

ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2550

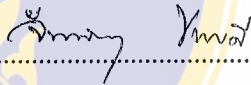
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

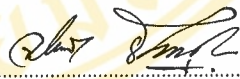
วิทยานิพนธ์

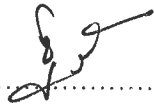
เรื่อง

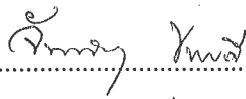
ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ


นางสาวจิตติรัตน์ หมั่นศรีชัย
ผู้วิจัย


ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทิมา ขนบดี
D. S. N. (Maternal and Child Nursing)
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัสศรี ธีระกุลชัย
Ph. D. (Nursing)
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


ศาสตราจารย์ ม.ร.ว.ชัยอนุสรณ์ สวัสดิวัตน์
Ph.D.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย


ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทิมา ขนบดี
D. S. N. (Maternal and Child Nursing)
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ
ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด

วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2550

นางสาวจิตติรัตน์ หมั่นศรีชัย

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เปียชื่อ

Ph. D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ ดร. พูลสุข หิงคานนท์

ค.ด. (บริหารการศึกษา)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัสศรี ชีระกุลชัย

Ph. D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทิมา ขนบดี

D. S. N. (Maternal and Child Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ ม.ร.ว. ชัยอนุสรณ์ สวัสดิวัตน์

Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน

พ. บ.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทิมา ขนบดี ประธานคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัสศรี ชีระกุลชัย กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์พวงน้อย สาครรัตนกุล ที่ให้คำชี้แนะจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี และผู้วิจัยขอขอบคุณกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ รองศาสตราจารย์ ดร. พูลสุข หิงกานนท์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เปียชื่อ ที่ให้คำแนะนำในการปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ที่สุด

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการ หัวหน้างานและเจ้าหน้าที่ของแผนกคลอดและแผนกหลังคลอด โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือผู้วิจัย ตลอดจนพยาบาลประจำการและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นอย่างดี และที่สำคัญขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดที่อยู่ไฟทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลร่วมกับการตอบแบบสอบถามเพื่อให้เกิดการศึกษาครั้งนี้บรรลุวัตถุประสงค์และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อมารดาหลังคลอดที่มีการอยู่ไฟทุกคน ขอขอบคุณมิตรไมตรีจิตของเพื่อนๆ ร่วมรุ่นหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีทุกท่านที่ให้อกำลังใจซึ่งกันและกันตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณคุณแม่ ตลอดจนญาติพี่น้องทุกคนที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้ และน้องสาวที่ให้อกำลังใจเสมอมา และขอขอบคุณคุณสุทธิชัย ชำรงธัญวงศ์ ผู้ให้อกำลังใจอย่างสม่ำเสมอจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

จิตติรัตน์ หมื่นศรีชัย

ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ (STRESS AND COPING OF POSTPARTUM MOTHERS DURING TRADITIONAL POSTPARTUM PRACTICES)

จิตรีรัตน์ หมั่นศรีชัย 4837053 RAMN/ M

พย.ม. (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : จันทิมา ขนบดี, D. S. N., จรัสศรี ชีระกุลชัย, Ph. D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาระดับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ โดยใช้ทฤษฎีความเครียด การประเมินตัดสินใจ และการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่มีการอยู่ไฟในเขตอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2550 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2550 จำนวน 125 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดระดับความเครียดซึ่งผู้วิจัยใช้แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสปีลเบอร์เกอร์และคณะ และแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย

ผลการวิจัยพบว่ามารดาหลังคลอดประเมินสถานการณ์การอยู่ไฟว่าเป็นความเครียด ร้อยละ 65.6 และ 32.8 ของกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในระดับปานกลางและระดับต่ำตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างใช้การเผชิญความเครียดทั้งด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์และการบรรเทาความเครียดผสมผสานกัน โดยใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหามากกว่าแบบมุ่งปรับอารมณ์ วิธีการเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา รองลงมาคือ การบรรเทาความรู้สึกเครียด ส่วนวิธีการจัดการกับอารมณ์เป็นวิธีที่กลุ่มตัวอย่างใช้น้อยที่สุด

การศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า เจ้าหน้าที่ที่มียุทธศาสตร์ควรมีการประเมินความเครียดสาเหตุ และแหล่งประโยชน์ในการจัดการกับความเครียดของมารดาหลังคลอดที่อยู่อไฟ ตลอดจนกระตุ้นครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือมารดาหลังคลอดในการจัดการกับสถานการณ์ความเครียดขณะที่อยู่ไฟได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ความเครียด/ วิธีการเผชิญความเครียด/ การอยู่ไฟ

STRESS AND COPING OF POSTPARTUM MOTHERS DURING TRADITIONAL POSTPARTUM PRACTICES

THITIRAT MUENSRICHAI 4837053 RAMN/M

M.N.S (MATERNITY AND NEWBORN NURSING)

THESIS ADVISORS: CHANTIMA KHANOBDEE, D. S. N., JARATSRI
THEERAKULCHAI, Ph. D. (NURSING)

ABSTRACT

The purpose of this descriptive research was to describe stress and coping of postpartum mothers during traditional postpartum practices. The conceptual framework guiding the study was derived from Lazarus and Folkman's theory of stress, appraisal, and coping. A purposive sample consisted of 125 postpartum mothers who adhered to traditional postpartum practices in Lomsak District, Phetchaboon Province. Data were collected during January 2007 to March 2007. Three instruments were used in this study: the Demographic Data Questionnaire, the State Anxiety Inventory Form X-I of Spielberger et al., and the Jaloweic Coping Scale. Descriptive statistics were used to analyze the data.

The findings indicated that 65.6% of the postpartum mothers appraised a moderate level of stress and 32.8% of them had a low level of stress during their traditional postpartum practices. The sample used a combination of coping strategies from three subscales: confrontive, emotive, and palliative coping. They used a higher proportion of the problem-focused coping than the emotion-focused coping. The proportion of coping strategies that the sample used from the highest to the lowest was confrontive, palliative and emotive coping.

Results of the study suggest that health care professionals should assess levels of stress, causes of stress, and social support of postpartum mothers during traditional postpartum practices. Moreover, family members should be encouraged to assist the postpartum mothers to cope with stress during traditional postpartum practices.

KEY WORDS: STRESS/ COPING STRATEGY/ TRADITIONAL POSTPARTUM PRACTICES

117 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูป	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
คำถามในการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
นิยามตัวแปร	6
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
ความหมายของความเครียด	9
แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด	11
ความเครียดในมารดาหลังคลอด	12
การเผชิญความเครียดในมารดาหลังคลอด	20
การอยู่ไฟในมารดาหลังคลอด	24
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	36
สถานที่เก็บข้อมูล	37
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	39
การเก็บรวบรวมข้อมูล	45
การวิเคราะห์ข้อมูล	46

สารบัญ (ต่อ)

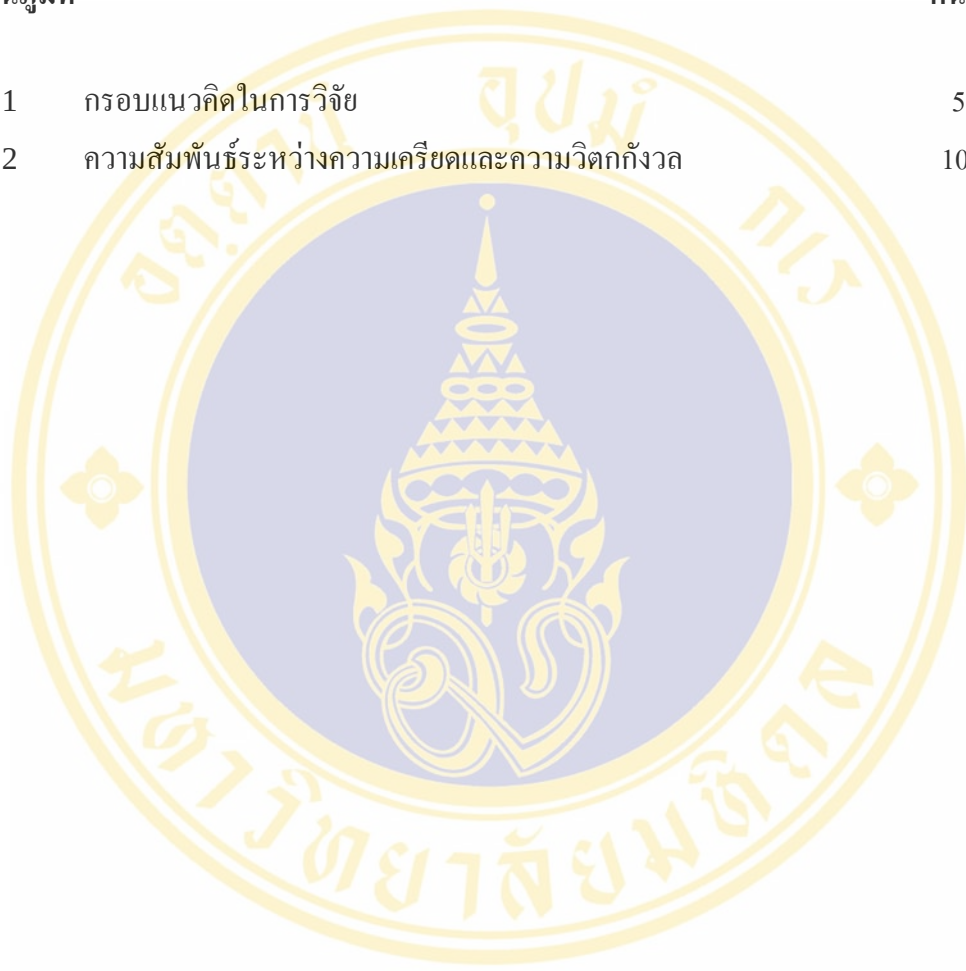
	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	47
ลักษณะการอยู่ไฟของมารดาหลังคลอด	49
ระดับความเครียดของมารดาหลังคลอดที่มีการอยู่ไฟ	50
วิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ	51
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	56
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	64
ข้อจำกัดในการวิจัย	65
ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้	65
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาไทย	68
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาอังกฤษ	80
บรรณานุกรม	91
ภาคผนวก	102
ประวัติผู้วิจัย	117

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	48
2. ลักษณะการอยู่ไฟของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประสบการณ์การอยู่ไฟ รูปแบบการอยู่ไฟ และการปฏิบัติกิจกรรมขณะอยู่ไฟหลังคลอด	49
3. ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความเบ้ ของคะแนนความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง	50
4. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความเครียด	51
5. คะแนน ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเผชิญความเครียด จำแนกรายด้านและโดยรวมจากคะแนนจริง	51
6. วิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ จำแนกรายข้อ	52
7. คะแนนสัมพัทธ์ของวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายด้านและโดยรวม	54
8. จำนวน ร้อยละของวิธีการเผชิญความเครียด 5 อันดับแรกที่ใช้มากที่สุดและน้อยที่สุด ของกลุ่มตัวอย่าง	55

สารบัญรูปภาพ

แผนภูมิที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
2	ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและความวิตกกังวล	10



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การอยู่ไฟเป็นประเพณีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของมารดาหลังคลอดแบบพื้นบ้าน มีวิธีการปฏิบัติร่วมกับการใช้ทรัพยากรทางธรรมชาติอันเกิดจากภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สืบทอดกันมา ยาวนานรุ่นต่อรุ่นเพื่อการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพพระยะหลังคลอด (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2548: 2) โดยมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญสอดคล้องกับการแพทย์แผนปัจจุบัน คือ การมีสุขภาพอนามัยที่ดีของมารดา และปราศจากภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด การอยู่ไฟ ยังคงเป็นประเพณีที่บุคคลส่วนใหญ่ในสังคมยอมรับและยึดถือปฏิบัติเป็นแบบแผนการดูแลสุขภาพของมารดาหลังคลอดมาตราบถึงยุคปัจจุบัน

ประเพณีความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอด มีการยึดถือเป็นแบบปฏิบัติ หลายประเทศในแถบเอเชีย อาทิ พม่า ญวน ลาว เขมร มาเลเซีย เวียดนามและจีน เป็นต้น ซึ่งแต่ละประเทศมีแนวทางการปฏิบัติที่คล้ายคลึงกันกล่าวคือ การจำกัดกิจกรรม พักผ่อนร่างกาย ดื่มน้ำร้อน ป้องกันการสัมผัสลม งดการอาบน้ำและสระผม รวมถึงงดการมีเพศสัมพันธ์ โดยมีวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติเพื่อช่วยให้มดลูกเข้าอู่เร็ว ขับน้ำคาวปลาได้ดี มีปริมาณน้ำนมเพียงพอต่อการเลี้ยงดูบุตร ส่งเสริมการหายของแผล ช่วยให้สุขภาพของมารดาแข็งแรงและเป็นการบำบัดโรคภัยที่เกิดขึ้นหลังคลอด (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2548: 2-12; Leung, et al., 2005: 212-224; Pillsbury, 1982 cited in Chiang, 1995: 111-115; Thi, et al., 2003: 1-14) ความเชื่อในคุณประโยชน์ดังกล่าวทำให้ความนิยมในการอยู่ไฟมีการปฏิบัติเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน และเชื่อว่าการอยู่ไฟเป็นประเพณีที่จำเป็นต้องปฏิบัติในระยะหลังคลอด ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และเมแมน (Becker & Maiman, 1975 อ้างใน เพ็ญญา ทรัพย์เจริญและมาลา ไชยเอนก, 2543: 2) กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดจากการกระทำ จะทำให้นักคนมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง จึงทำให้การอยู่ไฟมีการสืบทอดการปฏิบัติมาจนถึงปัจจุบัน และมีการปรับเปลี่ยนตามยุคสมัยที่หลากหลายวิธีมากขึ้น ตามความสะดวกเหมาะสมและข้อจำกัดของมารดาหลังคลอด ได้แก่ การอยู่

ไฟแบบใช้กองไฟ การให้ความร้อนบริเวณหน้าห้อง การเข้ากระโจม การประคบตัว การนวดหม้อเกลือและการนั่งถ่าน (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2548: 25)

ในเขตชนบทของประเทศไทยยังคงยึดถือวิธีการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านอย่างเคร่งครัด รายงานการศึกษาของวิไล พูลศรี และคณะ พบว่ามารดาหลังคลอดในเขตอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ มีการอยู่ไฟหลังคลอดร้อยละ 95.3 และมีวิถีปฏิบัติการใช้ไฟแบบใช้กองไฟเป็นส่วนใหญ่ มีการอยู่ไฟถ่านร้อยละ 80 การอยู่ไฟฟืนร้อยละ 16.7 และใช้กระเป๋าน้ำร้อนร้อยละ 3.3 (วิไล พูลศรีและคณะ, 2548) แม้ว่ามารดาหลังคลอดส่วนมากใช้บริการการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยการฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาล มารดาหลังคลอดจำนวนมากจำเป็นต้องอยู่ไฟหลังคลอดเพื่อไม่ให้ผิวดำเนิน ในขณะเดียวกันก็กลัวอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง เกิดความรู้สึกล้มเหลวสองฝักสองฝ่าย บางคนถูกบังคับทั้งที่ใจไม่ยอมรับ บางคนปฏิบัติด้วยความเต็มใจ อิทธิพลที่สำคัญต่อการปฏิบัติตนของมารดาหลังคลอดคือมารดาของหญิงหลังคลอดเอง ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีประสิทธิภาพ และเป็นบุคคลสำคัญในการจัดการดูแลกิจกรรมขณะอยู่ไฟ (Leung, et al., 2005: 216)

รายงานการศึกษา พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจอยู่ไฟของมารดาหลังคลอด ได้แก่ ประสิทธิภาพที่เห็นว่าดีจากการอยู่ไฟของผู้เป็นมารดาของหญิงหลังคลอด ความปรารถนาที่ต้องการให้ร่างกายฟื้นฟูเข้าสู่ภาวะปกติ แรงสนับสนุนทางสังคมและความอยากรู้ อยากลองเลียนแบบ (ประเสริฐ ถาวรคุณสถิตย์และคณะ, 2536: 73-75) การปฏิบัติการใช้ไฟทำให้มารดาหลังคลอดต้องปรับตัวต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ การรักษาความร้อนในร่างกาย การงดของแสลง การอาบน้ำร้อน การดื่มน้ำร้อน และการถูกจำกัดกิจกรรม โดยมีการปฏิบัติตลอดทั้งวันทั้งคืน ส่งผลกระทบให้มารดาหลังคลอดอาจเกิดอาการอ่อนเพลียจากการสูญเสียสารน้ำและอิเล็กโตรลัยท์ หรือไม่สุขสบายจากความร้อนขณะอยู่ไฟ (Keawsarn, et al., 2002: 358-366) นอกจากนี้การใช้น้ำร้อนล้างแผลฝีเย็บจากความเชื่อว่าจะช่วยป้องกันแผลเป็นหนอง อาจทำให้แผลแยก มีการติดเชื้อภาวะเจ็บป่วยอื่นๆที่เกิดจากการอยู่ไฟ อาทิเช่น บาดแผลพุพอง แผลไฟไหม้ที่ผิวหนังระดับ 1-2 การอักเสบติดเชื้อ (จิตรา วินิจชัย, 2535: 4) ผลกระทบดังกล่าวส่งเสริมให้เกิดภาวะเครียดในมารดาหลังคลอด การอยู่ไฟจึงนับเป็นสถานการณ์คุกคามประการหนึ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด ถ้ามารดาหลังคลอดไม่สามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจของมารดาหลังคลอดในระยะยาวได้

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ไฟของมารดาหลังคลอดในประเทศไทยมีเป็นจำนวนมาก ยังไม่มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของมารดาหลังคลอดที่อยู่ไฟ มีเพียงรายงานการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของมารดาหลังคลอดในการปรับบทบาทและอื่นๆ และมีรายงาน

การศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของมารดาที่ปฏิบัติประเพณีความเชื่อในระยะหลังคลอดในต่างประเทศไม่มากนัก ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟในบริบทของสังคมไทย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำความเข้าใจและเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีการปฏิบัติตามประเพณีความเชื่อที่มีประสิทธิภาพต่อไป

กรอบแนวคิดทฤษฎีในการทำวิจัย

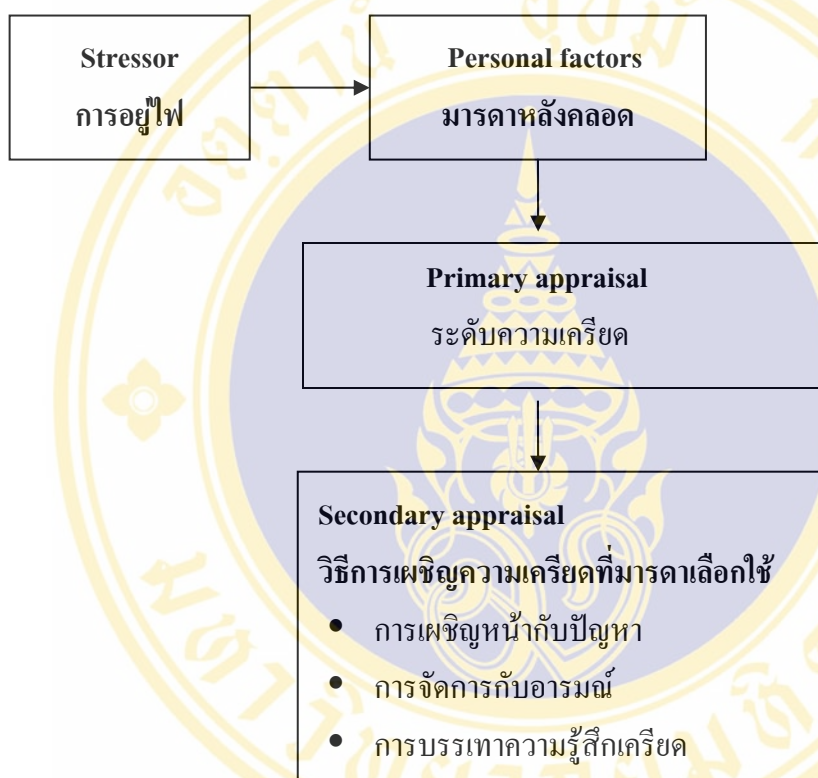
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เกี่ยวกับความเครียด การประเมินตัดสิน และการเผชิญความเครียด (Stress - Coping Model) ซึ่งเป็นแนวคิดเชิงจิตวิทยาที่กล่าวว่า ความเครียดเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต จะมีการใช้กระบวนการทางความคิด (cognitive appraisal) ในการประเมินขั้นปฐมภูมิ (primary appraisal) ว่าสถานการณ์เหล่านั้นไม่เกี่ยวข้องหรือไม่ก่อให้เกิดผลดีผลเสียกับตน (irrelevant) ก่อให้เกิดผลดี (benign positive) หรือก่อให้เกิดความเครียด (stressful) เมื่อบุคคลประเมินว่าสถานการณ์ที่เผชิญก่อให้เกิดความเครียด จะมีการประเมินว่าเป็นอันตรายหรือทำให้เกิดความสูญเสีย (harm & loss) คุกคาม (threat) หรือเป็นสิ่งที่ท้าทาย (challenge) ที่คาดว่าจะจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ที่เผชิญได้ ซึ่งในการประเมินขั้นปฐมภูมินี้ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมิน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การรับรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เผชิญ และปัจจัยด้านสถานการณ์เฉพาะหน้า ได้แก่ ความแปลกใหม่ของเหตุการณ์ ความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ เมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์ขณะเผชิญว่าคุกคามต่อตนเองแล้ว จะประเมินขั้นทุติยภูมิ (secondary appraisal) ซึ่งเป็นการประเมินศักยภาพความสามารถของตน ได้แก่ ความสามารถของร่างกายและอารมณ์ในการตอบสนองต่อความเครียด และแหล่งประโยชน์ทางสังคม ได้แก่ การได้รับข้อมูลและคำแนะนำ แล้วจึงตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ในการลดระดับความเครียดให้น้อยลง บุคคลอาจตัดสินใจเลือกวิธีเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาหรือมุ่งปรับอารมณ์ของตนเองก็ได้ (Lazarus & Folkman, 1984: 164) ซึ่งการประเมินขั้นทุติยภูมินี้เกิดตามหลังการประเมินขั้นปฐมภูมิหรืออาจเกิดพร้อมกัน หากบุคคลได้ผ่านกระบวนการประเมินทั้งขั้นปฐมภูมิและขั้นทุติยภูมิแล้ว พิจารณาว่าอันตรายที่ตนเองได้รับนั้นยังคงอยู่ จะมีการประเมินซ้ำ (reappraisal) เนื่องจากได้รับข้อมูลใหม่จากสิ่งแวดล้อมหรือจากแหล่งข้อมูลอื่นเพิ่มเติม จะเห็นได้ว่าการประเมินสถานการณ์ของบุคคลเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เมื่อบุคคลสามารถ

เลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมจะก่อให้เกิดการปรับตัวที่ดีส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจ (morale) และภาวะสุขภาพ (health) (Lazarus & Folkman, 1984: 225)

ในระยะหลังคลอด มารดามีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ บทบาทหน้าที่ภายในครอบครัว รวมถึงบทบาททางสังคม ทำให้ต้องปรับตัวต่อความต้องการภายในของตนเองและความต้องการทางสังคมที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดภาวะสมดุล ระยะหลังคลอด นับว่าเป็นภาวะวิกฤตที่สำคัญของมารดาที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดที่เข้ามาคุกคามตนเอง ในขณะเดียวกันมารดาหลังคลอดจำเป็นต้องปฏิบัติตามประเพณีความเชื่อที่ปฏิบัติสืบต่อกันมาเป็นแบบแผนในการดูแลสุขภาพระยะหลังคลอดที่ยังคงให้ความสำคัญมาจนกระทั่งปัจจุบัน ได้แก่ การอยู่ไฟหลังคลอด การอยู่ไฟจัดว่าเป็นสถานการณ์ความเครียดที่มารดาหลังคลอดต้องเผชิญ (stressor) ร่วมกับการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ มากมายที่เปลี่ยนแปลงไปจากแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้มารดาเหล่านี้ประเมินสถานการณ์การอยู่ไฟที่เข้ามากระทบต่อตนเองโดยใช้กระบวนการทางความคิด (cognitive appraisal) พิจารณาถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อประเมินว่าสถานการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดเกินขีดความสามารถหรือแหล่งประโยชน์ (resource) ที่ตนเองจะควบคุมได้ จะประเมินสถานการณ์นั้นว่าเป็นภาวะคุกคาม (threat) และแสดงการตอบสนองทางอารมณ์ด้วยความวิตกกังวลขณะเผชิญ โดยสปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1979 cited in Endler & Edwards, 1982: 39) กล่าวว่าความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีต่อเหตุการณ์เครียดนั้นและแสดงออกด้วยความวิตกกังวลซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ รับรู้ว่ามีเหตุการณ์คุกคามเกิดขึ้น

เมื่อรับรู้ว่าการอยู่ไฟเป็นสถานการณ์เครียด มารดาหลังคลอดจะประเมินขั้นทุติยภูมิ (secondary appraisal) ซึ่งเป็นการประเมินตัดสินว่าควรเลือกใช้วิธีใดในการจัดการกับเหตุการณ์ที่คุกคามต่อตนเองเพื่อให้เกิดผลดีที่สุด เช่น ทำให้ความเครียดลดลงหรือหมดไป ซึ่งการประเมินสถานการณ์ดังเครียดนี้จำต้องอาศัยปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินประกอบด้วย 2 ปัจจัยที่สำคัญคือ ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) ได้แก่ ความเชื่อที่มีต่อการอยู่ไฟ การรับรู้เกี่ยวกับการอยู่ไฟ และปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (situation factors) ได้แก่ ระยะเวลาการอยู่ไฟ ความรุนแรงหรือผลกระทบของการอยู่ไฟ ปัจจัยดังกล่าวนี้ล้วนมีผลต่อการประเมินสถานการณ์ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ในการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียด (coping) ซึ่งจาโลวิก ได้กล่าวถึงวิธีการเผชิญความเครียดของบุคคลว่ามี 2 ลักษณะ คือ มุ่งแก้ไขปัญหามุ่งแก้ไขอารมณ์ที่เป็นทุกข์ และวิธีที่บุคคลใช้ในการเผชิญความเครียดมี 3 วิธี คือ การเผชิญหน้ากับปัญหาเพื่อจัดการกับสถานการณ์ความเครียด การจัดการกับอารมณ์เพื่อให้มีความรู้สึกที่ดีมากขึ้น และการบรรเทาความรู้สึกเครียด

เพื่อเปลี่ยนการรับรู้เหตุการณ์ใหม่ (Jalowiec, 1988) วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 วิธีนี้ มารดาหลังคลอดที่อยู่ไฟจะนำมาใช้ในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น จากกรอบแนวคิดในการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ ดังแสดงให้เห็นในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ
2. เพื่อศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ

คำถามการวิจัย

1. มารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟมีความเครียดอยู่ในระดับใด
2. มารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟมีวิธีการเผชิญความเครียดอย่างไร

ขอบเขตการทำวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาระดับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดที่มีการอยู่ไฟในเขตอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 125 ราย ระยะเวลาที่ศึกษาระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2550 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2550

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีความคาดหวังว่าจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาวิชาชีพ ดังนี้

1. เพื่อนำผลที่ได้จากการวิจัยมาเป็นแนวทางพัฒนางานบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ และตรงตามการรับรู้ของมารดาหลังคลอดเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยไม่ขัดแย้งกับประเพณี ความเชื่อในสภาพสังคมนั้นๆ
2. ผลการวิจัยครั้งนี้ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาหาข้อมูลเพิ่มเติม หรือเป็นแนวทางในการศึกษางานวิจัยประเด็นอื่นที่ต่อเนื่อง ในการทำให้เกิดความรู้ใหม่และพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล
3. ผลการวิจัยนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล โดยตระหนักถึงการพยาบาลแบบองค์รวมในระยะหลังคลอดที่สอดคล้องกับประเพณีความเชื่อทางสังคม

ตัวแปรที่เกี่ยวข้องในงานวิจัย

ผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ (independent variable) ได้แก่ การอยู่ไฟในมารดาหลังคลอด
2. ตัวแปรตาม (dependent variables) ได้แก่ ความเครียด และวิธีการเผชิญความเครียด

นิยามตัวแปร

การอยู่ไฟ หมายถึง การปฏิบัติตนของมารดาหลังคลอดแบบพื้นบ้านที่ปฏิบัติสืบต่อกันมาเพื่อการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพในระยะหลังคลอด ซึ่งมารดาหลังคลอดมีการปฏิบัติกิจกรรมขณะอยู่ไฟอย่างน้อย 1 วิธี ได้แก่ การนั่งหรือนอนใกล้แหล่งความร้อน การจำกัดกิจกรรม การดื่มน้ำร้อนหรือน้ำต้มสมุนไพร การอาบน้ำร้อนหรือน้ำต้มสมุนไพร และการงคอาหาร แผลง จนกว่าการอยู่ไฟจะครบกำหนด โดยมีการปฏิบัติสม่ำเสมอตลอด 1 สัปดาห์ขณะอยู่ไฟ

ความเครียด หมายถึง ความรู้สึกตอบสนองทางด้านอารมณ์และความคิดของมารดาหลังคลอดต่อการอยู่ไฟ แสดงออกได้ด้วยความวิตกกังวลขณะเผชิญ โดยเมื่อมารดาหลังคลอดเผชิญ

สถานการณ์เครียดที่รับรู้มาก่อนทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคามความมั่นคงปลอดภัยในการดำเนินชีวิตจะส่งผลให้ความวิตกกังวลขณะเผชิญเพิ่มขึ้น (Endler & Edwards, 1982) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของสปีลเบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger, et al, 1970: 20-21) ชื่อว่า The State Anxiety Inventory Form X-I ที่พุ่มพวง จิรากุล (2539) ดัดแปลงมาจากฉบับภาษาไทยที่แปลโดย นิตยา ศษภักดี, สายฤดี วรกิจโกศาทร และมาลี นิสสัยสุข (2526) คะแนนรวมมาก แสดงว่า มารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟมีระดับความเครียดมาก

วิธีการเผชิญความเครียด หมายถึง วิธีการที่มารดาหลังคลอดเลือกผ่านกระบวนการทางความคิดในการปฏิบัติต่อสถานการณ์ความเครียดที่มากกระทบ ทำให้มีการปรับตัวและแก้ไขปัญหาเพื่อให้กลับคืนสู่สภาวะสมดุล ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (The Jalowiec Coping Scale, 1988) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยสุรางค์ เปื้องเดช (2533) และนำมาดัดแปลงโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยวิธีการเผชิญความเครียด 3 วิธี คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาความรู้สึกเครียด คะแนนรวมสูง หมายถึง มารดาหลังคลอดใช้วิธีการเผชิญความเครียดนั้นน้อยมากขึ้น

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดที่มีการอยู่ไฟ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

ความหมายของความเครียด
แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด
ความเครียดในมารดาหลังคลอด
การเผชิญความเครียดในมารดาหลังคลอด
การอยู่ไฟหลังคลอด

ในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ทุกคน บุคคลต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อมอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ทำให้ต้องเผชิญกับความเครียดจากสิ่งต่างๆ ที่เข้ามากระทบต่อตนเอง ไม่ว่าจะเป็นภัยธรรมชาติ ภัยที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์เอง หรือแม้แต่ความเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพ เป็นต้น แนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมน (1984) กล่าวว่า ความเครียดเป็นอิทธิพลที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นการประเมินของบุคคลต่อสิ่งที่เข้ามาว่าเป็นสิ่งที่คุกคามส่งผลต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลนั้นจะเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อบุคคลหรือไม่ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายและจิตใจของบุคคลนั้นด้วย (Friedman & Dimatteo, 1989: 158) นอกจากนี้ ความเครียดอาจมาจากความต้องการทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคม ที่ไม่เป็นไปตามคาดหวัง ทำให้เกิดความคับข้องใจ วิตกกังวล ไม่แน่นอน แสดงออกมาในรูปของความเครียด

กระบวนการตั้งคร่ำครวญ การคลอດ และระยะหลังคลอດนับเป็นภาวะวิกฤตที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมต่อมารดาหลังคลอด เมื่อมารดาหลังคลอดต้องเผชิญสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะปกติสุขในการดำเนินชีวิต จะประเมินว่าสิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดภาวะเครียดและค้นหาวิธีการเผชิญความเครียดในการปรับตัวเพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลทางจิตใจ

ความหมายของความเครียด

ในความหมายของความเครียดมีการนิยามไว้หลากหลายตามแนวคิดต่างๆ พอสรุปได้ดังนี้

โฮมและเรย์ (Home and Rahe, 1967 cited in Sonpaveerawong, 2001: 24) มองว่าความเครียดเป็นตัวกระตุ้น และเป็นผลจากการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์ต่างๆที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่ทำให้ต้องปรับตัว

เซลเย่ (Selye, 1976: 74) กล่าวถึงความเครียดว่าเป็นสภาวะที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนอง (response) โดยทั่วไปต่อสิ่งที่มาคุกคาม (stressor) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม เพื่อต่อต้านสิ่งคุกคามเหล่านั้นและทำให้ร่างกายและจิตใจอยู่ในภาวะสมดุล

แอปเปิลบอม (Appelbaum, 1981: 200) กล่าวถึงความเครียดว่าเป็นปฏิกิริยาระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่มาคุกคาม เป็นอันตราย หรือสิ่งที่มาทำร้าย

ลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984: 21) กล่าวว่า ความเครียดเป็นปฏิกิริยาระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลเป็นผู้ที่ประเมินผ่านกระบวนการความรู้สึกนึกคิดว่าความเครียดนั้นเกินความสามารถที่ตนเองจะต่อต้านได้ และรู้สึกว่าการคุกคามหรือเป็นอันตรายต่อความเป็นอยู่ที่ดี นั่นคือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับกระบวนการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ (demand) กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (resources) บุคคลที่สามารถเผชิญและจัดการกับภาวะนั้นได้ จะไม่ถือว่าเหตุการณ์นั้นเป็นความเครียด แต่ถ้าบุคคลไม่สามารถเผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้ก็จะเกิดความเครียดขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984: 11)

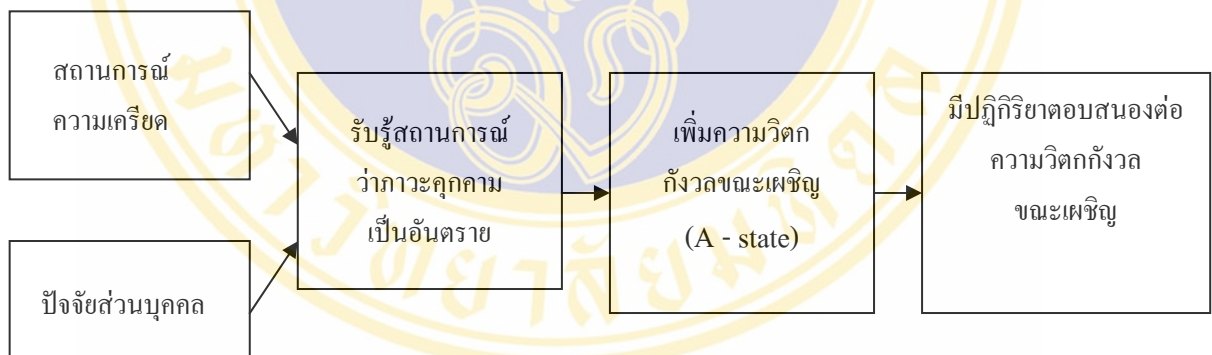
สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1979 cited in Endler & Edwards, 1982: 39) กล่าวว่าความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีต่อเหตุการณ์เครียดนั้น และแสดงออกมาเป็นความวิตกกังวล ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ที่รับรู้ว่ามีเหตุการณ์คุกคามเกิดขึ้น โดยจะมีการเพิ่มขึ้นของความวิตกกังวลขณะเผชิญ (A-State) เนื่องจากมีภาวะอารมณ์รุนแรงเพิ่มขึ้นทันที ได้แก่ ความรู้สึกตึงเครียด ความหวั่นใจ และระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานเพิ่มขึ้น นอกจากความเครียดแล้ว สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1971, 1976 cited in Endler & Edwards, 1982: 39) ยังได้กล่าวถึงความวิตกกังวลและความเครียดว่าสามารถนำมาใช้แทนกันได้ ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาของสปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1966) พบว่ามีการนำความวิตกกังวลมาใช้อย่างต่อเนื่องมากกว่าการใช้ความเครียดหรือใช้ทั้งสองคำ (Sarason & Spielberger, 1975; Spielberger, 1966, 1972 cited in Lazarus & Folkman, 1984: 5)

นักวิชาการที่สนใจศึกษาถึงความเครียดและความวิตกกังวลมีดังนี้
 คาร์เตอร์ (Carter, 1976 อ้างใน สุวีริรัตน์ ชาราศักดิ์, 2540: 16) กล่าวว่า ความวิตกกังวล
 เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ที่สำคัญที่สุดของความเครียด (Cox, 1978: 27)

เลวิต (Levitt, 1980 cited in Endler & Edwards, 1982: 39) กล่าวว่าความเครียดถูกใช้
 แทนที่ถึงความวิตกกังวลและความรู้สึกทางอารมณ์ขณะเผชิญที่พบบ่อย

เอ็นเดอร์และเอดเวิร์ด (Endler & Edward, 1982) อธิบายความสัมพันธ์ระหว่าง
 ความเครียดและความวิตกกังวล โดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและแนวคิดความ
 วิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์ ว่าเมื่อบุคคลและสิ่งแวดล้อมมีปฏิสัมพันธ์กัน บุคคลจะประเมิน
 เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นเหตุการณ์เครียดแตกต่างกันไป ขึ้นกับปัจจัยทางด้านบุคคลและเหตุการณ์
 เครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญ เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีเหตุการณ์เครียดเกิดขึ้น
 ส่งผลให้มีความวิตกกังวลขณะเผชิญมากขึ้นและจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความรู้สึกนั้นโดยใช้
 กลไกทางจิตหรือการเผชิญปัญหา

จากความสัมพันธ์ของความเครียดและความวิตกกังวลดังกล่าว แสดงให้เห็นได้ดังนี้



ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและความวิตกกังวล (stress and anxiety process)
 (Endler & Edwards, 1982: 41)

จากความสัมพันธ์ดังกล่าว ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety) เป็นความกังวลที่
 เกิดขึ้นชั่วคราวในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง กระบวนการตั้งครรภ์ การคลอด หรือแม้แต่การอยู่ไฟใน
 ระยะหลังคลอดนับว่าเป็นสถานการณ์คุกคามชั่วคราวที่ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกเครียด และ
 แสดงออกด้วยความวิตกกังวลขณะเผชิญต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

ความหมายเกี่ยวกับความเครียดดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของบุคคลต่อสิ่งที่เข้ามากระทบร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยผ่านการประเมินแล้วว่าสิ่งนั้นก่อให้เกิดภาวะคุกคามต่อภาวะปกติสุข ความเครียดสามารถแสดงออกด้วยความวิตกกังวลขณะเผชิญ ส่งผลให้เกิดการปรับตัวหรือคิดหาวิธีการต่างๆ ในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นเพื่อรักษาสมดุลของสภาวะจิตใจ

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

งานวิจัยทางการแพทย์ที่ศึกษาปรากฏการณ์ความเครียดนิยมใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัส เป็นแนวทางในการศึกษา (ฟองพัคตร์ พิทยพันธุ์, 2542) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) มาเป็นแนวทางในการศึกษาความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดในมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟเช่นเดียวกัน

แนวคิดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) มองว่าการที่บุคคลจะเกิดความเครียดได้จะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิต ต้องใช้แหล่งประโยชน์ของการปรับตัวมากเกินไปที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ ในการตัดสินใจต่อสถานการณ์ว่าเป็นภาวะเครียดบุคคลจะต้องผ่านกระบวนการประเมินโดยใช้สติปัญญา (cognitive appraisal) ในการประเมินขั้นปฐมภูมิ (primary appraisal) ว่าสถานการณ์นั้นมีผลกระทบอย่างไรต่อบุคคล แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ สถานการณ์นั้นไม่มีผลต่อตนเอง (irrelevant) สถานการณ์นั้นมีประโยชน์ ก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง (benign positive) หรือสถานการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดต่อตนเอง (stressful) เมื่อบุคคลประเมินว่าสถานการณ์ที่มากระทบนั้นก่อให้เกิดความเครียด จะมองสถานการณ์แบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ เป็นอันตรายหรือก่อให้เกิดความสูญเสีย (harm and loss) เป็นภาวะคุกคาม (threat) อย่างที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ หรือเป็นสิ่งที่ท้าทาย (challenge) หลังจากนั้นบุคคลจะประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ดีที่สุดในการจัดการสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในขั้นทุติยภูมิ (secondary appraisal) หากได้รับข้อมูลใหม่ๆ เพิ่มเติมอาจมีการประเมินซ้ำ (reappraisal) ในการจัดการกับสถานการณ์นั้น ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นพลวัต (dynamic) จนกว่าสถานการณ์นั้นจะสิ้นสุดลง

ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินสถานการณ์ของบุคคลมี 2 ชนิด คือปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) ได้แก่

1.1 ข้อผูกพัน (commitment) ว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมีความสำคัญและมีความหมายต่อบุคคลมากน้อยเพียงใด หากสถานการณ์นั้นมีความสำคัญและมีความหมายมาก บุคคลจะประเมินต่อเหตุการณ์ว่าเป็นอันตรายและก่อให้เกิดการสูญเสีย หรือเป็นภาวะคุกคามต่อตน

1.2 ความเชื่อ (beliefs) หากบุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าสามารถควบคุมต่อสถานการณ์ได้ รวมถึงความเชื่อมั่นในทางศาสนา ความเชื่อดังกล่าวจะทำให้การประเมินต่อสถานการณ์ของบุคคลเป็นสถานการณ์ที่ท้าทายหรือก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง

2. ปัจจัยด้านสถานการณ์ (situation factors) ได้แก่

2.1 ความแปลกใหม่ของสถานการณ์ (novelty) หากบุคคลไม่เคยรับรู้หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมาก่อน จะส่งผลให้บุคคลประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นภาวะเครียดที่รุนแรง คุกคาม และก่อให้เกิดอันตรายหรือสูญเสีย

2.2 ความสามารถในการทำนายหรือคาดเดาสถานการณ์ (predictability) หากบุคคลสามารถทำนายได้ว่าสถานการณ์ที่เผชิญนั้นจะส่งผลอย่างไรในอนาคต จะทำให้บุคคลประเมินความรุนแรงของสถานการณ์ดังกล่าวลดลง

2.3 ความไม่แน่นอนในสถานการณ์ (event uncertainty) หากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา คลุมเครือไม่ชัดเจน จะส่งผลให้บุคคลประเมินสถานการณ์ที่เผชิญว่าเป็นภาวะคุกคามต่อตนเอง ก่อให้เกิดความเครียดได้

นอกจากนี้ปัจจัยด้านเวลา (temporal factor) เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการประเมินสถานการณ์ความเครียดในแต่ละบุคคล กล่าวคือ หากบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นเวลานาน จะทำให้ความเครียดเพิ่มขึ้นและส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจตามมา

ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นล้วนมีอิทธิพลต่อการประเมินสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น และมีความสำคัญต่อการปรับตัวหรือจัดการกับภาวะเครียดในการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล

ความเครียดในมารดาหลังคลอด

มารดาหลังคลอดต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในแต่ละระบบเพื่อปรับคืนสู่สภาวะปกติ ในระยะหลังคลอดมารดาส่วนมากยังอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ปวดแผล และเครียดกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ส่งผลต่อการพักผ่อนนอนหลับ (Hanran & Deblois, 1995: 51; Brown, et al., 1996: 333 อ้างใน จันทกานต์ อังคนวัฒนานนท์, 2540) รายงานการศึกษาในมารดา

หลังคลอดพบว่า ความเหนื่อยล้าเป็นความเครียดทางด้านร่างกายที่สำคัญ พบร้อยละ 76 (Ruchala & Halstead, 1994: 86) และการศึกษาความคับข้องใจ ความพึงพอใจ และทัศนคติในช่วงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทของมารดาของมาจิวสกี (Majewski, 1986) พบว่าความคับข้องใจในบทบาท จะส่งผลต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา มารดาหลังคลอดที่มีความพึงพอใจในบทบาทจะเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นมารดาได้ดี นอกจากนี้มารดาหลังคลอดยังต้องคงไว้ซึ่งบทบาทของการเป็นภรรยา หน้าที่ความรับผิดชอบภายในครอบครัว และสถานะสังคมที่เข้ามาเกี่ยวข้อง มารดาหลังคลอดที่มีบุตรคนแรกจะเกิดความเครียดในบทบาทที่เกิดจากความคลุมเครือในบทบาท ความขัดแย้งในบทบาทและการดำรงบทบาทมากเกินไป (จันทกานต์ อังคนวพัฒน์, 2540: 50-51) และสิ่งที่สำคัญ คือ การปรับตัวทางด้านจิตสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น (ปราณี พงศ์ไพบูลย์, 2539: 42) ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้ล้วนเป็นภาวะคุกคามต่อมารดาหลังคลอดที่ก่อให้เกิดความเครียด หากไม่สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาจทำให้เกิดความวิตกกังวล ติงเครียด และมีอารมณ์แปรปรวนได้ง่าย อริสมันดิและแอฟฟอนโซ (Arizmendi & Affonso, 1987 cited in Leung, et al., 2004: 214) พบว่ามารดาหลังคลอดจะมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในด้านร่างกายและจิตใจเป็นสิ่งสำคัญ และแนวคิดของนัสเซียม (Nussbaum, 1981) กล่าวว่า ระยะหลังคลอดเป็นภาวะวิกฤตตามวิถีภาวะของชีวิตที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เพราะมารดาไม่เพียงแต่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเท่านั้น ยังเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและด้านบทบาทอีกด้วย การศึกษาของศิริดำรง (Siridumrong, 1999) เกี่ยวกับปัญหาของมารดาหลังคลอดที่บ้านในระยะ 3 วัน - 6 สัปดาห์หลังคลอด จำนวน 150 ราย พบว่ามารดาหลังคลอดมีปัญหาในการปรับตัวทางสรีระ การปรับตัวต่อสภาพลักษณะ ภาวะเศรษฐกิจภายในครอบครัว การเลี้ยงดูบุตร และการจำกัดกิจกรรมทางสังคม ดังนั้น ในช่วงระยะ 6 สัปดาห์แรกที่มารดาหลังคลอดกลับมาเลี้ยงดูบุตรที่บ้านจึงเป็นช่วงเวลาที่สำคัญ วุ่นวาย และเต็มไปด้วยความเครียด (Donaldson, 1981 อ้างใน จันทกานต์ อังคนวพัฒน์, 2540: 2; Tulman, et al., 1990) อย่างไรก็ตาม การเกิดภาวะเครียดในมารดาหลังคลอดนั้น ยังเป็นผลมาจากปัจจัยอีกหลายอย่างทั้งภายในและภายนอกที่มีอิทธิพลต่อบุคคลแตกต่างกัน

ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความเครียด สามารถสรุปได้ดังนี้ (Garland & Bush, 1982: 11; Hamilton & Warbinton, 1977: 283; อ้างใน สุริรัตน์ ธาราศักดิ์, 2540: 15)

1. ความรุนแรงของเหตุการณ์ (severity) ถ้าเหตุการณ์ที่มารดาหลังคลอดเผชิญมีความรุนแรงและเป็นอันตรายจะส่งผลให้ความเครียดมีระดับสูง และอาจมีความยากในการเผชิญปัญหา มารดาเหล่านี้มักใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบลดอารมณ์ตึงเครียด (Anderson, 1977 cited in Lazarus & Folkman, 1984: 168-169) แต่ถ้าเหตุการณ์ที่เผชิญไม่รุนแรงอาจทำให้มารดาหลังคลอดไม่เกิดความเครียดหรือเกิดเพียงเล็กน้อย และส่งผลให้เผชิญกับปัญหาได้เร็วจึงใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งแบบมุ่งแก้ปัญหาและแบบลดอารมณ์ตึงเครียด ดังนั้นมารดาหลังคลอดแต่ละบุคคลที่อยู่ในสถานการณ์ตึงเครียด จะประเมินสถานการณ์แตกต่างกันตามระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งผลถึงการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดของแต่ละคนที่แตกต่างกัน

2. ระยะเวลาของการเกิดเหตุการณ์ (onset) การเผชิญเหตุการณ์คุกคามที่ก่อให้เกิดความเครียดในระยะหลังคลอด หากมารดาหลังคลอดเผชิญเหตุการณ์เพียงชั่วคราวจะมีความเครียดเพียงเล็กน้อย ถ้าระยะเวลาในการเผชิญต่อเหตุการณ์เป็นเวลานานจะทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความเครียดมาก และไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม แต่ในทางตรงกันข้ามเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด ช่วงระยะแรกที่ยังคงเผชิญต่อสถานการณ์เครียดจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน วิดกกังวล กลัวต่อเหตุการณ์ คุกคามจิตใจ ก่อให้เกิดความยากลำบากในการปรับตัว และการเลือกใช้วิธีการแก้ปัญหา เกิดการลองผิดลองถูกเพื่อลดความตึงเครียด เมื่อระยะเวลาผ่านไปมารดาหลังคลอดจะสามารถปรับตัวได้และเรียนรู้การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม (Bell, 1977 อ้างใน ปรานี มิ่งขวัญ, 2542: 26)

3. เหตุการณ์เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดคิดมาก่อน (unexpectation) เหตุการณ์อื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นเหตุการณ์ที่เลวร้าย เช่น การเจ็บป่วยของมารดาหลังคลอดเองหรือบุคคลภายในครอบครัว และเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยินดี เช่น การคลอดบุตร ล้วนเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้มารดาหลังคลอดต้องมีการปรับตัว อาจทำให้เกิดความเครียดได้

4. อายุ (age) ลาซารัส (Lazarus, 1984 อ้างใน พรศิริ ใจสม, 2536) กล่าวว่า การเกิดความเครียดหรือการลดระดับความเครียดของบุคคลจะมีความแตกต่างกันไปตามระยะพัฒนาการ เพราะแต่ละวัยจะมีแรงขับ (motive) และเทคนิคในการเผชิญความเครียดโดยการใช้แหล่งประโยชน์และวิธีการต่างๆ กันออกไป นอกจากนี้ อายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลต่อการตอบสนองต่อสถานการณ์ (Rambo, 1984 อ้างใน ปรานี มิ่งขวัญ, 2542: 26) ดังนั้นมารดาหลังคลอดที่อายุมากขึ้นจะสั่งสมประสบการณ์ชีวิต มีการปรับตัวและเรียนรู้สิ่งใหม่ตลอดเวลา ทำให้มีการแสวงหาวิธีการตอบสนองความต้องการของตนเองเพื่อจัดภาวะคุกคามและเกิดความมั่นคง มารดาที่มีอายุน้อยจะมีปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัวตามพัฒนาการและบทบาทของการเป็นมารดา อันเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งในบทบาท รู้สึกคับข้องใจและเกิดภาวะเครียด

ได้ (Dormire, et al., 1987 อ้างใน จันทกานต์ อังคนวณานนท์, 2540: 26) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของจันทกานต์ อังคนวณานนท์ (2540) พบว่า มารดาหลังคลอดที่มีอายุแตกต่างกัน มีความเครียดในบทบาทที่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ภาวะสุขภาพและพลังของบุคคล (health and energy) ในระยะหลังคลอด

ร่างกายของมารดาจะเกิดการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างที่ก่อให้เกิดความไม่สบาย อาจก่อให้เกิดความเครียดได้ หากมารดาหลังคลอดมีภาวะสุขภาพดีแข็งแรง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จะมีพลังช่วยส่งเสริมในการจัดการกับเหตุการณ์ตึงเครียดได้มากกว่ามารดาหลังคลอดที่มีภาวะเจ็บป่วย ถูกจำกัดความสามารถทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และพบว่า ความมั่นใจในการจัดการปัญหาของมารดาหลังคลอดเป็นภาวะจิตสังคมเฉพาะบุคคล ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงได้เสมอ ขึ้นอยู่กับบทบาทความรับผิดชอบทางหน้าที่และพลังด้านสุขภาพร่างกาย (Tulman, et al., 1990: 74)

6. ฐานะเศรษฐกิจ (economic status) มารดาหลังคลอดที่มีฐานะเศรษฐกิจทาง

ครอบครัวไม่ได้อาจก่อให้เกิดความเครียดในระยะหลังคลอด หากครอบครัวมีรายได้เพียงพอและมีความมั่นคงทางการเงิน จะเป็นแหล่งสนับสนุนสำคัญที่ทำให้มีความพร้อมที่จะเผชิญกับความเครียดได้ ทั้งยังช่วยส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดมีทางเลือกในการเผชิญปัญหาได้หลายวิธีและมีประสิทธิภาพมากกว่ามารดาหลังคลอดที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ

7. ระดับการศึกษา (education) เป็นปัจจัยที่ช่วยให้มารดาหลังคลอดพัฒนาความรู้

ความสามารถ นำสิ่งที่เรารู้มาใช้ในการแปลวิเคราะห์และปรับตัวต่อปัญหาอย่างมีเหตุผลเข้าใจในสาเหตุของการเกิดภาวะเครียดมากยิ่งขึ้น ส่งผลต่อการรับรู้และการประเมินเหตุการณ์คุกคาม ทำให้มารดาหลังคลอดตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เผชิญในทางบวกหรือทางลบ หรือจัดการความเครียดได้ดีขึ้น นอกจากนี้ระดับการศึกษายังเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเผชิญปัญหาเนื่องจากมารดาหลังคลอดที่มีระดับการศึกษาที่ดีจะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหา สามารถวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับรู้ และตัดสินใจเลือกวิธีการเผชิญปัญหา ปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้ดีกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำ และมารดาที่ปรับบทบาทได้ดีจะช่วยลดความเครียดในการปรับบทบาท (กิงฟ้า คลราณี, 2544; Jalowiec & Powers, 1981: 14; Ralp, 1977 cited in Mercer, 1981: 75)

8. แรงสนับสนุนจากสังคม (social support) เป็นปัจจัยแหล่งประโยชน์ที่

มารดาหลังคลอดรับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ สิ่งของ ข้อมูลจากบุคคลในครอบครัวที่ใกล้ชิดมากที่สุด ในการช่วยเหลือสนับสนุนให้เผชิญต่อสภาวะคุกคามที่ก่อให้เกิดความเครียด (Norbeck & Tilden, 1983; Nuckolls, Cassel, & Kaplan, 1972; Wandersman, et al., 1980 cited in Walker, 1989) มารดาหลังคลอดที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ จะมีระดับความเครียดเพียงเล็กน้อยหรือไม่ประเมินสถานการณ์นั้นเป็นภาวะเครียด เนื่องจากบุคคลที่อยู่ในเครือข่ายทางสังคม

จะช่วยเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์เครียด ในขณะที่เดียวกันสามารถลดระดับความรุนแรงของภาวะเครียดที่เกิดขึ้นด้วย (Lieberman, 1972: 776-781) แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปรับตัวและภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านอารมณ์จะช่วยลดความเครียด ทำให้มารดาหลังคลอดเพิ่มความอดทนต่อปัญหาได้มากขึ้น รวมถึงบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียดโดยผ่านกระบวนการเผชิญภาวะเครียด (Caplan, 1974 cited in Wortman & Conway, 1985: 281) นอกจากนี้มารดาหลังคลอดที่ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร และด้านข้อมูลข่าวสารจากคู่สมรสที่เพียงพอ จะส่งผลให้ปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้ดี (พนิดา วารานนท์, 2541: 68-69) จะเห็นได้ว่าการที่มารดาหลังคลอดได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคมจะทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและได้รับข้อมูลเพิ่มเติมในการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

9. ประสบการณ์ (experience) เป็นปัจจัยภายในบุคคลของมารดาหลังคลอดที่มีผลต่อการประเมินสถานการณ์ว่าก่อให้เกิดความตึงเครียดหรือมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด หากมารดาหลังคลอดมีประสบการณ์ต่อสถานการณ์ที่เผชิญมาก่อน จะคาดการณ์ต่อสถานการณ์ได้ ช่วยให้รับรู้ต่อปัญหาในสถานการณ์นั้นได้ดีขึ้นและเพิ่มความทนต่อความเครียด ส่งผลให้ประเมินสถานการณ์ดังกล่าวว่าไม่ก่อให้เกิดความเครียดหรืออาจลดระดับความเครียดให้น้อยลงได้ นอกจากนี้ประสบการณ์ในอดีตยังเป็นการสะสมความสามารถของมารดาหลังคลอดในการจัดการกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด และมีอิทธิพลต่อสถานการณ์เดียวกันกับที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน (Fuller & Schaller - Ayers, 1990 อ้างใน ปราณี มิ่งขวัญ, 2542: 26) โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดาที่เคยประสบความสำเร็จในประสบการณ์อดีตจะส่งผลต่อความสำเร็จที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน มารดาที่ไม่สามารถจัดการสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในอดีตได้ จะขาดความมั่นใจ ลังเลในการเผชิญปัญหา

10. ความเชื่อในสิ่งที่ดี (positive beliefs) เป็นความเชื่อภายในตนเองซึ่งมารดาหลังคลอดเชื่อว่าตนสามารถควบคุมผลที่เกิดตามมาของสถานการณ์ความเครียดได้ รวมถึงความเชื่อทางศาสนา อาจเกิดจากสังคมและวัฒนธรรมเป็นตัวกำหนดในการปฏิบัติต่างๆ และความเชื่อในทางที่ดีจะมีผลให้มารดาหลังคลอดสามารถควบคุมและเอาชนะสิ่งที่เข้ามาคุกคามได้ ไม่ประเมินว่าเหตุการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดหรือมีความเครียดเพียงเล็กน้อย นอกจากนี้ ความเชื่อในทางที่ดียังเป็นพื้นฐานของความพยายามในการเผชิญความเครียด ช่วยให้มารดาหลังคลอดมองโลกในแง่ดีและเกิดความหวังในการหาวิธีการจัดการกับปัญหาได้สำเร็จ

11. ทักษะในการแก้ปัญหา (problem-solving skills) มารดาหลังคลอดที่มีทักษะที่ดีมีกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล จะสามารถวิเคราะห์สถานการณ์และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เปรียบเทียบข้อดีข้อเสียในแต่ละทางเลือกและตัดสินใจเลือกวิธีที่ตนเองคิดว่าดีที่สุดได้อย่าง

เหมาะสมและจัดการได้ตรงความเป็นจริง โดยทักษะในการแก้ปัญหาอาจเกิดจากการนำความรู้และประสบการณ์ในอดีตมาใช้ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการเผชิญความเครียด

12. ทักษะทางสังคม (social skills) มารดาหลังคลอดที่มีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ดี รวมถึงสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลที่เป็นแหล่งประโยชน์ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น จะช่วยส่งเสริมให้เผชิญสถานการณ์ความเครียดได้ดีกว่ามารดาที่ขาดทักษะทางสังคมนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537: 111)

ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อการประเมินระดับความรุนแรงของความเครียดในมารดาหลังคลอดที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล มารดาที่มีปัจจัยเกื้อหนุนจะปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และกลับสู่สภาวะสมดุล ซึ่งในการประเมินระดับความเครียดของมารดาหลังคลอดว่ามีมากน้อยเพียงใด จะพิจารณาได้จากปฏิกิริยาตอบสนองที่เกิดขึ้นในมารดาหลังคลอดแต่ละบุคคล

การประเมินความเครียด

ความเครียดเป็นภาวะกดดันที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ เมื่อบุคคลรู้สึกเครียดจะส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรมและด้านสรีระ ปฏิกิริยาตอบสนองเหล่านี้ประเมินได้ 4 วิธี คือ (Lazarus, 1966 อ้างใน กรมสุขภาพจิต, 2546: 31-32)

1. การให้บุคคลรายงานเกี่ยวกับตนเอง (self-report) เช่น การตอบแบบสอบถาม (questionnaire) แบบสัมภาษณ์ แบบสำรวจหรือแบบทดสอบมาตรฐานที่สร้างขึ้น และมีการหาคุณภาพของแบบทดสอบเหล่านั้น ทั้งในด้านความเที่ยงและความตรง แบบทดสอบความเครียดที่นิยมใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม SCL-90 (Symptom Checklists 90) ใช้วัดความผิดปกติด้านจิตใจและวัดความเครียดที่แสดงออกทางร่างกาย (somatization) แบบสอบถาม CMI (Cornell Medical Index) ใช้สำรวจสุขภาพจิตทั่วไป แบบสำรวจ HOS (Health Opinion Survey) ใช้สำรวจเกี่ยวกับอาการผิดปกติทางร่างกายและจิตใจที่แสดงออกถึงการปรับตัวต่อความเครียด แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด (Stress test) ใช้สอบถามเกี่ยวกับอาการ พฤติกรรมความรู้สึกและใช้วิเคราะห์หาความเครียด ซึ่งการใช้วิธีการนี้จะช่วยลดความกดดันทางสังคมจากวิธีการอื่น เช่น การสัมภาษณ์ (Rogers cited in Lazarus, 1966 อ้างใน กรมสุขภาพจิต, 2546: 32) เป็นวิธีที่ใช้ได้ง่าย สะดวก และใช้ได้ดีกับการวัดการตอบสนองทางอารมณ์ (Lazarus, 1966 อ้างใน กรมสุขภาพจิต, 2546: 32)

2. การสังเกต (observation) เป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมที่แสดงออกหรือท่าทางของบุคคลที่อยู่ในภาวะเครียด

3. การวัดการเปลี่ยนแปลงทางประสาทสรีรวิทยา (neurophysiological change)

เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความตึงของกล้ามเนื้อ เป็นต้น

ในการวัดความเครียดนั้น มีนักจิตวิทยาหลายท่านกำหนดนิยามของความเครียดเป็นนามธรรม จึงได้ใช้ความวิตกกังวลเป็นตัวบ่งบอกความเครียดของบุคคล เพราะความวิตกกังวลเป็นอาการแสดงที่เด่นชัดที่สุดในการตอบสนองต่อความเครียด (Lachman, 1983 cited in Khadking, 2001: 32) และความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกแรกเริ่มที่เกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เมื่อบุคคลตกอยู่ในภาวะคุกคาม (Lazarus, 1966: 322-323) เมื่อศึกษาความเครียดในลักษณะของการตอบสนองของบุคคลหรือในลักษณะของผลลัพธ์ จะมีความคล้ายคลึงกับความวิตกกังวล จึงมีนักวิชาการหลายท่านเลือกวัดความเครียดที่เกิดขึ้นด้วยการวัดระดับความวิตกกังวลแทน (Sutter & Reid, 1968 cited in Heinrich & Spielberger, cited in Krohne & Laux, 1982: 156, อ้างใน ปาริชาติ ศิลประเสริฐ, 2542: 20; Miles, et al., 1992) สำหรับประเทศไทยมีงานวิจัยที่ใช้ความวิตกกังวลเป็นตัวแปรที่แสดงถึงความเครียดเช่นเดียวกัน (สุริย์พร มาลา, 2534; ขนิษฐา นาคะ, 2534; พุ่มพวง จิรากุล, 2539; มณฑา ลิ้มทองกุล, 2539; สุริรัตน์ ธาราศักดิ์, 2540; ปาริชาติ ศิลประเสริฐ, 2542)

ความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety or A-State) และความวิตกกังวลแฝง (trait anxiety or A-Trait) โดยมีแบบสอบถามที่นำมาวัดความวิตกกังวลดังกล่าว ได้แก่ The State Trait Anxiety Inventory (STAI) แบบทดสอบจะประกอบด้วย 2 ตอน คือ ตอนแรก เรียกว่า X-I เป็นการวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญมีทั้งหมด 20 ข้อ ซึ่งเป็นการประเมินระดับความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะทำแบบสอบถาม และตอนที่สอง เรียกว่า X-II เป็นแบบวัดความวิตกกังวลแฝง มีทั้งหมด 20 ข้อ ซึ่งเป็นการประเมินระดับความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ ไป ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำแบบวัดความวิตกกังวลของสปีลเบิร์กเกอร์และคณะ (Spielberger, et al., 1970) ชื่อว่า The State Anxiety Inventory Form X-I มาดัดแปลงใช้วัดความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟด้วยเช่นกัน เนื่องจากความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่เกิดขึ้น เป็นการตอบสนองทางอารมณ์ในช่วงเวลาหนึ่งของมารดาหลังคลอดขณะเผชิญสถานการณ์อยู่ไฟ และแม้ว่าความวิตกกังวลแฝงจะเป็นตัวเสริมความวิตกกังวลขณะเผชิญที่เกิดขึ้นจากงานวิจัยพบว่า ในภาวะที่ได้รับอันตราย การเปลี่ยนแปลงของความวิตกกังวลขณะเผชิญไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลแฝง (Hodges & Felling, 1970 cited in Spielberger, 1975: 722 อ้างใน ชลดา จันทร์ขาว, 2541: 25) ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสปีลเบิร์กเกอร์เพียงอย่างเดียว ในการวัดระดับความเครียดของมารดาหลังคลอดที่มีการอยู่ไฟ

ระดับของความเครียด

ความเครียดของเหตุการณ์คุกคามในระยะหลังคลอดอันเกิดจากการคลอดบุตรมีผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดในลักษณะที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวของมารดาหลังคลอดแต่ละบุคคล ซึ่งมีพื้นฐานอารมณ์ จิตใจ วัฒนธรรม สังคม ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อการรับรู้ระดับของความเครียดที่แตกต่างกัน ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านแบ่งระดับความเครียดออกได้หลายระดับ ดังนี้

เฟรนและวาลิกา (Fraun & Valiga, 1979 อ้างใน สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ, 2542)

ได้แบ่งระดับความเครียดออกเป็น 4-ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1 เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ (day to day stress) ความเครียดชนิดนี้จะมีระดับต่ำหรือไม่รู้สึกรู้สึกรุนแรงเลย บุคคลสามารถปรับตัวได้อย่างอัตโนมัติเป็นปกติ ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต มักเป็นความเครียดที่บุคคลคาดการณ์ได้ล่วงหน้า เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะมีศักยภาพที่จะสามารถควบคุมได้

ระดับที่ 2 เป็นความเครียดที่มากกว่าความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันตามปกติ (mild stress) ความเครียดในระดับนี้บุคคลจะรู้สึกเครียดบ้างเล็กน้อย เกิดจากการที่บุคคลประเมินว่าสถานการณ์ความเครียดเป็นสิ่งคุกคามแต่เป็นช่วงเวลาสั้นๆ มักจะปรับตัวสำเร็จและความเครียดมักจะหมดไปในช่วงเวลาเป็นชั่วโมงเท่านั้น

ระดับที่ 3 เป็นความเครียดระดับกลาง (moderate stress) บุคคลจะรู้สึกถูกคุกคามมากกว่าระดับที่ 2 เนื่องจากสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดมีระยะเวลานาน และบุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ในเวลาอันรวดเร็ว ความเครียดระดับนี้ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เริ่มมองเห็นได้ เช่น ปวดศีรษะ อาเจียน พฤติกรรมเริ่มเปลี่ยนเพื่อพยายามลดความเครียด เกิดความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน ระยะเวลาที่เกิดขึ้นเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน

ระดับที่ 4 เป็นความเครียดที่รุนแรงมากที่สุด (severe stress) บุคคลจะมีการประเมินค่าของสถานการณ์ที่เผชิญว่าเป็นสิ่งคุกคามในระดับสูง เนื่องจากสถานการณ์นั้นยังคงดำเนินอยู่ ทำให้เกิดความเครียดเป็นสัปดาห์ เดือน หรือปี อาจทำให้บุคคลเกิดความล้มเหลวในการปรับตัว

เจนนิส (Janis, 1952 อ้างใน เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543: 16) ได้แบ่งระดับความเครียดออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

ความเครียดระดับต่ำ (mild stress) มีความเครียดเกิดขึ้นน้อยมากและหมดไปในเวลาอันสั้น เพียงวินาทีหรือภายในชั่วโมงเท่านั้น ได้แก่ เหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน

ความเครียดระดับกลาง (moderate stress) ความเครียดระดับนี้รุนแรงกว่า โดยมีระยะเวลานานเป็นชั่วโมงหรือหลายๆ ชั่วโมง จนกระทั่งนานเป็นวัน เช่น ภาวะเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง

ความเครียดระดับสูง (severe stress) ความเครียดระดับนี้จะอยู่นานเป็นสัปดาห์หรืออาจเป็นเดือนหรือเป็นปีก็ได้ อาทิ ภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง การสูญเสียอวัยวะของร่างกายที่มีความสำคัญต่อวิถีการดำรงชีวิต

จากระดับของความเครียดดังกล่าว สรุปให้เห็นว่าความเครียดเป็นภาวะคุกคามที่มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคล ส่งผลให้บุคคลเกิดการประเมินและรับรู้ระดับความเครียดที่แตกต่างกัน หากบุคคลประเมินสถานการณ์ว่ามีความเครียดระดับต่ำแสดงว่าบุคคลสามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ดังกล่าวได้ตรงกับความต้องการและจัดการกับปัญหาได้เร็ว หากบุคคลรับรู้ระดับความเครียดที่รุนแรงมาก จะประเมินว่าสถานการณ์การคลอດเป็นสิ่งที่คุกคามและก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ส่งผลให้บุคคลเกิดการปรับตัวต่อปัญหาได้ยาก อาจต้องใช้กระบวนการความคิด แหล่งประโยชน์ และระยะเวลาในการตัดสินใจที่จะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดเพื่อให้ระดับความเครียดที่มีอยู่นั้นลดลงหรือจัดให้หมดไปได้อย่างเหมาะสม

การเผชิญความเครียด

การเผชิญความเครียด หมายถึง ความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงความนึกคิดและพฤติกรรมเพื่อที่จะจัดการกับสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียด และภาวะเครียดที่เกิดขึ้นนี้จะถูกประเมินว่าต้องใช้กำลังความสามารถและแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่มากเกินกว่าที่จะจัดการกับความเครียด บุคคลที่เผชิญกับความเครียดได้ดี คือบุคคลที่รู้จักเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ (Lazarus & Folkman, 1984: 141-142) ในกระบวนการเผชิญความเครียดนั้นบุคคลต้องมีการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ วางแผนการกระทำ มีการแก้ปัญหาและประเมินในสิ่งที่ทำไป การเผชิญความเครียดจะประสบความสำเร็จได้บุคคลต้องมีความพร้อมทางด้านร่างกายและอารมณ์ ในการที่จะสามารถรับรู้ จำแนก วางแผนการตัดสินใจได้ วิธีการเผชิญความเครียดสามารถเปลี่ยนแปลงรูปแบบได้ และบุคคลสามารถเรียนรู้วิธีการเผชิญความเครียดจากสถานการณ์ที่ผ่านมาในอดีต (Yager, 1989: 53 ; Cassmeyer, et al., 1995: 169)

วิธีการเผชิญความเครียดมีการแบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ (Lazarus & Folkman, 1984, 1991)

1. **วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping)** เป็นวิธีการตอบสนองที่มารดาหลังคลอดใช้กระบวนการความคิดและการกระทำเพื่อจัดการกับปัญหาหรือสาเหตุของความเครียดอันเกิดจากสถานการณ์เปลี่ยนแปลงระยะหลังคลอดที่กระตุ้นให้เกิด

ความเครียดต่อตนเอง มักใช้เมื่อประเมินเหตุการณ์ความเครียดแล้วว่าสามารถปรับเปลี่ยนให้บรรเทาความเครียดลงได้ โดยมุ่งแก้ไขที่ตัวมารดาหลังคลอดเองเพื่อพัฒนาและเรียนรู้วิธีการใหม่ สำหรับการปรับสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นการแก้ไขที่แหล่งประโชชน์หรือวิธีการ สามารถแบ่งได้ดังนี้

1.1 การเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) เป็นวิธีการที่มารดาหลังคลอดใช้ความคิดหรือการแสดงออกทางพฤติกรรมอย่างตรงไปตรงมาในการเผชิญหน้ากับสถานการณ์ความเครียดในระยะหลังคลอดโดยไม่หลีกเลี่ยง เพื่อปรับปรุงแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น

1.2 การวางแผนแก้ไขปัญห (planful problem solving) เป็นวิธีการที่มารดาหลังคลอดพยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ความเครียดต่างๆ ให้ดีขึ้น มีการวิเคราะห์ปัญหาและกระทำอย่างมีขั้นตอน มารดาหลังคลอดที่มีประสบการณ์การคลอดมาก่อนอาจต้องนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ไขปัญหาค้าง

วิธีการเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ไขปัญหาค้างคล้ายกับกลยุทธ์ในการแก้ปัญห โดยมุ่งเป้าหมายเพื่อลดความรุนแรงของสิ่งแวดล้อมที่คุกคามลง เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้ (เออร์วิค สารีกา, 2543: 20)

2. วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ (emotion-focused coping or regulation of distress) เป็นการตอบสนองของบุคคลในการใช้กระบวนการทางความคิดและพฤติกรรมในการปรับอารมณ์หรือความไม่สบายที่เกิดขึ้นในขณะที่มีความเครียดเพื่อให้มีความรู้สึกในทางบวกเพิ่มขึ้น ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียดแบบนี้เกิดขึ้นเพื่อรักษาภาวะสมดุลภายในจิตใจไว้เท่านั้น ไม่ใช่การแก้ไขที่สาเหตุโดยตรง หลังจากบุคคลประเมินแล้วว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ดังเครียดนั้นได้ แบ่งออกได้ดังนี้

2.1 การประเมินค่าใหม่ทางบวก (positive reappraisal) บุคคลจะใช้กระบวนการความคิดและพฤติกรรมในการพยายามให้ความหมายต่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้นใหม่ในทางที่ดีขึ้น เพื่อประโยชน์ต่อตนเองในการลดความตึงเครียดของอารมณ์รวมถึงมุมมองและความเชื่อทางศาสนา

2.2 การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา (accepting responsibility) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลยอมรับต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริงถึงแม้ว่าจะไม่ใช่สิ่งที่มารดาหลังคลอดต้องการที่สุดก็ตาม มีการตระหนักว่าตนเองเป็นผู้สร้างปัญหา และบางครั้งปัญหาก็ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ใช้สติปัญญาไตร่ตรองอย่างมีเหตุผล

2.3 การควบคุมตนเอง (self-control) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลพยายามควบคุมความสม่ำเสมอของอารมณ์เพื่อคิดแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง พยายามเก็บความรู้สึก

เอาไว้โดยไม่ให้คนอื่นทราบ หรือคิดเปรียบเทียบวิธีการกับบุคคลอื่นที่สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ตนเองได้ อาทิ มารดาของตน ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนที่เคยผ่านสถานการณ์มาก่อน

2.4 การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม (seeking social support) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลพยายามจะเรียนรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ความเครียดและหาหนทางที่จะจัดการกับปัญหานั้น โดยการแสวงหาแหล่งเกื้อหนุนทางสังคมทั้งด้านข้อมูล ปัจจัยทางวัตถุหรือคำจูงใจด้านจิตใจเพื่อจัดหรือบรรเทาความเครียด

2.5 การถอยห่าง (distancing) เป็นความพยายามทางความคิดที่จะให้ความสำคัญกับสถานการณ์ความเครียดนั้นน้อยลง โดยบุคคลจะถอยห่างจากสถานการณ์ที่ต้องเผชิญอยู่ พยายามไม่คิดมากหรือพยายามลืมต่อเหตุการณ์คุกคามที่เกิดขึ้น

2.6 การหนีหลีกเลี่ยงปัญหา (escape-avoidance) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลพยายามหลีกเลี่ยงปัญหาชั่วขณะ เช่น การเพื่อฝัน นอนหลับมากกว่าปกติ เพื่อให้ตนเองพ้นจากความเครียดชั่วระยะเวลาหนึ่ง

จากแนวคิดเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) จาโลวีก (Jalowiec, 1988) ได้พัฒนาแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดโดยอาศัยแนวคิดของลาซารัสและลอเนียร์ (Lazarus & Lanier, 1978) โดยแบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. **ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive)** เป็นการจัดการกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยการเปลี่ยนแปลงการกระทำหรือสิ่งแวดล้อม มุ่งเน้นการแก้ปัญหาที่สาเหตุ
2. **ด้านการจัดการกับอารมณ์ (emotive)** เป็นการปรับความรู้สึกนึกคิดหรือระบายนอารมณ์เมื่อเกิดความเครียด วิธีการเผชิญความเครียดลักษณะนี้ไม่ได้ช่วยแก้ไขที่ปัญหาแต่อย่างใด ช่วยให้เกิดความรู้สึกดีขึ้นเท่านั้น
3. **ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด (palliative)** เป็นการเปลี่ยนแปลงการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเสียใหม่ไม่ได้เปลี่ยนที่ตัวเหตุการณ์ เพื่อควบคุมเหตุการณ์ทางอ้อม ซึ่งไม่ได้แก้ที่ปัญหาโดยตรง

ในการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียด เช่น การศึกษาของสุมนหา กบิลพัตร (2541) พบว่ามารดาหลังคลอดที่ติดเชื่อเอชไอวีจำนวน 100 ราย มีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นมากกว่าด้านมุ่งแก้ไขอารมณ์ที่เป็นทุกข์ โดยการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื่อเอชไอวีได้ การศึกษาของอรพิน เกตุแก้วมณี (2541) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื่อเอชไอวีมีความเครียด ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดอยู่ใน

ระดับปานกลาง การศึกษาของเบญจวรรณ เอกะสิงห์ (2541) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานจำนวน 60 ราย เลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ไขปัญหามากที่สุด และพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญความเครียด การศึกษาของคมคาย อินทวาทย์ (2547) เกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและการจัดการกับความเครียดของมารดาหลังคลอดที่คลอดบุตรปกติ 40 ราย พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการจัดการกับความเครียดของมารดาหลังคลอดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และการศึกษาของศิริวรรณ สันทัดและเบญจวรรณ คุณรัตนภรณ์ (2547) ในมารดาหลังคลอดอำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรีจำนวน 100 คน พบว่ามารดาจะมีการใช้วิธีการจัดการกับความเครียดโดยการพึ่งยานอนหลับ ทำงานที่ละขั้นตอน จัดเวลาให้สมดุลระหว่างการทำงานกับการพักผ่อน มีการนอนหลับอย่างน้อยวันละ 8-10 ชม. โดยก่อนนอนนึกถึงแต่สิ่งที่ดีและมีการปรึกษากับผู้ใกล้ชิด เมื่อมีปัญหา ซึ่งมารดาหลังคลอดกลุ่มนี้มีการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการฟังเพลง ดูทีวี สวดมนต์ไหว้พระพบร้อยละ 56 รองลงมา ได้แก่ การฝึกทำสมาธิทุกวัน จากผลการศึกษาดังกล่าวนี้ จะเห็นได้ว่าเมื่อบุคคลมีภาวะเครียดจะเลือกวิธีการที่ดีที่สุดจากการประเมินทางความคิดมาจัดการภาวะเครียดที่เผชิญอยู่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

สรุปได้ว่า วิธีการเผชิญความเครียดเป็นวิธีการที่มารดาหลังคลอดจะแสดงออกทางความคิดและการกระทำ เพื่อบรรเทาหรือจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในมารดาหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียด จะเห็นได้ว่า เมื่อมารดาหลังคลอดต้องเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดที่เข้ามาคุกคามภาวะปกติสุข จะใช้กระบวนการทางความคิดในการประเมิน(cognitive appraisal) ในขั้นปฐมภูมิ(primary appraisal) ว่าสถานการณ์การคลอดนั้นเป็นเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงที่ทำให้ต้องเผชิญกับความเครียด(stressful) ในระยะหลังคลอด มารดาจะประเมินลักษณะของความเครียดนั้นว่าเป็นภาวะอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง(harm & loss) เป็นภาวะคุกคามที่ทำให้เกิดอันตรายโดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้(threat) หรือเป็นภาวะท้าทาย(challenge) ที่แม้จะเป็นอันตรายแต่สามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ เมื่อประเมินว่ามีเหตุการณ์ที่เข้ามาคุกคามก่อให้เกิดความเครียดแล้ว มารดาจะตัดสินใจใช้วิธีการในการจัดการเผชิญปัญหาให้ได้ผลดีที่สุด(secondary appraisal) ในการบรรเทาหรือจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น โดยมีแหล่งประโยชน์ทางด้านข้อมูลและสนับสนุนทางจิตใจ เช่น มารดาของตนเอง ญาติ เพื่อนที่มีประสบการณ์ สามี เป็นต้น ช่วยส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดรับรู้และสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากมารดาหลังคลอดขาดแหล่งสนับสนุนที่สำคัญหรือเลือกใช้

วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม อาจส่งผลให้ภาวะเครียดยังคงอยู่และมีแนวโน้มให้ระดับความรุนแรงของความเครียดเพิ่มขึ้น ตลอดจนส่งผลกระทบต่อสภาวะทางกาย จิตใจและสังคมในมารดาหลังคลอด

นอกจากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวที่เข้ามาคุกคามก่อให้เกิดความเครียดต่อมารดาหลังคลอดแล้ว การดูแลสุขภาพในระยะหลังคลอดนับว่าเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้มารดาหลังคลอดเกิดการปรับตัวเพิ่มมากขึ้นต่อการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันและก่อให้เกิดความเครียดได้ ซึ่งการอยู่ไฟถือว่าเป็นวิธีการดูแลสุขภาพหลังคลอดอีกวิธีหนึ่งที่ยังคงได้รับความนิยมและเป็นสถานการณ์คุกคามที่อาจก่อให้เกิดความเครียดในมารดาหลังคลอดได้เช่นเดียวกัน

การอยู่ไฟในมารดาหลังคลอด

ประเพณีความเชื่อ คือ สิ่งที่ประพฤติปฏิบัติกันสืบต่อมาเป็นธรรมเนียมเสมือนกระจกเงาที่ส่องสะท้อนวิถีชีวิตเข้ามามีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (ปราณี พงศ์ไพบุลย์, 2539: 77) อันเกิดจากการถ่ายทอดด้วยปากเปล่ามิได้มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ใช้การสังเกตหรือสั่งสมประสบการณ์จนกลายเป็นประเพณีความเชื่อที่สอดคล้องไปกับบริบทของชุมชนนั้นๆ ดังนั้นการยอมรับและปฏิบัติตามของคนรุ่นใหม่จึงเป็นการสืบทอดความเชื่อที่มีอยู่ในชุมชนได้อย่างเหนียวแน่น ในอดีตความเชื่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพหลังคลอดถือเป็นเรื่องสำคัญมากเพราะการแพทย์ยังไม่เจริญก้าวหน้า มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตทั้งมารดาและทารกสูง ดังนั้นจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตนมีข้อห้ามต่างๆ มากมายเพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัย นอกจากนี้ยังเป็นภูมิปัญญาที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพให้สมดุลและสอดคล้องกับกฎทางสังคม วัฒนธรรมและกฎธรรมชาติ ดูแลชีวิตในมิติทางกาย จิตใจ จิตวิญญาณและอารมณ์ให้อยู่ในสภาวะสมดุล และเชื่อว่าหากชีวิตละเมิดกฎทางธรรมชาติ ชีวิตจะเสียสมดุล อ่อนแอและเจ็บป่วยได้ ดังนั้นจึงมีหลากหลายประเพณีความเชื่อที่มีการยึดถือและปฏิบัติสืบต่อมาจนถึงปัจจุบันอย่างเคร่งครัด อาทิ ประเพณีเกี่ยวกับการเกิดหรือการอยู่ไฟ

ความหมายและความสำคัญของประเพณีการอยู่ไฟ

ประเพณีความเชื่อของไทย เป็นการผสมผสานของแบบแผนการรักษาของอินเดียและจีน รวมทั้งความเชื่อเกี่ยวกับจิตวิญญาณ ภูติผีปีศาจ แม้แต่ความเชื่อในการดูแลมารดาหลังคลอดก็ได้รับอิทธิพลแนวคิดของจีนเกี่ยวกับพลังความไม่สมดุลของหยินหยาง หรือร้อนเย็นของประเทศไทยที่ประกอบด้วย 5 ธาตุในร่างกาย ได้แก่ ธาตุโลหะ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลมและธาตุไฟ (Orque, et al., 1983 cited in Kaewsarn, et al., 2002) โดยเชื่อกันว่าธาตุดิน คือ ร่างกาย เป็นที่

อาศัยของธาตุ 3 ชนิด คือ น้ำ ลม ไฟ ธาตุทั้งสามต้องมีอัตราส่วนเสมอกันจึงจะทำให้ธาตุดินเป็นปกติ ถ้าธาตุใดธาตุหนึ่งขาดหรือเอียงไปมีผลกระทบกระเทือนถึงธาตุดิน หมายความว่า ทำให้ไม่สบายเกิดภาวะเจ็บป่วย ร่างกายไม่สามารถปรับตัวได้ทันส่งผลให้เกิดอาการซึ่งแพทย์แผนไทยโบราณเรียกว่า เป็นการเสียสมดุลของธาตุดิน น้ำ ลม ไฟ ของร่างกาย และเชื่อกันว่าพลังของคนอยู่ที่ธาตุไฟเพราะไฟจะไปเผาธาตุน้ำ ทำให้เกิดธาตุลมซึ่งก็คือเลือดนั่นเอง ฉะนั้นถ้าธาตุไฟอ่อนร่างกายจะไม่สบาย มารดาหลังคลอดเลือดลมอ่อนจึงห้ามรับประทานอาหารประเภทของเย็นทุกชนิด เนื่องจากของเย็นจะเข้าไปกลายเป็นธาตุน้ำ ทางแก้ก็ต้องรับประทานอาหารประเภทของร้อนและต้องอยู่ไฟในระยะหลังคลอด เพื่อช่วยให้ธาตุไฟเสมอกับธาตุน้ำและเผาธาตุน้ำให้เป็นธาตุลม ร่างกายจึงจะฟื้นคืนสู่สภาวะปกติ (จิตรา วินิจฉัย, 2535: 26) ดังนั้นจึงมีการนำภูมิปัญญาไทยโบราณมาช่วยดูแลและคืนสภาวะสมดุลของร่างกายโดยใช้ความร้อนจากการอยู่ไฟ ช่วยให้มารดาหลังคลอดกลับมามีสุขภาพดีและแข็งแรงเร็วขึ้น

เมื่อกล่าวถึงในทฤษฎีการบำบัดรักษาหลังคลอดเรียกว่า การอยู่ไฟ ซึ่งมีความหมายว่าการนอนอยู่บนไฟ เป็นประเพณีความเชื่อที่รู้จักและปฏิบัติกันมาของสตรีไทยมาแต่โบราณกาล ซึ่งมีความคล้ายคลึงกันในแต่ละภูมิภาค มีความแตกต่างในรายละเอียดเพียงเล็กน้อยรวมถึงการใช้คำเรียกที่ต่างกัน อาทิ ในภาคอีสานเรียกว่า “อยู่กรรม” บ้างเรียกว่า “อยู่คำ” ในภาคกลางเรียกว่า “การอยู่ไฟ” ส่วนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเรียกว่า “การอยู่กรรม” ทางภาคเหนือนิยมเรียกว่า “อยู่เดือนหรืออยู่คำเดือน” และในภาคใต้ (บางจังหวัด) เรียกว่า “นั่งก้อนเส้า” (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2548) แม้จะมีคำเรียกที่แตกต่างกัน แต่วัตถุประสงค์ของการอยู่ไฟคล้ายคลึงกัน เช่น ทำให้ผิวพรรณดี ช่วยขับน้ำคาวปลา ทำให้มดลูกเข้าอู่เร็ว ช่วยให้โครงกระดูกที่เบี่ยงเบนไปจากปกติขณะตั้งครรภ์กลับเข้าที่ ช่วยให้ทนต่อความหนาวได้ ทำให้น้ำนมมีปริมาณเพียงพอต่อการเลี้ยงดูทารก รวมทั้งช่วยให้ร่างกายแข็งแรงตลอดไป (ลลิตา จันทรจิต, 2540; Kaewsarn, et al., 2002) จากความเชื่อและการยืนยันถึงประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดจากการกระทำ ทำให้มารดาหลังคลอดมีการอยู่ไฟเนื่องจากเล็งเห็นประโยชน์ของการอยู่ไฟที่มีต่อร่างกาย (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ, 2544) แต่เสฐียรโกเศศ (2500) เชื่อว่าการอยู่ไฟน่าจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการล้างมลทินมากกว่าเพราะถือว่าการคลอดบุตรจะมีเลือดและสิ่งโสโครกออกมาข่มถ้อยกันว่าเป็นมลทิน จะต้องใช้ไฟเป็นสิ่งชำระให้มลทินเหือดแห้งไป เมื่อออกไฟแล้วยังต้องรดน้ำมนต์ธรรม์สารอีกด้วย (เสฐียรโกเศศ, 2500 อ้างใน จิตรา วินิจฉัย, 2535: 3) ไม่ว่าด้วยเหตุผลใด การอยู่ไฟนับเป็นประเพณีที่มีความนิยมและยึดถือปฏิบัติกันอย่างเคร่งครัดสืบต่อกันมา เพราะถือว่าเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลสุขภาพของมารดาหลังคลอด แม้การแพทย์แผนปัจจุบันเข้ามามีบทบาทมาก ทำให้มารดามีทางเลือกที่

หลากหลายในการดูแลสุขภาพหลังคลอด แต่ยังคงมีมารดาหลังคลอดอีกจำนวนมากที่ยังคงนิยมใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านหรือการอยู่ไฟหลังคลอด

การอยู่ไฟยังเป็นประเพณีที่นิยมสืบต่อกันมา เช่น การศึกษาของสุภาวดี เหลืองขวัญ (2536) ในมารดาหลังคลอดที่คลอดโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า มีการอยู่ไฟร้อยละ 50 สอดคล้องกับการศึกษาของแก้วสานและคณะ (Kaewsarn, et al., 2002) ที่พบว่ามารดาหลังคลอดในเขตจังหวัดอุบลราชธานี มีการอยู่ไฟร้อยละ 65.8 และการศึกษาของสุริรัตน์ มงคลปทุมรัตน์ (2547) พบว่ามารดาหลังคลอดในเขตอำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีอัตราการใช้ไฟร้อยละ 60.7

ประชาชนในเขตภูมิภาคต่างๆ ยังคงนิยมการดูแลสุขภาพหลังคลอดแบบพื้นบ้านเป็นจำนวนมาก เนื่องมาจากการสืบทอดประเพณีความเชื่อที่มีมาช้านานและความเชื่อในผลประโยชน์ของกรรมวิธีการอยู่ไฟที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพของมารดา พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับคุณประโยชน์ของการอยู่ไฟมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพขณะอยู่ไฟในระยะหลังคลอด (จิตรา วินิจชัย, 2535: 92) ซึ่งความเชื่อดังกล่าวทำให้รูปแบบการปฏิบัติพฤติกรรมแบบดั้งเดิมยังถูกคงไว้ ร่วมกับการประยุกต์การแพทย์แผนไทยให้เข้ากับความสะดวกในยุคปัจจุบัน จึงมีแนวทางการดูแลสุขภาพหลังคลอดที่หลากหลายมากขึ้นตามสภาพนิยม

พฤติกรรมการใช้ไฟหลังคลอด

การอยู่ไฟในสมัยโบราณเข้าใจว่ากระทำเพื่อเป็นการชำระล้างมลทิน เพราะการคลอดบุตรถือว่าเป็นมลทิน การใช้น้ำอย่างเดียวไม่พอต้องใช้ไฟด้วย (เสถียร โกเศศ, 2513 อ้างในสถาบันการแพทย์แผนไทย, 2548: 3-4) การใช้ไฟหรือความร้อนในการบำบัดดังกล่าวมีวิธีปฏิบัติ คือ ใช้ธูปเผาไฟให้ร้อน ห่อด้วยผ้าและสมุนไพร แล้ววางบนหน้าท้องของมารดาที่เพิ่งคลอดบุตร รวมทั้งได้เกริ่นนอนก็มีเตาเผาธูปตั้งอยู่ เพื่อให้ความร้อนทางด้านหลังของร่างกายมารดาด้วยเช่นกัน เชื่อกันว่า ความร้อนและสมุนไพรจะช่วยทำให้แผลบริเวณช่องคลอดที่ฉีกขาดจากการคลอด เชื่อมติดกันและแห้งหายเป็นปกติได้เร็วขึ้น นอกจากนี้ ยังเป็นการขับน้ำคาวปลา ทำให้มดลูกแห้งสะอาด และหดรัดตัวเข้าสู่สภาวะปกติได้เร็วยิ่งขึ้น ในการบำบัดรักษาที่ให้ผลดี มารดาหลังคลอดจะต้องปฏิบัติให้ครบสูตร คือ การอยู่ไฟ การนวดประคบ และการเข้ากระโจมอบสมุนไพรเป็นประจำทุกวัน ในอดีตคำว่า “อยู่ไฟ” จะครอบคลุมทุกกิจกรรมในการดูแลหลังคลอด ตั้งแต่การนอนผิงข้างกองไฟ คั้นน้ำต้มสมุนไพร ใช้ธูปเผาไฟให้แดงเอาน้ำมาราดแล้วห่อ นำมาประคบหน้าท้องให้ท้องยุบ นวดหลังคลอด ทำการทักหม้อเกลือ เข้ากระโจมอบสมุนไพร เสร็จแล้วเอาน้ำต้มสมุนไพรมา

ประคบเปียก โดยใช้ลูกประคบ 2-3 ลูก ประคบตามเต้านมและส่วนต่างๆ ของร่างกาย ส่วนน้ำที่เหลือนั้นจะผสมให้อุ่นแล้วอาบ จากนั้นจะมานั่งถ่านเพื่อช่วยให้ฝีเย็บแห้งซึ่งจะใช้เวลาตลอดวันปฏิบัติเข้าไปมาทุกวัน แต่บางกิจกรรมอาจไม่ได้ทำทุกวัน ซึ่งรวมทั้งหมดใช้เวลาานราวหนึ่งสัปดาห์หลังคลอด (สถาบันแพทยแผนไทย, 2548: 23-24)

การกำหนดระยะเวลาในการอยู่ไฟนั้น สมัยก่อนคนเฒ่าคนแก่จะเป็นคนกำหนดจำนวนวันที่อยู่ไฟว่าจะให้อยู่กี่วัน ท้องแรกจะกำหนด 15 วัน เพราะถือว่าร่างกายยังไม่แข็งแรง ต้องพักฟื้นนาน ส่วนท้องหลังจะลดลงมาแต่ไม่ควรน้อยกว่า 7 วัน (มณฑิรา เขียวยิ่ง และคณะ, 2537: 81) การกำหนดจำนวนวันที่อยู่ไฟ ส่วนมากจะนับเป็นจำนวนวันที่เพราะถือคติที่ว่า “วันคู่ลูกดี วันคี่ลูกห่าง” ซึ่งกำหนดให้มี 7, 9, 11, 13, 15, 17 และ 21 วัน หรืออย่างมากถึง 29 วัน โดยจะอยู่นานกี่วันแล้วแต่ความสมัครใจ หากอยู่ได้นานจะยิ่งดีเชื่อว่าจะช่วยให้สุขภาพมารดาหลังคลอดยิ่งแข็งแรงไม่เจ็บป่วยในภายหลัง (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2548: 7) การศึกษาของสุภาวดี เหลืองขวัญ (2536) พบมารดาหลังคลอดร้อยละ 70 มีจำนวนการอยู่ไฟเฉลี่ย 5 วัน และร้อยละ 6 อยู่ไฟนานกว่า 7 วัน และการศึกษาของแก้วसानและคณะ (Kaewsarn, et al., 2002) พบว่าในแต่ละกิจกรรมของการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ไฟจะใช้ระยะเวลาที่แตกต่างกัน โดยที่การนอนอยู่ใกล้กองไฟหรือเตาจะใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 7 วัน แต่ในการงคอาหารแสง การอาบน้ำร้อน ดื่มน้ำร้อน งคการทำงานต่างๆ รวมถึงการปฏิบัติตัวอื่นๆ อาจจะยังคงปฏิบัติต่อไปในระยะเวลาแตกต่างกันไปตามความเชื่อที่เคร่งครัดในแต่ละสังคม

ปัจจุบันมีข้อจำกัดเกี่ยวกับสภาพสังคม เศรษฐกิจ และอื่นๆ อีกมาก ทำให้รูปแบบพฤติกรรมของการอยู่ไฟมีการปรับเปลี่ยนให้สะดวกเหมาะสมกับข้อจำกัดของมารดาหลังคลอด รูปแบบในการปฏิบัติมีด้วยกันหลายแบบ เช่น การนบหม้อเกลือ การประคบสมุนไพร การนั่งถ่าน การอบและอาบน้ำสมุนไพร การเข้ากระโจม การใช้กระเป๋าน้ำร้อน การอยู่ไฟพื้นและไฟถ่าน โดยมีรายละเอียดในแต่ละกิจกรรมแบ่งเป็น 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ (จิตรรา วินิจนัย, 2535: 18-22)

1. การอยู่ไฟแบบใช้กองไฟ เป็นการอยู่ไฟแบบดั้งเดิม ซึ่งรายละเอียดจะแตกต่างกันไปแต่ละท้องถิ่น แต่มีหลักใหญ่ๆ คล้ายกัน คือ ให้มารดาหลังคลอดนอนบนกระดานแผ่นใหญ่เรียกว่า กระดานไฟ บริเวณใกล้ๆ จะก่อกองไฟเอาไว้ บางทีจะยกกระดานไฟให้สูงจากพื้น แล้วก่อไฟไว้ใต้กระดานไฟ เรียกว่า “การอยู่ไฟถ่าน” หากมารดาหลังคลอดนอนบนกระดานไฟและก่อกองไฟอยู่ข้างๆ เรียกว่า “การอยู่ไฟไทย” ถ้าแบ่งตามชนิดของเชื้อเพลิงที่ใช้ในการก่อกองไฟสามารถแบ่งได้ 2 แบบ คือ การใช้ฟืนก่อไฟเรียกว่า “การอยู่ไฟฟืน” หากใช้ถ่านเป็นเชื้อเพลิงเรียกว่า “การอยู่ไฟถ่าน” (สุภาวดี เหลืองขวัญ, 2536: 34-35) การอยู่ไฟชนิดนี้เป็นการอยู่ไฟแบบเดิม

ที่บ้านทุกภูมิภาคปฏิบัติกันมา ในปัจจุบันยังคงปฏิบัติกันอยู่มากตามชนบท แต่อาจลดความเคร่งครัดลงบ้างเพื่อความเหมาะสมโดยไม่ให้เสียวัฒนธรรมเดิม

2. การอยู่ไฟโดยให้ความร้อนบริเวณหน้าท้อง วิธีนี้ไม่ต้องสูมไฟ วัฒนธรรมมาในระยะหลัง ปัจจุบันมี 2 วิธีคือ การอยู่ไฟชุด และการใช้กระเป๋าน้ำร้อน

2.1 การอยู่ไฟชุด จะใช้กล่องอะลูมิเนียมแบนๆ ใส่เชื้อไฟที่ทำด้วยสมุนไพรบดหยาบแล้วห่อด้วยกระดาษทำเป็นแท่งพอที่จะใส่ในกล่องได้ และแท่งยานี้เมื่อใช้หมดแล้วสามารถซื้อใหม่ ส่วนกล่องอะลูมิเนียมสำหรับใส่เชื้อไฟสามารถใช้ได้ตลอดระยะเวลาการอยู่ไฟ เมื่อจุดไฟที่เชื้อไฟในกล่องอะลูมิเนียมจะทำให้กล่องร้อน นำผ้ามาห่อแล้วพันรอบหน้าท้อง เมื่อเชื้อไฟเริ่มมอดลงจึงใส่เชื้อไฟใหม่ ทำวันละหลายๆรอบก็ได้ ผ้าที่พันห่อกล่องไฟชุดจะต้องหนาพอที่จะป้องกันความร้อนจากกล่องไฟไม่ให้กระทบหน้าท้องที่อาจทำให้เกิดแผลพุพองได้

2.2 การใช้กระเป๋าน้ำร้อน ใช้วางบริเวณหน้าท้องแทนการอยู่ไฟชุด ซึ่งเป็นการประยุกต์ใช้ในระยะเวลาต่างๆ บางท้องถิ่นอาจใช้อัฐเผาไฟห่อวางบริเวณหน้าท้อง

3. การเข้ากระโจม เป็นการอบตัวด้วยไอน้ำที่มาจากสมุนไพร ถือว่าเป็นวิธีการที่สำคัญมาก เพราะเชื่อว่าเป็นวิธีกาจัดมลทินต่างๆ ที่ปรากฏบนผิวหนังเมื่อให้หมดไป กำจัดน้ำเหลืองเสียและเป็นการบำรุงผิวพรรณให้สดใส สมุนไพรที่นิยมใช้ได้แก่ เปลือกส้มโอ ใบส้มป่อย ว่านน้ำตะไคร้ ผักบุ้ง มะกรูด ใบมะขาม พลูด เป็นต้น ผสมกับเกลือหิมาลัยหนึ่ง นำสมุนไพรต้มรวมกันในหม้อให้เดือดมีไอพุ่ง แล้วยกหม้อไปไว้ในกระโจมที่มารดาหลังคลอดนั่งหรือนอนอยู่ เปิดแฉกฝาหม้อให้ไอน้ำค่อยๆ ออกมารวมตัว บ้างก็ใช้อัฐเผาไฟให้ร้อนแดงเอาเข้าไปไว้ในกระโจมแทนหม้อยาแล้วเอาน้ำเกลือราดลงบนอัฐเกิดเป็นไอพุ่งขึ้นมารวมเนื้อตัว เรียกว่า “เข้ากระโจมอัฐ” (วิไล พูลศรี และคณะ, 2548: 6-7) การเข้ากระโจมนิยมทำในตอนเช้าใช้เวลาประมาณครึ่งชั่วโมงหรือนานกว่านั้น จนเหงื่อไหลท่วมตัวราวกับอาบน้ำจึงออกจากกระโจมได้ บางท้องถิ่นจะเข้ากระโจมหลังจากออกไฟแล้ว

4. การประคบตัว มี 2 แบบ คือ การประคบเปียกและการประคบแห้ง

4.1 การประคบเปียก นิยมทำควบคู่กับการเข้ากระโจมโดยใช้ลูกประคบจำนวน 3 ลูก มาจุ่มน้ำต้มสมุนไพรที่ใช้ในการเข้ากระโจม ใช้ลูกประคบ 1 ลูก ประคบบริเวณฝีเย็บ ส่วนอีก 2 ลูก เมื่อจุ่มน้ำแล้วใช้ประคบตามตัว เต้านม

4.2 การประคบแห้ง นิยมใช้ควบคู่กับการนวดไทย โดยมากจะใช้หลังจากการนวดเสร็จเรียบร้อยแล้ว เพื่อให้ความร้อนและด้วยยาสมุนไพรซึมเข้าผิวหนัง

การศึกษาของมาลินี จำเริญ (2537) พบว่า มารดาหลังคลอดมีการใช้ลูกประคบหลังอาบน้ำทุกครั้ง โดยเชื่อว่าการใช้ลูกประคบทุกตามตัว แขน ขา จะทำให้เส้นสายที่ตึงจากการ

คลอดห่อสนบาย เร็วแรงดีขึ้น และใช้ลูกประคบขี้ที่ไต้หวันแรงๆ เชื่อว่าจะช่วยทำให้ปริมาณน้ำนมมาก

5. การนวดหรือทัพนม้อกลื้อ เป็นการเอาเกลือบรรจุลงในหม้อที่มีฝาปิด ตั้งบนไฟจนร้อนจัดได้ยินเสียงเกลื้อในหม้อประทุเสียงดัง จึงยกหม้อวางลงบนใบปลับปลิงและเอาผ้าสีเหลี่ยมขนาดใหญ่ห่ออีกทีให้เหลือชายผ้าพอที่จะจับเป็นกระจุกได้เพื่อเอาไปคลึงตามตัวให้ทั่ว นิยมทำในช่วงบ่ายและตอนเช้ามืดช่วงละครึ่งทุกวัน ในการทำต้องไม่วางนานและไม่ประคบถึงได้ออก เพราะจะทำให้จุกแน่นได้ เนื่องจากความร้อนจากเกลื้อจะระเหยออกมาทำให้หม้อร้อนขึ้นเรื่อยๆ (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2548: 35)

6. การนึ่งถ่าน เป็นการช่วยให้ฝีเย็บและช่องคลอดแห้ง นิยมทำหลังอาบน้ำโดยนั่งบนเก้าอี้เจาะรู ให้บริเวณฝีเย็บตรงกับรูที่เจาะไว้ ได้เก้าอี้วางเตาไฟที่ก่อไฟถ่านไม้แล้วโรยสมุนไพรเป็นระยะ โดยที่ไฟในเตาต้องไม่แรงมากและไม่ประทุไฟ ถ่านจะรมบริเวณช่องคลอดและแผลฝีเย็บ ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที เชื่อว่าเป็นการสมานแผลฝีเย็บที่เกิดจากการคลอด

จากวิธีการปฏิบัติดังกล่าว ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน สามารถสรุปวิธีการและประโยชน์ของแต่ละวิธีได้ดังนี้ (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญและภัทราพร ตั้งสุทธิชัย, 2543; คู่มือประชาชนในการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย, 2547)

1. การอยู่ไฟ ช่วยให้มดลูกเข้าอู่เร็วขึ้น
2. การนวดประคบด้วยสมุนไพร ช่วยแก้อาการปวดเมื่อย คลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต
3. การทาบหม้อเกลื้อ ช่วยให้มดลูกเข้าอู่เร็ว
4. การอบสมุนไพร ช่วยทำให้ร่างกายสดชื่น ผิวหนังสะอาด

การดูแลหลังคลอดในรูปแบบต่างๆ ตามที่ได้กล่าวมานั้นมีลักษณะรูปแบบที่คล้ายคลึงกันในแต่ละภูมิภาค แต่ละวิธีขึ้นอยู่กับความสะดวกของแต่ละบุคคลในการปฏิบัติรวมถึงความเคร่งครัดในวิธีการปฏิบัติตามความเชื่อของแต่ละแหล่งชุมชน การศึกษาของแก้วสานและคณะ (Kaewsarn, et al., 2002) พบว่ามารดาหลังคลอดในเขตจังหวัดอุบลราชธานีจำนวน 500 ราย มีการส่องโคมไฟแผลฝีเย็บร้อยละ 63.2 และนั่งแช่น้ำร้อนร้อยละ 15.2 และจากการศึกษาของสุรรัตน์มงคลปทุมรัตน์ (2546) พบว่ามารดาหลังคลอดในเขตอำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยาจำนวน 140 ราย มีการอยู่ไฟชุดร้อยละ 60 ใช้กระเป๋าน้ำร้อนร้อยละ 37.7 และอยู่กระโจมร้อยละ 2.3 สำหรับการดูแลสุขภาพของมารดาหลังคลอดที่ทำหมันจะไม่มีการอยู่ไฟ หรืออาจกลับมาอยู่ไฟก่อนแล้วจึงไปทำหมันในภายหลัง เนื่องจากบริเวณบาดแผลที่เกิดจากการทำหมันต้องระวังไม่ให้เปียก

น้ำ ทำให้ไม่สามารถอาบน้ำร้อนได้ ซึ่งการอยู่ไฟนั้นการอาบน้ำร้อนบ่อยๆ ถือเป็นสิ่งสำคัญต่อมารดาหลังคลอด แต่คงเน้นการดื่มน้ำร้อนเป็นหลัก (ประเสริฐ ถาวรคุณย์สถิตย์และคณะ, 2536: 46-48)

แม้ว่าประเพณีความเชื่อในแต่ละภูมิภาค ชุมชน หรือส่วนบุคคลจะมีรูปแบบวิธีที่แตกต่างกันออกไป หากแต่แนวทางการปฏิบัติกิจกรรมขณะอยู่ไฟมีความคล้ายคลึงกันในรายละเอียดดังนี้

1. การนั่งหรือนอนใกล้แหล่งความร้อน
2. การจำกัดกิจกรรม
3. การดื่มน้ำร้อนหรือน้ำต้มสมุนไพร
4. การอาบน้ำร้อนหรือน้ำต้มสมุนไพร
5. การงดอาหารแสลง

1. การนั่งหรือนอนใกล้แหล่งความร้อน

ในอดีตการอยู่ไฟจะครอบคลุมกิจกรรมตั้งแต่การนอนผิงข้างกองไฟ ใช้ธูปเผาไฟ ประคบหน้าท้อง การนวดหลังคลอด ทับหม้อเกลือ ประคบสมุนไพร เข้ากระโจม จากนั้นจะนั่งถ่านเพื่อช่วยให้ฝีเย็บแห้ง ซึ่งจะกระทำเช่นนี้ตลอดทุกวันจนกระทั่งออกไฟ ในบางกิจกรรมอาจจะไม่ได้ทำทุกวัน (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2548) ปัจจุบันมารดาหลังคลอดที่อยู่ไฟอาจเลือกปฏิบัติกิจกรรมวิธีใดวิธีหนึ่งหรืออยู่แบบครบชุด แต่ยังคงต้องนั่งหรือนอนบริเวณใกล้กองไฟตลอดทั้งวันเพื่อรักษาความร้อนภายในร่างกาย ถ้าอยู่ห่างจากกองไฟจะเกิดอาการที่เรียกว่า “คิงแข็ง” เป็นลักษณะของร่างกายที่ไม่รับรู้ความร้อน ทำให้ไม่สามารถรักษาร่างกายให้เข้าสู่สภาพปกติได้ (มณฑิรา เขียวยิ่ง, 2537: 31) รายงานการศึกษาในหญิงหลังคลอดชาวอีสานที่อยู่ไฟ พบว่าทุกคนนอนผิงไฟตลอด โดยนอนตะแคงหันหน้าเข้าไฟ พอร้อนก็หันหนีสักครู่ แม้แต่เวลารับประทานอาหารก็ยังคั่งนั่งอยู่บนแผ่นกระดานไฟ นอกจากนี้มารดาหลังคลอดต้องหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้บริเวณที่มีลมโกรก เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนจากร่างกาย (ประเสริฐ ถาวรคุณย์สถิตย์และคณะ, 2536: 51) การศึกษาของแก้วสานและคณะ (Kaewsarn, et al., 2002) พบว่ามารดาหลังคลอดในเขตจังหวัดอุบลราชธานีมีการนอนหรือนั่งอยู่ใกล้กองไฟร้อยละ 65.8 และมีการหลีกเลี่ยงการสัมผัสลมหรือฝนร้อยละ 56.8

2. การจำกัดกิจกรรม

มารดาหลังคลอดจะงดทำกิจกรรมโดยเฉพาะการทำงานหนัก โดยเชื่อว่าจะทำให้ปวดหลังได้ในอนาคต (Thi, et al., 2003) ทำให้มดลูกไม่เข้าอู่ เกิดการสูญเสียการควบคุมของอวัยวะ

ภายในร่างกาย รวมทั้งเกิดการหย่อนของมดลูกได้ ซึ่งมารดาหลังคลอดจะปฏิบัติคล้ายคลึงกันคือการงดกิจกรรม นั่งหรือนอนใกล้กองไฟหรือแหล่งความร้อนเกือบตลอดเวลา เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนออกจากร่างกาย โดยเฉพาะในช่วงสัปดาห์แรกหลังคลอด ร้อยละ 78.4 ของมารดาหลังคลอดจะมีการเดินและปฏิบัติการกิจต่างๆเพียงเล็กน้อยเท่านั้น (Kaewsarn, et al., 2002)

3. การดื่มน้ำร้อนหรือน้ำสมุนไพร

การดื่มน้ำร้อนเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติกิจกรรมการอยู่ไฟหลังคลอด บางแห่งอาจดื่มน้ำร้อนใส่เกลือเพราะเชื่อว่าขณะคลอดมารดาต้องสูญเสียเลือดหรือสารน้ำเป็นปริมาณมาก จำเป็นต้องดื่มน้ำผสมเกลือเพื่อทดแทนส่วนที่เสียไป บ้างก็ดื่มน้ำดื่มสมุนไพร โดยสมุนไพรที่ใช้ดื่มได้แก่ แก่นขาม แก่นมะขามเปีย รากนมสาว รากน้ำเต้า เชื่อว่ายาเหล่านี้จะช่วยบำรุงเลือด บำรุงน้ำนม และช่วยในการขับน้ำคาวปลา (มณฑิรา เขียวยิ่ง, 2537: 11) มารดาหลังคลอดที่มีเชื้อสายจีน มักนิยมดื่มน้ำสมุนไพรที่มีรสชาติเผ็ดร้อน เช่น น้ำขิง น้ำตะไคร้ เพื่อช่วยในการขับน้ำคาวปลา บำรุงร่างกาย บำรุงการผลิตปริมาณน้ำนมและยังช่วยให้ร่างกายอบอุ่นอีกด้วย (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2548) ระยะเวลาในการดื่มเฉลี่ยประมาณ 40 วัน การศึกษาของแก้วสานและคณะ (Kaewsarn, et al., 2002) พบว่ามารดาหลังคลอดในเขตจังหวัดอุบลราชธานีนิยมดื่มน้ำร้อนในระยะหลังคลอด ร้อยละ 68.8 และการศึกษาของศิริวรรณ สันทัดและเบญจวรรณ คุณรัตนภรณ์ (2547) พบว่ามารดาหลังคลอดในเขตอำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี นิยมดื่มน้ำร้อนตามความเชื่อ ร้อยละ 50

4. การอาบน้ำร้อนหรือน้ำสมุนไพร

ในขณะที่อยู่ไฟจะมีการอาบน้ำร้อนเพราะเชื่อว่าถ้าอาบน้ำเย็นจะทำให้ร่างกายมีไข้ ได้มารดาหลังคลอดบางรายอาบน้ำดื่มสมุนไพรเพื่อชำระล้างร่างกายให้สะอาดแล้วทาด้วยขมิ้น เพื่อช่วยรักษาการอักเสบของผิวหนัง เป็นการบำรุงผิวพรรณ ช่วยขับน้ำคาวปลา โดยตลอดระยะเวลาของการอยู่ไฟมารดาจะมีการอาบน้ำเป็นระยะๆ ตลอดทั้งกลางวันกลางคืน ซึ่งมีหลักสำคัญว่าเมื่อมารดาหลังคลอดรู้สึกว่ามีเหงื่อออกก็จะไปอาบน้ำทันที (ประเสริฐ ถาวรคุณย์สถิตย์และคณะ, 2536: 54) เป็นการรักษาความร้อนในร่างกายและส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพร่างกายหลังคลอด การศึกษาของแก้วสานและคณะ (Kaewsarn, et al., 2002) พบว่ามารดาหลังคลอดในเขตจังหวัดอุบลราชธานี นิยมอาบน้ำร้อน ร้อยละ 87.6 มีระยะเวลาในการปฏิบัติเฉลี่ย 14 วัน ซึ่งขัดแย้งกับการปฏิบัติของมารดาหลังคลอดชาวเวียดนามที่งดอาบน้ำและสระผมในช่วงระยะเวลา 7 - 30 วัน โดยเชื่อว่าการสระผมจะทำให้ปวดศีรษะ รวมถึงการอาบน้ำจะทำให้ร่างกายเกิดความเย็นก่อให้เกิดการเจ็บป่วยได้ เนื่องจากเสียสมดุลความร้อน-เย็นในระยะหลังคลอด (Thi, et al., 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของเหลียงและคณะ (Leung, et al., 2004) พบว่ามารดาหลังคลอดในประเทศจีนหลีกเลี่ยงการ

อาบน้ำและสระผมเช่นเดียวกัน แสดงให้เห็นว่าการอยู่ไฟหลังคลอดจะเน้นการรักษาสมดุลของ อุณหภูมิในร่างกายของมารดาหลังคลอดเป็นสิ่งสำคัญ

5. การงดอาหารแสดง

มารดาหลังคลอดที่อยู่ไฟจะรับประทานอาหารที่เชื่อว่าเป็นอันตรายต่อร่างกาย ของตนเองและทารก ชาวอีสานเรียกอาการที่เกิดจากการรับประทานอาหารแสดงว่า “ผิดกระบวน” จึงต้องมีข้อห้ามในงดอาหารแสดงหรือ “ชะล่า” (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2548: 94) ซึ่งความ เชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและภาวะเจ็บป่วยมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ของมารดาหลังคลอดมาก โดยเป็นไปตามความเชื่อที่ว่าร่างกายของมารดาหลังคลอดมีเลือดลมอ่อน เนื่องจากสูญเสียเลือดเป็นจำนวนมากในขณะคลอด ซึ่งเลือดก็คือธาตุลมอันเกิดจากธาตุไฟเผาผลาญ ธาตุน้ำนั่นเอง ฉะนั้นถ้าธาตุไฟในร่างกายจะไม่สบายได้จึงห้ามรับประทานประเภทของเย็นทุก ชนิด ทางแก้อาการร้อนและต้องอยู่ไฟในระยะหลังคลอดเพื่อรักษาความร้อนในร่างกาย (จิตรา วิจิฉัย, 2535: 26) อาหารที่เชื่อว่าช่วยบำรุงสุขภาพของมารดาหลังคลอดที่อยู่ไฟ ได้แก่ แกง เลียงเชื่อว่าทำให้ปริมาณน้ำนมมาก (ประเสริฐ ถาวรคุลย์สถิตย์และคณะ, 2536: 56-57) ทาง ภาคเหนือนิยมรับประทานข้าวจี (ข้าวกับเกลือป่นเป็นก้อนเสียบไม้ปิ้งไฟ) ประมาณ 10-14 วัน จึง รับประทานข้าวกับปลาเค็มปฏิบัติอย่างนี้ทุกวันจนกระทั่งออกไฟ ส่วนในภาคอีสานนิยม รับประทานข้าวกับเกลือก้อน ปลาสามารถรับประทานได้เมื่อออกไฟในระยะ 1 – 2 เดือนแรก อาหารที่ห้ามเด็ดขาด คือ นก หนู อาหารทะเลทุกชนิด อาหารคาวที่มีกลิ่นแรง ผักที่มีกลิ่นแรง เช่น ชะอม เพราะจะทำให้ผิดสำแดง วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ตาลายและที่สำคัญคือไม่มีน้ำนมให้ ลูกกิน (มณฑิรา เขียวยิ่ง, 2537: 9-11) การศึกษาของ เพ็ญภา ทรัพย์เจริญและคณะ (2543) พบว่ามารดาหลังคลอดร้อยละ 90.5 มีการงดอาหารแสดงประเภทเนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ และอาหาร หมักดองอย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันอาการผิดปกติที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพระยะยาว ขัดแย้งกับ การศึกษาของแก้วสานและคณะ (Kaewsam, et al., 2002) พบว่ามารดาหลังคลอดเขตจังหวัด อุบลราชธานีนิยมรับประทานอาหาร 3 ประเภทเท่านั้นคือ โปรตีน ผัก ผลไม้ และงดรับประทาน เนื้อวัว มีการงดของแสดงร้อยละ 51.6 เชื่อว่าทำให้เกิดภาวะเจ็บป่วยร้อยละ 51.6 และลดปริมาณ น้ำนมมารดาร้อยละ 11.6 การศึกษาของสุริรัตน์ มงคลปทุมรัตน์ (2547) พบว่ามารดาหลังคลอด เขตจังหวัดพระนครศรีอยุธยารับประทานอาหารครบ 5 หมู่ร้อยละ 93.6 รับประทานอาหารไม่ ครบ 5 หมู่ร้อยละ 6.4 เนื่องมาจากงดของแสดง ส่วนมารดาหลังคลอดที่มีเชื้อสายจีนในเขต กรุงเทพมหานครพบว่ามีรับประทานปลาทอดและนึ่ง งดอาหารประเภทกุ้ง ปลาทุ เพราะเชื่อว่า อาจทำให้แผลน่ายเปื่อย และนิยมนำขิง และพริกไทยมาประกอบอาหารทุกมื้อ (สิริวัลย์ เรื่องสุริรัตน์, 2539)

การทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่ามารดาหลังคลอดที่อยู่ไฟในแต่ ละภูมิภาคของประเทศไทย และประเทศใกล้เคียง มีการปฏิบัติกิจกรรมหลักๆ ทั้ง 5 ประการ คล้ายคลึงกันโดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของมารดาในระยะหลังคลอด

พฤติกรรมการอยู่ไฟในเขตอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

เขตอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นพื้นที่ส่วนหนึ่งในภาคเหนือตอนล่างที่ ยังคงยึดถือประเพณีของการอยู่ไฟอย่างเคร่งครัดและมีการปฏิบัติกันเป็นจำนวนมาก แม้ว่า การแพทย์แผนปัจจุบันจะเข้ามามีบทบาทและเพิ่มทางเลือกในการดูแลสุขภาพมากขึ้น การศึกษาของ วิไล พูลศรีและคณะ (2548) พบว่ามารดาหลังคลอดในเขตอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ มีการ อยู่ไฟหลังคลอดร้อยละ 95.3 อันเนื่องมาจากความเชื่อในผลประโยชน์ของการอยู่ไฟที่จะเกิดขึ้นต่อ สุขภาพที่มีการบอกเล่าและปฏิบัติสืบต่อกันมา ทำให้มารดาหลังคลอดเลือกที่จะดูแลสุขภาพหลัง คลอดด้วยการอยู่ไฟ

รูปแบบการอยู่ไฟของมารดาหลังคลอดในท้องถิ่นนี้ ส่วนใหญ่เป็นวิธีแบบดั้งเดิม คือ การอยู่ไฟแบบใช้กองไฟ ได้แก่ การอยู่ไฟพื้นและการอยู่ไฟถ่าน โดยการอยู่ไฟพื้นนั้น มารดา จะนอนอยู่บนกระดานไฟขนาดกว้างพอคู้ตัว บริเวณใกล้ๆ ข้างกระดานไฟนั้นจะใช้ลำต้นกล้วยมา ตัดเป็นท่อนๆ ละประมาณ 70 ซม. จำนวน 4 ท่อน นำมาล้อมรอบเป็นกระบะและเทดินลงไป เพื่อ ป้องกันไม่ให้ไฟลามถึงพื้นเรือนซึ่งเป็นบริเวณสำหรับก่อกองไฟ โดยมีปี่ปด้น้ำแขวนกับเหล็ก ห้อยลงมาจากหลังคา นอกจากนั้นมีไม้ไผ่ทำเป็นหลักไว้สำหรับให้มารดาพาดแขน ขาและขาช่วง คลอด (องไฟให้ร้อน) พื้นที่ใช้นิยมนำจากไม้มะขามเป็นเชื้อเพลิงเพราะเชื่อว่าเป็นไม้ที่ติดไฟได้ดี หาง่ายและเวลาติดไฟไม่แตก ไม่มีควัน (มณฑิรา เขียวยิ่งและคณะ, 2537: 2-3) ส่วนการอยู่ไฟถ่าน มารดาจะนอนบนกระดานไฟที่ยกไว้สูงจากพื้นหรือนอนบนแคร่และเลื่อนเตาไฟเข้ามาไว้ได้แคระ ซึ่งการอยู่ไฟทั้งสองวิธียังคงปฏิบัติกันอยู่มากเนื่องจากเหตุผลที่แตกต่างกันไป เช่น วัสดุหรือ เชื้อเพลิงสามารถหาเองได้ง่าย ประหยัด บ้างเชื่อว่าสามารถให้ความร้อนต่อร่างกายได้ดีกว่าวิธีอื่น และส่งผลดีต่อสุขภาพของมารดา เป็นต้น โดยมารดาหลังคลอดจะเลือกปฏิบัติวิธีใดวิธีหนึ่ง เหตุผลในการเลือกใช้แบบไฟพื้นหรือไฟถ่านก็มีเหตุผลแตกต่างกันไปตามความเชื่อ บ้างเชื่อว่าการ อยู่ไฟพื้นจะให้ความร้อนได้แรงดีสมำเสมอกว่าไฟถ่าน มารดาจะสัมผัสความร้อนเพียงด้านที่อยู่ ใกล้กองไฟ เนื่องจากกองไฟจะอยู่ด้านข้าง มารดาจะต้องพลิกตะแคงไปมาเพื่อให้สัมผัสความร้อน ทั่วตัว แต่การอยู่ไฟถ่านมีเตาถ่านอยู่ข้างใต้คล้ายการรมไฟจะสัมผัสความร้อนได้ทั่วตัว บ้างกล่าว ว่าการอยู่ไฟพื้นทำให้มีควันไฟมากกว่าไฟถ่าน มารดาหลังคลอดจะแสบตาและสำลักควันได้ ซึ่ง เหตุผลหลายประการเหล่านี้ล้วนเป็นเหตุในการเลือกกรรมวิธีการอยู่ไฟของมารดาหลังคลอดในเขต

อำเภอหล่มสัก การศึกษาพบว่ามารดาหลังคลอดในเขตอำเภอหล่มสัก มีการอยู่ไฟชนิดไฟถ่านร้อยละ 80 ชนิดไฟฟืนร้อยละ 16.7 และใช้กระเป๋าน้ำร้อนร้อยละ 3.3 (วิไล พูลศรีและคณะ, 2548: 8-10)

กระบวนการอยู่ไฟนั้น เริ่มต้นด้วยผู้อาวุโสในหมู่บ้านที่มีคาถาอาคมมาทำพิธีดับพิษไฟ โดยผู้ทำพิธีจะกล่าวคาถาแล้วอมน้ำเกลือพ่นไปที่มารดาและทารก ซึ่งเชื่อว่าเมื่อดับพิษไฟดีแล้วจะทนต่อความร้อนได้ดี ไม่ถูกไฟลวก แผลพุพอง และทารกก็จะไม่ถูกความร้อนหรือเกิดผดผื่นด้วย เสร็จพิธีแล้วจึงขึ้นนอนกระดานไฟได้ มารดาหลังคลอดที่อยู่ไฟจะนุ่งผ้าคาดอกและนุ่งผ้าถุงเพื่อให้ร่างกายสัมผัสความร้อนได้อย่างทั่วถึง บ้างก็ขัดหยุ่นด้วยการสวมเสื้อคอกระเช้าและนุ่งผ้าถุง

มารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟยังคงมีแนวทางปฏิบัติคล้ายคลึงกับภาคอื่นๆ ได้แก่ การนั่งหรือนอนใกล้แหล่งความร้อน ถูกจำกัดกิจกรรม ดื่มน้ำร้อน อาบน้ำร้อน และการงดอาหารแสลง โดยมีรายละเอียดดังนี้ การดื่มน้ำร้อนจะเป็นน้ำต้มสุกหรือน้ำต้มสมุนไพรซึ่งจะดื่มไว้บนเตาตลอดเวลาใกล้ๆ กับบริเวณที่มารดาหลังคลอดนอนกระดานไฟ โดยจะให้มารดาดื่มน้ำร้อนบ่อยๆ เชื่อว่าช่วยให้น้ำนมไหลดี มีปริมาณเพียงพอต่อการให้นมบุตร การศึกษาพบว่ามารดาหลังคลอดในเขตอำเภอหล่มสัก มีการดื่มน้ำสมุนไพรดื่มน้ำขณะอยู่ไฟ โดยใช้แก่นฝางต้มในน้ำมีความเชื่อว่าเป็นยาบำรุงโลหิตร่วมกับใช้หัวกระเทียมต้ม ลดอาการท้องอืดและยังกระตุ้นการไหลของน้ำนมอีกด้วย สำหรับการอาบน้ำร้อนจะมีการดื่มน้ำไว้ตลอดเช่นกันใกล้ๆ บริเวณที่มารดานอนอยู่ไฟ สามารถอาบได้บ่อยตามที่ต้องการ ในการอาบนั้นจะไม่ใช้สบู่หรือเครื่องหอมใดๆ ไม่ใช่แชมพูสระผม เชื่อว่าอาจทำให้มารดาหลังคลอดเกิดอาการแพ้หรือเรียกว่า ผิดกรรมได้ และห้ามขัดจี๊โคลเชื่อว่าจากการเบ่งคลอดทำให้เส้นเอ็นและเส้นเลือดในร่างกายเกิดการหย่อนทรุดลง หากขัดถูมากจะทำให้เกิดเส้นเลือดขาดได้ ส่วนการงดอาหารแสลงยังคงคล้ายคลึงกับภาคอื่นๆ พบว่ามารดาหลังคลอดในเขตนี้มีการงดอาหารแสลงร้อยละ 92.4 ส่วนใหญ่นิยมรับประทานประเภทเนื้อหมู ปลา เช่น ต้มจืดหมูแกลง เลียง หมูหรือปลาอย่าง ข้าวจี๊ (ข้าวเหนียวสุกปั้นทาเกลือเป็นก้อนเสียบไม้ย่างไฟ) ไม่รับประทานเนื้อวัว ปลาตูก ผักชะอม จะทำให้เกิดจุกแน่น คลื่นไส้อาเจียน หรือเกิดผดผื่นตามตัว นอกจากนี้มารดาหลังคลอดจะไม่ให้ร่างกายถูกลมพัด เพราะเชื่อว่าจะทำให้เจ็บป่วย เป็นไข้ได้ ดังนั้นบริเวณที่มารดาอยู่ไฟจะกันเป็นห้องให้มิดชิดไม่เกิดลมโกรกตามความเหมาะสม รวมทั้งห้ามออกนอกบริเวณบ้านหรืออยู่ห่างบริเวณที่อยู่ไฟนานเกินไป จะทำให้ร่างกายสูญเสียความร้อนได้ (วิไล พูลศรีและคณะ, 2548: 8-10) ขณะที่อยู่ไฟ มารดาหลังคลอดจะมีมารดาของตนหรือญาติช่วยเลี้ยงดูทารกให้ เมื่อให้นมบุตรจะนํานมบุตรมาให้นมในบริเวณที่ใกล้ๆ กับที่อยู่ไฟ ส่วนสามีจะทำหน้าที่หาเชื้อเพลิงมาเติมให้ ตักน้ำมาให้อาบ ตลอดจนช่วยทำงานบ้าน

ระยะเวลาของการอยู่ไฟ จะอยู่เป็นสัปดาห์ขึ้นไปอาจเป็นวันคู่หรือวันคี่ก็ได้ตามความสมัครใจของมารดาหลังคลอด ถ้าอยู่ได้นานจะยิ่งดีต่อสุขภาพภพหน้าของมารดาเอง แต่หลักสำคัญ

คือ การดูฤกษ์ยามวันที่ออกไฟห้ามตรงกับวันเกิดของมารดาและทารก เชื่อว่าอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพตามมาได้ เมื่ออยู่ไฟครบกำหนดแล้วจะต้องมีการประกอบพิธีกรรมในการออกไฟ เช่นเดียวกับพิธีดับพิษไฟ ผู้ประกอบพิธีจะกล่าวคาถาเสร็จแล้วก็ทำการดับไฟฟืน ถ่านและทำการคว่ำเตา ให้มารดากราบขอขมาบริเวณที่อยู่ไฟเชื่อว่าเป็นการขอบคุณต่อแหล่งที่ให้ประโยชน์ต่อตนเองและไม่ให้เกิดภัยอันตรายใดๆ ตามมาหลังจากออกไฟแล้ว ถือเป็นการเสร็จสิ้นประเพณีการอยู่ไฟ จากแนวทางการปฏิบัติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าในเขตอำเภอหล่มสักยังคงยึดถือวิธีการอยู่ไฟแบบดั้งเดิมค่อนข้างเคร่งครัด เนื่องจากเชื่อในประโยชน์ต่อสุขภาพของมารดาเอง ทั้งยังยึดถือประเพณีที่สืบทอดต่อกันมาจากบรรพบุรุษ ทำให้การอยู่ไฟหลังคลอดเป็นประเพณีความเชื่อที่ยังคงอยู่คู่กับการดำเนินชีวิตในท้องถิ่นแห่งนี้

เมื่ออธิบายประโยชน์ของการอยู่ไฟโดยใช้เหตุผลทางวิทยาศาสตร์ ความร้อนที่ได้รับจะช่วยให้การไหลเวียนของโลหิตเพิ่มขึ้น ขับของเสียออกทางเหงื่อ และปรับสมดุลของอุณหภูมิในร่างกาย ช่วยลดการอักเสบ บวม ปวดของกล้ามเนื้อทั่วร่างกายรวมถึงแผลฝีเย็บ นอกจากนี้ความร้อนยังช่วยให้ชุมชนเกิดการขยายตัวทำให้สิ่งสกปรกถูกขับออกมาพร้อมกับเหงื่อ การอาบน้ำร้อนและดื่มน้ำร้อน จะช่วยในการปรับสมดุลอุณหภูมิในร่างกาย

แม้ว่าการอยู่ไฟจะมีประโยชน์ต่อมารดาหลังคลอด แต่ในทางวิทยาศาสตร์ ยังไม่มีการพิสูจน์หรือเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผลของการอยู่ไฟที่มีต่อภาวะสุขภาพตามความเชื่อดังกล่าว (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2548) จึงเป็นข้อโต้แย้งทางสังคมในปัจจุบันถึงผลดีผลเสียที่แท้จริงของการอยู่ไฟต่อภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด

การทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า แม้จะมีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อและวิธีการเชษุญความเชื่ออย่างแพร่หลาย หากแต่ในกลุ่มมารดาหลังคลอดมีเพียงผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านบทบาทของมารดา ความเชื่อและวิธีการเชษุญความเชื่อในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยงเท่านั้น และการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการอยู่ไฟหลังคลอดพบว่ามีเพียงการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการอยู่ไฟในมารดาหลังคลอดในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย ยังไม่มีการศึกษาว่าเมื่อมารดาหลังคลอดเชษุญต่อสถานการณ์ขณะอยู่ไฟนั้นมารดาหลังคลอดมีการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไร และมีการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการเชษุญความเชื่ออย่างไรในการจัดการหรือบรรเทาความเชื่อที่มีอยู่ให้ลดลง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาระดับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นมารดาหลังคลอดที่คลอดโรงพยาบาลหล่มสัก พักหลังคลอดและอยู่ไฟในเขตอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2550 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2550

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. มีการคลอดทางช่องคลอด
2. มีการอยู่ไฟหลังคลอดครบ 7 วัน ของกำหนดการอยู่ไฟ
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดและหลังคลอด
4. สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้
5. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้หลักเกณฑ์การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของเพรน้อย ลิงห์ช่างชัย (2535: 155) กล่าวไว้ว่า “ ในการวิจัยเชิงสำรวจการพิจารณาขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษานั้นควรจะคำนึงถึงลักษณะข้อมูลที่ต้องการศึกษาและองค์ประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย เนื่องจากขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพียงบางส่วนที่เลือกมาเป็นตัวแทนของประชากรเท่านั้น ดังนั้น ยอดรวม ค่าเฉลี่ย หรือสัดส่วนที่หาได้จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวจึงเป็นเพียงค่าประมาณ โดยวิธีการประมาณจากจำนวนประชากรดังนี้ หากจำนวนประชากรต่อปีมีจำนวนหลักร้อย การเก็บรวบรวมกลุ่มตัวอย่างควรจะคำนวณขนาดร้อยละ 25 ของจำนวนประชากร ถ้าประชากรต่อปีมีจำนวนหลักพัน การเก็บรวบรวมกลุ่มตัวอย่างควรจะคำนวณขนาดร้อยละ 10 ของจำนวนประชากร” (เพรน้อย ลิงห์ช่างชัย, 2535)

จากสถิติของโรงพยาบาลหล่มสักในปี พ.ศ. 2548 มีจำนวนมารดาที่คลอดทางช่องคลอดจำนวน 1,316 ราย และในจำนวนนี้พบว่า 1,251 ราย มีการอยู่ไฟหลังคลอด (รายงานสถิติประจำปี โรงพยาบาลหล่มสัก, 2548: 18-19) จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยนำมาคำนวณขนาดตัวอย่างได้ 125 ราย

สถานที่เก็บข้อมูล

บ้านพักอาศัยของมารดาหลังคลอดที่ผ่านการคลอดจากโรงพยาบาล และปฏิบัติการใช้ไฟในระยะหลังคลอด

พื้นที่ในเขตอำเภอหล่มสัก มีพื้นที่ทั้งหมด 1,535.35 ตร.กม. ซึ่งมีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 162,293 ราย ประกอบด้วยตำบลทั้งหมด 23 ตำบล จำนวน 221 หมู่บ้าน และสถานีอนามัยจำนวน 31 แห่ง (รายงานการสำรวจพื้นที่เขตอำเภอหล่มสัก สำนักที่ว่าการอำเภอหล่มสัก, 2547; [http:// www.tumbon.com](http://www.tumbon.com)) ซึ่งแสดงอาณาเขตพื้นที่อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ตามแผนที่ดังนี้

แผนที่อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์



หมายเหตุ ตำแหน่งของ * คือ สถานที่ตั้งของโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบวัดระดับความเครียด

ส่วนที่ 3 แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียด

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว ประสบการณ์การอยู่ไฟ รูปแบบการอยู่ไฟ และการปฏิบัติกิจกรรมขณะอยู่ไฟของมารดาหลังคลอด

แบบวัดระดับความเครียด

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของสปีลเบอร์กเกอร์และคณะ (Spielberger, et al, 1970: 20-21) ชื่อว่า The State Anxiety Inventory Form X-I ที่พุ่มพวง จิรากุล (2539) ดัดแปลงมาจากฉบับภาษาไทยที่แปลโดย นิตยา ษภักดี, สายฤดี วรกิจโกคาทร และมาลี นิสสัยสุข (2526) แบบสอบถามมีจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ

ลักษณะของคำตอบแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) แบ่งระดับความรู้สึกได้ 4 ระดับ ดังนี้

ไม่รู้สึกเลย หมายถึง เมื่อผู้ตอบรู้สึกว่าคุณความนั้นไม่ตรงกับ
ความรู้สึกของผู้ตอบเลย

รู้สึกบ้างเล็กน้อย หมายถึง เมื่อผู้ตอบรู้สึกว่าคุณความนั้นตรงกับความรู้สึก
ของผู้ตอบบ้างเล็กน้อย

รู้สึกพอสมควร หมายถึง เมื่อผู้ตอบรู้สึกว่าคุณความนั้นตรงกับความรู้สึก
ของผู้ตอบมากพอสมควร

รู้สึกมากที่สุด หมายถึง เมื่อผู้ตอบรู้สึกว่าคุณความนั้นตรงกับความรู้สึก
ของผู้ตอบมากที่สุด

การให้คะแนนและการแปลความหมาย

แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญนี้เป็นแบบวัดระดับความรู้สึก
เครียดที่เกิดขึ้นขณะทำแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อคำถามที่แสดงถึงความรู้สึกในทางบวก

จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 2 5 8 10 11 15 16 19 20 ข้อคำถามที่แสดงถึงความรู้สึกในทางลบจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3 4 6 7 9 12 13 14 17 18

เกณฑ์การให้คะแนนในข้อคำถามที่แสดงถึงความรู้สึกทางลบ ให้คะแนนดังนี้

ไม่รู้สึกเลย	ให้คะแนนเป็น	1	คะแนน
รู้สึกบ้างเล็กน้อย	”	2	คะแนน
รู้สึกพอสมควร	”	3	คะแนน
รู้สึกมากที่สุด	”	4	คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนในข้อคำถามที่แสดงถึงความรู้สึกทางบวก ให้คะแนนดังนี้

ไม่รู้สึกเลย	ให้คะแนนเป็น	4	คะแนน
รู้สึกบ้างเล็กน้อย	”	3	คะแนน
รู้สึกพอสมควร	”	2	คะแนน
รู้สึกมากที่สุด	”	1	คะแนน

การคำนวณคะแนนของแบบสอบถามนั้น คะแนนรวมทั้งหมดของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน โดยมีคะแนนสูงสุด 80 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 20 คะแนน คะแนนรวมมาก แสดงว่า มารดาหลังคลอดมีความเครียดขณะอยู่ไฟสูง คะแนนรวมน้อย แสดงว่า มารดาหลังคลอดมีความเครียดขณะอยู่ไฟต่ำ การแปลความหมายของคะแนนในการศึกษาครั้งนี้ใช้ควอไทล์ (quartile) แบ่งคะแนนความวิตกกังวลออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนรวม 20 – 35 คะแนน หมายความว่า มีความเครียดระดับต่ำ

คะแนนรวม 36 – 65 คะแนน หมายความว่า มีความเครียดระดับปานกลาง

คะแนนรวม 66 – 80 คะแนน หมายความว่า มีความเครียดระดับสูง

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

สปีลเบอ์เจอร์และคณะ (Spielberger, et al, 1970: 11) ได้ตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) ของแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ โดยนำไปทดสอบในนักศึกษาระดับอุดมศึกษาของมหาวิทยาลัยรัฐฟลอริดาจำนวน 197 ราย ในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน คือ ภาวะที่ไม่ตึงเครียด (nonstressful condition) ได้แก่ ขณะฝึกการผ่อนคลายและช่วงเวลาริมน้ำ กับภาวะตึงเครียด (stressful condition) ได้แก่ การสอบและการดูภาพยนตร์ที่เครียด ผลปรากฏว่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลขณะเผชิญภาวะตึงเครียดสูงกว่าภาวะไม่ตึงเครียด

เกือบทุกข้อคำถามแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงว่าแบบประเมินมีความตรงตามโครงสร้างและนำผลการทดสอบไปคำนวณสัมประสิทธิ์อัลฟา (coefficient alpha) พบว่ามีค่าเท่ากับ .83 ถึง .94

ส่วนแบบประเมินฉบับภาษาไทยนั้น นิตยา คชภักดี สายฤดี วรกิจโกคาทร และมาลี นิสสัยสุข (2526) ได้นำแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสปีตเบอร์เจอร์และคณะ (Spielberger, et al., 1970) มาแปลเป็นภาษาไทยและตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมทางด้านภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านเครื่องมือและภาษา รวมถึงนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้ ชมชื่น สมประเสริฐ (2526: 61-64) ได้นำเครื่องมือดังกล่าวไปทดสอบความเชื่อมั่นในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2523-2524 โดยใช้วิธีการทดสอบซ้ำห่างกัน 24 วัน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .27 (ชมชื่น สมประเสริฐ, 2526) ต่อมาผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้อย่างแพร่หลายกับกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน อาทิ ผู้ป่วยครรภ์แรกที่กำลังคลอดทางหน้าท้องได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 (กัญจน์ พติยะ, 2530: 58) ผู้ป่วยที่กำลังผ่าตัดคลอดได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 (ดวงกมล พึ่งประเสริฐ, 2534: 58) หญิงครรภ์แรกขณะคลอดได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 (อุษา เชื้อหอม, 2534: 37) หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอดได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 (ชไมพร โนนศรีชัย, 2536: 50) มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 (พุ่มพวง จิรากุล, 2539: 36) และนำไปวัดความวิตกกังวลของผู้คลอดได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 (สุธีรัตน์ ธาราศักดิ์, 2540: 46)

ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของพุ่มพวง จิรากุล (2539) มาใช้โดยนำมาดัดแปลงข้อคำถามให้เหมาะสมกับมารดาหลังคลอดที่อยู่ไฟ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) และความถูกต้องชัดเจนของภาษา โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลมารดาหลังคลอดจำนวน 4 ท่าน และด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 ท่าน ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย คำนวณค่า Chronbach's alpha coefficient ได้ค่าเท่ากับ .84

แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียด

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (The Jalowiec Coping Scale, 1988) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยสุรางค์ เปื้องเดช (2533) และนำมาดัดแปลงโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยวิธีการเผชิญความเครียด 3 วิธี คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาความรู้สึกเครียด

แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (The Jalowiec Coping Scale, 1988) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1979 ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและลอเนียร์ (Lazarus & Launier, 1978: 300 cited in Jalowiec & Powers, 1981: 11) ประกอบด้วยข้อความที่เป็นวิธีการเผชิญความเครียดจำนวน 40 ข้อ ต่อมาในปี ค.ศ. 1988 จาโลวีกได้ปรับปรุงแบบสอบถามใหม่ โดยลดจำนวนข้อความในแบบสอบถามลงเหลือจำนวน 36 ข้อ ครอบคลุมวิธีการเผชิญความเครียด 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา 13 ข้อ (ข้อ 2, 5, 11, 15, 16, 17, 22, 27, 28, 29, 31, 32, และ 34) ด้านการจัดการกับอารมณ์ 9 ข้อ (ข้อ 1, 6, 9, 12, 13, 19, 21, 23, และ 24) และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด 14 ข้อ (ข้อ 3, 4, 7, 8, 10, 14, 18, 20, 25, 26, 30, 33, 35, และ 36) ต่อมาสุรางค์ เปื้องเดช (2533: 30-32) ได้นำแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวีกดังกล่าว (Jalowiec, 1988) มาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยการตอบแบบสอบถามนั้น ผู้ตอบจะเป็นผู้ประเมินตนเองว่าได้ใช้วิธีการเหล่านั้นหรือไม่ และบอเพียงใดในสถานการณ์ที่เป็นภาวะเครียด

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) มีระดับคะแนน 5 อันดับ ให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของการใช้วิธีการเผชิญความเครียด ดังนี้

ไม่เคยใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียด	ได้ 1 คะแนน
ใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดนานๆ ครั้ง	ได้ 2 คะแนน
ใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดบางครั้ง	ได้ 3 คะแนน
ใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดบ่อยครั้ง	ได้ 4 คะแนน
ใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดทุกครั้ง	ได้ 5 คะแนน

การคำนวณคะแนนของแบบสอบถามนั้น คะแนนรวมของทั้งหมดแบบสอบถามจะมีค่าอยู่ระหว่าง 36-180 คะแนน ถ้าคะแนนรวมสูง แสดงว่า มารดาหลังคลอดใช้วิธีการเผชิญความเครียดมาก โดยแยกเป็นคะแนนรวมของแต่ละด้านดังนี้

ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	มีคะแนนรวม 13-65 คะแนน
ด้านการจัดการกับอารมณ์	มีคะแนนรวม 9-45 คะแนน
ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด	มีคะแนนรวม 14-70 คะแนน

ในการคำนวณด้วยคะแนนจริงดังกล่าวพบว่า มีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างในการใช้การเผชิญความเครียดรายด้านได้ เนื่องจากแต่ละด้านมีจำนวนข้อไม่เท่ากัน เพื่อหลีกเลี่ยงข้อจำกัดดังกล่าว ไวทาเลียโน ไมยูโร รูโซและเบ็คเคอร์ (Vitaliano, Maiuro, Russo, & Becker, 1987: 1-18) ใช้เกณฑ์จากการคำนวณด้วยคะแนนสัมพัทธ์ (relative score) เป็นคะแนนที่ได้จากการคำนวณค่าเฉลี่ย (mean score items) ของการเผชิญความเครียดแต่ละด้านต่อผลรวมค่าเฉลี่ยการเผชิญความเครียดทุกด้าน การแปลผลคะแนนสัมพัทธ์จะบอกถึงสัดส่วนของการพยายามใช้การเผชิญความเครียดรายด้านเมื่อเทียบกับการเผชิญปัญหาที่ใช้จากทุกด้าน คะแนนสัมพัทธ์เฉลี่ยด้านใดมากแสดงว่าบุคคลใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นมาก

ผู้วิจัยได้แบ่งระดับของคะแนนวิธีการเผชิญความเครียดทั้งรายด้านและรายข้อ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-5 แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ ไม่เคยใช้ นานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนน ดังนี้

0.00 – 1.00	คะแนน	หมายถึง	ไม่เคยใช้วิธีการเผชิญความเครียด
1.01 – 2.00	คะแนน	หมายถึง	ใช้วิธีการเผชิญความเครียดนานๆ ครั้ง
2.01 – 3.00	คะแนน	หมายถึง	ใช้วิธีการเผชิญความเครียดบางครั้ง
3.01 – 4.00	คะแนน	หมายถึง	ใช้วิธีการเผชิญความเครียดบ่อยครั้ง
4.01 – 5.00	คะแนน	หมายถึง	ใช้วิธีการเผชิญความเครียดทุกครั้ง

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

จาโลวีกได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดที่สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1979 พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเครียด วิธีการเผชิญความเครียดและการปรับตัวต่างๆ โดยอาศัยแนวคิดของลาซารัสและลอเนียร์ (Lazarus & Launier, 1978 cited in Jalowiec & Power, 1981: 11) นำไปให้พยาบาลและนักศึกษาปริญญาโทจำนวน 20 คน ร่วมกันพิจารณา ผลปรากฏว่าร้อยละ 85 มีความเห็นตรงกันในเนื้อหาของแบบวัดและได้นำเครื่องมือไปหาความตรงของโครงสร้าง (construct validity) โดยนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,400 ราย ประกอบไปด้วยผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย พยาบาล และนักศึกษาระดับปริญญาตรีพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีวิธีการเผชิญความเครียด 3 ด้าน และในวิธีการเผชิญความเครียด 40 ข้อ พบว่ามี 4 ข้อที่มีค่าน้ำหนักขององค์ประกอบ (factor loading) น้อยกว่า 2.5 เป็นค่าที่ต่ำกว่าระดับการยอมรับจึงตัดข้อคำถามออก ได้แก่ การร้องไห้ การดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ การใช้ยาและการทำสมาธิโยคะ จึงเหลือวิธีการเผชิญความเครียด 36 ข้อ แบ่งออกเป็น

3 ด้าน คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive) 13 ข้อ ด้านการจัดการกับอารมณ์ (emotive) 9 ข้อ และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด (palliative) 14 ข้อ ผลการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือพบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคโดยรวมเท่ากับ .95 และรายด้าน คือ ด้านที่ 1 เท่ากับ .85, ด้านที่ 2 เท่ากับ .70, และด้านที่ 3 เท่ากับ .75 (Jalowiec, 1988: 301-302)

สำหรับฉบับภาษาไทยนั้น สุรางค์ เปื้องเดช (2533: 30-32) ได้นำเครื่องมือวัดวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวีกฉบับปรับปรุง (Jalowiec, 1988) ซึ่งประกอบด้วย การเผชิญความเครียด 3 ด้าน มี 36 ข้อ นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 20 ราย และกลุ่มตัวอย่างที่ได้ศึกษาทั้งหมด 60 ราย หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคโดยรวมได้เท่ากับ .77 และ .84 ตามลำดับ และได้มีผู้วิจัยนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน อาทิ ปิยะเนตร กาญจนเจริญ (2541) นำไปใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจำนวน 150 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .88 (ปิยะเนตร กาญจนเจริญ, 2541: 48) เบญจวรรณ เอกะสิงห์ (2541) นำไปใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานจำนวน 60 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .80 (เบญจวรรณ เอกะสิงห์, 2541: 58) บุญกร ประภาพรสุข (2544) นำไปใช้กับสตรีที่มีบุตรยากจำนวน 180 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .81 (บุญกร ประภาพรสุข, 2544: 41) และกาญจนา นะรมรัมย์ (2546) นำไปใช้ในหญิงตั้งครรภ์ที่รอผ่าตัดทางหน้าท้องจำนวน 110 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .97 (กาญจนา นะรมรัมย์, 2546)

ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของสุรางค์ เปื้องเดช (2533) มาใช้โดยนำมาดัดแปลงข้อคำถามให้เหมาะสมกับมารดาหลังคลอดที่อยู่ไฟ และนำแบบทดสอบไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมทางภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญในการพยาบาลมารดาหลังคลอด สาขามารดาและทารกแรกเกิด 4 ท่าน และการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 ท่าน นำมาปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้ในมารดาหลังคลอดที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย คำนวณค่า Chronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยต้องผ่านการอนุมัติการทำวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลเป็นที่เรียบร้อยแล้ว มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ในการขอความร่วมมือเก็บข้อมูลจากมารดาหลังคลอดขณะพักฟื้นที่โรงพยาบาล และกลับไปอยู่ไฟหลังคลอดที่บ้าน
2. เมื่อได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบติดต่อประสานงานหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าแผนกหลังคลอดโรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อและเวชระเบียนของมารดาหลังคลอดที่ผ่านการคลอดทางช่องคลอด และปราศจากภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดและหลังคลอด
4. ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตนเองกับมารดาหลังคลอดและสอบถามข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการอยู่ไฟระยะหลังคลอด รวมถึงซักถามวันที่เริ่มอยู่ไฟ ในรายที่มีการอยู่ไฟผู้วิจัยจะขออนุญาตมารดาหลังคลอดนัดหมายในการติดตามเยี่ยมบ้าน
5. เมื่อครบ 1 สัปดาห์นับตั้งแต่เริ่มการปฏิบัติกิจกรรมการอยู่ไฟหลังคลอด ผู้วิจัยจะติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลจากการติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอดที่บ้าน โดยประสานงานไปยังสถานีอนามัยในการนำไปยังบ้านของมารดาหลังคลอด ขอความร่วมมือและความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์แบบบันทึกรายชื่อข้อมูลส่วนบุคคลและให้กลุ่มตัวอย่างทำการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามในแต่ละรายประมาณ 20-30 นาที
6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลจากแบบสอบถามอีกครั้ง ถ้าพบว่าข้อมูลส่วนหนึ่งส่วนใดหายไป ผู้วิจัยซักถามจากมารดาหลังคลอดเพิ่มเติมจนครบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลแบบสอบถามที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างนำมาแจกแจงและวิเคราะห์ค่าตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/ FW (statistical package for the social science/ for windows) โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอดที่อยู่ไฟ

วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของมารดาหลังคลอดจำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว ประสบการณ์การอยู่ไฟ รูปแบบการอยู่ไฟ และการปฏิบัติกิจกรรมขณะอยู่ไฟ

2. คะแนนระดับความเครียด

วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) โดยหาจำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความเบี่ยงของคะแนนระดับความเครียดในมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ

3. คะแนนการเผชิญความเครียด

วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) โดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนจริงการเผชิญความเครียด รวมทั้งใช้ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสัมพัทธ์วิธีการเผชิญความเครียดในมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟทั้งโดยรวม รายด้าน และรายข้อ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาระดับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดในมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ โดยทำการศึกษาในมารดาหลังคลอดที่มีการอยู่ไฟในเขตอำเภอห้วยสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2550 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2550 ผลการวิจัยจะเสนอตามลำดับดังนี้ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความเครียด และวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดที่มีการอยู่ไฟ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นมารดาหลังคลอดที่มีการอยู่ไฟ จำนวน 125 คน มีอายุระหว่าง 16–43 ปี ค่าเฉลี่ย 25.7 ปี กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 20–29 ปีมากที่สุด พบร้อยละ 56 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด พบร้อยละ 49.6 รองลงมาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น พบร้อยละ 30.4 ประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย พบร้อยละ 75.2 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 125)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 20	22	17.6
20 - 29	70	56.0
30 - 39	32	25.6
ตั้งแต่ 40 ขึ้นไป	1	.8
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	62	49.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	38	30.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	20	16.0
อนุปริญญา/ ปวส.	1	.8
ปริญญาตรี	4	3.2
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 5,000	84	67.2
5,001 - 10,000	28	22.4
10,001 - 15,000	8	6.4
มากกว่า 15,000	5	4.0
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	31	24.8
ครอบครัวขยาย	94	75.2

ลักษณะการอยู่ไฟของมารดาหลังคลอด

ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 50.4 ของกลุ่มตัวอย่างมีการอยู่ไฟหลังคลอดเป็นครั้งแรก และร้อยละ 39.2 เคยมีประสบการณ์การอยู่ไฟหลังคลอดมาแล้ว 1 ครั้ง รูปแบบการอยู่ไฟหลังคลอด พบว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ไฟแบบใช้กองไฟ ร้อยละ 40.8 นอกจากนั้นยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.2 ใช้รูปแบบการอยู่ไฟ 2 วิธี ร่วมกัน คือ ใช้กองไฟร่วมกับการใช้ความร้อนวางบริเวณหน้าท้อง การปฏิบัติกิจกรรมขณะอยู่ไฟ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการนั่งหรือนอนใกล้แหล่งความร้อน จำกัดกิจกรรมขณะอยู่ไฟ ดื่มน้ำร้อนหรือน้ำต้มสมุนไพร อาบน้ำร้อนหรือน้ำต้มสมุนไพร และงดอาหารแสลง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะการอยู่ไฟของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประสบการณ์การอยู่ไฟ รูปแบบการอยู่ไฟ และการปฏิบัติกิจกรรมขณะอยู่ไฟหลังคลอด (n = 125)

ลักษณะการอยู่ไฟหลังคลอด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประสบการณ์การอยู่ไฟ		
ไม่เคยมีประสบการณ์	63	50.4
มีประสบการณ์ 1 ครั้ง	49	39.2
เคยมีประสบการณ์มากกว่า 1 ครั้ง	13	10.4
รูปแบบการอยู่ไฟ		
ใช้กองไฟ	51	40.8
ใช้กองไฟร่วมกับการใช้ความร้อนวางบริเวณหน้าท้อง	74	59.2

ตารางที่ 2 ลักษณะการอยู่ไฟของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประสบการณ์การอยู่ไฟ
รูปแบบการอยู่ไฟ และการปฏิบัติกิจกรรมขณะอยู่ไฟหลังคลอด ($n = 125$) (ต่อ)

ลักษณะการอยู่ไฟหลังคลอด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การปฏิบัติกิจกรรมขณะอยู่ไฟ		
นั่งหรือนอนใกล้แหล่งความร้อน	125	100
จำกัดกิจกรรม	125	100
ดื่มน้ำร้อนหรือน้ำต้มสมุนไพร	125	100
อาบน้ำร้อนหรือน้ำต้มสมุนไพร	125	100
งดอาหารแสลง	125	100

ระดับความเครียดของมารดาหลังคลอดที่มีการอยู่ไฟ

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความเครียดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 24 – 67 คะแนน จากคะแนนที่เป็นไปได้ระหว่าง 20 – 80 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 40.27 คะแนน มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.90 และค่าความเบ้ .76 คะแนน ลักษณะของข้อมูลมีความเบ้ขวา ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความเบ้ของคะแนนความเครียด
ของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 125$)

ตัวแปร	คะแนนต่ำสุด - สูงสุด		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าความเบ้
	ค่าที่เป็นไปได้ ค่าที่เป็นจริง				
ระดับความเครียด	20-80	24 – 67	40.27	8.90	.76

เมื่อจำแนกระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า 82 ราย มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.6 รองลงมาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 41 ราย มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 32.8 และกลุ่มตัวอย่าง 2 ราย มีความเครียดอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 1.6 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความเครียด (n = 125)

ระดับของความเครียด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	41	32.8
ระดับปานกลาง	82	65.6
ระดับสูง	2	1.6

วิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนของการเผชิญความเครียดอยู่ระหว่าง 41-132 คะแนน จากคะแนนที่เป็นไปได้ 36-180 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 85.55 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.62

เมื่อพิจารณาการเผชิญความเครียดรายด้านพบว่า ด้านการเผชิญปัญหา มีคะแนนอยู่ระหว่าง 17-60 คะแนน จากคะแนนที่เป็นไปได้ 13-65 คะแนน เฉลี่ย 36.99 คะแนน มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.86 ด้านการจัดการกับอารมณ์ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 9-26 คะแนน จากคะแนนที่เป็นไปได้ 9-45 คะแนน เฉลี่ย 14.32 คะแนน มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.63 และด้านการบรรเทาความเครียด มีคะแนนอยู่ระหว่าง 15-57 คะแนน จากคะแนนที่เป็นไปได้ 14-70 คะแนน เฉลี่ย 34.24 คะแนน มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.34 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คะแนน ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเผชิญความเครียด

จำแนกรายด้านและโดยรวมจากคะแนนจริง (raw score) (n = 125)

วิธีการเผชิญความเครียด	คะแนนต่ำสุด – สูงสุด		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง		
คะแนนรวม	36 – 180	41 – 132	85.55	15.62
การเผชิญหน้ากับปัญหา	13 – 65	17 – 60	36.99	7.86
การจัดการกับอารมณ์	9 – 45	9 – 26	14.32	3.63
การบรรเทาความเครียด	14 – 70	15 – 57	34.24	7.34

เมื่อวิเคราะห์คะแนนการเผชิญความเครียดรายข้อของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าจำนวน 120 ราย ใช้วิธีเผชิญความเครียดด้วยการพยายามมองปัญหาอย่างรอบคอบครบถ้วนรอบด้านมากที่สุดในด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา มีคะแนนระหว่าง 1-5 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 3.44 คะแนน มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.06 และจำนวน 7 ราย ใช้วิธีระบายความเครียดโดยรับประทานอาหารมากขึ้น ในด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด มีคะแนนระหว่าง 1-3 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 1.07 คะแนน มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .32 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 วิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดที่อยู่ไฟำแนกรายข้อ (n = 125)

ลำดับที่	วิธีการเผชิญความเครียด	N	ต่ำสุด ถึงสูงสุด	ค่า เฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ด้านการเผชิญ ความเครียด
1	พยายามมองปัญหาอย่างรอบคอบ.....	120	1-5	3.44	1.06	เผชิญกับปัญหา
2	ปลอบใจตัวเองว่า “อย่ากังวลไปเลย.....”	117	1-5	3.35	1.15	บรรเทาความเครียด
3	ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง	113	1-5	3.18	1.21	บรรเทาความเครียด
4	พยายามควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะทำได้	118	1-5	3.12	1.05	เผชิญกับปัญหา
5	พูดคุยปัญหากับผู้ที่เคยอยู่ในสถานการณ์..	109	1-5	3.10	1.20	เผชิญกับปัญหา
6	พยายามมองความสำคัญของสถานการณ์..	119	1-5	3.06	1.01	เผชิญกับปัญหา
7	คิดหวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น	111	1-5	3.04	1.13	บรรเทาความเครียด
8	พยายามแยกปัญหาออกเป็นส่วนๆ เพื่อว่า..	115	1-5	3.00	1.04	เผชิญกับปัญหา
9	ยอมรับในสิ่งที่ตรงลงมาจากสิ่งที่ต้องการ	111	1-5	2.99	1.13	บรรเทาความเครียด
10	ทดลองแก้ปัญหามากๆ วิธีเพื่อดูว่าวิธีใด..	109	1-5	2.97	1.16	เผชิญกับปัญหา
11	ค้นหาข้อมูลใหม่ๆ เกี่ยวกับสถานการณ์เพื่อ	109	1-5	2.87	1.05	เผชิญกับปัญหา
12	ตั้งเป้าหมายให้ชัดเจนในการแก้ปัญห	107	1-5	2.85	1.16	เผชิญกับปัญหา
13	พยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้....	96	1-5	2.78	1.36	เผชิญกับปัญหา
14	พยายามลืมปัญหาและนึกถึงสิ่งอื่นแทน	109	1-5	2.75	1.08	บรรเทาความเครียด
15	คิดหาวิธีต่างๆ เพื่อแก้ปัญหหรือควบคุม..	105	1-5	2.75	1.12	เผชิญกับปัญหา
16	เตรียมพร้อมรับเหตุการณ์ร้ายแรงที่อาจ..	94	1-5	2.66	1.28	จัดการกับอารมณ์
17	แสวงหาการปลอบใจหรือความช่วยเหลือ	96	1-5	2.63	1.14	เผชิญกับปัญหา

ตารางที่ 6 วิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดที่อยู่ไฟจำแนกรายข้อ (n=125) (ต่อ)

ลำดับที่	วิธีการเผชิญความเครียด	N	ต่ำสุด ถึงสูงสุด	ค่า เฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ด้านการเผชิญ ความเครียด
18	ปล่อยให้คนอื่น เช่น ญาติ เพื่อน สามี..	87	1-5	2.43	1.14	บรรเทาความเครียด
19	นอนหลับโดยคิดว่าเมื่อตื่นขึ้นมาปัญหา..	85	1-5	2.41	1.24	บรรเทาความเครียด
20	ไม่ทำอะไรเลย หวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหา..	88	1-5	2.37	1.11	บรรเทาความเครียด
21	พยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่เกิดขึ้น	94	1-5	2.27	.99	เผชิญกับปัญหา
22	ทำอะไรก็ได้เพียงว่าจะมีอะไรทำเพื่อแก้..	84	1-5	2.19	1.06	บรรเทาความเครียด
23	ระบายความเครียดด้วยการออกแรงหรือ..	83	1-4	2.15	.94	เผชิญกับปัญหา
24	ครุ่นคิดกังวลใจเกี่ยวกับปัญหา	92	1-5	2.15	.85	จัดการกับอารมณ์
25	ปลงตกเพราะเป็นเรื่องโชคชะตาของตน..	70	1-5	2.05	1.16	บรรเทาความเครียด
26	สวดมนต์อ่อนน้อมสิ่งศักดิ์สิทธิ์	69	1-5	2.04	1.16	บรรเทาความเครียด
27	ปลงตกเพราะเหมือนว่าหมดทางแก้ไข..	66	1-5	2.00	1.15	บรรเทาความเครียด
28	แสดงความหงุดหงิด กระวนกระวายใจ	71	1-4	1.93	.95	จัดการกับอารมณ์
29	วางแผนต่อปัญหา คิดเสียว่าสิ่งต่างๆ ...	58	1-5	1.86	1.08	บรรเทาความเครียด
30	พยายามหนีจากสถานการณ์ที่เป็นอยู่	46	1-4	1.58	.88	บรรเทาความเครียด
31	ปลีกตัวอยู่คนเดียวตามลำพัง	49	1-4	1.57	.82	จัดการกับอารมณ์
32	คิดฝันในสิ่งที่ไม่เป็นจริง เหม่อลอย	23	1-3	1.30	.70	จัดการกับอารมณ์
33	ระบายความเครียดกับสิ่งของหรือคนอื่น	21	1-3	1.22	.54	จัดการกับอารมณ์
34	โกรธ โวยวาย สาปแช่งสิ่งต่างๆ	20	1-4	1.22	.55	จัดการกับอารมณ์
35	โทษคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา	16	1-4	1.21	.60	จัดการกับอารมณ์
36	ระบายความเครียดโดยรับประทานอาหาร..	7	1-3	1.07	.32	จัดการกับอารมณ์

เมื่อวิเคราะห์คะแนนสัมพัทธ์การเผชิญความเครียดรายด้านและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างพบว่าสัดส่วนของการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาคิดเป็น .43 เป็นด้านที่มารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟเลือกใช้มากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการบรรเทาความรู้สึกรุนแรง คิดเป็น .40 คะแนน และด้านจัดการกับอารมณ์เป็นด้านที่มารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟเลือกใช้น้อยที่สุด คิดเป็น .17 คะแนนตามลำดับ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 คะแนนสัมพัทธ์ของวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง
จำแนกรายด้านและโดยรวม (n = 125)

การเผชิญความเครียด	คะแนนต่ำสุด - สูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	.32 – .53	.43	.04
ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด	.32 – .49	.40	.04
ด้านจัดการกับอารมณ์	.10 – .27	.17	.03

จากการวิเคราะห์วิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดที่มีการอยู่ไฟ แสดงให้เห็นวิธีการเผชิญความเครียด 5 อันดับแรกที่มีมารดาหลังคลอดเลือกใช้มากที่สุดและน้อยที่สุดขณะอยู่ไฟ ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียด 5 อันดับแรกที่มีมารดาหลังคลอดเลือกใช้มากที่สุดนั้น เป็นวิธีการเผชิญความเครียดในด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา 3 อันดับและการบรรเทาความรู้สึกเครียด 2 อันดับ ได้แก่ การพยายามมองปัญหาอย่างรอบคอบ พุดคุยปัญหากับผู้ที่เคยอยู่ในสถานการณ์เดียวกันมาก่อน พยายามควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะทำได้ ปลอดภัยตัวเองว่า “อย่ากังวลไปเลย ทุกสิ่งทุกอย่างจะเป็นไปในทางที่ดีขึ้นเอง” และยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง ส่วนวิธีการเผชิญความเครียดที่มีมารดาหลังคลอดเลือกใช้น้อยที่สุด เป็นวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ทั้ง 5 อันดับ ได้แก่ ระบายความเครียดโดยรับประทานอาหาร โทษคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา โกรธไว้วางยาฆ่าแมลงสิ่งต่างๆ ระบายความเครียดกับสิ่งของหรือคนอื่น และคิดฝันในสิ่งที่ไม่เป็นจริง เหมือนลอย ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละของวิธีการเผชิญความเครียด 5 อันดับแรกที่ใช้มากที่สุดและน้อยที่สุด
ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 125)

วิธีการเผชิญความเครียด	จำนวน	ร้อยละ	ด้านการเผชิญความเครียด
วิธีการเผชิญความเครียด 5 อันดับแรกที่ใช้มากที่สุด			
1. พยายามมองปัญหาอย่างรอบคอบ..	120	96	เผชิญกับปัญหา
2. พูดคุยปัญหากับผู้ที่เคยอยู่ในสถานการณ์	119	95.2	เผชิญกับปัญหา
3. พยายามควบคุมสถานการณ์เท่าที่...	118	94.4	เผชิญกับปัญหา
4. ปลอบใจตัวเองว่า “อย่ากังวลไปเลย..	117	93.6	บรรเทาความเครียด
5. ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง	113	90.4	บรรเทาความเครียด
วิธีการเผชิญความเครียด 5 อันดับแรกที่ใช้最少ที่สุด			
1. ระบายความเครียดโดยรับประทานอาหาร	7	5.6	จัดการกับอารมณ์
2. โทษคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา	16	12.8	จัดการกับอารมณ์
3. โกรธ โวยวาย สาปแช่งสิ่งต่างๆ	20	16.0	จัดการกับอารมณ์
4. ระบายความเครียดกับสิ่งของหรือคนอื่น	21	16.8	จัดการกับอารมณ์
5. คิดฝันในสิ่งที่ไม่เป็นจริง เหม่อลอย	23	18.4	จัดการกับอารมณ์

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ ซึ่งผลการวิจัยนั้นประเด็นที่นำมาอภิปรายผล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความเครียด และวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ

ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟจำนวน 125 ราย มีอายุในช่วง 20 – 29 ปี มากที่สุด มีอายุเฉลี่ย 25.76 ปี พบร้อยละ 56 (ตารางที่ 1) ซึ่งเป็นช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และมีวุฒิภาวะสมบูรณ์เหมาะสมต่อบทบาทของการเป็นมารดา (ศรีธรรม ธนะภูมิ, 2535: 84 อ้างใน จันทกานต์ อังคนวัณนันทน์, 2540: 58) หากมารดาที่มีอายุน้อยจะมีปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัวตามพัฒนาการและบทบาทของการเป็นมารดา อันเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งในบทบาทรู้สึกคับข้องใจและเกิดภาวะเครียดได้ (Dormine, et al., 1987: 334-335 อ้างใน จันทกานต์ อังคนวัณนันทน์, 2540: 26) นอกจากนี้ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้มารดาหลังคลอดพัฒนาความรู้ความสามารถ นำสิ่งที่เรียนรู้นำมาใช้ในการแปลวิเคราะห์และปรับตัวต่อปัญหาอย่างมีเหตุผล (Wallace, 1978) ซึ่งในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด พบร้อยละ 49.6 รองลงมาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น พบร้อยละ 30.4 (ตารางที่ 1) อันเนื่องมาจากมีฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวค่อนข้างต่ำ นั่นคือ ประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 67.2 ซึ่งเมื่อสิ้นสุดการศึกษาภาคบังคับแล้วไม่สามารถศึกษาต่อได้ ต้องออกมาช่วยเหลือครอบครัวในการประกอบอาชีพเกษตรกรรม ด้วยสาเหตุนี้จึงส่งผลให้ระดับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ประกอบด้วยเขตพื้นที่ที่ทำการศึกษานี้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนมากถึงร้อยละ 85 (ข้อมูลพื้นที่ในเขตอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ cited in www.tumbon.ac.th, 2547) นับเป็นอีกสาเหตุหนึ่งของความเชื่อที่สำคัญในการเลือกอยู่ไฟหลังคลอด จากคำบอกเล่าของญาติและมารดาหลังคลอดที่อยู่ไฟล้วนเชื่อว่าผู้ที่ประกอบอาชีพ อาชีพ เกษตรกรรม รับจ้างต่างๆ เป็นต้น ถือว่าเป็นอาชีพที่ต้องใช้แรงงาน จำเป็นต้องอยู่ไฟ

หลังคลอด เพราะจะช่วยให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงในภายหลัง สามารถทำงานได้ตามปกติ หากไม่อยู่ไฟระยะหลังคลอดจะทำให้ปวดตามข้อกระดูก เกิดการเจ็บป่วยตามมาได้ ซึ่งสอดคล้องกับหลายงานวิจัยพบว่าวัตถุประสงค์ของการอยู่ไฟส่วนใหญ่เชื่อว่าช่วยให้สุขภาพร่างกายกลับคืนสู่สภาวะปกติเร็วขึ้น เกิดภาวะสมดุลและแข็งแรงต่อไปในภายหลัง (จิตรรา วินิจนัย, 2535; ลัทธิกาจันทรจิต, 2540; เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ, 2543; Keawsarn, et al., 2002) จากเหตุผลดังกล่าวทำให้มารดาหลังคลอดทางช่องคลอดในเขตพื้นที่ที่ทำการศึกษาคั้งนี้มีการอยู่ไฟหลังคลอดเป็นจำนวนมากคิดเป็นร้อยละ 97.5 (สถิติมารดาหลังคลอดทางช่องคลอดที่ปราศจากภาวะแทรกซ้อน, รายงานสถิติการคลอด แผนกคลอด โรงพยาบาลหล่มสัก, 2550)

สำหรับมารดาหลังคลอดที่ไม่อยู่ไฟล้วนมีเหตุผลเดียวกันนั่นก็คือ ขาดผู้ช่วยเหลือขณะอยู่ไฟ อาทิ สามี มารดา ญาติพี่น้อง เป็นต้น เนื่องจากในระยะหลังคลอดมารดายังมีสุขภาพไม่แข็งแรง งดทำงานหนัก และหากมีการอยู่ไฟมารดาหลังคลอดจะนอนอยู่ใกล้แหล่งความร้อนเกือบตลอดเวลาจึงต้องมีบุคคลคอยช่วยเหลือ เลี้ยงดูทารก ตลอดจนดูแลงานต่างๆ ภายในบ้านแทน ดังนั้นจะเห็นได้ว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะบุคคลใกล้ชิดภายในครอบครัวมีความสำคัญต่อมารดาหลังคลอดในขณะที่อยู่ไฟเป็นอย่างมาก ร่วมกับลักษณะครอบครัวของชนบทส่วนมากเป็นลักษณะครอบครัวขยาย ส่งผลให้การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย พบร้อยละ 75.2 (ตารางที่ 1) โดยแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยแหล่งประโยชน์ที่มารดาหลังคลอดรับรู้ว่าได้ได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ สิ่งของ ข้อมูลจากบุคคลในครอบครัวที่ใกล้ชิดกับมารดาหลังคลอดมากที่สุด และถูกพิจารณาให้เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการช่วยเหลือมารดาหลังคลอดจากสภาวะความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความเครียด (Norback & Tilden, 1983; Nuckolls, Cassel, & Kaplan, 1972; Wandersman, et al., 1980 cited in Walker, 1989) พบว่ามารดาของหญิงหลังคลอดเป็นบุคคลสำคัญในการจัดการดูแลกิจกรรมขณะอยู่ไฟ (Leung, et al., 2005: 216) และผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 50.4 ของกลุ่มตัวอย่างมีการอยู่ไฟหลังคลอดเป็นครั้งแรก (ตารางที่ 2)

นอกจากนี้รูปแบบการอยู่ไฟหลังคลอดพบว่ากลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดอยู่ไฟแบบใช้กองไฟ ร้อยละ 40.8 และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.2 ใช้รูปแบบการอยู่ไฟ 2 วิธี ร่วมกัน คือ ใช้กองไฟร่วมกับการใช้ความร้อนวางบริเวณหน้าท้องมากที่สุด (ตารางที่ 2) นอกจากนี้ทั้งสองรูปแบบการอยู่ไฟนี้แล้วพบว่ากลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดไม่เลือกปฏิบัติด้วยรูปแบบอื่น เนื่องจากการอยู่ไฟแบบใช้กองไฟซึ่งประกอบไปด้วยการอยู่แบบไฟฟืนหรือการอยู่แบบไฟถ่านนั้นเป็นวิธีแบบดั้งเดิมที่ปฏิบัติสืบต่อกันมาด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้าน ต่างเชื่อว่าสามารถให้ความร้อนได้ดีกว่าวิธีอื่นๆ และส่งผลดีต่อสุขภาพของมารดาหลังคลอดมากขึ้น อีกทั้งเชื่อเพลิงสามารถหาได้ง่าย

ทำให้การอยู่ไฟในเขตพื้นที่ที่มีการเลือกปฏิบัติด้วยรูปแบบดังกล่าว โดยการปฏิบัติกิจกรรมขณะอยู่ไฟนั้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการนั่งหรือนอนใกล้แหล่งความร้อนเกือบตลอดเวลา จำกัดกิจกรรมขณะอยู่ไฟ อาทิ ห้ามออกนอกบริเวณบ้าน ยกเว้นเดินไปเข้าห้องน้ำเนื่องจากห้องน้ำในชนบทนิยมสร้างแยกไว้นอกตัวบ้าน อาบน้ำร้อนหรือน้ำต้มสมุนไพรซึ่งส่วนใหญ่นิยมเป็นน้ำต้มสุกซึ่งจะจัดบริเวณสำหรับอาบน้ำไว้ใกล้บริเวณแหล่งความร้อนที่มารดาอยู่ไฟเนื่องจากต้องอาบน้ำร้อนบ่อย การที่จะเดินไปอาบที่ห้องน้ำจะทำให้ร่างกายห่างจากแหล่งความร้อนมากเกินไป นอกจากนี้มารดาหลังคลอดต้องคั้นน้ำร้อนหรือน้ำต้มสมุนไพรด้วย บ้างก็คั้นน้ำร้อนอย่างเดียว บ้างก็จิบแต่น้ำสมุนไพร บ้างคั้นน้ำสมุนไพรเพียง 3 มื้อ ร่วมกับจิบน้ำร้อนเรื่อยๆ และงคอาหารแสลง ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟมีการปฏิบัติกิจกรรมไม่แตกต่างกัน พบร้อยละ 100 (ตารางที่ 2) ส่วนเป็นวิถีปฏิบัติที่สืบทอดต่อกันมา และมีแนวโน้มว่าในเขตพื้นที่นี้ยังคงยึดถือปฏิบัติกันต่อไป ซึ่งกิจกรรมการปฏิบัติตนขณะอยู่ไฟดังกล่าวสอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมมารดาอยู่ไฟในแต่ละท้องถิ่นของประเทศไทยซึ่งพบว่าการนอนหรือนั่งใกล้กองไฟ มีการคั้นน้ำร้อน อาบน้ำร้อน งดอาหารแสลง งดปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ งดทำงานหนัก ห้ามออกนอกชายคาบ้านเพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสลมหรือฝน และห้ามสระผม (ประเสริฐ ถาวรคุสัยสถิตย์และคณะ, 2536; Kaewsarn, et al., 2002; Thi, et al., 2003; Leung, et al., 2005) โดยมีแนวทางการปฏิบัติเช่นเดียวกันกับการศึกษาในครั้งนี้

ความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ

ในระยะหลังคลอดร่างกายของมารดาจะเกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างที่มารดาหลังคลอดต้องปรับตัวและก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย (Tulman, et al., 1990: 74) อีกทั้งต้องเผชิญต่อสถานการณ์การอยู่ไฟซึ่งเป็นเหตุการณ์คุกคามที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ การศึกษาครั้งนี้จึงได้ประเมินระดับความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะเผชิญต่อสถานการณ์การอยู่ไฟ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.6 ($M = 40.27$, $SD = 8.90$) (ตารางที่ 3 และ 4) โดยระดับความเครียดที่เพิ่มขึ้นนั้นเป็นผลมาจากการประเมินต่อสถานการณ์การอยู่ไฟในขณะเผชิญของมารดาหลังคลอดผ่านกระบวนการความคิดโดยอาศัยปัจจัยส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอดและปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมว่าสถานการณ์การอยู่ไฟที่มารดาประสบดังกล่าวเป็นเหตุการณ์คุกคามก่อให้เกิดความเครียดต่อตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่าการที่บุคคลจะเกิดความเครียดได้จะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิต

การที่กลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟยังคงมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง นั้น เป็นผลกระทบมาจากปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมบางประการ โดยในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดที่อยู่ไฟมีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ คือ ระดับประถมศึกษา พบร้อยละ 49.6 (ตารางที่ 1) อาจส่งผลต่อการรับรู้และประเมินสถานการณ์การอยู่ไฟว่าเป็นภาวะคุกคาม นอกจากนี้ประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีฐานะเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำ คือ มีรายได้ครอบคลุมต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ตารางที่ 1) ทำให้มารดาหลังคลอดขาดปัจจัยส่งเสริมในการเผชิญความเครียดได้หลายวิธี ส่งผลให้ระดับความเครียดคงอยู่หรือเพิ่มขึ้นได้ จากคำบอกเล่าของญาติและมารดาหลังคลอดกล่าวว่า การอยู่ไฟแบบไฟฟืนไฟถ่านสามารถหาเชื้อเพลิงได้ง่าย ไม่ต้องซื้อ สำหรับการอยู่ไฟแบบสมัยใหม่แม้จะสะดวกสบายแต่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์ จึงเลือกที่จะอยู่ไฟฟืนหรือไฟถ่านสำหรับผู้ที่มิรายได้น้อย แสดงให้เห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีฐานะเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำส่งผลให้ขาดโอกาสในการเลือกที่จะเผชิญต่อสถานการณ์ได้หลายวิธี ทำให้มารดาหลังคลอดมีความเครียดต่อวิธีที่ตนเองต้องเผชิญ ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟส่วนมากขาดประสบการณ์ในการอยู่ไฟมาก่อนร้อยละ 50.4 (ตารางที่ 2) ส่งผลให้มารดาหลังคลอดไม่สามารถคาดการณ์หรือรับรู้ต่อสถานการณ์การอยู่ไฟ ก่อให้เกิดการขาดความทนต่อภาวะเครียดและส่งผลให้ระดับความเครียดเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับโรเบิร์ต (Roberts, 1988: 103) กล่าวว่าหากมารดาหลังคลอดมีประสบการณ์ต่อสถานการณ์ที่จะเผชิญมาก่อน ทำให้เกิดการคาดการณ์ต่อสถานการณ์ได้ ช่วยให้มารดาหลังคลอดรับรู้ต่อปัญหาในสถานการณ์นั้นได้ดีขึ้นและเพิ่มความทนต่อความเครียดด้วย นอกจากนี้ความแปลกใหม่ของสถานการณ์การอยู่ไฟนั้นน่าจะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดที่ขาดประสบการณ์ในการอยู่ไฟมาก่อน เกิดความคลุมเครือไม่แน่นอนในเหตุการณ์ที่ตนเองจะเผชิญส่งผลให้มารดาหลังคลอดประเมินต่อสถานการณ์การอยู่ไฟว่าเป็นภาวะเครียดที่คุกคามตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า การตัดสินใจความรุนแรงของความเครียดขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ไม่เคยรับรู้หรือมีประสบการณ์มาก่อน ความแปลกใหม่ของสถานการณ์ ความไม่แน่ใจไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์นั้นได้ จะส่งผลให้บุคคลประเมินต่อเหตุการณ์ว่าเป็นภาวะเครียดที่คุกคามก่อให้เกิดอันตรายหรือสูญเสียต่อตนเอง

จากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดที่อยู่ไฟยังคงยึดถือรูปแบบการอยู่ไฟแบบดั้งเดิม นั่นคือ อยู่ไฟฟืนหรือไฟถ่านร่วมกับการใช้ความร้อนวางบริเวณหน้าท้อง พบร้อยละ 59.2 โดยใช้กระป๋องน้ำร้อน บ้างใช้ขวดใส่น้ำร้อน บ้างใช้เตารีดนวดหน้าท้อง รองลงมาร้อยละ 40.8 พบว่ายังคงอยู่ไฟแบบใช้กองไฟเพียงอย่างเดียว (ตารางที่ 2) ซึ่งรูปแบบของการอยู่ไฟนั้นมีการปฏิบัติสืบทอดกันมาอย่างเคร่งครัด ถึงแม้ในปัจจุบันจะมีลดหย่อนความเคร่งครัดลงบ้าง แต่ยังคง

ยึดถือแนวปฏิบัติดั้งเดิมที่สืบทอดกันมา จะเห็นได้จากการปฏิบัติกิจกรรมขณะอยู่ไฟของกลุ่มตัวอย่างพบว่ามารดาหลังคลอดทั้งหมดมีการปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน ได้แก่ นั่งหรือนอนใกล้แหล่งความร้อน ถูกจำกัดกิจกรรม ดื่มน้ำร้อน อาบน้ำร้อน และงคอาหารแสง ซึ่งวิธีการปฏิบัติเหล่านี้แตกต่างไปจากการดำเนินชีวิตปกติของมารดาหลังคลอด ทำให้มารดาหลังคลอดต้องมีการปรับตัวเป็นอย่างมากต่อสถานการณ์ที่เผชิญ หากมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟสามารถปรับตัวได้ อาจส่งผลให้ระดับความเครียดคงที่ ลดลงหรือจัดให้หมดไปได้ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟยังคงมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางแสดงให้เห็นว่ามารดาหลังคลอดไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์การอยู่ไฟขณะเผชิญได้ สอดคล้องกับแนวคิดของลาซารัสและโฟล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984: 11) กล่าวว่า ในเหตุการณ์หนึ่งซึ่งคนหนึ่งๆ มองว่าเป็นสิ่งที่มาคุกคามไม่จำเป็นต้องมีความเครียดเสมอไป บุคคลที่รู้สึกจะสามารถเผชิญและจัดการกับภาวะนั้นได้ ไม่ถือว่าเหตุการณ์นั้นเป็นความเครียด แต่บุคคลที่ไม่สามารถเผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้ก็จะเกิดความเครียดขึ้น

นอกจากนี้การปฏิบัติกิจกรรมขณะอยู่ไฟดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟอีกด้วย พบร้อยละ 4 มีแผลพุพองจากการอยู่ไฟ ร้อยละ 8.8 พบแผลแยกบริเวณผิวหนังเล็กน้อย และร้อยละ 1.6 พบแผลแยกระดับ 2nd degree ซึ่งเกิดจากวิถีความเชื่อของการปฏิบัติในการขึ้นขาช่องคลอด (อังไฟให้ร้อน) โดยเชื่อว่าจะช่วยให้แผลแห้ง ไม่บวม ส่งเสริมการหายเร็วขึ้น ทำให้ไหมละลายก่อนกำหนดเกิดปัญหาแผลแยกตามมา ผลกระทบเหล่านี้เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้มารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟประเมินต่อสถานการณ์การอยู่ไฟว่ามีความรุนแรงและอันตรายต่อตน ก่อให้เกิดภาวะเครียดเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของแอนเดอร์สัน (Anderson, 1977 cited in Lazarus & Folkman, 1984: 168-169) กล่าวว่าหากมารดาหลังคลอดเผชิญเหตุการณ์ที่ประเมินแล้วว่ารุนแรงและอันตรายต่อตนส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีระดับความเครียดมากขึ้น ในแต่ละวันที่มารดาหลังคลอดต้องเผชิญต่อเหตุการณ์คุกคามขณะอยู่ไฟนั้น หากบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นเวลานาน จะทำให้ความเครียดเพิ่มขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามารดาหลังคลอดมีระยะเวลาการอยู่ไฟอยู่ในช่วง 7-15 วัน เนื่องจากมีความเชื่อว่าครรภ์แรกให้อยู่ไฟ 15 วัน จึงจะทำให้ร่างกายแข็งแรง ส่วนครรภ์หลังจะลดลงมาแต่ไม่ควรน้อยกว่า 7 วัน สอดคล้องกับการศึกษาของมณฑิรา เขียวยิ่ง (มณฑิรา เขียวยิ่ง, 2537: 81) ที่พบว่ามารดาหลังคลอดที่มีระยะเวลาในการเผชิญต่อเหตุการณ์การอยู่ไฟนาน จะทำให้เกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้น ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อการประเมินสถานการณ์ความเครียดของกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดที่อยู่ไฟทั้งสิ้น ทั้งยังมีความสำคัญต่อการปรับตัวหรือการจัดการกับภาวะเครียดที่เกิดขึ้น

วิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ

เมื่อกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดมีการประเมินสถานการณ์การอยู่ไฟขณะเผชิญว่าเข้ามาคุกคามตนเองและก่อให้เกิดความเครียดแล้ว มารดาจะประเมินศักยภาพของตนเองและแหล่งประโยชน์ทางสังคมที่ตนเองมีอยู่ ในการตัดสินใจเลือกวิธีที่ดีที่สุดในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์การอยู่ไฟในการลดระดับความเครียดให้น้อยลงหรือหมดไป สอดคล้องกับแนวคิดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984: 141-142) กล่าวว่าภาวะเครียดที่เกิดขึ้นนี้จะถูกประเมินว่าจะต้องใช้กำลังความสามารถและแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่มากเกินกว่าที่จะจัดการกับความเครียด บุคคลที่เผชิญความเครียดได้ดี คือบุคคลที่รู้จักเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ซึ่งผลการศึกษานี้พบว่าคะแนนจริง (raw score) ของการเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้เฉลี่ย 85.55 คะแนน (SD = 15.6) จากคะแนนที่เป็นไปได้ 36 ถึง 180 คะแนน เมื่อพิจารณาคะแนนพิสัยต่ำสุดของวิธีการเผชิญความเครียดแต่ละด้านพบว่ามีความมากกว่าค่าต่ำสุดของค่าที่เป็นไปได้ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งสามด้านแต่จะเลือกด้านใดมากหรือน้อยแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น

เมื่อพิจารณาคะแนนสัมพัทธ์ (relative score) ซึ่งแสดงถึงสัดส่วนของการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดรายด้าน พบว่าวิธีการเผชิญความเครียดที่มารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟเลือกใช้มากที่สุด คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ($M = .43$, $SD = .04$) รองลงมา คือ ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด ($M = .40$, $SD = .04$) และด้านการจัดการกับอารมณ์เป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่มารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟเลือกใช้น้อยที่สุด ($M = .17$, $SD = .03$) (ตารางที่ 7) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟแต่ละบุคคลย่อมมีการประเมินสถานการณ์ที่แตกต่างกันตามระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ หากมารดาหลังคลอดเผชิญเหตุการณ์ที่ประเมินแล้วว่ารุนแรงและอันตราย ยากต่อการเผชิญปัญหา มักใช้การเผชิญความเครียดแบบลดอารมณ์ตึงเครียด แต่ถ้าสถานการณ์การอยู่ไฟที่เผชิญไม่รุนแรงอาจส่งผลให้มารดาหลังคลอดเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งแบบมุ่งแก้ปัญหาและแบบบรรเทาความรู้สึกเครียดแทน สอดคล้องกับแนวคิดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984: 152) กล่าวว่าพฤติกรรมที่ใช้ในการจัดการกับปัญหานั้น มีทั้งจัดการให้ปัญหาที่เกิดขึ้นลดน้อยลงหรือเลือกที่จะตอบสนองต่ออารมณ์โดยวิธีใดวิธีหนึ่ง หรือบุคคลอาจเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งสองวิธีร่วมกันในการจัดการกับความเครียดที่อาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาตามความเครียดและระดับของความเครียดที่แตกต่างกันไป

เมื่อพิจารณาวิธีการเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟเลือกใช้มากที่สุด 5 อันดับแรก พบว่ามารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟเลือกใช้วิธีการพยายามมองปัญหาอย่างรอบคอบครบถ้วนรอบด้าน รองลงมา คือ พยายามอยู่กับผู้ที่เคยอยู่ในสถานการณ์เดียวกันมาก่อน

พยายามควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะทำได้ ปลอดภัยตัวเองว่า “อย่ากังวลไปเลย ทุกสิ่งทุกอย่างจะเป็นไปในทางที่ดีขึ้นเอง ” และยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง (ตารางที่ 8) ซึ่งทั้ง 3 วิธีแรกล้วนเป็นวิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญปัญหาทั้งสิ้น อีก 2 วิธีเป็นวิธีการเผชิญความเครียดในด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด การที่กลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดเลือกใช้วิธีการพยายามมองปัญหาอย่างรอบคอบครบถ้วนรอบด้าน ซึ่งเป็นวิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญปัญหานั้น อาจมีผลมาจากปัจจัยส่วนบุคคล อาทิ อายุของกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดที่อยู่ไฟส่วนมากอยู่ในช่วง 20-29 ปี ซึ่งถือว่าเป็นวัยที่มีพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ ที่เหมาะสม ซึ่งแต่ละระยะพัฒนาการในแต่ละวัยก็จะมีแรงขับและเทคนิคในการเผชิญความเครียดโดยการใช้แหล่งประโยชน์และวิธีการต่างๆ กันไป นอกจากนี้ด้วยอายุที่เพิ่มขึ้นจะมีการปรับตัวตามพัฒนาการและเรียนรู้กับสิ่งใหม่ๆ ตลอดเวลา และพยายามมองปัญหาและแสวงหาวิธีการตอบสนองความต้องการของตนเองเพื่อจัดภาวะคุกคามให้เกิดความมั่นคง (Lazarus, 1984 อ้างใน พรศิริ ใจสม, 2536) นอกจากนี้มารดาหลังคลอดต้องอยู่ไฟตามความเชื่อที่ปฏิบัติสืบต่อกันมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงเลือกที่จะใช้ความคิดพิจารณาเหตุการณ์และแสดงพฤติกรรมในการเผชิญหน้ากับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ จึงพยายามมุ่งแก้ที่ตัวมารดาหลังคลอดเองเพื่อปรับเปลี่ยนให้บรรเทาความเครียดลงได้ สอดคล้องกับแนวคิดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984: 141-178, Lazarus & Folkman, 1991: 122-124) กล่าวว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเป็นการตอบสนองที่มารดาหลังคลอดใช้กระบวนการคิดและการกระทำเพื่อจัดการกับปัญหาหรือสาเหตุของความเครียดที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดต่อตนเองโดยไม่หลีกเลี่ยง มักใช้เมื่อประเมินเหตุการณ์ความเครียดแล้วสามารถปรับเปลี่ยนให้บรรเทาความเครียดลงได้ และในขณะเดียวกันท่ามกลางสถานการณ์การอยู่ไฟที่เคร่งครัดและก่อให้เกิดความเครียด กลุ่มมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟที่เลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด อาจมีการประเมินแล้วว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ดังเครียดของการอยู่ไฟนั้นได้ จึงใช้กระบวนการความคิดในการเปลี่ยนแปลงการรับรู้เหตุการณ์การอยู่ไฟที่เกิดขึ้นเสียใหม่ พบว่าในการศึกษาครั้งนี้มีการใช้วิธี ปลอดภัยตัวเองว่า “อย่ากังวลไปเลย ทุกสิ่งทุกอย่างจะเป็นไปในทางที่ดีขึ้นเอง ” และยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง สอดคล้องกับแนวคิดของจาโลวีก (Jalowiec, 1988) กล่าวว่าวิธีการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดนั้นเป็นการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเสียใหม่ ไม่ได้เปลี่ยนที่ตัวเหตุการณ์เพื่อควบคุมเหตุการณ์ทางอ้อม ซึ่งไม่ได้เป็นการแก้ที่ปัญหาโดยตรง และผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าวิธีการเผชิญความเครียด 5 อันดับแรกที่มารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟเลือกใช้น้อยที่สุด ได้แก่ ระบายความเครียดโดยการรับประทานอาหารมากขึ้น รองลงมา คือ โโทษคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา โกรธไว้วาย

สาปแช่งสิ่งต่างๆ ระบายความเครียดกับสิ่งของหรือคนอื่น และคิดฝันในสิ่งที่ไม่เป็นจริง เหมือนลอย (ตารางที่ 8) เนื่องจากในช่วงระยะเวลาของการอยู่ไฟมารดาหลังคลอดจะงดอาหารแสลง รวมทั้งระมัดระวังเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเป็นอย่างมาก ทำให้มารดาหลังคลอดที่อยู่ไฟเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดวิธีนี้น้อยที่สุด

โดยสรุปแล้วในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามารดาหลังคลอดประเมินสถานการณ์การอยู่ไฟเป็นเหตุการณ์คุกคามที่ก่อให้เกิดความเครียดในระดับปานกลาง เมื่อประเมินว่าการอยู่ไฟนั้นก่อให้เกิดความเครียดต่อตนแล้ว กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดร่วมกันทั้งสองแบบคือ แบบมุ่งแก้ปัญหาและแบบมุ่งปรับอารมณ์ วิธีการเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุดได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา รองลงมาคือการบรรเทาความรู้สึกเครียด ส่วนวิธีการจัดการกับอารมณ์เป็นวิธีที่กลุ่มตัวอย่างใช้น้อยที่สุด ในการจัดการกับสถานการณ์การอยู่ไฟที่ตนเผชิญอยู่

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงบรรยายเกี่ยวกับความเครียด และวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ โดยใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือมารดาหลังคลอดที่คลอดที่โรงพยาบาลหล่มสัก พักหลังคลอดและอยู่ไฟในเขตอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านพักอาศัยของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2550 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2550 จำนวน 125 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. มีการคลอดทางช่องคลอด
2. มีการอยู่ไฟหลังคลอดครบ 7 วัน
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดและหลังคลอด
4. สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้
5. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบวัดระดับความเครียด ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของสปีลเบิร์กเกอร์และคณะ (Spielberger, et al, 1970: 20-21) ชื่อว่า The State Anxiety Inventory Form X-I ที่พุ่มพวง จิรากุล (2539) ดัดแปลงมาจากฉบับภาษาไทยที่แปลโดย นิตยา คชภักดี, สายฤดี วรกิจโกศาทร และมาลี นิสสัยสุข (2526) มาใช้กับมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ จำนวน 125 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .87

ส่วนที่ 3 แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยใช้แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (The Jalowiec Coping Scale, 1988) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยสุรางค์ เปรื่องเดช (2533) และนำมาดัดแปลงโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยวิธีการเผชิญความเครียด 3 วิธี คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาความรู้สึกเครียดซึ่งผู้วิจัยนำแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของสุรางค์ เปรื่องเดช (2533) มาดัดแปลงใช้กับมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟจำนวน 125 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .86

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/ FW (statistical package for the social science/ for windows) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 ในการวิเคราะห์สถิติบรรยาย (descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ และวิเคราะห์คะแนนสัมพัทธ์ ซึ่งผลการศึกษพบว่า

1. มารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง
2. มารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟมีการใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหามากกว่าแบบมุ่งปรับอารมณ์
3. มารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดทุกด้านร่วมกัน โดยการใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด ส่วนด้านการจัดการกับอารมณ์เป็นวิธีที่กลุ่มตัวอย่างใช้น้อยที่สุด
4. มารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟเลือกใช้วิธีการพยายามมองปัญหาอย่างรอบคอบครบถ้วนรอบด้านมากที่สุด และใช้วิธีการระบายความเครียดโดยรับประทานอาหารน้อยที่สุด

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับประเพณีการอยู่ไฟในเขตพื้นที่ที่ทำการศึกษามีรูปแบบของวิธีการอยู่ไฟค่อนข้างจำกัด และการปฏิบัติกิจกรรมขณะอยู่ไฟอาจมีความแตกต่างจากท้องถิ่นอื่นบ้างเล็กน้อย อาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงถึงมารดาหลังคลอดที่อยู่ไฟในท้องถิ่นอื่นๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาในครั้งนี้ช่วยให้บุคลากรทางสาธารณสุขรับรู้และเข้าใจปัญหาทางสภาวะจิตใจที่เกิดขึ้นกับมารดาหลังคลอดขณะเผชิญสถานการณ์การอยู่ไฟ เนื่องจากประเพณีการอยู่ไฟยังคงเป็นวิถีปฏิบัติของภูมิปัญญาแบบพื้นบ้านที่คาดว่าจะยังคงอยู่ควบคู่ไปกับการดำเนินชีวิตในสังคมชนบท แม้ว่าการแพทย์แผนปัจจุบันจะมีบทบาทมากขึ้น รวมถึงยังคงเป็นที่ถกเถียงกันอยู่

เกี่ยวกับประโยชน์ของการอยู่ไฟก็ตาม การที่บุคลากรทางสาธารณสุขสามารถผสมผสานแนวทางการพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่นทางสังคม จะช่วยพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดอย่างแท้จริง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรนำผลการศึกษานี้เผยแพร่แก่บุคลากรทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการดูแลมารดาหลังคลอด รวมถึงญาติและบุคคลภายในครอบครัวที่ทำให้การดูแลมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ เนื่องจากบุคคลเหล่านี้นับเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญต่อการเผชิญความเครียดในสถานการณ์การอยู่ไฟ แม้ว่าการวิจัยในครั้งนี้ทำให้ทราบถึงระดับความเครียดที่เกิดขึ้น แต่ยังคงการศึกษาถึงสาเหตุของความเครียดที่เฉพาะเจาะจงของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ ดังนั้นการให้การดูแลที่เหมาะสมจะช่วยส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดที่อยู่ไฟสามารถจัดการกับภาวะเครียดได้ และลดโอกาสการเกิดปัญหาทางด้านจิตใจของมารดาในระยะหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยขอเสนอรูปแบบการให้การช่วยเหลือมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ ดังนี้

1. ควรมีการจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพและมารดาหลังคลอดรวมถึงญาติผู้ให้การดูแลในระยะหลังคลอด เพราะทำให้เจ้าหน้าที่ได้ทราบถึงรูปแบบและพฤติกรรมที่มารดาหลังคลอดปฏิบัติขณะอยู่ไฟ และยังเป็นโอกาสให้ทั้งสองฝ่ายร่วมปรับเปลี่ยนสถานการณ์การอยู่ไฟหรือพฤติกรรมบางอย่างที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจต่อมารดาหลังคลอด ซึ่งจะช่วยให้มารดาหลังคลอดประณามต่อสถานการณ์การอยู่ไฟว่าคุกคามต่อตนเองลดลงหรือไม่ก่อให้เกิดความเครียดได้

2. ควรมีการประเมินความเครียดและแหล่งประโยชน์ในการจัดการกับความเครียดของมารดาหลังคลอดที่อยู่ไฟเป็นระยะในขณะติดตามเยี่ยมหลังคลอด เพื่อที่จะทราบถึงแนวโน้มของปัญหาทางด้านสภาวะจิตใจ และสามารถวางแผนให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่องตลอดจนส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดจัดการกับสถานการณ์ความเครียดได้อย่างเหมาะสมในแต่ละบุคคล

3. ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังคลอดก่อนกลับบ้านในกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีการอยู่ไฟ

4. ควรมีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยาในการวางแผนให้การช่วยเหลือในรายที่มีความเครียดอยู่ในระดับสูง และมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจในระยะยาว

5. กระตุ้นให้บุคคลใกล้ชิดหรือญาติที่ให้การดูแล เกิดความตระหนักถึงสภาวะจิตใจของมารดาหลังคลอด และมีส่วนร่วมในการช่วยให้มารดาหลังคลอดเผชิญต่อสถานการณ์ความเครียดของการอยู่ไฟได้อย่างเหมาะสม

ด้านการศึกษาพยาบาล

ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลที่จะช่วยให้เจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพที่มีบทบาทในการดูแลมารดาหลังคลอดได้รับรู้และเข้าใจถึงปัญหาที่แท้จริงที่เกิดขึ้นในชุมชน ส่งผลให้ด้านการศึกษายังคงตระหนักถึงอิทธิพลของวัฒนธรรมความเชื่อที่ยังคงควบคู่ไปกับการดูแลสุขภาพในยุคปัจจุบัน โดยเฉพาะในเขตชนบท และเป็นแนวทางในการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาลในการสร้างความเข้าใจวิถีชีวิตของแต่ละสังคมที่แตกต่างกันเพื่อให้สามารถให้การพยาบาลแก่มารดาหลังคลอดได้ครอบคลุมองค์รวมและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

จากข้อจำกัดของงานวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป ดังนี้

1. การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาให้ทราบสาเหตุของความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟที่เฉพาะเจาะจง เพื่อที่จะนำผลการวิจัยดังกล่าวมาหาแนวทางการพยาบาลได้ตรงกับความเป็นจริงและเหมาะสมในแต่ละบุคคล
2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดและระดับความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ เพื่อเป็นปัจจัยข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาประเด็นที่เกี่ยวข้องต่อไป
3. เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาในขณะที่มารดาหลังคลอดเผชิญต่อสถานการณ์การอยู่ไฟครบ 7 วัน ซึ่งมารดาหลังคลอดส่วนหนึ่งยังคงมีการอยู่ไฟต่อไปอีก จึงควรมีการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (prospective study) เพื่อศึกษาถึงวิธีการเผชิญความเครียดอย่างต่อเนื่องซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา อาจช่วยให้เข้าใจกระบวนการความคิดในการเผชิญสถานการณ์เครียดได้ชัดเจนมากขึ้น
4. ควรมีการศึกษาเชิงเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีประสบการณ์การอยู่ไฟและกลุ่มมารดาหลังคลอดที่ขาดประสบการณ์การอยู่ไฟมาก่อน

ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ

จิตรัตน์ หมั่นศรีชัย 4837053 RAMN / M

พย.ม. (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: จันทิมา ขนบดี D.S.N. (Maternal and Child Nursing),
จรัสศรี ชีระกุลชัย Ph. D. (Nursing)

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร**บทนำ**

การอยู่ไฟเป็นประเพณีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของมารดาหลังคลอดแบบพื้นบ้านที่ปฏิบัติสืบทอดกันมา เพื่อการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพพระยะหลังคลอด (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2548: 2) โดยมีความเชื่อในคุณประโยชน์ของการปฏิบัติประเพณีดังกล่าว คือ ช่วยให้มีดลูกเข้าอู่เร็ว ขับน้ำคาวปลาได้ดี มีปริมาณน้ำนมเพียงพอต่อการเลี้ยงดูบุตร และยังช่วยให้สุขภาพของมารดาแข็งแรงขึ้น (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2548: 2-12; Leung, et al., 2005: 212-224; Thi, et al., 2003: 1-13) ส่งผลให้ประเพณีการอยู่ไฟกลายเป็นสิ่งจำเป็นต่อมารดาในระยะหลังคลอดและยังคงปฏิบัติเรื่อยมาจนถึงยุคปัจจุบัน ความนิยมการอยู่ไฟดังกล่าวมีการปรับเปลี่ยนตามยุคสมัยที่หลากหลายวิธีมากขึ้นตามความสะดวกและข้อจำกัดของมารดาหลังคลอดเอง รวมทั้งมีการผสมผสานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลสุขภาพหลังคลอด (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญและภัทราพร ตั้งสุฤทัย, 2543; กลุ่มือประชาชนในการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย, 2547) การปฏิบัติกิจกรรมขณะอยู่ไฟหลังคลอดประกอบด้วย การอยู่ไฟแบบใช้กองไฟ การใช้ความร้อนหรือสมุนไพรวางบริเวณหน้าท้อง การนวดหม้อเกลือ และการเข้ากระโจม การดูแลสุขภาพหลังคลอดในรูปแบบต่างๆ ตามที่ได้กล่าวมานั้นมีลักษณะรูปแบบที่คล้ายคลึงกันในแต่ละภูมิภาค ขึ้นอยู่กับความสะดวกของแต่ละบุคคลในการปฏิบัติ รวมถึงความเคร่งครัดในกรรมวิธีตามความเชื่อของแต่ละแหล่งชุมชน

เขตอำเภอห่มสั๊ก จังหวัดเพชรบูรณ์ยังคงยึดถือวิธีการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านอย่างเคร่งครัด จากการศึกษาของวิไล พูลศรีและคณะ (วิไล พูลศรี และคณะ, 2548) พบว่ามารดาหลังคลอดทางช่องคลอด มีการอยู่ไฟเป็นจำนวนมากคิดเป็นร้อยละ 95.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกอยู่ไฟของมารดาหลังคลอด ได้แก่ ประสพการณ์การอยู่ไฟหลังคลอดครรภ์ก่อน แรงสนับสนุนทางสังคม และการบอกเล่าสืบต่อกันมา (ประเสริฐ ถาวรคุลย์สถิตย์และคณะ, 2536: 73-74) แบบแผนการปฏิบัติตนขณะอยู่ไฟทำให้มารดาหลังคลอดต้องปรับตัวต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ การนั่งหรือนอนใกล้แหล่งความร้อน การอาบน้ำร้อน การดื่มน้ำร้อน ห้ามออกนอกชายคาบ้านเพื่อป้องกันการสัมผัสลม แดด และการงดของแสลง ซึ่งคล้ายคลึงกับประเทศในแถบเอเชียและแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย (Leung, et al., 2005: 212-224; Pillsbury, 1982 cited in Chiang, 1995: 111-112; Keawsarn, et al., 2002: 358-366) จากการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด เช่น ก่อให้เกิดการอ่อนเพลียจากการสูญเสียสารน้ำและอิเล็กโตรลัยท์ และร้อยละ 34.2 พบภาวะไม่สุขสบายจากความร้อนขณะอยู่ไฟ (Keawsarn, et al., 2002: 364) เกิดบาดแผลพุพอง แผลไฟไหม้ที่ผิวหนังระดับ 1-2 การอักเสบติดเชื้อระดับเล็กน้อยและปานกลาง (จิตรา วินิจชัย, 2535: 4) การปฏิบัติพฤติกรรมและผลดังกล่าวล้วนเป็นสถานการณ์คุกคามที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดต่อมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหากมารดาหลังคลอดไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาจเป็นปัญหาที่จะส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟในระยะยาวได้ จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาถึงความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษา เพื่อรับรู้และเข้าใจสภาวะจิตใจที่เกิดขึ้น และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลมารดาหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

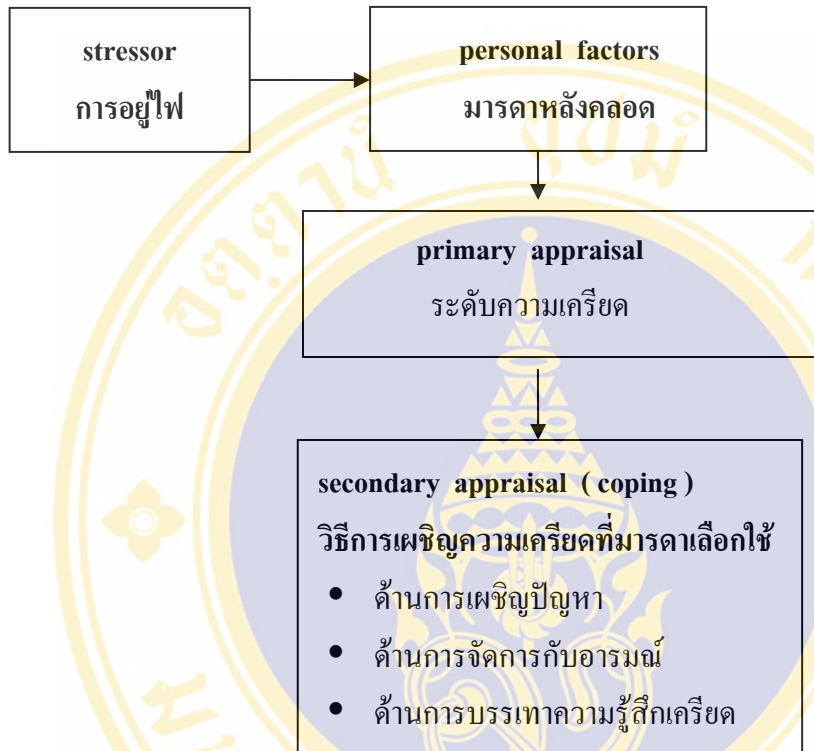
การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบทฤษฎีความเครียด การประเมินตัดสินใจ และการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

แนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) อธิบายความเครียดที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เมื่อบุคคลเผชิญสถานการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต โดยมโนคติหลักของทฤษฎีนี้มี 3 มโนคติ คือ ความเครียด การประเมินตัดสินใจ และการเผชิญความเครียด ซึ่งความเครียด หมายถึง เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และบุคคลจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง (Lazarus & Folkman, 1984) การประเมินตัดสินใจ เป็นกระบวนการทาง

ความคิดในการประเมินต่อเหตุการณ์คุกคามที่เกิดขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) แบ่งออกเป็นการประเมินขั้นปฐมภูมิ ว่าสถานการณ์ที่เผชิญนั้นส่งผลต่อตนเองอย่างไร เมื่อบุคคลประเมินว่าสถานการณ์ที่เผชิญก่อให้เกิดความเครียดต่อตนเอง สามารถประเมินได้ใน 3 ลักษณะ คือ เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (harm & loss) คุกคาม (threat) หรือท้าทายที่คาดการณ์ว่าจะควบคุมได้ (challenge) การประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ รุนแรงมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (situational factors) ได้แก่ ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ ความแปลกใหม่ของสถานการณ์ ความรุนแรงของสถานการณ์ และปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) ได้แก่ ข้อผูกพัน (commitments) ความเชื่อของบุคคล (beliefs) และสติปัญญาการรับรู้ของบุคคลที่แตกต่างกัน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ส่วนการประเมินทุติยภูมิ เป็นการประเมินศักยภาพความสามารถของตนและทางเลือกที่ดีที่สุดในการเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การเผชิญสถานการณ์มี 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) และการมุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotion-focused coping) แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) จัดเป็นองค์ประกอบหนึ่งใน coping resource มีผลต่อผลลัพธ์ในการปรับตัว (Lazarus & Folkman, 1984; 243) ซึ่งแบ่งเป็นการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสารและสิ่งของ นอกจากนี้ลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) มองผลของการประเมินตัดสิน (appraisal) และการเผชิญความเครียด (coping) ต่อผลลัพธ์ของการปรับตัวใน 3 ด้าน คือ การทำหน้าที่ทางสังคม (social function) ขวัญและกำลังใจ (morale) และภาวะสุขภาพ (somatic health)

จากทฤษฎีดังกล่าว สามารถอธิบายความเครียดในรูปของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม นั่นคือ มารดาหลังคลอดขณะเผชิญต่อสถานการณ์การอยู่ไฟกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดาหลังคลอดเอง ทำให้มารดาหลังคลอดมีการประเมินสถานการณ์การอยู่ไฟผ่านกระบวนการทางความคิด (cognitive appraisal) โดยมารดาจะประเมินตัดสินขั้นแรก (primary appraisal) ขึ้นอยู่กับผลกระทบของสถานการณ์การอยู่ไฟต่อภาวะปกติสุขของมารดาหลังคลอด เมื่อมารดาหลังคลอดประเมินว่าสถานการณ์การอยู่ไฟนั้นว่าเป็นภาวะคุกคาม (threat) ที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งสามารถตอบสนองทางอารมณ์ได้ด้วย ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (Spielberger, 1979 cited in Endler & Edwards, 1982: 39) เมื่อมารดาหลังคลอดรับรู้ต่อการอยู่ไฟว่าเป็นสถานการณ์เครียด ก่อให้เกิดการประเมินขั้นทุติยภูมิ ตัดสินว่าควรเลือกใช้วิธีใดในการจัดการกับเหตุการณ์ที่คุกคามต่อตนเองให้เกิดผลดีที่สุด มีผลให้ความเครียดต่อสถานการณ์การอยู่ไฟยังคงอยู่ ลดลงหรือหมดไปได้ ในการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียด (coping) ของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟจะมี 3 ลักษณะ คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด ตามแนวคิดของจาโลวีก (Jalowiec,

1988) ซึ่งในกระบวนการประเมินคัดสินใจต่อสถานการณ์ที่มารดาหลังคลอดเผชิญอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาตามความเครียดและระดับของความเครียดแตกต่างกันไปในมารดาหลังคลอดแต่ละคน จากกรอบแนวคิดในการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นดังนี้



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ
2. เพื่อศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ

คำถามการวิจัย ประกอบด้วย

1. มารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟมีความเครียดอยู่ในระดับใด
2. มารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟมีวิธีการเผชิญความเครียดอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษากลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีการอยู่ไฟจำนวน 125 ราย ในเขตอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ใช้ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2550 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2550

คำจำกัดความ

การอยู่ไฟ หมายถึง การปฏิบัติตนของมารดาหลังคลอดแบบพื้นบ้านที่ปฏิบัติสืบต่อกันมาเพื่อการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพในระยะหลังคลอด ซึ่งมารดาหลังคลอดมีการปฏิบัติวิธีการดูแลสุขภาพอย่างน้อย 1 วิธี และปฏิบัติกิจกรรมขณะอยู่ไฟ ได้แก่ การนั่งหรือนอนใกล้แหล่งความร้อน การจำกัดกิจกรรม การดื่มน้ำร้อนหรือน้ำต้มสมุนไพร การอาบน้ำร้อนหรือน้ำต้มสมุนไพร และการงคอาหารแสลง จนกว่าการอยู่ไฟจะครบกำหนด โดยมีการปฏิบัติสม่ำเสมอตลอด 1 สัปดาห์ขณะอยู่ไฟ

ความเครียด หมายถึง ความรู้สึกตอบสนองทางด้านอารมณ์และความคิดของมารดาหลังคลอดต่อการอยู่ไฟ แสดงออกได้ด้วยความวิตกกังวลขณะเผชิญ โดยเมื่อมารดาหลังคลอดเผชิญสถานการณ์เครียดที่รับรู้ว่าจะก่อให้เกิดอันตรายหรือคุกคามความมั่นคงปลอดภัยในการดำเนินชีวิตจะส่งผลให้ความวิตกกังวลขณะเผชิญเพิ่มขึ้น (Endler & Edwards, 1982) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของสปีลเบิร์กเกอร์และคณะ (Spielberger, et al, 1970: 20-21) ชื่อว่า The State Anxiety Inventory Form X-I ที่พุ่มพวง จิรากุล (2539) ดัดแปลงมาจากฉบับภาษาไทยที่แปลโดย นิติยา คชภักดี, สายฤดี วรกิจโกคาทร และมาลี นิสสัยสุข (2526) คะแนนรวมมาก แสดงว่า มารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟมีระดับความเครียดมาก

วิธีการเผชิญความเครียด หมายถึง สิ่งที่มารดาหลังคลอดเลือกปฏิบัติผ่านกระบวนการทางความคิดของมารดาหลังคลอดต่อสถานการณ์ที่มากระทบและรับรู้ว่าจะก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งต้องอาศัยกำลังความสามารถและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่จัดการกับภาวะเครียดให้เกิดผลดีที่สุด ทำให้มารดามีการปรับตัวและแก้ไขปัญหาเพื่อให้กลับคืนสู่สภาวะสมดุล ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของสุรางค์ เปื้องเดช (2533) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยจากแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (The Jalowiec Coping Scale, 1988) มาดัดแปลงใช้ในมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ ประกอบด้วยวิธีการเผชิญความเครียด 3 วิธี คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาความรู้สึกเครียด คะแนนรวมสูง หมายถึง มารดาหลังคลอดใช้วิธีการเผชิญความเครียดนั้นบ่อยมากขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นมารดาหลังคลอดที่คลอดโรงพยาบาลหล่มสัก พักหลังคลอดและอยู่ไฟในเขตอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2550 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2550

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอดที่อยู่ไฟ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว ประสบการณ์การอยู่ไฟ รูปแบบการอยู่ไฟ และการปฏิบัติกิจกรรมขณะอยู่ไฟ

แบบวัดระดับความเครียด ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของพุ่มพวง จิรากุล (2539) มาดัดแปลงใช้ในการวัดความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟตามแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของสปีลเบิร์กเกอร์และคณะ (Spielberger, et al, 1970: 20-21) ชื่อว่า The State Anxiety Inventory Form X-I ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดี, สายฤดี วรกิจโกศาทร และมาลี นิสสัยสุข (2526) แบบสอบถามมีจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามแสดงความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ และข้อคำถามแสดงความรู้สึกทางลบ 10 ข้อ ภายหลังจากใช้กับมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟจำนวน 125 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .87

แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียด (The Jalowiec Coping Scale) (Jalowiec, 1988) ใช้วัดการเผชิญความเครียด มีจำนวนทั้งสิ้น 36 ข้อ ประกอบด้วยวิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา 13 ข้อ ด้านการจัดการกับอารมณ์ 9 ข้อ และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด 14 ข้อ โดยผู้วิจัยนำแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดที่สุรางค์ เปื้องเดช (2533) แปลเป็นภาษาไทยมาดัดแปลงใช้กับมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟจำนวน 125 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการอนุมัติการทำวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตในการ

เก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานหัวหน้าแผนกหลังคลอดเพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการสำรวจรายชื่อและเวชระเบียนของมารดาหลังคลอดที่ผ่านการคลอดทางช่องคลอดและปราศจากภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดและหลังคลอดที่หอผู้ป่วยหลังคลอด ผู้วิจัยเข้าพบมารดาหลังคลอดและสอบถามข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการอยู่ไฟ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้แล้ว สอบถามความสนใจและนัดหมายในการติดตามเยี่ยมบ้าน เมื่อครบ 1 สัปดาห์ของการอยู่ไฟ ผู้วิจัยติดต่อกับพยาบาลประจำสถานีอนามัยในเขตตำบลที่มารดาหลังคลอดพักอาศัยและทำการติดตามเยี่ยมบ้านพร้อมกับพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน หลังจากผู้วิจัยพบมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟประเมินความพร้อมในการร่วมวิจัย ขอความร่วมมือและสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและให้กลุ่มตัวอย่างทำการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามในแต่ละรายประมาณ 20–30 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลและเก็บแบบสอบถามด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. กำหนดรหัสข้อมูลและลงรหัสของแบบสอบถามแต่ละชุด
2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/ FW (statistical package for the social science/ for windows) ดังนี้
 - 2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 - 2.2 คะแนนระดับความเครียด วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย โดยหาจำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความเบ้
 - 2.3 การเผชิญความเครียด วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย โดยหาจำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนสัมพัทธ์

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟจำนวน 125 ราย มีอายุอยู่ระหว่าง 16–43 ปี ค่าเฉลี่ย 25.76 ปี โดยมีอายุอยู่ในช่วง 20–29 ปีมากที่สุด พบร้อยละ 56 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด พบร้อยละ 49.6 ประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัว

ขยาย พบร้อยละ 75.2 เมื่อพิจารณารูปแบบการอยู่ไฟของมารดาหลังคลอดพบว่าร้อยละ 59.2 ใช้รูปแบบการอยู่ไฟ 2 วิธีร่วมกัน คือ ใช้กองไฟร่วมกับการใช้ความร้อนวางบริเวณหน้าท้องมากที่สุด มารดาหลังคลอดทั้งหมดมีการปฏิบัติกิจกรรมขณะอยู่ไฟบดทั้งนั่งหรือนอนใกล้แหล่งความร้อน จำกัดกิจกรรมขณะอยู่ไฟ ดื่มน้ำร้อนหรือน้ำต้มสมุนไพร อาบน้ำร้อนหรือน้ำต้มสมุนไพร และงคอาหารแสง โดยที่ร้อยละ 50.4 ของมารดาหลังคลอดไม่เคยมีประสบการณ์การอยู่ไฟหลังคลอดมาก่อน

เมื่อวิเคราะห์คะแนนความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟจำนวน 125 ราย ผลการศึกษาพบว่ามีคะแนนอยู่ระหว่าง 24 – 67 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 40.27 คะแนน มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.90 และลักษณะของข้อมูลมีความเบ้ขวา โดยมีค่าความเบ้ .76 คะแนน (ตารางที่ 1) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด พบจำนวน 82 ราย โดยคิดเป็นร้อยละ 65.6 รองลงมามารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟจำนวน 41 ราย มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 32.8 และมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟจำนวน 2 ราย มีความเครียดอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 1.6 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความเบ้ของคะแนนความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง (n = 125)

ตัวแปร	คะแนนต่ำสุด - สูงสุด		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าความเบ้
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง			
ระดับความเครียด	20-80	24 – 67	40.27	8.90	.76

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความเครียด (n = 125)

ระดับของความเครียด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	41	32.8
ระดับปานกลาง	82	65.6
ระดับสูง	2	1.6

เมื่อวิเคราะห์คะแนนสัมพัทธ์การเผชิญความเครียดรายด้านของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ พบว่าสัดส่วนของการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาคิดเป็น .43 เป็นด้านที่มารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟเลือกใช้มากที่สุด รองลงมาคือด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด คิดเป็น .40 คะแนน และด้านจัดการกับอารมณ์เป็นด้านที่มารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟเลือกใช้น้อยที่สุด คิดเป็น .17 คะแนนตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ผลการศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟในครั้งนี้ แสดงให้เห็นวิธีการเผชิญความเครียด 5 อันดับแรกที่มีมารดาหลังคลอดเลือกใช้มากที่สุดและน้อยที่สุดขณะอยู่ไฟ ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียด 5 อันดับแรกที่มีมารดาหลังคลอดเลือกใช้มากที่สุดนั้น เป็นวิธีการเผชิญความเครียดในการเผชิญหน้ากับปัญหา 3 อันดับและการบรรเทาความรู้สึกเครียด 2 อันดับ ได้แก่ การพยายามมองปัญหาอย่างรอบคอบครบถ้วนรอบด้าน (ร้อยละ 96) พุดคุยปัญหากับผู้ที่เคยอยู่ในสถานการณ์เดียวกันมาก่อน (ร้อยละ 95.2) พยายามควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะทำได้ (ร้อยละ 94.4) ปลอบใจตัวเองว่า “อย่ากังวลไปเลย ทุกสิ่งทุกอย่างจะเป็นไปในทางที่ดีขึ้นเอง” (ร้อยละ 93.6) และยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง (ร้อยละ 90.4) ส่วนวิธีการเผชิญความเครียดที่มีมารดาหลังคลอดเลือกใช้น้อยที่สุด เป็นวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ทั้ง 5 อันดับ ได้แก่ ระบายความเครียดโดยรับประทานอาหารมากขึ้น (ร้อยละ 5.6) โทษคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา (ร้อยละ 12.8) โกรธ โวยวายสาปแช่งสิ่งต่างๆ (ร้อยละ 16) ระบายความเครียดกับสิ่งของหรือคนอื่น (ร้อยละ 16.8) และคิดฝึนในสิ่งที่ไม่เป็นจริง หม่อมลอย (ร้อยละ 18.4) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 คะแนนสัมพัทธ์ของวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง
จำแนกรายด้านและโดยรวม (n = 125)

การเผชิญความเครียด	คะแนนต่ำสุด - สูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	.32 – .53	.43	.04
ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด	.32 – .49	.40	.04
ด้านจัดการกับอารมณ์	.10 – .27	.17	.03

การอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าระดับความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะเผชิญต่อสถานการณ์การอยู่ไฟมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.6 ($M = 40.27$, $SD = 8.90$) เป็นผลกระทบมาจากปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมบางประการ โดยในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดที่อยู่ไฟมีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ พบร้อยละ 49.6 อาจส่งผลต่อการรับรู้และประเมินเหตุการณ์คุกคาม นอกจากนี้ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดมีฐานะเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำ คือ รายได้ครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 67.2 ทำให้มารดาหลังคลอดขาดปัจจัยส่งเสริมในการเผชิญความเครียดได้หลายวิธี ส่งผลให้ระดับความเครียดคงอยู่หรือเพิ่มขึ้นได้ ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟส่วนมากขาดประสบการณ์ในการอยู่ไฟมาก่อนร้อยละ 50.4 ส่งผลให้มารดาหลังคลอดไม่สามารถคาดการณ์หรือรับรู้ต่อสถานการณ์การอยู่ไฟ ก่อให้เกิดการขาดความทนต่อภาวะเครียดและส่งผลให้ระดับความเครียดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ความแปลกใหม่ของสถานการณ์การอยู่ไฟนับว่าเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดที่ขาดประสบการณ์ในการอยู่ไฟมาก่อน เกิดความคลุมเครือไม่แน่นอนในเหตุการณ์ที่ตนเองจะเผชิญส่งผลให้มารดาหลังคลอดประเมินต่อสถานการณ์การอยู่ไฟว่าเป็นภาวะเครียดที่คุกคามตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของลาซารัสและโพลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า การตัดสินใจความรุนแรงของความเครียดขึ้นอยู่กับ การประสพกับเหตุการณ์ที่ไม่เคยรับรู้หรือมีประสบการณ์มาก่อน ความแปลกใหม่ของสถานการณ์ ความไม่แน่ใจไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์นั้นได้ จะส่งผลให้บุคคลประเมินต่อเหตุการณ์ว่าเป็นภาวะเครียดที่คุกคามก่อให้เกิดอันตรายหรือสูญเสียต่อตนเอง และจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดที่อยู่ไฟยังคงยึดถือปฏิบัติวิธีการอยู่ไฟแบบดั้งเดิม นั่นคือ อยู่ไฟพื้นหรือไฟถ่าน ร่วมกับการประคบด้วยความร้อน คิดเป็นร้อยละ 59.2 ซึ่งรูปแบบของการอยู่ไฟนั้นมีการปฏิบัติสืบทอดกันมาอย่างเคร่งครัด จะเห็นได้จากการปฏิบัติกิจกรรมขณะอยู่ไฟของมารดาหลังคลอดทั้งหมด ได้แก่ การนั่งหรือนอนใกล้แหล่งความร้อน ห้ามออกนอกบริเวณชายคาบ้าน การดื่มน้ำร้อน การอาบน้ำร้อน และการงดอาหารแสลง ซึ่งวิธีการปฏิบัติเหล่านี้แตกต่างไปจากการดำเนินชีวิตปกติของมารดาหลังคลอด ทำให้มารดาหลังคลอดต้องมีการปรับตัวเป็นอย่างมากต่อสถานการณ์ที่เผชิญ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่ามารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟยังคงมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางแสดงให้เห็นว่ามารดาหลังคลอดไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์การอยู่ไฟขณะเผชิญได้ สอดคล้องกับแนวคิดของลาซารัสและโพลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1984: 11) กล่าวว่า ในเหตุการณ์หนึ่งซึ่งคนหนึ่งๆ มองว่าเป็นสิ่งที่คุกคามไม่จำเป็นต้องมีความเครียดเสมอไป บุคคลที่รู้สึกละสามารถเผชิญและจัดการกับภาวะนั้นได้ ไม่ถือว่าเหตุการณ์นั้นเป็นความเครียด

แต่บุคคลที่ไม่สามารถเผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้ก็จะเกิดความเครียดขึ้น นอกจากนี้กิจกรรมการปฏิบัติขณะอยู่ไฟดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้มารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟประเมินต่อสถานการณ์การอยู่ไฟว่ามีความรุนแรงและอันตรายต่อตน ก่อให้เกิดภาวะเครียดเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของแอนเดอร์สัน (Anderson, 1977 cited in Lazarus & Folkman, 1984: 168-169) กล่าวว่าหากมารดาหลังคลอดเผชิญเหตุการณ์ที่ประเมินแล้วว่ารุนแรงและอันตรายต่อตนส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีระดับความเครียดมากขึ้น ในแต่ละวันที่มารดาหลังคลอดต้องเผชิญต่อเหตุการณ์คุกคามขณะอยู่ไฟนั้น หากบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นเวลานาน จะทำให้ความเครียดเพิ่มขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามารดาหลังคลอดมีระยะเวลาการอยู่ไฟอยู่ในช่วง 7-15 วัน อาจส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟเกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้น จากปัจจัยดังกล่าวนี้ล้วนมีอิทธิพลต่อการประเมินสถานการณ์การอยู่ไฟของกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดที่อยู่ไฟทั้งสิ้น ส่งผลให้ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟมีความเครียดที่สูงขึ้น

เมื่อกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดมีการประเมินสถานการณ์การอยู่ไฟขณะเผชิญว่าเข้ามาคุกคามตนเองและก่อให้เกิดความเครียดแล้ว มารดาจะประเมินศักยภาพของตนเองและแหล่งประโยชน์ทางสังคมที่ตนเองมีอยู่ ในการตัดสินใจเลือกวิธีที่ดีที่สุดในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์การอยู่ไฟในการลดระดับความเครียดให้น้อยลงหรือหมดไป สอดคล้องกับแนวคิดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984: 141-142) กล่าวว่าภาวะเครียดที่เกิดขึ้นนี้จะถูกประเมินว่าจะต้องใช้กำลังความสามารถและแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่มากเกินกว่าที่จะจัดการกับความเครียด สำหรับการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟในการศึกษาครั้งนี้ เมื่อพิจารณาถึงสัดส่วนของการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดรายด้าน พบว่าวิธีการเผชิญความเครียดที่มารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟเลือกใช้มากที่สุด คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ($M = .27$, $SD = .06$) รองลงมา คือ ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด ($M = .25$, $SD = .05$) และด้านการจัดการกับอารมณ์เป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่มารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟเลือกใช้น้อยที่สุด ($M = .10$, $SD = .03$) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟแต่ละบุคคลย่อมมีการประเมินสถานการณ์ที่แตกต่างกันตามระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ สอดคล้องกับแนวคิดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984: 152) กล่าวว่าพฤติกรรมที่ใช้ในการจัดการกับปัญหานั้น มีทั้งจัดการให้ปัญหาที่เกิดขึ้นลดน้อยลงหรือเลือกที่จะตอบสนองต่ออารมณ์โดยวิธีใดวิธีหนึ่ง หรือบุคคลอาจเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งสองวิธีร่วมกันในการจัดการกับความเครียดทั้งภายนอกและภายในที่เกิดขึ้นในชีวิต อาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาตามความเครียดและระดับของความเครียดที่แตกต่างกันไป ซึ่งจะเห็นได้

จากวิธีการเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟเลือกใช้มากที่สุด 5 อันดับแรก พบว่ามารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟเลือกใช้วิธีการพยายามมองปัญหาอย่างรอบคอบครบถ้วนรอบด้าน รองลงมา คือ พุดคุยปัญหากับผู้ที่เคยอยู่ในสถานการณ์เดียวกันมาก่อน พยายามควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะทำได้ ปลอดภัยตัวเองว่า “อย่ากังวลไปเลย ทุกสิ่งทุกอย่างจะเป็นไปในทางที่ดีขึ้นเอง” และยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง ซึ่งทั้ง 3 วิธีแรกล้วนเป็นวิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญปัญหาทั้งสิ้น อีก 2 วิธีเป็นวิธีการเผชิญความเครียดในด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดแสดงให้เห็นได้ว่ามารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟใช้วิธีการเผชิญความเครียดหลายด้านร่วมกัน และผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าวิธีการเผชิญความเครียด 5 อันดับแรกที่มารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟเลือกใช้น้อยที่สุด ได้แก่ ระบายความเครียดโดยการรับประทานอาหาร เนื่องจากในช่วงระยะเวลาของการอยู่ไฟมารดาหลังคลอดจะงดอาหารแสดง รวมทั้งระมัดระวังเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเป็นอย่างมาก ทำให้มารดาหลังคลอดที่อยู่ไฟเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดวิธีนี้น้อยที่สุด

สรุป

จากผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าแม้ประเพณีการอยู่ไฟจะเป็นวัฒนธรรมความเชื่อที่ยึดถือปฏิบัติกันเรื่อยมาในปัจจุบัน โดยความเชื่อในคุณประโยชน์ของการอยู่ไฟต่อสุขภาพของมารดาหลังคลอด การตระหนักถึงสภาวะจิตใจของมารดาหลังคลอดที่ต้องเผชิญต่อสถานการณ์ที่คุกคามตนเองนับว่าเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสนใจต่อสถานการณ์การอยู่ไฟตลอดจนผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้น ตลอดจนส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมและให้การช่วยเหลือแก่มารดาหลังคลอดในการเผชิญต่อสถานการณ์ความเครียดได้อย่างเหมาะสมต่อไป

STRESS AND COPING OF POSTPARTUM MOTHER DURING TRADITIONAL POSTPARTUM PRACTICES

THITIRAT MUENSRICHAI 4837053 RAMN/ M

M.S.N (MATERNITY AND NEWBORN NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: CHANTIMA KHANOBDEE, D.S.N.,
JARATSRI THEERAKULCHAI, Ph. D. (NURSING)

EXECUTIVE SUMMARY

Introduction

Adherence to traditional practices is still popular among Thai postpartum mothers. The ritual of “Yue Fire” or “lying by the fire” is believed to help the postpartum mothers regain strength, improve physical equilibrium, uterine involution, and increase production of breast milk (Thai Traditional Medicine Institution, 2005: 2-12; Leung, et al., 2005: 212-224; Thi, et al., 2003: 1-13). The ritual of traditional practices has been changed from the past according to modernization and changes of society. There is an integration of Thai traditional medicine and local traditional practices in postpartum care (Pennapa Supchareon and Patraporn Tungsukruthai, 2000).

Traditional practices are similar among postpartum mothers in each region. The majority of women adhere to cultural practices related to the notion of regaining heat. These include lying by fire, food restriction, taking hot baths, consuming hot drinks, avoiding the wind and prevent heat loss, not shampooing the hair, sexual abstinence, and confining to the home at least one month after childbirth. (Kaewsarn, et al., 2003: 358-366; Leung, et al., 2005: 212-224; Matthey, et al., 2002: 567-575).

In Lomsak District, Phetchaboon Province, Northern part of Thailand, postpartum mothers are strictly adhered to traditional practices. A study revealed that 95.3% of the women in this area had traditional practices during their postpartum period (Wilai Poolsri, et al., 2005). Recommendations by family members, prior experience, and social support are important factors that make postpartum mothers

adhere to some forms of ritual practices (Prasert Taworndulasathid, et al., 1993: 73-74).

The restrictions during traditional postpartum practices affect maternal health. Some mothers had health problems related to the adherence to traditional practices such as extremely fatigue, fluid and electrolytes imbalance, and wound infection (Jitra Vinitchai, 1992: 4). Review of literature indicated that there are studies related to types of traditional practices and rationales underpinning such practices, but only few studies had been conducted regarding psychological well being of the postpartum mothers who adhere to traditional postpartum practices. Therefore, the researcher was interesting to conduct this research, aiming to explore stress and coping of postpartum mothers during traditional postpartum practices.

Conceptual Framework

The conceptual framework guiding this study was derived from the Lazarus and Folkman's theory of stress, appraisal, and coping (Lazarus & Folkman, 1984). This is a transactional model in which the person and the environment are in dynamic process and mutually reciprocal. Three concepts are included in the model: stress, appraisal, and coping. Stress was defined as state of physical and emotional response to internal and external stressors. It occurred when the stressor is cognitively appraised as threatening to person's well being and as straining and surpassing coping resources (Lazarus & Folkman, 1984: 21).

Cognitive appraisal is how one perceives or interprets the situation. The cognitive appraisal composes of primary appraisal and secondary appraisal. Primary appraisal determines whether the situation is pertinent to one's well being as harm and loss, threat, or challenge. Secondary appraisal determines how much control a person believes he or she has over the outcome. The results of cognitive appraisal will direct how one is going to cope with the stressor.

According to Lazarus and Folkman (1984), two categories of coping strategies are identified: problem-focused coping and emotion-focused coping. The problem-focused coping include direct action on the self to alter the circumstances that are perceived as threatening such as altering environment pressure, planning, seeking

information and social support. The emotion-focused coping is an attempt by the individual to control undesirable feeling caused by a stressful situation such as avoidance, distancing, selective attention, positive comparison, and wresting positive value from negative events (Lazarus & Folkman, 1984: 149-153). Most individuals tend to use a combination of coping strategies to cope with stressful situation.

In this study, the situation of traditional postpartum practices is a stressful event. If the postpartum mothers appraise the stressor as threat that exceed their coping resources, stress will occur. The effects and responses to the stress depend on mother's perception of the intensity of stressor, duration of the stressor, uncertainty of situation and novelty. The mothers who perceive stressors as threatening to their psychological well being will attempt to restore some sort of balance in their lives by using coping strategies and available resources. The coping strategy used by the postpartum mothers is a combination of problem-focused coping and emotion-focused coping. The problem-focused coping in this study is the confrontive and palliative coping strategies whereas the emotion-focused coping is the emotive coping strategies described by Jalowiec (Jalowiec, 1988). The conceptual framework of this study is shown in figure 1

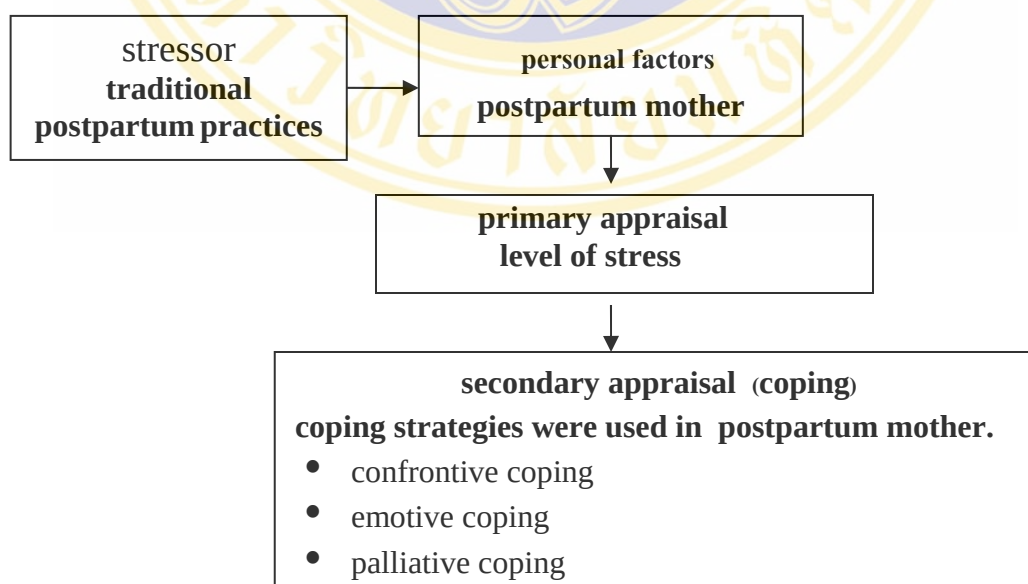


Figure 1 Conceptual framework of the study

Research Questions

The research question in this study were:

1. What was the level of stress appraised by the postpartum mothers who adhered to traditional postpartum practices?
2. What were the coping strategies that the postpartum mothers used during adherence to traditional postpartum practices?

Objectives

The objectives of this research were:

1. To describe the level of stress appraised by postpartum mothers who adhered to traditional postpartum practices.
2. To explore coping strategies that the postpartum mothers used during adherence to traditional postpartum practices.

Scope of the Study

The descriptive research was conducted to study stress and coping strategies of postpartum mothers who adhered to traditional postpartum practices in Lomsak District, Phetchaboon province between January 2007 to March 2007.

Definition of Terms

The terms used in this study are defined as:

Traditional postpartum practices are ritual practices of the postpartum mothers. These practices are believed to help the postpartum mothers regain strength, improve physical equilibrium, and prevent illness in the future. In this study, the postpartum mother adhered to some forms of ritual practices such as lying by fire, confinement to the home, consuming hot drinks or herbs, taking hot baths, and food restriction, for at least 7 days.

Stress is a state of psychological responses to stressor that a postpartum mothers appraises as threat to psychological well being during adherence to traditional postpartum practices. The occurrence of stress is shown as state anxiety. In this study,

the stress was measured by the state Anxiety Inventory Form X-I, (Spielberger, et al., 1970: 20-21). High score indicated high level of stress.

Coping is the cognitive and behavioral effort that the postpartum mothers used to deal with stressor which is the stressful event of traditional postpartum practices. In this study, copings are measured by the Jalowiec Coping Scale: JCS (Jalowiec, 1988: 298). The scale consisted of three subscales: confrontive, emotive, and palliative coping. The JCS scores are computed by two methods: raw scores and relative scores. High raw scores indicate high effort used of each coping strategies whereas high relative scores indicate the great proportion of each coping subscale used.

Materials and Methods

A purposive sample consisted of 125 postpartum mothers who adhered to traditional postpartum practices in Lomsak District, Phetchaboon Province. Data were collected during January 2007 to March 2007.

The data collecting instruments consisted of 3 parts as followed:

The Demographic Data Questionnaire was developed by the researcher to collect information related to the characteristics of postpartum mother: age, educational level, occupation, family monthly income, family type, prior experience of traditional practices, type of traditional practices adhered during postpartum period.

The State Anxiety Inventory Form X-I was developed by Spielberger, et al. (Spielberger, et al., 1970: 20-21) and translated into Thai language by Nitaya Kochapukdee, et al. (1983). In this study, the researcher modified the tool that used by Poompuang Jiragul (1996). The tool was used to measure stress level of the sample during adherence to traditional postpartum practices. There were 20 items included in the tool. After the tool was used in 125 postpartum mothers in this study, the Cronbach's Alpha coefficient obtained was .87.

The Jalowiec Coping Scale was developed by Jalowiec in 1977 and revised in 1988. The tool was used to measure coping strategies of the postpartum mothers during adherence to traditional postpartum practices. It consisted of 36 items, classified into three subscales: confrontive coping (13 items), emotive coping (9

items), and palliative coping (14 items). In this study, the researcher used the JCS modified by Surang Pruengdaj (1990). After the tool was used in 125 postpartum mothers in the study, the Cronbach's alpha coefficient obtained was .86.

Data Collection

Following approval from the Faculty of Graduate Studies and the institutional and the committee on Human Right related to Researcher Involving Human Subjects at Ramathibodi Hospital, data were collected by the following procedures:

1. The formal letter from the Faculty Graduate Studies, Mahidol University, was submitted to the Direction of Lomsak Hospital in order to get permission to collect data.
2. After getting the permission from the Director of the hospital, the researcher met with the Director of Nursing and the head nurse of the postpartum unit, to inform them about the study objectives, the study procedures, and the data collection.
3. The sample postpartum mothers were selected based on the inclusion criteria.
4. The researcher met with the study sample on the second day after delivery, to invite them participate in the study.
5. The researcher made appointment with the study sample to visit them at home after they had adhered to traditional practices for 7 days.
6. A home visit was made and the informed consent was signed prior collecting the data.
7. The Demographic Data Questionnaire, the State Anxiety Inventory Form X-I, and the Jalowiec Coping Scale were administered to the sample respectively.
8. The data were checked for completeness before preparing for analysis.

Data Analysis

All data obtained from the study were analyzed by using the SPSS for Windows Program. Descriptive statistics were used to summarize the data as follows:

1. Demographic data were reported as number, percentage, range, mean, and standard deviation.
2. Levels of stress were reported as mean and standard deviation.

3. Coping strategies were reported as number, percentage, and the raw scores and relative scores were computed.

Results

The sample in this study consisted of 125 postpartum mothers. Their ages ranged from 16-43 years, with the mean age of 25.76 years. Majority of the sample (56%) were in age group between 20-29 years old. Forty-nine present of the subjects finished primary school. Two-third of the subjects had low family income (less than 5,000 bath/ month). Most of the sample lived in extended family. Considering the types of traditional postpartum practices, 59.2% of the sample adhered to a combination of two types: lying by fire and applying heat on the abdomen. The findings indicated that all of the postpartum mothers adhered to the restrictions of traditional practices: lying by fire, confinement to the home, consuming hot drinks or herbs, taking hot baths, and food restriction. About half of the mothers (50.4%) had no experience of traditional postpartum practices.

Data analysis revealed that scores of stress of the sample ranged from 24-67, with the mean score of 40.27 (SD = 8.90). (Table1).

Table 1 Range, mean, and standard deviations of stress scores (n=125)

Variable	Min – Max		Mean	SD	Skewness
	Possible scores	Actual scores			
level of stress	20-80	24 – 67	40.27	8.90	.76

Sixty-five percent of the sample had moderate level of stress whereas 32% of them had low level of stress. Only two mothers (1.6%) had high level of stress. (Table2).

Table 2 Number and percentage of the sample in each level of stress (n = 125)

level of stress	Number	Percentage
low	41	32.8
moderate	82	65.6
high	2	1.6

Further analysis revealed that the highest to the lowest proportion of coping strategies that the postpartum mothers used were confrontive coping (M = .43, SD = .04), palliative coping (M = .40, SD = .04), and emotive coping (M = .17, SD = .03) respectively. (Table3).

Table 3 Range, mean, and standard deviations of relative scores of coping strategies (n = 125)

Coping strategies	Min - Max	Mean	SD
confrontive	.32 – .53	.43	.04
palliative	.32 – .49	.40	.04
emotive	.10 – .27	.17	.03

Results of this study indicated that the postpartum mothers used a combination of the problem-focused coping and the emotion-focused coping to manage the situation of stress during adherence to traditional postpartum practices.

An additional analysis of coping strategies was performed to describe which coping items were the most and the least used by the postpartum mothers. Of the five most used coping items, three items were in confrontive coping subscale and two items were in palliative coping subscale. On the other hand, of the five least used coping items, all five items were in the emotive subscale: the highest used coping item

was “an attempt to define a problem” (96%) and the least used coping item was “more eating” (5.6%).

Discussion

The findings of this study indicated that the postpartum mothers who adhered to the traditional postpartum practices had moderate level of stress. This resulted from personal factors and situational factors. Most of the sample had low educational level that might effect their perceptions and appraisals of situation of stress. Moreover, most of the subjects had low family income which might limited their coping resources. Half of the sample had no prior experience related to traditional postpartum practices. This might make them feel uncertainty about the situation and caused more stress.

Results of the study support the Lazarus and Folkman’s model (1984) which stated that persons appraise the situation of stress based on their experience about situation, novelty of the situation, and uncertainty about the situation (Lazarus & Folkman, 1984). In this study, the postpartum mothers viewed the situation of traditional practices as stressor and threaten their psychological well being. To cope effectively, the mothers needed to use appropriate coping strategies and available resources.

Based on the raw scores of the Jalowiec Coping Scale, the findings revealed that the sample used moderate coping effort. They used moderate confrontive and palliative subscale, and low emotive subscale.

An analysis indicated that the sample used the combination of problem-focused coping and emotion-focused coping. Results of the study support the assertion of Lazarus and Folkman (1984: 157) that people tend to used both categories of coping to deal with stress. The problem-focused coping strategies are more frequently used when the stressor is appraised as being amenable to change. The emotion-focused coping strategies are used to manage the emotion generated from the stressor that is viewed as unchangeable (Folkman & Lazarus, 1980: 219-239)

Most of the sample lived in extended family, they might seek information related to ritual practices and received support from family members. Meanwhile, the traditional practices were conveyed in the family from generation to generation. The sample had to follow the prescription of traditional postpartum practices according to

strongly recommended by family members and could not change the situation. These are the reasons for the postpartum mothers to used both problem-focused coping strategies and emotion-focused coping strategies to deal with stress during their adherence to traditional practices.

Conclusion

The ritual of practices is still prevalence among Thai postpartum mothers. The situation in which the mothers adhere to is a stressful event that affect psychological well being. Health care professionals should assess level of stress, causes of stress, and social support of postpartum mothers during traditional postpartum practices. Moreover, family members should be encouraged to assist the postpartum mother to cope with stress during traditional postpartum practices.

Limitations

Limitations of this study were as follows:

1. Generalization of the findings is limited because a convenience sample was used.
2. Traditional postpartum practices of the postpartum mothers may be varied in each places, therefore, the traditional practices of the postpartum mothers in this study may not represent the practices in other areas.

Implications and Recommendations

The findings from this study provide considerations for nursing practice, education, and research.

Nursing Practice

1. Health care professionals should assess causes of stress, and social support of the postpartum mothers who adhere to the traditional postpartum practices
2. The family members should be encouraged to participate in caring for the postpartum mothers who adhere to the traditional postpartum practices.

3. Nurses should provide instruction about self-care for postpartum mothers who adhere to the traditional postpartum practices before discharge from the hospital.

4. Nurses should make a schedule of home visit for the postpartum mothers who adhere to the traditional practices and explore stress and complications related to the ritual practices.

5. The referral should be made if the postpartum mothers have high level of stress during adherence to the traditional postpartum practices.

Nursing Education

1. Contents of culturally sensitive in postpartum care should be focused in the nursing curriculum

2. Continuing education is needed for staff nurses who provide care for the postpartum mothers. The needs of the postpartum mothers during their ritual practices should be discussed.

Nursing Research

1. Causes of stress and the measures to alleviate stress of the postpartum mothers who adhere to the traditional practices should be explored.

2. Factors underpinning the ritual practices of the postpartum mothers should be identified.

3. Psychological well being of the postpartum mothers who adhere to the traditional postpartum practices should be assessed continuously.

4. Qualitative research about rituals of the postpartum mothers should be conducted.

5. A Study should be conducted to compare stress level of the mothers who have experiences about traditional postpartum practices and those who do not have experiences.

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2546). ความเครียดของคนไทย: การศึกษาระดับชาติ. 17-35.
- กัญจน์ พัตติยะ. (2530). ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลและการปรับตัวต่อการเป็นมารดาในผู้ป่วยครรภ์แรกผ่าตัดทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กาญจนา นระมรัมย์. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกีดสรร แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน และการเผชิญปัญหาของหญิงตั้งครรภ์ที่รอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิ่งฟ้า ดลธำมย์. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและการแสดงบทบาทมารดาในมารดาที่บุตรแยกจากหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนิษฐา นาคะ. (2534). ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ขวัญชัย เกิดบางนอน. (2542). ปัจจัยที่มีผลต่อการดำรงอยู่ของผดุงครรภ์โบราณชาวมุสลิมในงานอนามัยแม่และเด็ก: กรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดระนอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวัฒนธรรมศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ข้อมูลการสำรวจพื้นที่เขตอำเภอหล่มสัก. (2549). From web site: <http://www.tumbon.com>.
- คมคาย อินวาทย์. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียดของมารดาหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทกานต์ อังควัฒนานนท์. (2540). การสนับสนุนจากคู่สมรส ปัจจัยบางประการ กับความเครียดในบทบาทของหญิงหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิตรา วินิจฉัย. (2535). ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพขณะอยู่ไฟในมารดาครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ชมชื่น สมประเสริฐ. (2526). ผลของการฝึกสมาธิต่อระดับความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาคลินิก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชลดา จันทรขาว. (2541). ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในหญิงที่มีการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลมารดาและทารก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชไมพร โนนศรีชัย. (2536). ผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงกมล พึ่งประเสริฐ. (2534). ผลของการให้คำปรึกษาของพยาบาลต่อระดับความวิตกกังวลและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยทำแท้งผิดกฎหมาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดารารวรรณ กำเลียงใส. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธงชัย ทวีชาชาติ และคณะ. (2539). ความเครียดและสุขภาพจิตของคนไทย. กรมสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบญจวรรณ เอกะสิงห์. (2541). ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและวิธีการเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประเสริฐ ถาวรคุลย์สถิตย์ และคณะ. (2536). การดูแลสุขภาพตนเองของหญิงหลังคลอดในชนบทอีสาน. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราณี พงศ์ไพบูลย์. (2539). การพยาบาลระยะหลังคลอด. ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ.
- ปราณี มิ่งขวัญ. (2542). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปาริชาติ ศิลประเสริฐ. (2542). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการเผชิญความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดในหน่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิต

วิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ปิยะเนตร กาญจนเจริญ. (2541). *ความเครียด และการเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงขณะพักรักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ผ่องพักตร์ พิทยพันธุ์. (2542). *กระบวนการการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างการเข้ารับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- แผนกคลอด. (2548). *รายงานสถิติประจำปี. เอกสารทางเวชระเบียน*. โรงพยาบาลหล่มสัก, เพชรบูรณ์.
- พนิดา วารานนท์. (2541). *การสนับสนุนจากคู่สมรสและการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พุ่มพวง จิรากุล. (2539). *ผลของการให้ความรู้และสนับสนุนต่อความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรทิพย์ โชคทวีพานิชย์. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรศิริ ใจสม. (2536). *ความเครียดและกลวิธีเผชิญความเครียดของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และคณะ. (2535). *ประชากรและการสุ่มตัวอย่าง*. ใน *วิจัยทางการพยาบาล* (หน้า 149-158). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ. (2544). *การแพทย์แผนไทย การแพทย์แบบองค์รวม*. สถาบันการแพทย์แผนไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- เพ็ญภา ทรัพย์เจริญและภัทรพร ตั้งสุขฤทัย. (2543). *การส่งเสริมสุขภาพหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทย*. หมอชาวบ้าน, พ.ย.-ธ.ค.
- เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ และมาลา ไชยเอนก. (2543). *การศึกษาพฤติกรรมการงเคอาหารแสดงของหญิงหลังคลอด*. สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข.

- มณฑา ลิ้มทองกุล. (2535). *ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอน และวิธีการเผชิญปัญหาขณะรอ
ฟังผลตรวจชิ้นเนื้อในผู้ป่วยที่มีก้อนบริเวณเต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มณฑิรา เขียวยิ่ง และคณะ. (2537). *พิธีกรรมการอยู่ไฟในชนบทอีสาน*. คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มาลินี จำเนียร. (2537). *การเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรม: ความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพของมารดา
ภายหลังคลอด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์และ
สาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุวดี ฤาชา และคณะ. (2540). *วิจัยทางการพยาบาล*. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รายงานสถิติการคลอด. (2550). *สถิติมารดาหลังคลอดทางช่องคลอดที่ปราศจากภาวะแทรกซ้อน.
แผนกคลอด, โรงพยาบาลหล่มสัก, เพชรบูรณ์*.
- ลัทธิกา จันทร์จิต. (2540). *การดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านหลังคลอดในเขตเมือง: กรณีศึกษา
กรุงเทพมหานครและปทุมธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไล พูลศรี และคณะ. (2548). *การอยู่ไฟหลังคลอด มีผลกระทบกับการหายของแผลฝีเย็บ.
เอกสารทางวิชาการ*. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย โรงพยาบาลหล่มสัก เพชรบูรณ์.
- ศิริวรรณ สันทัด และเบญจวรรณ คุณรัตนารณ์. (2547). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ
หญิงหลังคลอดอำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี*, วารสารพยาบาลศาสตร์, 22(2), 29-41.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). *ความเครียดกับการดูแลตนเอง*. ใน สมจิต หนูเจริญกุล, *การดูแล
ตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล (หน้า 95-120)*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.
เจ. พรินติ้ง.
- สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ. (2542). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพิษสุรา
เรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาล
จิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2540). *การแพทย์พื้นบ้านกับ
การดูแลสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวง-
สาธารณสุข. (2548). *การดูแลสุขภาพหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทย*. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

- สถาบันส่งเสริมการแพทย์แผนไทย มูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา. (2548). *ฟื้นฟูสุขภาพแม่หลังคลอด ด้วยการแพทย์แผนไทย*. 1-6.
- สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ. (2542). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สิริวัลย์ เรืองสุรัตน์. (2539). *พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด: การศึกษาหญิงจีนในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุธรรม นันทมงคลชัย และคณะ. (2546). *ประเพณี ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด และการปฏิบัติตัวของมารดาหลังคลอดใน 4 พื้นที่ศึกษา 4 ภาคของประเทศไทย*. โครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทยระยะที่ 1 ฉบับที่ 12.
- สุนทรี ภิญโญมิตร. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการปรับตัวด้านจิตใจของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาวดี เหลืองขวัญ. (2536). *การอยู่ไฟและปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาพ แดโอชา. (2548). *ประเพณีและวัฒนธรรม: การเกิด*. ฐานข้อมูลท้องถิ่น สำนักวิทยบริการสถาบันราชภัฏ. 1-2.
- สมณฑา กบิลพัตร. (2541). *ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรางค์ เปื้องเดช. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรีย์พร มาลา. (2534). *ความวิตกกังวล ความสามารถในการควบคุมตนเอง ความต้องการข้อมูล และการได้รับข้อมูลในผู้ป่วยมะเร็งที่กำลังได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุริรัตน์ ชาราศักดิ์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างการพยาบาลที่สนับสนุนการเผชิญความเครียด กับความวิตกกังวลของผู้คลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุริรัตน์ มงคลปทุมรัตน์. (2547). พฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาภายหลังคลอดในชุมชน เขตอำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวช. 1-11.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2548). การดูแลหญิงหลังคลอด. 1-2.
- สำนักงานที่ว่าการอำเภอหล่มสัก. (2547). รายงานการสำรวจพื้นที่เขตอำเภอหล่มสัก. เอกสารทาง เวชระเบียนประชากร. เพชรบูรณ์.
- โสมภัทร ศรีไชย. (2530). ความเป็นห่วงของมารดาในด้านการปฏิบัติตนและการเลี้ยงบุตรใน ระยะหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพิน เกตุแก้วมณี. (2541). การศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอนใน ความเจ็บป่วย และพฤติกรรมเผชิญความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัญญรีย์ ทองสวรรค์. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนในระยะหลัง คลอด ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ของบุตร กับอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในระยะ หลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดา และทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุษา เชื้อหอม. (2534). ผลของการเตรียมตัวคลอดต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ระยะเวลา คลอด และการรับรู้ประสบการณ์คลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขา พยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอื้ออารีย์ สาริกา. (2543). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Appelbaum, S. H. (1981). *Stress management for health care professionals*. Maryland: Aspen.
- Beck, C. T. (1992). The lived experience of postpartum depression: A phenomenological study. *Nursing Research*, 41, 166-169.
- Brown, M. A. (1986). Social support, stress, and health: A comparison of expectant mothers and fathers. *Nursing Research*, 35, 72-76.

- Bull, M. J. (1981). Change in concerns of first-time mothers after one week at home. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing Gynecological Nursing*, 391-394.
- Caplan, G. (1981). Mastery of stress: Psychosocial aspects. *The American Journal of Psychiatry*, 138, 413-420.
- Cassmeyer, L. V., Mitchell, H. P., Betrus, A. P. (1995). *Medical – surgical nursing*. United State of America: Mosby-book, Inc.
- Chiang, C. Y. L. (1995). Postpartum worries: An exploration of Taiwanese primiparas who participate in the Chinese ritual of Tso-Yueh-Tzu. *Maternal-Child Nursing Journal*, 23, 110-122.
- Cox, T. (1978). *Stress*. Balimore: University Park Press.
- Endler, N. S. & Edwards, J. (1982). Stress and personality. In L. Goldberger, & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress theoretical and clinical aspects* (pp. 36-44). New York: Macmillan.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Friedman, M. & Dimatteo, M. R. (1989). *Health psychology*. Engiewood Ciffs: Practice Hall.
- Garland, L. M. & Bush, C. T. (1982). *Coping behavior and nursing*. Virginia: Reston Publishing Co.
- Groer, M. W., & Davis, M. W. (2002). Postpartum stress: Current concepts and the possible protective role of breastfeeding. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*. 31, 411-417.
- Haious, X. (1999). *Postpartum adaptation of Chinese women*. Master of Nursing Science, In Maternal and Child Nursing, Chiangmai University.
- Hankla, R. (2002). *The influence of maternal factors, infant behavior, social support on maternal role performance of postpartum mothers*. The degree of Master of Nursing science (Maternity and Newborn Nursing). Faculty of Graduate studies, Mahidol University.
- Horowitz, J. A., & Damato, E. (1999). Mother's perceptions of postpartum stress and satisfaction. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, 28, 595-605.
- Hung, C. H. (2004). Measuring postpartum stress. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 417-424.

- Hung, C. H. (2004). Predictors of postpartum women's health status. *Journal of Nursing Scholarship, 36*, 345-351.
- Jalowiec, A. (1988). Confirmatory factor analysis of the Jalowiec Coping Scale. In C. F. Waltz, & O. L. Strickland. (Eds.), *Measurement of nursing outcomes: Volume 1 measuring client outcomes* (pp. 287-305). New York: Springer.
- Jalowiec, A. & Power, M. J. (1981). Stress and coping in hypertensive and emergency room patients. *Nursing Research, 30*(1). 10-15.
- Jalowiec, A., Murphy, S. P., & Powers, M. J. (1984). Psychometric assessment of the Jalowiec Coping Scale. *Nursing Research, 33*, 157-161.
- Jones, F. A., Green, V., & Krauss, D. R. (1980). Maternal responsiveness of primiparous mothers during the postpartum period: Age differences. *Pediatrics, 65*, 579-584.
- Kaewsarn, P., Moyle, W., & Creedy, D. (2002). Traditional postpartum practices among Thai women. *Journal of Advanced Nursing, 41*, 358-366.
- Kaewsarn, P., Moyle, W., & Creedy, D. (2003). Thai nurses's beliefs about breastfeeding and postpartum practices. *Journal of Clinical Nursing, 12*, 467-475.
- Kautrakool, A. (2005). *Stress, related factors, and coping strategies of mother of premature infants hospitalized in NICU*. The degree of Master of Nursing science (Pediatric Nursing), Faculty of Graduate studies, Mahidol University.
- Khadking, N. (2001). *Stress and role functional adaptation in primiparas with cesarean section*. The degree of Master of Nursing science (Maternity and Newborn Nursing), Faculty of Graduate studies, Mahidol University.
- Krohne, H. W., & Laux, L. (1982). *Achievement stress and anxiety*. Washington: Hemisphere publishing corporation.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw- Hill Book Company.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leung, S., Arthur, D. G., & Martinson, I. M. (2004). Stress in women with postpartum depression: A phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing, 51*, 353-360.

- Leung, S. K., Arthur, D. G., & Martinson, I. M. (2005). Perceived stress and support of the Chinese postpartum ritual "Doing the Month". *Health Care for Women International*, 26, 212-224.
- Lieberman, M. A. (1972). The effect of social support on response to stress. In *Handbook of stress: The theoretical and clinical aspects*. New York: Advision of McMilland Publishing Co.
- Majewski, J. L. (1986). Conflicts, satisfactions, and attitudes during transition to the maternal role. *Nursing Research*, 35(1), 10-14.
- Matthey, S., Panasetis, P., & Barnett, B. (2002). Adherence to cultural practices following childbirth in migrant Chinese women and relation to postpartum mood. *Health Care for Women International*, 23, 567-575.
- Mercer, R. T. (1981). Theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. *Nursing Research*, 30, 73-76.
- Miles, M. S., Funks, S. G., & Kasper, M. A. (1992). The stress response of mother and father preterm infants. *Research in Nursing & Health*, 15, 261-269.
- Naromrum, K. (2002). *The relationship among selected factors, social support, uncertainty, and coping strategies of pregnant women waiting for elective cesarean section*. The degree of Master of Nursing science. Faculty of Graduate studies, Mahidol University.
- Nelson, A. M. (2003). Transition to motherhood. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, 32, 465-477.
- Parker, K. P. (1981). Anxiety and complication on patients on hemodialysis. *Nursing Research*, 30, 334-336.
- Pearlin, L., & Schooler, C. (1987). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Prapapornsuk, B. (2001). *Correlation among selected factors, marital relationship, perceived uncertainty and coping strategies in infertile women*. The degree of Master of Nursing science (Maternity and Newborn Nursing) Faculty of Graduate studies, Mahidol University.
- Rachala, P. L., & Halstead, L. (1994). The postpartum experience of low risk women: A time of adjustment and change. *Maternal-Child Nursing Journal*, 22, 83-89.
- Selye, H. (1976). *The stress of life*. New York, McGraw-Hill Book Co.

- Sheehan, F. (1981). Assessing postpartum adjustment. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, 19-23.
- Siridumrong, N. (1999). *Factors related to health problems of mothers during the postpartum period at home*. The degree of Master of Nursing science (Community Health Nursing). Faculty of Graduate studies, Mahidol University.
- Soengthaworn, S. (2003). *Stress and coping of patients in surgical intensive care unit*. The degree of Master of Nursing science (Adult Nursing) Faculty of Graduate studies, Mahidol University.
- Sonpaveerawong, J. (2001). *Strategies used by schizophrenic patients to cope with stress in their daily living: A study at Somdet Chaopraya Hospital*. The degree of Master of Nursing science (Psychiatric-Mental Health Nursing) Faculty of Graduate studies, Mahidol University.
- Spielberger, C. D., et. al. (1970). *STAI Manual*. California: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1977). *Self-evaluation questionnaire*. CA: Consulting Psychologist Press, Inc.
- Spielberger, C. D., & Sarason, I. G. (1986). *Stress and anxiety*. (10th ed). London: Hemisphere Publishing Corporation.
- Spielberger, C. D., & Vagg, P. R. (1995). *Test anxiety theory, assessment, and treatment*. Washington: Taylor & Francis.
- Sukhawadee, B. (2002). *Stress and maternal role attainment in adolescent primiparous mothers*. The degree of Master of Nursing science (Maternity and Newborn Nursing) Faculty of Graduate studies, Mahidol University.
- Tarkka, M. T., & Paunonen, M. (1996). Social support and its impact on mothers' experiences of childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 70-75.
- Thi, L. M., Pasandarntorn, W., & Rauyajin, O. (2003). *Traditional postpartum practices among Vietnamese mothers in Anthi district, Hung Yen Province*. Hanoi School of Public health, Hanoi, Vietnam. 1-14.
- Tulman, L., Fawcett, J., & Groblewski, L. (1990). Changes in functional status after childbirth. *Nursing Research*, 39, 70-75.

- Vitaliano, P. P., Maiuro, R. D., Russ, J., & Becker, J. (1987). Raw versus relative scores in the assessment of coping strategies. *Journal of Behavioral Medicine*, 10(1), 1-18.
- Walker, L. O. (1989). Stress process among mothers of infants: Preliminary model testing. *Nursing Research*, 38(1), 10-16.
- Walker, L. O., Crain, H., & Thompson, E. (1986). Maternal role attainment and identity in the postpartum period: Stability and change. *Nursing Research*, 35, 68-71.
- Wortman, C. B. & Conway, T.L. (1985). The role of social support in adaptation and recovery from physical illness, *In Social support and health* (pp. 281-302). Philadelphia: Academic Press, Inc., 1985.
- Yager, M. I. (1989). Clinical manifestations of psychiatric disorders, *In Comprehensive text book of psychiatric* (5th ed.). Baltimer: Williams & Wilking.



ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอด
2. แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ
3. แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด

แบบบันทึกเลขที่.....

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอด

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างและเขียนเครื่องหมาย ☒ ลงในช่องที่เป็นคำตอบที่ตรงกับมารดาหลังคลอด

1. อายุของมารดาหลังคลอด..... ปี (อายุเต็ม)

2. ระดับการศึกษาสูงสุดของมารดาหลังคลอด

- | | |
|--|---|
| ☐ ประถมศึกษา | ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น |
| ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. | ☐ อนุปริญญา/ ปวส. |
| ☐ ปริญญาตรี | ☐ ปริญญาโท, เอก |

3. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

- | | |
|--|--|
| ☐ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท | ☐ 5,001 – 10,000 บาท |
| ☐ 10,001 - 15,000 บาท | ☐ มากกว่า 15,000 บาท ขึ้นไป |

4. ลักษณะครอบครัว

- | |
|--|
| ☐ ครอบครัวเดี่ยว (มีสามี ตัวท่าน และบุตรอยู่ร่วมกันในบ้าน) |
| ☐ ครอบครัวขยาย (มีบุคคลอื่นอาศัยอยู่ด้วยนอกจากสามี ตัวท่าน และบุตร) |

5. ประสบการณ์ของการอยู่ไฟ

- | | |
|---|---|
| ☐ ไม่เคยมีประสบการณ์ | ☐ มีประสบการณ์ 1 ครั้ง |
| ☐ เคยมีประสบการณ์มากกว่า 1 ครั้ง | |

6. วิธีการดูแลสุขภาพหลังคลอดที่เลือกใช้ในครั้งนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 วิธี)

- | | | |
|--|--|---|
| การอยู่ไฟ | ☐ ไฟฟืน | ☐ ไฟถ่าน |
| การนวดประคบความร้อนและสมุนไพร | ☐ การใช้ไฟชุด | ☐ การใช้กระเป๋าน้ำร้อน |
| ☐ การนวดหม้อเกลือ | | |
| ☐ การอบสมุนไพร | | |
| ☐ การนั่งถ่าน | ☐ วิธีอื่น..... | |

7. กิจกรรมการปฏิบัติตนของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ (ตอบได้มากกว่า 1 กิจกรรม)

- ☐ นั้ง, นอนใกล้แหล่งความร้อนเกือบตลอดเวลา
- ☐ ห้ามออกนอกบริเวณบ้าน
- ☐ ดื่มน้ำร้อนหรือน้ำต้มสมุนไพร
- ☐ อาบน้ำร้อนหรือน้ำต้มสมุนไพร
- ☐ งดของแสลง
- ☐ อื่นๆ.....



แบบสอบถามเลขที่.....

แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ

คำชี้แจง ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ท่านจะใช้บรรยายความรู้สึกของท่านต่อการอยู่ไฟ
โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางด้านขวาของข้อความ เมื่อ
ท่านพิจารณาแล้วว่า ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด

ไม่รู้สึกละเลย	หมายถึง	รู้สึกว่าคุณความนั้นไม่ตรงกับ ความรู้สึกของท่านเลย
รู้สึกบ้างเล็กน้อย	หมายถึง	รู้สึกว่าคุณความนั้นตรงกับความรู้สึก ของท่านบ้างเล็กน้อย
รู้สึกพอสมควร	หมายถึง	รู้สึกว่าคุณความนั้นตรงกับความรู้สึก ของท่านมากพอสมควร
รู้สึกมากที่สุด	หมายถึง	รู้สึกว่าคุณความนั้นตรงกับความรู้สึก ของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่รู้สึกละเลย	รู้สึกบ้าง เล็กน้อย	รู้สึก พอสมควร	รู้สึกมาก ที่สุด
1. รู้สึกจิตใจสงบ ไม่ฟุ้งซ่าน				
2. รู้สึกมั่นคงในชีวิต				
3. รู้สึกดีใจเครียด				
4. รู้สึกเสียใจ				
5. รู้สึกสบายใจ				

กังวลกับสิ่งต่างๆที่อาจจะเกิด		
ับตนเอง		
ว่าได้พักผ่อน		
วิตกกังวล		
ึกกลัว		
ือกอบอุ้มใจ		
ึกสดชื่นแจ่มใส		

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นวิธีการที่ท่านใช้ในการจัดการกับความเครียด เมื่อท่านเกิดความรู้สึกเครียดในขณะที่ที่อยู่ไฟ โปรดพิจารณาข้อความทีละข้อ แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยถือเกณฑ์ดังนี้

- ไม่ได้ใช้ หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติเมื่อเกิดความเครียด
 ใช้นานๆ ครั้ง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติเมื่อเกิดความเครียดนานๆ ครั้ง
 ใช้เป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติเมื่อเกิดความเครียดเป็นบางครั้ง
 ใช้น้อยครั้ง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติเมื่อเกิดความเครียดบ่อยครั้ง
 ใช้เกือบทุกครั้ง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติเมื่อเกิดความเครียดทุกครั้ง

วิธีการเผชิญความเครียด	ไม่ได้ใช้	ใช้นานๆ ครั้ง	ใช้เป็น บางครั้ง	ใช้น้อยๆ	ใช้ทุกครั้ง
1. ครุ่นคิดกังวลใจเกี่ยวกับปัญหา					
2. ระบายความเครียดด้วยการออกกำลังกายหรือออกกำลังกาย					
3. คิดหวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น					
4. วางเฉยต่อปัญหา คิดเสียว่าสิ่งต่างๆ อาจเลวร้ายลงกว่านี้					
5. คิดหาวิธีต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์					
6. ระบายความเครียดโดยรับประทานอาหาร สูบบุหรี่หรือเคี้ยวหมากฝรั่งมากขึ้น					

วิธีการเผชิญความเครียด	ไม่ได้ใช้	ใช้นานๆ ครั้ง	ใช้เป็น บางครั้ง	ใช้บ่อยๆ	ใช้ทุกครั้ง
7. พยายามลืมปัญหาและนึกถึงสิ่ง อื่นแทน					
8. ปลอ่ยให้คนอื่น เช่น ญาติ เพื่อน สามี ช่วยจัดการปัญหา ให้แทน					
.					
.					
.					
.					
.					
33. นอนหลับโดยคิดว่าเมื่อตื่น ขึ้นมาปัญหาต่างๆจะดีขึ้น กว่านี้					
34. ตั้งเป้าหมายให้ชัดเจนในการ ช่วยแก้ปัญหา					
35. ปลอบใจตัวเองว่า “อย่ากังวล ไปเลย ทุกสิ่งทุกอย่างจะ เป็นไปในทางที่ดีขึ้นเอง”					
36. ยอมรับในสิ่งที่ดีรองลงมา จากสิ่งที่ต้องการจริงๆ					

ภาคผนวก ข



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ

ชื่อผู้วิจัย นางสาวจิตรัตน์ หมั่นศรีชัย นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย



**หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ไม่สามารถแสดงความยินยอมได้ด้วยตนเอง**

ชื่อโครงการ ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ

ชื่อผู้วิจัย นางสาวจิตติรัตน์ หมีนศรีชัย นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทน
นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. ในฐานะ ได้ทราบรายละเอียดของ
โครงการการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่ลัง
ใจปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัย
เกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใด
ก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัว
ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัว
ผู้เข้าร่วมการวิจัยต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้มีอำนาจกระทำการแทน)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้ทำวิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะ
เกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ผู้มีอำนาจกระทำการแทนทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

ภาคผนวก ค



เอกสารชี้แจงข้อมูล/ คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ

ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ

ผู้วิจัย

นางสาวจิตร์ตัน หมีนศรีชัย นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

สถานที่วิจัย

บ้านพักอาศัยของมารดาหลังคลอดที่คลอดจากโรงพยาบาลหล่มสัก และปฏิบัติการอยู่ไฟในเขตอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

นางสาวจิตร์ตัน หมีนศรีชัย

96 หมู่ 11 ต.ตาลเดี่ยว อ.หล่มสัก จ.เพชรบูรณ์ 67110

โทรศัพท์ 056-703067, 081-8889384

E-mail address g4837053@student.mahidol.ac.th

ผู้สนับสนุนการวิจัย

ไม่มี

ความเป็นมาของโครงการ

การอยู่ไฟหลังคลอด เป็นวิถีปฏิบัติที่สืบทอดกันมาช้านาน ลักษณะกิจกรรมการอยู่ไฟมีความแตกต่างกันในทางปฏิบัติ ประกอบกับมารดาหลังคลอด 7 วันแรก มีการฟื้นตัวของสุขภาพที่ยังไม่สมบูรณ์ มารดาหลังคลอดหลายคนอาจจะเผชิญกับความเครียดในการปรับตัวหลังคลอด ร่วมกับการอยู่ไฟ ในขณะที่กิจกรรมการอยู่ไฟเป็นสิ่งที่ปฏิบัติหลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจึงสนใจที่จะศึกษาถึงระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ใช้อยู่ เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลสุขภาพของมารดาหลังคลอดต่อไป

วัตถุประสงค์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

การศึกษานี้เก็บข้อมูลโดยให้มารดาหลังคลอดตอบแบบประเมิน 2 ชุด ได้แก่ แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญและแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียด ร่วมกับการสัมภาษณ์ของผู้วิจัย ในข้อมูลส่วนบุคคล การเก็บข้อมูลจะทำที่บ้านมารดาหลังคลอดหลังจากอยู่ไฟครบ 7 วัน ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นทั้งต่อผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย และต่อผู้อื่น

ผลที่ได้จากการศึกษาใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทางการพยาบาลมารดาหลังคลอด และการศึกษาเกี่ยวกับการอยู่ไฟต่อสุขภาพมารดาหลังคลอดในอนาคต ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพของมารดาหลังคลอดที่ดี

ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย

เนื่องจากการเป็นการสัมภาษณ์และการตอบแบบสอบถามของมารดาหลังคลอด ซึ่งผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเมื่อมารดาหลังคลอดมีความพร้อมจึงไม่มีความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ในการเข้าร่วม

การวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปตามความสมัครใจของมารดาหลังคลอด โดยที่มารดาหลังคลอดสามารถเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อมารดาหลังคลอดทั้งสิ้น

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของมารดาหลังคลอดไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นผลสรุปการวิจัยในภาพรวม การเปิดเผยข้อมูลต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้ในเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ระบุชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยลงในแบบบันทึกต่างๆ โดยจะใช้รหัสแทนผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละราย

ถ้าท่านมีปัญหาข้อข้องใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โทร 0-2201-1541 ในเวลาราชการ

ภาคผนวก ง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย ในการศึกษาความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ

1. รองศาสตราจารย์ จิตติวัลค์ ธรรมไพโรจน์

ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พวงน้อย สาครรัตนกุล

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรรณภา พูลศรี

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

4. พันโทหญิงศิริวรรณ มั่นสุข

หัวหน้างานบริการผู้ป่วยนอก แผนกสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

5. อาจารย์ไพรินทร์ สุกนธ์ตระกูล

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ภาคผนวก จ

การคำนวณค่า Chronbach's Alpha Coefficient

คำนวณค่าโดยใช้สูตรดังนี้ (ยูวดี ภาษา และคณะ, 2534 : 127)

$$\alpha = \left| \frac{n}{n-1} \right| \left| 1 - \frac{Si^2}{St^2} \right|$$

α = คำนีความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ

n = จำนวนข้อของแบบทดสอบ

Si^2 = ความแปรปรวนของข้อแบบทดสอบแต่ละข้อ

St^2 = ความแปรปรวนของคะแนนที่ได้จากแบบทดสอบทั้งฉบับของคนที่ทำ

แบบสอบถาม

การคำนวณคะแนนสัมพัทธ์

คะแนนสัมพัทธ์คำนวณได้จาก การหาค่าสัดส่วนของค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมรายด้านหารด้วยผลรวมของค่าเฉลี่ยของการเผชิญความเครียดทุกด้านรวมกัน อาทิ ถ้าต้องการหาคะแนนสัมพัทธ์ของการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา จะได้สูตรดังนี้ (Vitaliano, et. al., 1987: 9)

$$CF = \frac{ME_{CF}}{ME_{CF} + ME_{EM} + ME_{PA}}$$

เมื่อ CF = คะแนนสัมพัทธ์ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา

ME_{CF} = คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา

ME_{EM} = คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์

ME_{PA} = คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวฐิติรัตน์ หมั่นศรีชัย
วัน เดือน ปีเกิด	22 มิถุนายน 2523
สถานที่เกิด	เพชรบูรณ์
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ โครงการร่วม ผลิตกับมหาวิทยาลัยนเรศวร, พ.ศ. 2541 - 2545 พยาบาลศาสตรบัณฑิต การพยาบาลและการผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2548 - 2550 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2545 - ปัจจุบัน พยาบาลประจำการงานแผนกคลอด โรงพยาบาลหล่มสัก โทรศัพท์ 056-702001 ต่อ 126 ตำแหน่ง: พยาบาลวิชาชีพ 4
ที่อยู่	96 หมู่ 11 ตำบลตาลเดี่ยว อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ 67110 โทรศัพท์ 056-703067, 081-8889384