเชื่อทางวัฒนธรรมและศาสนาอื่น เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือและดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงกลุ่มดังกล่าว เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรรณิการ์ กันธะรักษา. ประสบการณ์เปลี่ยนผ่านของสตรีไทยในการตั้งครรภ์ครั้งแรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;2544.
2. Borrogerdi, T.N. Effects of hospitalization and bedrest on high-risk pregnant women and their families. Doctoral Dissertation. New York: Binghamton University;2016.
3. Marchesi, C., Ossola, P., Amerio, A., Daniel, B.D., Tonna, M. & De Panfilis, D. Clinical management of perinatal anxiety disorder: A systematic review. J Affect Disord 2016; 190:543-550. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.004>
4. Amphai, S. Transition to motherhood of Thai women with high-risk pregnancy. Doctoral Dissertation. Chiang Mai: Chiang Mai University;2018.
5. Blumer, H. Symbolic interactionism. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall;1969.
6. Glazer, B.G. Basic of grounded theory analysis. Mill Valley, CA: Sociology Press;1992.
7. Glazer, B.G., Strauss A.L. The discovery of grounded theory. Chicago, IL: Aldine;1967.
8. Guba, E.G. & Lincoln Y.S. The Sage handbook of qualitative research. (3rd ed). Thousand Oaks: Sage;2005.
9. Glazer, B.G. Theoretical sensitivity. Mill Valley, CA: Sociology Press;1978.

10. Lederman, R.P., Boyd, E., Pitts, K., Roberts-Gray, C., Hutchinson, M. & Blackwell, S. Maternal development experiences of women hospitalized to prevent preterm birth. *Sex Reprod Healthc* 2013;4:133-38. <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2013.10.004>
11. เบญจมาภรณ์ นาคามดี อัญชลี รุ่งฉาย เพ็ญนภา ดำเนินศึก และนุโรม จุ้ยพ่วง. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของมารดาวัยรุ่น: บทบาทพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ* 2563;26(2):90-103. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnorthnurse/article/view/241657/167513>
12. Tanasirijiranont, R., Kantaruksa, K., Sansiriphun N. & Jordan, P.L. A grounded theory of becoming a first-time father due to a high-risk pregnancy. *PRIJNR* 2019;23(2):118-30.
13. บุญมี ภูตานังว เกื้อพันธ์ กลั่นการดี และรำไพ เกตุจิระโชติ. ประสบการณ์การนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของมารดาหลังคลอดด้วยภาวะเลือดออกก่อนคลอดจากรกเกาะต่ำ: การวิจัยเชิงคุณภาพ. *วารสารสภาการพยาบาล* 2558;30(3):80-97.
14. กัญญาพัชญ์ จาอ้าย จีระภา บุษยวรรณ และภัสธารีย์ นินเจริญวงศ์. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และพฤติกรรมการนับลูกดิ้นของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทใหญ่ โรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ* 2560;23(1):32-42. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnorthnurse/article/view/195686>
15. Nakamura, Y. Nursing intervention to enhance acceptance of pregnancy in firsttime mothers: Focusing on the comfortable experiences of pregnant women. *Jpn J Nurs Sci* 2010;7:29–36. doi.org/10.1111/j.1742-7924.2010.00134.x