

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สาม
ของการตั้งครรภ์ต่อความเครียดและอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด
**Effects of Enhanced Coping Program in the Third Trimester of Pregnancy on
Postpartum Stress and Postpartum Blues**

นรานุช สันธิติการย์

Naranuch Santhitikan

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Advanced Midwifery)**

Prince of Songkla University

2556

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการ
ตั้งครรภ์ต่อความเครียดและอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด

ผู้เขียน นางสาวนรานุช ลัทธิพิการย์

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงพร จันทรพัฒน์)

(รองศาสตราจารย์ ดร.จิระเนา ทัศนศรี)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงพร จันทรพัฒน์)

.....

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ จุติพร อิงคถาวรวงศ์)

(รองศาสตราจารย์ จุติพร อิงคถาวรวงศ์)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชิษร)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นอ.หญิง ดร.ทัศนศรี เสมียนเพชร ร. น.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การผดุงครรภ์ขั้นสูง

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(3)

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงพร จันทรพัฒน์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวนรานุช สันฐิติการย์)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวรณนุช สันฐิติกรย์)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสถัดที่สามของการตั้งครรภ์ต่อความเครียดและอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด
ผู้เขียน	นางสาวรณนุช ลัญฉิตการย์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)
ปีการศึกษา	2555

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสถัดที่สามของการตั้งครรภ์ต่อความเครียดและอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรกในระยะไตรมาสถัดที่สาม ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 60 คน จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสถัดที่สามของการตั้งครรภ์ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แผนการสอน 3 เรื่อง คือ ความเครียดและการจัดการกับความเครียดในระยะไตรมาสถัดที่สามของการตั้งครรภ์และหลังคลอด อารมณ์เศร้าหลังคลอด และการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารก และแผ่นบันทึกเสียงคลายเครียดด้วยตนเอง เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเครียดของมารดาในระยะไตรมาสถัดที่สามของการตั้งครรภ์และหลังคลอด และแบบประเมินอารมณ์เศร้าหลังคลอด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และทดสอบความเที่ยงโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความเครียดในระยะไตรมาสถัดที่สามของการตั้งครรภ์ และหลังคลอด เท่ากับ .70 และ .74 ตามลำดับ และค่าความเที่ยงของแบบประเมินอารมณ์เศร้าหลังคลอด เท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. มารดาที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์มีความเครียดไม่แตกต่างกับก่อนได้รับ โปรแกรม ($p > .05$)
2. มารดาที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์มีความเครียดไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($p > .05$)
3. มารดาที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์มีอาการเศร้าหลังคลอดไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($p > .05$)

แม้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้ โปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์มีผลต่อความเครียด และอารมณ์เศร้าหลังคลอดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มทดลองมีแนวโน้มคะแนนความเครียด และอารมณ์เศร้าหลังคลอดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรพิจารณาปรับปรุงถึงปริมาณ และความถี่ของการดำเนินกิจกรรมใน โปรแกรมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ รวมทั้งพิจารณาถึงระยะเวลาในการประเมินผลลัพธ์

Thesis Title	Effects of Enhanced Coping Program in the Third Trimester of Pregnancy on Postpartum Stress and Postpartum Blues
Author	Miss Naranuch Santhitikan
Major Program	Nursing Science (Advanced Midwifery)
Academic Year	2012

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to investigate the effects of an enhanced coping program in the third trimester of pregnancy on postpartum stress and postpartum blues. The sample comprised 60 primiparous women in the third trimester who received antepartum care at Hatyai Hospital, Songkhla province. Thirty subjects were assigned to each of 2 groups. The experimental group received the enhanced coping program in the third trimester, whereas the control group received routine care. The program consisted of the teaching plan related stress to, postpartum blues, care management and health care for both mother and newborn, and a CD of relaxation technique. The data collection instruments included the demographic, stress during the third trimester, stress after birth, and maternal blues questionnaires. The content validity was approved by five experts. The reliability of the stress questionnaires showed a Cronbach's alpha coefficient of .70 for the stress in the third trimester and .74 for stress after giving birth. The reliability of the blues questionnaires was .87. Data were analyzed using descriptive statistics, one-way repeated measures ANOVA or split plot ANOVA, and Mann-Whitney U test.

The results are as the follows:

1. There were no differences between stress before and stress after receiving the enhanced coping program of mothers ($p > .05$).
2. Mothers who received the enhanced coping program in the third trimester of pregnancy had no difference in stress from the mothers who received normal care ($p > .05$).

3. Mothers who received the enhanced coping program in the third trimester of pregnancy had no difference in postpartum blues from the mothers who received normal care ($p > .05$).

Even though the enhanced coping program in the third trimester of pregnancy had no significant differences in postpartum stress or postpartum blues between the two groups, the experimental group showed a tendency for postpartum stress and postpartum blues to be less than that in the control group. Therefore, for further application of this program, the quantity and frequency of the activity of the program as well as the timing of evaluation of the program for enhancing good expected outcomes should be considered.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(13)
รายการภาพ.....	(14)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิด.....	6
สมมุติฐานการวิจัย.....	9
นิยามศัพท์.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	11
ความสำคัญของการวิจัย.....	11
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	12
แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดในระยะไตรมาสถี่สามของการตั้งครรภ์.....	13
ความหมาย.....	13
สาเหตุและปัจจัยเกี่ยวกับความเครียดในระยะไตรมาสถี่สามของการตั้งครรภ์...	14
สาเหตุและปัจจัยเกี่ยวกับความเครียดในระยะหลังคลอด	16
การประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัส และ โฟล์คแมน.....	18
การประเมินความเครียด.....	18
การเผชิญความเครียด.....	22

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)	
แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด.....	25
ผลลัพธ์ของการเผชิญความเครียด.....	28
แนวคิดเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหลังคลอด.....	29
ความหมาย.....	29
ลักษณะทางคลินิก.....	30
สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.....	31
ผลกระทบ.....	33
ความเครียดและการเปลี่ยนแปลงอารมณ์เศร้าหลังคลอด.....	33
โปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในมารดาหลังคลอด.....	36
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	45
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	48
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	51
การดำเนินการวิจัย.....	52
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	60
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	62
ผลการวิจัย.....	62
การอภิปรายผล.....	70
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	76
สรุปผลการวิจัย.....	76
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	76

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ (ต่อ).....	
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	77
ข้อจำกัดการวิจัย.....	78
เอกสารอ้างอิง.....	79
ภาคผนวก	91
ก การคำนวณขนาดอิทธิพล.....	92
ข ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	93
ค ข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ.....	95
ง ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	98
จ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง.....	115
ฉ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	156
ช รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ.....	165

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของมารดาจำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส สิทธิในการรักษาพยาบาล รายได้ในครอบครัว/เดือน ลักษณะครอบครัว การวางแผนในการมีบุตร ผู้ที่ช่วยเหลือในการเลี้ยงดูบุตร ความคาดหวังในเพศทารก และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกหรือเด็กเล็ก ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	64
2	เปรียบเทียบข้อมูลการคลอดจำแนกตามการกระตุ้นการคลอด การได้รับยาแก้ปวด และเพศของทารกเป็นไปตามความคาดหวัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..	66
3	เปรียบเทียบความเครียดของมารดา ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง.....	67
4	เปรียบเทียบความเครียดของมารดา ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	68
5	เปรียบเทียบอารมณ์เศร้าในวันที่ 2 และวันที่ 5 หลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	70

รายการภาพ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการศึกษาค้นคว้าของโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดตั้งแต่ ในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ต่อความเครียดและอารมณ์เศร้าในมารดา หลังคลอด.....	8
2	ขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย.....	59
3	คะแนนความเครียดในระยะไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ และหลังคลอดวันที่ 2 และวันที่ 5	69

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่ทำให้เกิดความเครียดแก่หญิงตั้งครรภ์ โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน และการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ของร่างกายปรากฏให้เห็นตลอดการตั้งครรภ์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการตั้งครรภ์และภาวะจิตสังคม ซึ่งได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ สัมพันธภาพระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับสามีและสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงความต้องการทางเพศสัมพันธ์ระหว่างตั้งครรภ์ (Hung, 2006) เมื่อการคลอดสิ้นสุดลง จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม มีการปรับบทบาทการเป็นมารดา และการปรับตัวด้านบทบาทอื่นๆ เช่น บทบาทภรรยา บทบาทแม่บ้าน บทบาทความรับผิดชอบงานนอกบ้าน ซึ่งยังคงดำเนินอยู่ (Hung, 2006) การปรับตัวในบทบาทหน้าที่หลายด้านไปพร้อมกันนี้ อาจทำให้มารดาเกิดความเครียดในบทบาทขึ้น โดยมารดาจะรู้สึกกดดัน วิตกกังวล คับข้องใจ ที่ไม่สามารถแสดงพฤติกรรม และบทบาทของมารดา ทั้งด้านการกระทำและด้านแสดงความรู้สึกให้สอดคล้องกับความคาดหวังของสังคม ถ้ามารดาสามารถเผชิญกับสิ่งเหล่านี้ได้ดี ย่อมนำมาความสุขมาสู่ครอบครัว แต่ถ้าหากไม่สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม ก็จะนำไปสู่การเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด และอาจทำให้มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้ (วิไลพรรณ, 2554)

ในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น น้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น ขนาดหน้าท้องขยายใหญ่ขึ้น สีผิวเข้มขึ้น มีสิว ฝ้า มีรอยแตกของผิวหนังบริเวณหน้าท้อง และต้นขา เป็นต้น (Driscoll, 2008) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจทำให้เกิดความเครียด มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง และถ้าหากมีอาการไม่สุขสบายทางด้านร่างกายร่วมด้วย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ ปวดหลัง ปัสสาวะบ่อย หรือมีตะคริว สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ กระตุ้นให้เกิดความเครียดได้ (Chou, Kuo, & Wang, 2008) โดยเฉพาะถ้าหากมีภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะเสี่ยงสูง หญิงตั้งครรภ์จะยิ่งมีความเครียดและมีความวิตกกังวล ซึ่งจะส่งผลทำให้กระทบกระเทือนต่อจิตใจ

ส่วนการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคมในไตรมาสนี้ เป็นการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการในบทบาทการเป็นมารดา (Leifer, 2005) ซึ่งมารดาจะสนใจและต้องการรับรู้ในเรื่องของกระบวนการคลอด การปฏิบัติตัวในบทบาทของมารดา และมีความภาคภูมิใจที่จะได้เป็นมารดา ในขณะเดียวกัน จะมีความกลัวและความวิตกกังวลเกิดขึ้น เนื่องจากเป็นระยะใกล้คลอด โดยพบว่า หญิงครรภ์แรก จะมีความกลัว ความวิตกกังวลถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเองเมื่อเข้าสู่กระบวนการคลอด ความปลอดภัยของตนและทารกในระยะคลอด และบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่เปลี่ยนแปลงไป (Driscoll, 2008) หากมารดาไม่สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ จะส่งผลทำให้เกิดมีความเครียด และมีความวิตกกังวล ส่งผลต่อเนื่องยังสัมพันธภาพระหว่างมารดา ทารกและบุคคลในครอบครัว ที่จะทำให้การพัฒนาบทบาทมารดาที่ไม่เหมาะสม (Emmanuel, Creedy, St John, & Brown, 2009) โดยความเครียดและมีความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตสังคมของมารดาหลังคลอด (Grant, McMahon, & Austin, 2008) และเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Chou, Avant, Kuo, & Fetzer, 2008; Gonidakis, Rabavilas, Varsou, Kreatsas, & Christodoulou, 2007) ดังนั้น การที่ส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์ให้สามารถเผชิญกับความเครียดตั้งแต่ในไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ อาจจะช่วยลดการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้

โดยทั่วไประยะหลังคลอดใหม่ๆ นั้น จะเป็นเวลาแห่งความสุขที่สุดของผู้เป็นมารดา เพราะเป็นช่วงเวลาที่ได้อยู่น้อยมาชื่นชมหลังจากที่ต้องเฝ้ารอคอยมานาน แต่ในความเป็นจริง มีมารดาหลังคลอดจำนวนไม่น้อยที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด อันเป็นการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และจิตใจที่เกิดขึ้นเองในสัปดาห์แรกหลังคลอด และพบได้บ่อยที่สุด โดยมีการศึกษาในหลายๆ ประเทศ พบความชุกของอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้ตั้งแต่ ร้อยละ 20.2-55.2 ตามบริบทของการศึกษาซึ่งแตกต่างกันไป (Gonidakis et al., 2007; Reck, Stehle, Reinig, & Mundt, 2009) ในประเทศไทย มีการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตมารดาหลังคลอด พบว่าในช่วงหลังคลอด มารดาจะมีความเครียด ความวิตกกังวล อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ซึ่งอาจเป็นอาการนำหรือเป็นอาการของอารมณ์เศร้า ที่จะพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอดหรือโรคจิตหลังคลอด และความชุกของภาวะผิดปกติของสุขภาพจิตมารดาใน 48 ชั่วโมงหลังคลอดบุตร ร้อยละ 25.1-34.2 (จิราภรณ์, ปริศนา, สุธี และ พงศธร, 2548; สายฝน, บุญเลิศ, สุภาณี และ สุชีรา, 2546) แต่ยังไม่มีการศึกษาเฉพาะเจาะจง เกี่ยวกับอารมณ์เศร้าของมารดาหลังคลอด และจากนโยบายของแต่ละโรงพยาบาลในปัจจุบัน ที่มีการ

จำหน่ายมารดาหลังคลอดกลับบ้านเร็ว มารดาจึงมักมีอาการของอารมณ์เศร้าหลังคลอดที่บ้าน ซึ่งถ้าไม่ได้รับการประเมินและการช่วยเหลือที่เหมาะสม ก็จะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตหลังคลอดตามมา

อารมณ์เศร้าหลังคลอดเป็นภาวะที่มารดาหลังคลอดบุตรมีอารมณ์แปรปรวน ทำให้อายกรรือ่งให้ บางครั้งอาจร้องไห้โดยไม่มีสาเหตุ หรือหงุดหงิดง่าย รู้สึกหดหู่ เศร้า วิตกกังวล นอนไม่หลับ ไม่สดชื่น สับสน หลงลืม เป็นสภาวะชั่วคราว ไม่รบกวนความสามารถในการดูแลบุตร มีอาการไม่เกิน 2 สัปดาห์ อาการมักเกิดขึ้นในวันที่ 3-5 หลังคลอด ไม่ใช่เป็นความผิดปกติร้ายแรง การช่วยเหลือมารดาหลังคลอดให้ได้รับความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และมีการสนับสนุนในเรื่องต่างๆ อารมณ์เศร้าจะสามารถหายไปได้ (ประเสริฐ, 2551; พงศธร, 2550; สมภพ, 2550; Baker, 2006; Beck & Driscoll, 2006; Bick, MacArthur, & Winter, 2009; Leifer, 2005) แต่อย่างไรก็ตาม ถ้ามีอาการดังกล่าวยาวนานเป็นเดือน และไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม จะสามารถพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคจิตหลังคลอด (พิริยา, 2552; Henshaw, Foremen, & Cox, 2004; Nonacs, 2002; Reck et al., 2009) การประเมินความเสี่ยงและการป้องกันการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด จึงเป็นสิ่งที่พยาบาลผดุงครรภ์จะต้องตระหนักและให้ความสำคัญ เพื่อไม่ให้เกิดความรุนแรงจากปัญหาภาวะสุขภาพจิตหลังคลอด

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม จึงได้มีแนวทางการพัฒนามาตรฐานการดูแล และส่งเสริมสุขภาพจิตในระบบสาธารณสุข โดยได้มีการกำหนดให้มีแนวทางการป้องกัน และการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ตั้งแต่ในระยะแรกเมื่อมาฝากครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด แต่พบว่ามีปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานดังกล่าว ที่อาจเกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง การขาดทักษะในการดูแลหรือการบริการ การขาดทีมงาน และการพัฒนาในคุณภาพงาน (เทอดศักดิ์, อรวรรณ, ชีรภา และอุษา, 2546) ปัจจุบันการให้บริการของแผนกฝากครรภ์ จึงได้มีการกำหนดการให้บริการตามมาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว โดยเริ่มตั้งแต่การดูแลตั้งแต่ตั้งครรภ์ เพื่อให้การตั้งครรภ์และการคลอดมีคุณภาพ มารดาและทารกปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง (กรมอนามัย, 2553) มีการให้ความรู้และคำแนะนำ เพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ ตามรูปแบบของโรงเรียนพ่อแม่ โดยเน้นเรื่องการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัวของมารดา การฝาก

ครรภ์ครบตามเกณฑ์ วิธีการกระตุ้นพัฒนาการทารกในครรภ์ การเฝ้าระวังเพื่อประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ และสังเกตอาการที่แสดงว่าทารกในครรภ์อยู่ในภาวะอันตรายหรือไม่ ตลอดจนบทบาทของสามีและครอบครัวที่สนับสนุน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการเตรียมตัวสำหรับการคลอด (กรมอนามัย, 2547)

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การให้ความรู้และคำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ถึงวิธีการจัดการความเครียด สามารถลดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มต่าง ๆ ที่ได้รับโปรแกรมตามที่กำหนด (Urizar, Milazzo, Le, Delucchi, Sotelo, & Munoz, 2004) โดยมีวิธีจัดการความเครียด เช่น การใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (กฤษพร, 2548) การเกร็งและการคลายกล้ามเนื้อ การฝึกเทคนิคการหายใจร่วมกับการจินตนาการ (อรอุมา, 2547) การฝึกควบคุมการหายใจแบบโยคะ (รจนา, 2551) ซึ่งวิธีการเหล่านี้ เป็นรูปแบบการเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์เพียงอย่างเดียว ไม่ได้เป็นการเผชิญความเครียดโดยที่มุ่งแก้ไขปัญหาที่จัดการโดยตรงกับสาเหตุหรือปัญหา ก่อให้เกิดความเครียดนั้น ๆ และส่งผลกระทบต่อการปรับตัวในการป้องกันการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด อย่างไรก็ตาม ยังมีการศึกษาที่เกี่ยวกับการป้องกันหรือการลดการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด ที่ผ่านเป็นส่วนน้อย อาจจะเนื่องจากอารมณ์เศร้าหลังคลอด เป็นอาการชั่วคราว จึงทำให้ถูกมองข้ามความสำคัญ ทั้งๆ ที่ หากมีการจัดการดูแลที่ดี ก็จะส่งผลที่ดีต่อคุณภาพชีวิต และลดผลกระทบที่เกิดจากปัญหาสุขภาพจิตหลังคลอด โดยทั้งนี้มีการศึกษา พบว่าการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหลังคลอดตั้งแต่ในไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ อาจจะช่วยลดการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้ (Chabrol, Coroner, Rusibane, & Séjourné, 2007) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหลังคลอด โดยการบรรยายและมีเอกสารประกอบการบรรยาย สามารถลดความชุกของการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้ (Kleeb & Ragoth, 2005) ซึ่งทั้งนี้ ที่ผ่านมายังไม่ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความเครียดที่มีผลต่ออารมณ์เศร้าหลังคลอด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะเวลาไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ต่อความเครียดและอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด โดยมีการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่เชื่อว่า ความเครียดเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม ในลักษณะที่เป็นอันตรายคุกคาม หรือทำร้าย จึงทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัวในการเผชิญความเครียด ซึ่งการเปลี่ยนแปลง

ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และบทบาททางสังคม ที่มีตั้งแต่ตั้งครรภ์ ระยะเวลาคลอด และหลังคลอดทำให้เกิดความเครียด และยังมีผลต่อการปรับตัวเพื่อเข้าสู่บทบาทใหม่ของมารดา โดยส่งเสริมการรับรู้ในการประเมินตัดสินความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ ระยะเวลาคลอดและหลังคลอดที่เป็นความท้าทาย ร่วมกับการเผชิญความเครียด โดยมุ่งแก้ไขปัญหาและมุ่งแก้ไขอารมณ์ กำหนดกิจกรรมซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมความคิดเชิงบวก ทักษะในการแก้ปัญหา และการผ่อนคลายความเครียด เพื่อส่งเสริมให้มารดาได้มีการเตรียมตัว เพื่อให้สามารถเผชิญความเครียด ที่อาจเกิดขึ้นในระยะหลังคลอด ให้มีอารมณ์ที่มั่นคง ซึ่งจะช่วยให้มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี และช่วยลดการเกิดภาวะวิกฤตในชีวิตจากภาวะเครียด ไม่เกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด ซึ่งจะส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย และจิตใจ สามารถทำหน้าที่บทบาทการเป็นมารดาที่ดี และเลี้ยงดูทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ต่อความเครียดและอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด

คำถามการวิจัย

1. มารดาที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์มีความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมหรือไม่
2. มารดาที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์มีความเครียดต่ำกว่ามารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่
3. มารดาที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่

กรอบแนวคิด

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ ต่อความเครียดและอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอดครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด รวมทั้งแนวทางการจัดการกับความเครียดและอารมณ์เศร้าหลังคลอด (กฤษพร, 2548; กรมสุขภาพจิต, 2549; พิริยา, 2549; วิไลพรรณ, 2554; อรุมา, 2547; Beck & Driscoll, 2006; Chabrol et al., 2007; Kleeb & Rageth, 2005; Lazarus & Folkman, 1984; Urizar et al., 2004) เป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งลาซารัส และ โฟล์คแมน อธิบายว่าความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม โดยความเครียดไม่ได้ขึ้นอยู่กับบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม แต่คนกับสิ่งแวดล้อมจะมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน การพิจารณาตัดสินความเครียด ต้องผ่านกระบวนการความรู้สึกรู้จักคิด (cognitive appraisal) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาในการพิจารณาตัดสินความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์ต่อสภาวะสุขภาพของตน ดังเช่น การที่หญิงตั้งครรภ์ประเมินว่าการเปลี่ยนแปลงที่มีมาตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ ระยะคลอด และต่อเนื่องไปถึงหลังคลอด เป็นสิ่งเร้าที่ทำให้มีความเครียดเกิดขึ้น ต้องมีการดึงแหล่งประโยชน์ในการปรับตัวมาใช้อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ และรับรู้ว่าเป็นสถานการณ์ที่อยู่ยากทำให้เกิดความไม่สมดุลทางด้านจิตใจ จึงมีการประเมินตัดสินความสำคัญของความเครียด ซึ่งเป็นการประเมินชนิดปฐมภูมิ (primary appraisal) แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (harm or loss) คือ การที่มารดารับรู้ว่าคุณเองมีการสูญเสียภาพลักษณ์ การมีภาวะแทรกซ้อนที่ต่อเนื่องจากการตั้งครรภ์ ไปจนถึงระยะคลอดและหลังคลอด มารดาจะมีการรับรู้สถานการณ์เช่นนี้ว่าจะเป็นอันตรายต่อตนเอง และต่อทารกในครรภ์ จึงประเมินว่าเป็นอันตราย หรือสูญเสีย 2) คุกคาม (threat) เป็นการคาดหมายว่าจะเกิดอันตราย หรือจะมีการสูญเสียในอนาคต โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือมีปัญหาทางด้านจิตสังคม มารดาก็จะเกิดความรู้สึกว่าเป็นสภาวะที่คุกคามต่อชีวิตตนเองและทารกในครรภ์ (เทียมสร, 2548) และ 3) ทำทาย (challenge) เป็นการประเมินว่าตั้งครรภ์เป็นการเปลี่ยนแปลงที่สามารถจัดการหรือควบคุมได้ ถ้ามีการดูแลตนเองที่ดี ทำให้มารดาสนใจในการดูแลสุขภาพของ

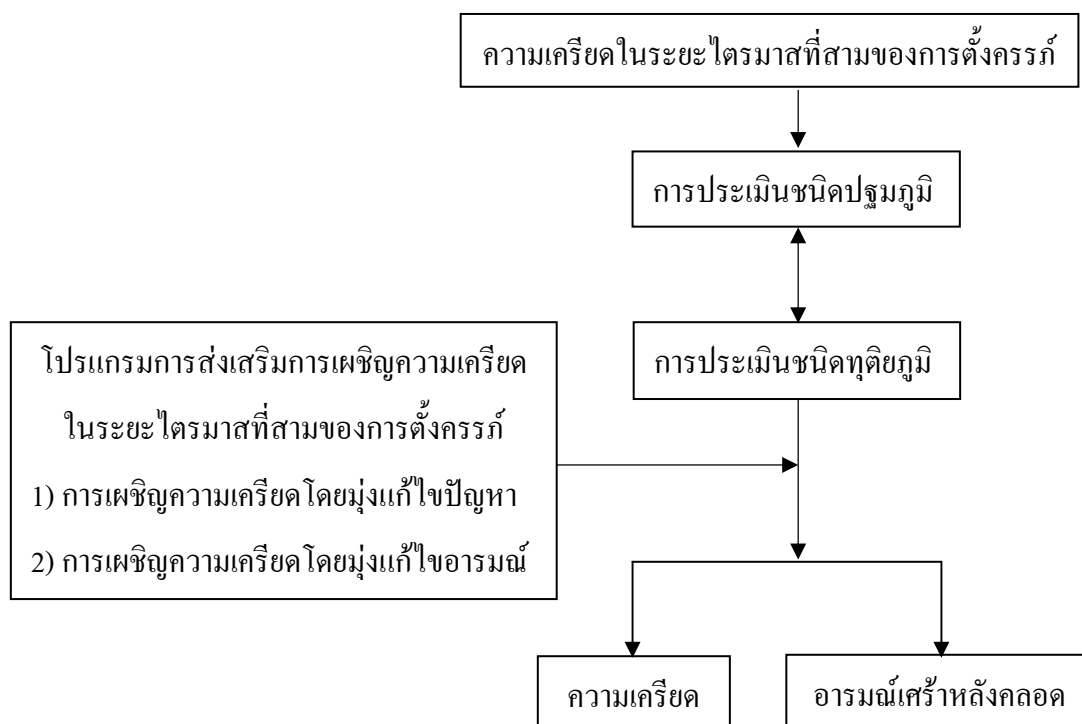
ตนเอง มีการมาฝากครรภ์ตามแพทย์นัด และปฏิบัติตามตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลเป็นอย่างดี ทำให้เกิดมีประโยชน์กับตนเองและทารกในครรภ์

การประเมินชนิดทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินว่าในสถานการณ์ดังกล่าว บุคคลจะสามารถจัดการกับปัญหาโดยการ ใช้สติปัญญา ความรู้ ประสบการณ์ การใช้แหล่งประโยชน์ และทางเลือกของตนเพื่อที่จะจัดการกับเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าได้หรือไม่ โดยเมื่อมารดามีความเครียดเกิดขึ้นเพราะตนเองมีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด หรือระยะหลังคลอด ทั้งนี้มารดาจะประเมินว่ามีสิ่งใดที่สามารถแก้ไขหรือป้องกันภาวะดังกล่าว เพื่อเป็นการลดความเครียดลงได้อย่างไรบ้าง เช่น อาจแสวงหาข้อมูล หรือแหล่งประโยชน์ที่จะสามารถช่วยเหลือ โดยการหาความรู้จากการอ่านหนังสือ หรือการสอบถามจากแพทย์พยาบาล และผู้ที่มีประสบการณ์ ซึ่งการประเมินปฐมภูมิและทุติยภูมินี้ มีผลต่อกันและกันในการจัดการระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมว่าสิ่งเร้านั้นเป็นการคุกคาม ทำลาย หรือสามารถควบคุมได้ต่อการมีภาวะสุขภาพที่ดีนั้นอย่างไร

การจัดการความเครียดหรือการเผชิญความเครียด ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท 1) การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหา (problem-focused coping) ซึ่งเป็นลักษณะของความพยายามที่จะจัดการโดยตรงกับสาเหตุหรือปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด มุ่งที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และวิเคราะห์หาหนทางในการแก้ไขหรือเพิ่มขีดความสามารถของตนในการเผชิญกับความเครียด เกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนคิด และ 2) การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์ (emotional-focused coping) เป็นลักษณะที่สะท้อนถึงความพยายามของบุคคล ในการควบคุมสภาพความเครียดทางอารมณ์ และปรับอารมณ์ของตนเอง มุ่งลดอารมณ์หรือความรู้สึกที่ไม่เป็นสุข ไม่สบายใจโดยไม่เปลี่ยนแปลงสถานการณ์

โปรแกรมการศึกษาครั้งนี้ จะเป็นการส่งเสริมให้มีการรับรู้และประเมินตัดสินใจว่าความเครียดที่เกิดขึ้นสามารถจัดการหรือควบคุมได้ ใช้การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์ และมุ่งแก้ไขปัญหาร่วมกัน ซึ่งทั้งนี้ก็มีกิจกรรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์ คือ การผ่อนคลายความเครียด การส่งเสริมความคิดในเชิงบวก และมีกิจกรรมส่งเสริมการเผชิญกับความเครียดที่มุ่งแก้ไขปัญหาร่วมกัน ซึ่งทั้งนี้ก็มีกิจกรรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์ 3 เรื่อง ได้แก่ 1) ความเครียดและการจัดการกับความเครียดขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด 2) การป้องกันการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด

ตามแนวคิดของ “NURSE program” (Beck & Driscoll, 2006) คือ การได้รับอาหารที่มีประโยชน์ และเพียงพอกับความต้องการ (nourishment and needs) ความเข้าใจกระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ในระยะหลังคลอด (understanding) การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ (rest and relaxation) การปฏิบัติที่สามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ (spirituality) และการออกกำลังกาย (exercise) และ 3) การส่งเสริมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอดของมารดา และมีการฝึกปฏิบัติทักษะการเลี้ยงดูเด็กก่อน เพื่อให้เกิดมีผลลัพธ์ในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม คือ การทำหน้าที่ทางด้านสังคม การมีขวัญและกำลังใจ และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของตนเอง เป็นการที่แสดงถึงความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่เกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดตั้งแต่ในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ต่อความเครียดและอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด

สมมติฐานการวิจัย

1. มารดาที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์มีความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. มารดาที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์มีความเครียดต่ำกว่ามารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติ
3. มารดาที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์มีอาการเสริมหลังคลอดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

นิยามศัพท์

โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ หมายถึง กิจกรรมที่พัฒนาขึ้น เพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ ตามทฤษฎีความเครียดของลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นการส่งเสริมให้มีการรับรู้และประเมินตัดสินว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นสามารถจัดการหรือควบคุมได้ ใช้การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์และมุ่งแก้ไขปัญหาร่วมกัน ซึ่งมีกิจกรรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์ คือ การผ่อนคลายความเครียด การส่งเสริมความคิดในเชิงบวก และมีกิจกรรมส่งเสริมการเผชิญกับความเครียดที่มุ่งแก้ไขปัญหาระกอบด้วย การให้ความรู้ใน 3 เรื่อง ได้แก่ 1) ความเครียดและการจัดการกับความเครียดขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด 2) การป้องกันการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด ตามแนวคิดของ “NURSE program” (Beck & Driscoll, 2006) และ 3) การส่งเสริมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอดของมารดา และมีการฝึกปฏิบัติทักษะการเลี้ยงดูเด็กก่อน โดยมีการประยุกต์เป็นกิจกรรมส่งเสริมการเผชิญกับความเครียด 5 กิจกรรม คือ 1) การส่งเสริมความคิดเชิงบวก 2) การฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียด 3) การให้ความรู้และให้คำแนะนำ เรื่อง ความเครียดและการจัดการกับความเครียดขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด อารมณ์เศร้าหลังคลอด และการส่งเสริมสุขภาพของมารดาและทารก 4) การเยี่ยมห้องคลอด และหอผู้ป่วยหลังคลอด ร่วมกับการอภิปรายเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับ 5) การฝึกทักษะการเลี้ยง

คู่มือก่อน และการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา จัดเป็นกิจกรรมกลุ่ม มีการดำเนินกิจกรรม 3 ครั้ง รวมระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 4 สัปดาห์

ความเครียด หมายถึง การประเมินตัดสินของมารดาต่อความเครียดที่เกิดจากการตั้งครรภ์ การคลอด การเปลี่ยนแปลงในระยะหลังคลอด และการปรับบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งต้องมีการนำแหล่งประโยชน์ในการปรับตัวมาใช้อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ โดยใช้แบบประเมินความเครียดในระยะตั้งครรภ์ไตรมาสที่สามและระยะหลังคลอด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการประเมินตัดสินภาวะเครียดของลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในระยะตั้งครรภ์ ระยะเวลาคลอด และหลังคลอด ถ้าคะแนนสูงแสดงว่ามีความเครียดมาก ซึ่งมีการประเมิน 3 ลักษณะ คือ

1) อันตรายหรือสูญเสีย หมายถึง มารดามีการประเมินว่าความเครียดที่เกิดจากการตั้งครรภ์ การคลอด การเปลี่ยนแปลงในระยะหลังคลอด และการปรับบทบาทการเป็นมารดาได้เกิดความเสียหายขึ้นกับตนเองแล้ว หรือประเมินว่าเป็นอันตรายต่อตนเองหรือทารกในครรภ์

2) ความทุกข์ หมายถึง มารดามีการประเมินว่าความเครียดที่เกิดจากการตั้งครรภ์ การคลอด การเปลี่ยนแปลงในระยะหลังคลอด และการปรับบทบาทการเป็นมารดา อาจส่งผลให้เกิดอันตรายหรือสูญเสียต่อชีวิตตนเอง หรือทารกครรภ์ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

3) ทำทนาย หมายถึง มารดามีการประเมินว่าความเครียดที่เกิดจากการตั้งครรภ์ การคลอด การเปลี่ยนแปลงในระยะหลังคลอด และการปรับบทบาทการเป็นมารดา อาจเป็นอันตรายแต่สามารถจัดการหรือควบคุมได้ ทำให้ตั้งใจดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น

อารมณ์เศร้าหลังคลอด หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของมารดาที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และจิตใจที่เกิดขึ้นในช่วง 5 วันหลังคลอด โดยใช้แบบประเมินอารมณ์เศร้าหลังคลอด ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมิน Kennerley's Blues Questionnaire (Kennerley & Gath, 1989) ถ้าคะแนนสูงแสดงว่ามีอารมณ์เศร้าหลังคลอดมาก

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ต่อความเครียดและอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด โดยทำการศึกษาในหญิงครรภ์แรก ที่มีอายุครรภ์ในช่วงไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ ซึ่งมารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ และวางแผนคลอดบุตรที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2554 ถึงเดือนกันยายน 2555

ความสำคัญของการวิจัย

ผลของการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลหญิงตั้งครรภ์ หรือมารดาที่มีความเครียด หรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการทางด้านจิตสังคมของหน่วยงานสูติกรรมต่อไป

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสถัดที่สามของการตั้งครรภ์ต่อความเครียดและอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดในระยะไตรมาสถัดที่สามของการตั้งครรภ์และหลังคลอด
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 สาเหตุและปัจจัยเกี่ยวกับความเครียดในระยะไตรมาสถัดที่สามของการตั้งครรภ์
 - 1.3 สาเหตุและปัจจัยเกี่ยวกับความเครียดในระยะหลังคลอด
2. การประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัส และ โพล์คแมน
 - 2.1 การประเมินความเครียด
 - 2.2 การเผชิญความเครียด
 - 2.3 แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด
 - 2.4 ผลลัพธ์ของการเผชิญความเครียด
3. แนวคิดเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหลังคลอด
 - 3.1 ความหมาย
 - 3.2 ลักษณะทางคลินิก
 - 3.3 สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 3.4 ผลกระทบ
4. ความเครียดและการเปลี่ยนแปลงอารมณ์เศร้าหลังคลอด
5. โปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสถัดที่สามของการตั้งครรภ์

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดในระยะไตรมาสถัดที่สามของการตั้งครรภ์และหลังคลอด

ความเครียด เป็นภาวะซึ่งทุกคนต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้จากเหตุการณ์ต่างๆ หรือจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และความเครียดที่เกิดขึ้นมีผลต่อภาวะสุขภาพของชีวิตมนุษย์ บุคคลบางคนมีความสามารถในการเผชิญต่อเหตุการณ์ต่างๆ ได้เหมาะสม ก็จะเกิดเป็นการปรับตัวที่ปกติและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ขณะที่บางคนเกิดความล้มเหลวในการปรับตัว ทำให้เกิดความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ เกิดความเจ็บป่วย และสูญเสียศักยภาพในการทำหน้าที่ของตนเอง (สมจิต, 2536) มีทฤษฎีที่อธิบายถึงความเครียด และการจัดการความเครียดที่หลากหลาย โดยในการศึกษาค้นคว้านี้จะกล่าวถึงเฉพาะทฤษฎีความเครียดของ ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งนำมาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้เป็นมารดาหลังคลอด

การเปลี่ยนแปลงในชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ที่เริ่มมาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด จนถึงหลังคลอดทำให้เกิดความเครียดแก่ผู้เป็นมารดา (James, 2008) โดยความเครียดในขณะตั้งครรภ์ จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตสังคมของมารดาหลังคลอด (Grant et al., 2008) และเป็นสาเหตุในการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Adewuya, 2005; Chou et al., 2008; Gonidakis et al., 2007) ซึ่งมารดาที่มีความเครียดทางจิตใจและอารมณ์นั้น จะมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาบทบาทการเป็นมารดา (Emmanuel et al., 2009) ทั้งนี้ การที่มีความเครียด ความวิตกกังวลในระดับสูงหรือได้รับความกระทบกระเทือนด้านจิตใจรุนแรง จะเพิ่มความเสี่ยงในการแท้ง การคลอดก่อนกำหนด และความผิดปกติของทารกในครรภ์ (สุภาวดี, 2554; Mulder et al., 2002)

ความหมาย

ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้พัฒนาแนวคิดของความเครียด การประเมินตัดสิน และการเผชิญความเครียด แตกต่างจากนักทฤษฎีคนอื่น กล่าวคือ มองว่าความเครียดไม่ได้ขึ้นอยู่กับบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม แต่คนกับสิ่งแวดล้อมจะมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ดังนั้น ความเครียด (stress) จึงหมายถึง เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง การที่บุคคลรับรู้ว่า

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนจะเครียดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลของความต้องการ (demand) กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (resources) ของบุคคลนั้น

สาเหตุและปัจจัยเกี่ยวกับความเครียดระยะ ไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์

โดยทั่วไปแล้ว ในไตรมาสนี้หญิงตั้งครรภ์จะมีความไม่สุขสบายที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ตลอดจนมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเองหรือทารกในครรภ์เมื่อเข้าสู่กระบวนการคลอด บทบาทหน้าที่รับผิดชอบที่เปลี่ยนแปลงไป (Driscoll, 2008) ซึ่งเป็นพัฒนาการในการเปลี่ยนบทบาทการเป็นมารดา โดยหญิงตั้งครรภ์จะมีความสนใจ มีการรับรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด และการปฏิบัติตัวในบทบาทมารดา (ลาวัลย์ และเทียมสร, 2545; Schroeder-Zwelling, 1988) สิ่งที่เกิดขึ้นเหล่านี้ เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่หญิงตั้งครรภ์ และยังมีผลทำให้เกิดความเครียดสืบเนื่องตั้งแต่ตั้งครรภ์ไปจนถึงหลังคลอด โดยมีสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด และระดับของความเครียดในระยะตั้งครรภ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. สาเหตุ และปัจจัยเกี่ยวกับความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ โดยพบว่า มีปัจจัยบางประการที่จะมีผลทำให้เกิดความเครียดสืบเนื่องตั้งแต่ตั้งครรภ์ไปจนถึงหลังคลอด ได้แก่

1.1 ขาดการได้รับคำแนะนำ และขาดความรู้ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และจิตใจในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด แล้วทำให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวลและทำให้ไม่มีความสุข

1.2 มีความคาดหวังกับทารกในครรภ์มากเกินไป เช่น มีการยึดมั่นกับความเชื่อของสังคมว่าบุตรคนแรกควรเป็นเพศชาย สิ่งนี้ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความวิตกกังวลอยู่ตลอดเวลาและกลัวว่าจะไม่ได้ตามที่หวังไว้ (Adewuya, 2005)

1.3 วิตกกังวลกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย โดยการที่มีอาการอ่อนเพลีย มีรูปร่างอ้วนขึ้น ขนาดหน้าท้องขยายใหญ่ขึ้น หรือมีการบวมของร่างกาย สิ่งเหล่านี้กระตุ้นให้เกิดความเครียดเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองในช่วงตั้งครรภ์ และหลังคลอด (Chou et al., 2008)

1.4 มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ โดยเฉพาะมารดาที่เคยมีประสบการณ์จากอดีตว่าการตั้งครรภ์และการเลี้ยงบุตรทำให้ยากจนลง

- 1.5 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรในอนาคต
- 1.6 ไม่พอใจในเอกลักษณ์ความเป็นผู้หญิงของตน (feminine identity) เมื่อตั้งครรภ์ จึงทำให้รู้สึกคับข้องใจ (กรรณิการ์, 2531)
 - 1.7 ไม่ต้องการบุตรเนื่องจากมีปัญหาครอบครัว ปัญหาด้านเศรษฐกิจ
 - 1.8 ปัจจัยอื่น ๆ เช่น จำนวนผู้ให้การสนับสนุน และการอยู่ร่วมกับคู่สมรส
2. ระดับของความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ โดยแตกต่างกันตามปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่
 - 2.1 อายุของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยจะมีความเครียดสูง ส่วนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากมีความเครียดต่ำ (นารีรัตน์, 2544) ทั้งนี้อาจเพราะหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยยังไม่พร้อมที่จะรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม
 - 2.2 สภาพร่างกายซึ่งเปลี่ยนแปลงไปทั้งด้านรูปร่างและขนาด และภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เอง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ อาจก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าหากมีความไม่สุขสบายทางร่างกายร่วมด้วย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ ปวดหลัง ปัสสาวะบ่อย หรือเป็นตะคริว เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะกระตุ้นทำให้เกิดความเครียดมากขึ้น (Chou et al., 2008)
 - 2.3 สภาพจิตใจและความสามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาความเครียด ความวิตกกังวลในระยะตั้งครรภ์ จะเป็นปัจจัยที่ส่งผลทำให้เกิดความผิดปกติด้านอารมณ์หลังคลอดได้ (Grant et al., 2008)
 - 2.4 สภาพของความเป็นอยู่ในปัจจุบัน เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส จำนวนของผู้ที่ให้การสนับสนุน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำนายความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ (โสเพ็ญ และศศิกันต์, 2547) สอดคล้องกับศึกษาที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และบุคคลแวดล้อมอาจเป็นเพื่อน เพื่อนบ้านหรือผู้ร่วมงานไม่ดี ก็จะมีมีความเครียดสูง หญิงตั้งครรภ์ที่มีความสัมพันธ์ภายในครอบครัว กับบุคคลแวดล้อมอบอุ่นดี จะมีความเครียดต่ำ อาจเป็นเพราะหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการรัก ความห่วงใย และความเอาใจใส่จากสามี บุคคลในครอบครัว หรือบุคคลที่แวดล้อม จะช่วยทำให้มีความสุขกับการตั้งครรภ์ จึงทำให้มีความเครียดน้อย (นารีรัตน์, 2544)

2.5 มีการรับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการเป็นมารดาครั้งนี้ เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความรู้สึกหรือสำนึกต่างๆ เช่น การมีความรู้สึกขัดแย้งในตนเองเกี่ยวกับการขาดอิสรภาพ หรือการมีความคิดเปรียบเทียบตนเองกับมารดาหรือญาติพี่น้อง ความรู้สึกเกลียดชังสามี หรือการมีความสำนึกเกี่ยวกับหน้าที่ความเป็นมารดา (กรรณิการ์, 2531)

สาเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวกับความเครียดในระยะหลังคลอด

การเป็นมารดาหลังคลอดเป็นภาวะที่เพิ่มความเครียดให้แก่ตัวมารดาและครอบครัว จากสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ดังนี้

1. การแสดงบทบาทการเป็นมารดา จากการศึกษาพบว่า มารดาจะมีภาวะเครียดเกี่ยวกับการดูแลทารกจากประเด็นต่าง ๆ เช่น การตัดสินใจเลือกเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา หรือการให้นมผสม การเลือกนมผสม การดูแลสะดือทารก การเปลี่ยนผ้าอ้อมและแต่งตัวทารก การเลือกเสื้อผ้าทารกให้เหมาะสมกับสภาพอากาศ ความผิดปกติในการขับถ่ายของทารก และอาจวิตกกังวลเกี่ยวกับทารกในเรื่องต่างๆ เช่น ทารกได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ การอาเจียนของทารก ทารกอาจตื่น และจมน้ำขณะอาบน้ำ การอุกคั้นของนมเมื่อทารกนอนในท่าคว่ำ ทารกอาจจะหยุดหายใจ หรือหายใจไม่ออกหรือสำลักขณะดูดนม การร้องไห้ของทารก รูปร่างศีรษะของทารกเนื่องมาจากการนอน การเจริญเติบโต พัฒนาการทารก ภาวะสุขภาพ หรือภาวะเจ็บป่วยของทารก เป็นต้น (Razurel, Bruchon-Schweitzer, Dupanloup, Irion, & Epiney, 2009)

2. การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่

- 2.1 การขาดแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น การไม่เอาใจใส่จากสามี การที่สามีไม่กลับบ้านทันทีหลังจากเลิกงาน การไม่ยอมรับทารกจากสามี หรือครอบครัวของสามี การมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันในการดูแลทารก และการมีปฏิสัมพันธ์ไม่เหมาะสมกับบุคลากรสุขภาพผู้ให้การดูแล (Razurel et al., 2009)

- 2.2 การขาดแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยเฉพาะการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา ในมารดาที่มีบุตรคนแรก การได้รับความรู้ในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาจากพยาบาลหรือแพทย์ผู้ดูแลในระยะตั้งครรภ์ที่ไม่เพียงพอกับสถานการณ์จริงของการปฏิบัติตัวระยะหลังคลอด การได้รับ

ข้อมูลจากผู้ดูแลที่ขัดแย้งกับสิ่งที่มารดาเคยรับรู้มาก่อน ซึ่งทำให้เกิดความเครียดที่รุนแรงของมารดา หลังคลอด (Razurel et al., 2009) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า มารดาหลังคลอดจะมีความสุข และพึงพอใจมากที่สุดในระยะแรกที่นอนพักในโรงพยาบาล เมื่อตนและทารกได้รับการดูแลอย่างดี ได้รับการตรวจสุขภาพและร่างกายที่จำเป็น และได้รับการสนับสนุนด้านต่าง ๆ จากบุคลากร สุขภาพผู้ให้การดูแล (Hildingsson & Sandin-Bojo, 2011)

2.3 การขาดแรงสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของ และการให้การช่วยเหลือต่าง ๆ เช่น การที่สามีไม่มีส่วนร่วมดูแลทารก การไม่ได้รับการช่วยเหลือทำงานบ้าน การรับประทานอาหารไม่เพียงพอ การไม่มีผู้ช่วยเหลือดูแลทารก เป็นต้น

3. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เช่น การไม่สามารถควบคุมน้ำหนักตัวหรือมีรูปร่างไม่เหมือนก่อนการตั้งครรภ์ การรับประทานอาหารที่มากเกินไป หน้าท้องหย่อนยานหลังคลอด (Hung, 2006) รอยแผลเป็นจากการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง หรือความไม่สุขสบายบริเวณแผลฝีเย็บ (Razurel et al., 2009)

4. การมีประสบการณ์จากการคลอดไม่ดี เช่น ระยะเวลาคลอดที่ยาวนาน (มากกว่าหรือเท่ากับ 12 ชั่วโมง) มีความเจ็บปวดจากการคลอด การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด มีการคลอดก่อนกำหนด ภาวะเจ็บป่วยของทารกที่เป็นผลเนื่องมาจากการคลอด และทารกมีความพิการมาตั้งแต่กำเนิด (Imsiragic, Begic, & Martic-biocina, 2009)

5. การพักผ่อนนอนหลับถูกรบกวน และมีการนอนหลับไม่เพียงพอ (Hung, 2006) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรกหลังคลอด ขณะพักอยู่ในโรงพยาบาลด้วยสภาพสิ่งแวดล้อมซึ่งทำให้ขาดความเป็นส่วนตัว (Razurel et al., 2009) โดยปกติในเวลากลางคืน ร่างกายคนเราจะผลิตเมลาโตนิน (melatonin) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ ที่จะมีระดับสูงสุดประมาณเวลา 3 นาฬิกา และจะลดลงเกือบถึงระดับ 0 เมื่อใกล้เวลาตื่นนอน เป็นเสมือนนาฬิกาชีวิตของมนุษย์ โดยระยะหลังคลอดใหม่ ๆ ส่วนมากมารดามักจะนอนหลับไม่เพียงพอกับความต้องการ เพราะต้องเลี้ยงดูทารกในเวลากลางคืน จึงทำให้วงจรชีวิตเปลี่ยนแปลง และยับยั้งกการหลั่งเมลาโตนินในร่างกาย โดยการที่ขาดเมลาโตนินนี้ จะทำให้มารดาหลับยากมากยิ่งขึ้น แม้ว่ารู้สึกเหน็ดเหนื่อยจากการเลี้ยงดูทารกมากเพียงใดก็ตาม ปัญหานี้มีความซับซ้อนมากขึ้นในมารดาที่ต้องเลี้ยงดูทารกด้วยนมมารดา เนื่องจากว่าเมลาโตนินจะออกมากับน้ำนมมารดาด้วย เมื่อมารดาขาดเมลาโตนิน ส่งผลให้ทารกขาดเมลาโตนิน

ไปด้วย เป็นวงจรของปัญหาการนอนหลับ ที่มีผลกระทบไปยังสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว ก่อให้เกิดเป็นความเครียด ที่ทำให้มีปัญหของอารมณ์เศร้าเกิดขึ้นได้ (Bennett, Alpert, Kubulins, & Hansler, 2009; Razurel, et al., 2009)

6. ค่าใช้จ่ายในครอบครัวที่เพิ่มมากขึ้น

7. มีการเปลี่ยนแปลงในการมีเพศสัมพันธ์หลังคลอด เนื่องจากความยืดหยุ่นของช่องคลอดลดลง เกิดความไม่สุขสบายขณะมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งทำให้การมีเพศสัมพันธ์ลดลง

8. ความคาดหวังเกี่ยวกับทารก เช่น เพศของทารก รูปร่างและสีผิวของทารกแตกต่างไปจากที่คาดหวังไว้

9. ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ การถูกแยกจากทารกและทารกได้รับการดูแลโดยบุคคลอื่น การที่ไม่มีเวลาดูแลบุตรคนอื่นๆ ความรู้สึกขัดแย้งระหว่างความเชื่อ หรือวัฒนธรรมของตนเองกลับแนวปฏิบัติดูแลตนเองในระยะหลังคลอดกับทิมสุขภาพหรือกับบุคคลใกล้ชิด เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับข้อห้ามในการรับประทานอาหารบางชนิดในระยะหลังคลอด การไม่สามารถทำนายตารางเวลาของทารก และข้อจำกัดเรื่องเวลาเนื่องจากภาระในการเลี้ยงดูบุตร (Hung, 2006)

การประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัส และ โพล์คแมน

การประเมินความเครียด

การตัดสินใจภาวะเครียดนั้น ต้องผ่านกระบวนการความรู้สึกรู้สึกคิด โดยเป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาในการพิจารณาตัดสินใจและความหมายของเหตุการณ์นั้น ๆ ต่อสวัสดิภาพของตน (Lazarus & Folkman, 1984) รูปแบบการประเมินความเครียด และปัจจัยที่มีผลต่อการต่อการประเมินความเครียด มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. รูปแบบของการประเมินความเครียด แบ่งรูปแบบของการประเมินออกเป็น 3 ชนิด คือ

1.1 การประเมินชนิดปฐมภูมิ เป็นการประเมินตัดสินใจความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์ต่อสวัสดิภาพของตน (Lazarus & Folkman, 1984) เมื่อมารดาประเมินว่าการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด เป็นสิ่งเร้าที่ทำให้มีความเครียดเกิดขึ้น ซึ่งหมายถึง

การที่มารดาได้พิจารณา และมีการดึงแหล่งประโยชน์ในการปรับตัวมาใช้อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ และรับรู้ว่าเป็นสถานการณ์ที่ย่างยากทำให้เกิดความไม่สมดุลด้านจิตใจ และมีการแบ่งการประเมินตัดสินความสำคัญของเหตุการณ์ออกตามลักษณะความรุนแรง ดังนี้

1.1.1 ไม่มีความสำคัญต่อตนเอง (irrelevant) คือ การที่มารดาจะพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นๆ ไม่ได้เกี่ยวข้องกับสวัสดิภาพของตนเอง ไม่มีความสำคัญ หรือไม่ทำอันตรายแก่ตนเอง

1.1.2 มีผลในทางที่ดีต่อตนเอง (benign-positive) ซึ่งเป็นการที่มารดามีการพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นมีผลในทางที่ดีกับสวัสดิภาพของตนเอง เหตุการณ์นั้นเป็นประโยชน์หรือก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองในอนาคต ซึ่งถ้ามีการตัดสินใจเช่นนี้ มารดาจะแสดงอารมณ์สดชื่น เป็นสุข เช่น มารดาพิจารณาว่า การตั้งครรภ์เป็นการเติมเต็มให้กับชีวิต ทำให้ชีวิตของตนประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย (Schroeder-Zwelling, 1988) มารดาจะเกิดการผ่อนคลาย ไม่ต้องใช้ความพยายามในการที่จะเผชิญกับความเครียดมากนัก และมีความสุขกับการตั้งครรภ์หรือสภาวะที่เปลี่ยนแปลงหลังคลอด

1.1.3 ประเมินว่าเป็นความเครียด โดยมารดาจะพิจารณาตัดสินว่าเหตุการณ์นั้น ตนต้องดึงแหล่งประโยชน์เพื่อนำมาใช้ในการปรับตัวอย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ เป็นสถานการณ์ที่ย่างยาก ทำให้เกิดมีความไม่สมดุลทางด้านจิตใจ เช่น การที่มารดาในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากบุคคลที่มีความเป็นอิสระ มาอยู่ในภาวะที่ต้องเตรียมตัวให้พร้อมต่อการเป็นมารดา การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยบทบาทนี้มีความเครียดแฝงอยู่ (กรรณิการ์, 2531; Affonso & Sheptak, 1989) ซึ่งมารดาจะมีการพิจารณาเพื่อตัดสินว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสีย คุกคาม หรือทำร้าย ดังในรายละเอียด ต่อไปนี้

- เป็นอันตรายหรือสูญเสีย โดยเป็นการประเมินว่าให้เกิดความเสียหายขึ้นกับตนเอง เช่น การที่มารดาพบว่าตนเองมีการสูญเสียภาพลักษณ์หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ มารดาจะมีการรับรู้สถานการณ์เช่นนี้ว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง หรือต่อทารกในครรภ์ (เทียมสร, 2548) และเมื่อจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือต้องนอนพักบนเตียงเป็นเวลานาน ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ก็จะทำให้รู้สึกสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง และสูญเสียบทบาทในหน้าที่การงาน ตลอดจนการมีภาวะแทรกซ้อนที่ต่อเนื่องจากตั้งครรภ์ไปจนถึงระยะคลอดและหลังคลอด จึงมีผลให้เกิดพิจารณาว่าสิ่งนั้นเป็นอันตรายเกิดขึ้นได้

- คุกคาม โดยเป็นการคาดหมายว่าจะเกิดอันตราย หรือมีการสูญเสียในอนาคต โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือมีปัญหาทางด้านจิตสังคม เช่น มารดาบางรายคลื่นไส้ อาเจียน แพ้ท้องมากระยะตั้งครรภ์ หรือบางรายมีปัญหาหมดลูกแข็งตัวตลอดเวลา มีเลือดออกทางช่องคลอดหรือการเกิดภาวะตกเลือด กรณีเช่นนี้ มารดาก็จะเกิดความรู้สึกว่าเป็นสภาวะที่คุกคามต่อชีวิตตนเองและทารกในครรภ์ (เทียมสร, 2548)

- ทำหาย โดยเป็นการประเมินว่าเหตุการณ์นั้น ๆ อาจเป็นอันตราย แต่สามารถจัดการหรือควบคุมได้ เมื่อมีการตั้งครรภ์มารดาประเมินว่าการตั้งครรภ์อาจเป็นอันตราย แต่สามารถควบคุมได้ถ้ามีการดูแลตนเองที่ดี ทำให้มารดาสนใจดูแลสุขภาพของตนเอง มีการมาฝากครรภ์ตามแพทย์นัด และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลเป็นอย่างดี ทำให้เกิดมีประโยชน์กับตนเองและทารกในครรภ์ จึงมีขวัญและกำลังใจดีขึ้น ส่วนในระยะหลังคลอด จะมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพของตนเองและทารกแรกเกิด มีการมาตรวจสุขภาพหลังคลอด หรือนำทารกมาตรวจสุขภาพตามนัด เป็นต้น

1.2 การประเมินชนิดทุกข์ทรมาน เป็นการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาโดยการใช้สติปัญญา ความรู้ ประสบการณ์ การประเมินใช้แหล่งประโยชน์ และทางเลือกของตนเพื่อที่จะจัดการกับเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เป็นอันตราย หรือคุกคาม การประเมินชนิดทุกข์ทรมานไม่จำเป็นต้องตามหลังการประเมินชนิดปฐมภูมิเสมอไป แต่อาจจะเกิดขึ้นพร้อมกันได้ (Lazarus & Folkman, 1984) เช่น มารดาจะแสวงหาข้อมูล หรือแหล่งประโยชน์ที่จะสามารถช่วยเหลือให้ตนเองไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยอาจหาความรู้จากการอ่านหนังสือ หรือการสอบถามจากแพทย์พยาบาล และผู้มีประสบการณ์ เป็นต้น

1.3 การประเมินซ้ำ หรือการประเมินค่าใหม่ (reappraisal) เป็นการประเมินค่า ซึ่งขึ้นอยู่กับผลย้อนกลับจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างการประเมินค่าทั้ง 2 อย่างข้างต้น การประเมินซ้ำอาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในการประเมินชนิดปฐมภูมิ โดยใช้ข้อมูลเพิ่มเติมจากสิ่งแวดล้อมหรือข้อมูลใหม่ที่ได้รับในการเปลี่ยนแปลงจากการตัดสินใจเดิม หรือจากการติดตามประเมินผลของการแก้ไขปัญหา การเผชิญความเครียดที่เคยใช้ไปแล้ว (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งทั้งนี้มารดาในระยะหลังคลอด อาจจะมีการปรับเปลี่ยนในการประเมินความเครียดตลอดเวลา ตามข้อมูลที่ตนได้รับเข้ามาใหม่หรือจากสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินความเครียด การประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่า เป็นความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดชนิดใด รุนแรงมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า และปัจจัยด้านตัวบุคคล (Lazarus & Folkman, 1984) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (situational factors) ได้แก่

2.1.1 ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ จะทำให้มีการประเมินว่าเป็นอันตรายและอาจสูญเสียอย่างมาก ในการศึกษาภาวะจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ของ อรพรรณ (2544) พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ และอารมณ์เป็นอย่างมาก มีความวิตกกังวลกลัวอันตรายที่จะเกิดกับทารกในครรภ์ วิตกกังวลกลัวบุตรในครรภ์ไม่แข็งแรง และรู้สึกไม่สบายใจเมื่อนึกถึงอันตรายที่อาจเกิดต่อตนเองในระยะคลอด หรือหลังคลอด

2.1.2 ลักษณะของเหตุการณ์ ถ้าเป็นเหตุการณ์ใหม่ซึ่งไม่เคยพบมาก่อน ไม่สามารถที่จะทำนายอนาคตได้ มารดาอาจจะประเมินว่าเป็นภาวะเครียดซึ่งอาจจะเป็นการคุกคามหรือทำร้ายที่ขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ ประกอบรวมด้วย เช่น พบว่าความเครียดในบทบาทของมารดาที่มีบุตรคนแรก คือ ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กก่อน และพฤติกรรมของทารก (อุษา, 2545)

2.1.3 ความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ โดยทั้งนี้บุคคลอาจประเมินว่าเป็นภาวะเครียด เนื่องจากไม่สามารถคาดเดาได้ว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ได้หรือไม่ ทำให้ไม่สามารถที่จะหาวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น มารดาหลังคลอดที่มีบุตรคนแรกมีความเครียดเกี่ยวกับการไม่สามารถคาดเดาได้ในการดูแลบุตร (Razure et al., 2009)

2.2 ปัจจัยด้านตัวบุคคล (personal factors) ได้แก่

2.2.1 ข้อผูกพัน โดยเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จะมีความสำคัญและมีความหมายต่อมารดา มากน้อยเพียงใด ถ้าหากว่ามีมาก มารดาที่อาจจะประเมินว่าเป็นภาวะเครียดที่คุกคามสัวสุขภาพของตนเองเป็นอย่างมาก และการที่มีข้อผูกพันบางอย่าง อาจเป็นแรงขับให้มารดาพยายามที่จะเผชิญกับอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์อย่างที่ตั้งใจไว้

2.2.2 ความเชื่อ ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อสถานการณ์ที่คลุมเครือ และสถานการณ์ใหม่มากที่สุด โดยถ้าหากบุคคลเชื่อว่า ตนมีความสามารถจัดการหรือควบคุมเหตุการณ์นั้นๆ ได้ การประเมิน

ความเครียดจะออกมาในลักษณะที่ท้าทาย และสามารถลดความเครียดลงได้ แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าหากมีความเชื่อว่าตนเองไม่สามารถจัดการ หรือควบคุมเหตุการณ์นั้นได้ อาจจะทำให้มีการประเมินความเครียดเป็นการคุกคาม สูญเสีย หรือเป็นอันตราย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ามารดาครรภ์แรกที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ จะมีการเผชิญกับบทบาทหน้าที่ในการเป็นมารดา การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุตร และมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรในระยะหลังคลอดดีกว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเป็นการช่วยให้สามารถเข้าใจปัญหา เกิดการยอมรับ และมั่นใจในศักยภาพของตนเอง (ดวงตา, 2548)

2.2.3 สติปัญญาของบุคคล ซึ่งสติปัญญาของบุคคลมีผลต่อการประเมินความเครียด คือ ผู้ที่มีสติปัญญาดีสามารถประเมินเหตุการณ์ได้ตรงกับความจริง จึงเกิดความเครียดน้อยกว่าผู้ที่ประเมินเหตุการณ์ไม่ถูกต้อง

การเผชิญความเครียด

การเผชิญความเครียด จะเป็นความพยายามทั้งการกระทำและด้านความรู้สึกรู้สึกนึกคิดในการที่จะจัดการกับความเครียด ซึ่งต้องใช้แหล่งประโยชน์เกินกว่าธรรมดา ทั้งนี้ การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และจะไม่มี การตัดสินใจก่อนว่าวิธีการเผชิญความเครียดวิธีใดมีประสิทธิภาพ เพราะจะขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละบุคคล โดยบุคคลที่เผชิญกับความเครียดได้ดี คือบุคคลที่รู้จักเลือกใช้วิธีการเหมาะสมกับสถานการณ์นั้น การเผชิญความเครียดจะประกอบด้วยรูปแบบการเผชิญความเครียด และวิธีการเผชิญกับความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) ดังนี้

1. รูปแบบการเผชิญความเครียด โดยการเผชิญความเครียดมี 2 ลักษณะ ได้แก่

1.1 การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นลักษณะของความพยายามที่จะจัดการโดยตรงกับสาเหตุหรือปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด มุ่งที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และวิเคราะห์หาหนทางในการแก้ไขหรือเพิ่มขีดความสามารถของตนในการเผชิญกับปัญหา เป็นการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้สถานการณ์ตั้งเครียดนั้นสามารถบรรเทาลง (Barry, 2002) โดยการเผชิญกับความเครียดลักษณะนี้ จะคล้ายคลึงกับการแก้ปัญหามาตามขั้นตอนทางวิทยาศาสตร์

(problem solving) คือ มีการกำหนดขอบเขตของปัญหา หาทางเลือก พิจารณาข้อดีและข้อบกพร่องของแต่ละทางเลือก ตัดสินใจเลือก และลงมือแก้ไขปัญหา เช่น การที่มารดายอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งขณะตั้งครรภ์และหลังจากการคลอด แล้วแสวงหาข้อมูลหรือทรัพยากร การพยายามหาวิธีแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการเรียนรู้พัฒนาทักษะและวิธีการใหม่ๆ ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียดแบบนี้ จะช่วยลดความเครียดด้านจิตใจและลดการเร้าของสิ่งกระตุ้น เพราะจะเกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด (Barry, 2002) การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหา มีวิธีการดังนี้

1.1.1 การเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontation coping) เป็นความคิด หรือการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ตรงไปตรงมา โดยการเผชิญกับสถานการณ์ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งต้องมีความมั่นคงในจิตใจ จึงทำให้เกิดมีความพึงพอใจ และทำให้ได้ในสิ่งที่ตนเองต้องการ

1.1.2 การวางแผนแก้ปัญหา (planned problem solving) ซึ่งเป็นการมุ่งจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการพยายามเปลี่ยนสถานการณ์ต่างๆ ให้ดีขึ้น มีการวิเคราะห์ปัญหา และการกระทำอย่างมีขั้นตอน บางครั้งอาจใช้ความพยายามเป็นสองเท่าหรือใช้ประสบการณ์เดิมในการแก้ปัญหาด้วย

1.2 การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์ เป็นลักษณะที่สะท้อนถึงความพยายามของบุคคล ในการควบคุมสภาพความเครียดทางอารมณ์ และปรับอารมณ์ของตนเอง มุ่งลดอารมณ์หรือความรู้สึกที่ไม่เป็นสุข ไม่สบายใจโดยไม่เปลี่ยนแปลงสถานการณ์จริง (Barry, 2002) การเผชิญความเครียดแบบนี้ ใช้ในสถานการณ์ที่ตนเองไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขปัญหาได้ ซึ่งเป็นลักษณะกระทำให้ตนเองมีความหวัง สามารถมองเห็นส่วนดีของสถานการณ์ที่เข้ามากระทบ ไม่ได้มองแต่ด้านลบด้านเดียว การเผชิญความเครียดแบบนี้ นำเอากระบวนการทางความคิด หรือการใช้กลไกทางจิต ซึ่งจัดการเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์ ได้แก่

1.2.1 การประเมินค่าใหม่ทางบวก (positive reappraisal) โดยเป็นแสดงความคิด และพฤติกรรมในการให้ความหมายต่อสถานการณ์ใหม่เป็นไปในทางที่ดีขึ้น เพื่อเป็นการเอื้อประโยชน์ต่อตนเองในการลดความเครียดของอารมณ์ ให้มีวิธีเผชิญความเครียดในทางพัฒนากว่าเดิม

1.2.2 การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา (accepting responsibility) ซึ่งเป็นความคิด และพฤติกรรมยอมรับสถานการณ์ที่แท้จริง แม้ว่าจะไม่ใช่เป็นสิ่งที่ตนเองต้องการที่สุดก็ตาม และมีการตระหนักว่าตนเองเป็นผู้สร้างปัญหา และบางครั้งปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

1.2.3 การควบคุมตนเอง (self control) เป็นการแสดงความคิดและพฤติกรรมในการที่

พยายามควบคุมความสม่ำเสมอทางอารมณ์ของตนเองเพื่อคิดแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การที่อยู่เงียบๆ คนเดียวเพื่อคิดแก้ปัญหาด้วยตนเอง มีการเก็บความรู้สึกไว้กับตนเองไม่ให้ผู้อื่นทราบว่าสถานการณ์นั้นเลวร้ายเพียงใดเพื่อไม่ให้กระทบกระเทือนต่อคนอื่น หรือการคิดเปรียบเทียบวิธีการที่ดีกับบุคคลอื่น ซึ่งสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีให้ตนเองได้

1.2.4 การแสวงหาการเกื้อกูลทางสังคม (seeking social support) เป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาและหนทางการจัดการปัญหานั้น โดยแสวงหาแหล่งเกื้อกูลทางสังคมทั้งด้านข้อมูล ด้านวัตถุ หรือทางด้านจิตใจ

1.2.5 การถอยห่าง (distancing) ซึ่งเป็นการพยายามทางความคิด ที่จะให้ความสำคัญกับสถานการณ์นั้นน้อยลง โดยถอยห่างจากสถานการณ์ที่ต้องเผชิญอยู่ เช่น ทำเป็นไม่สนใจเหมือนไม่มีอะไรเกิดขึ้น พยายามไม่คิดถึงเกี่ยวกับสถานการณ์นั้น

1.2.6 การหนีหลีกเลี่ยงปัญหา (escape avoidance) เป็นพฤติกรรม ที่พยายามหลีกเลี่ยงปัญหาชั่วคราว เช่น การเพ้อฝันว่าจะมีปฏิหารย์ที่จะช่วยลดความตึงเครียด การดื่มสุรา การนอนหลับมากกว่าปกติ เพื่อให้ตนเองพ้นความเครียดไปชั่วคราวระยะเวลาหนึ่ง

สรุปได้ว่า บุคคลสามารถจะเลือกใช้รูปแบบการเผชิญความเครียดให้เหมาะสมกับตนเอง โดยส่วนใหญ่ ในการจัดการกับภาวะเครียดนั้น บุคคลมักจะใช้ทั้งวิธีการมุ่งแก้ปัญหา และมุ่งแก้ไขอารมณ์ โดยมักพบว่าบุคคลจะใช้การเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ไขปัญหามากกว่ามุ่งแก้ไขอารมณ์ ถ้าบุคคลมุ่งจัดการกับอารมณ์ของตนเองบ่อย โดยที่มิได้มุ่งแก้ไขปัญหา ก็จะทำให้บุคคลนั้นปรับตัวได้ยาก สำหรับโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ ในการศึกษาครั้งนี้ จะเป็นการส่งเสริมมุ่งเน้นการเผชิญความเครียด ทั้ง 2 รูปแบบร่วมกัน ประกอบด้วย การผ่อนคลายความเครียด การส่งเสริมความคิดในเชิงบวก และทักษะการแก้ปัญหา โดยมองว่าถ้าบุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จะมีผลทำให้ความเครียดลดลงหรือหมดไป ทำให้เข้าสู่ภาวะสมดุล ถ้าหากว่าบุคคลมีการเผชิญกับความเครียดที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม ความเครียดต่างๆ ก็ไม่ลดลง แต่กลับจะเพิ่มมากขึ้น จนก่อให้เกิดมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสรีระวิทยาและทางด้านจิตใจ ทำให้บุคคลนั้นจะมีแบบแผนในการรับรู้และมีพฤติกรรมผิดปกติไป และนำไปสู่การปรับตัวที่ล้มเหลวในที่สุด (Barry, 2002)

2. วิธีการเผชิญกับความเครียด (coping model) ได้แก่

2.1 การแสวงหาข้อมูล (information seeking) โดยจะเป็นความพยายามในการที่จะเรียนรู้และเข้าใจปัญหา และหาทางแก้ไข

2.2 การกระทำโดยตรง (direct action) เป็นการกระทำที่ไม่ใช้ความนึกคิดเพื่อที่จะจัดการกับเหตุการณ์ที่ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด

2.3 การหยุดยั้งการกระทำ (inhibition of action) ซึ่งจะตรงกันข้ามกับการกระทำโดยตรง คือไม่ทำอะไรเลย หรือหยุดกระทำในกิจกรรมที่คิดว่าเป็นอันตราย

2.4 การแสวงหาความช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง

2.5 การใช้กลไกทางจิต (intrapsychic) เป็นกระบวนการความคิด ที่ต้องการปรับอารมณ์ให้รู้สึกดีขึ้น รวมถึงการประเมินเหตุการณ์ใหม่ เบี่ยงเบนความสนใจ แสวงหาความพอใจจากสิ่งอื่น รวมทั้งการใช้กลไกการป้องกันตัวเอง เช่น การปฏิเสธ การเก็บกด

การที่บุคคลจะเลือกใช้วิธีใดในการเผชิญกับภาวะเครียดขึ้นอยู่กับ 1) ความรู้สึกไม่แน่ใจหรือคลุมเครือ ซึ่งบุคคลมักจะลดการกระทำโดยตรง แต่จะแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติม 2) ความรุนแรงในการถูกคุกคาม ถ้าเหตุการณ์นั้นๆ น่าตกใจกลัวเป็นอย่างมาก บุคคลมักใช้กลไกทางจิตในการป้องกันตนเอง 3) การมีข้อขัดแย้ง มักใช้กลไกทางจิตในการป้องกันตนเอง จะไม่ใช้การกระทำโดยตรง และ 4) ความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ หมดความหวัง โดยบุคคลนั้นจะไม่กระทำกิจกรรมใดๆ มีความพร่องทั้งในด้านแรงจูงใจ การเรียนรู้

แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด (coping resources)

วิธีการที่บุคคลใช้ในการจัดการกับภาวะเครียดนั้นขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในแต่ละบริบทของบุคคล (Lazarus & Folkman, 1984) ได้แก่

1. ภาวะสุขภาพและพลังของบุคคล (health and energy) ที่จะช่วยเสริมความพยายามจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ โดยคนที่มีความสุขดี มีพลังกำลังจะช่วยทำให้เผชิญกับความเครียดได้ดี

2. ความเชื่อในทางที่ดี (positive beliefs) เป็นการจัดการความเครียดทางด้านจิตสังคมที่มีความสำคัญมาก ซึ่งเป็นลักษณะของมุมมอง หรือความคิดเชิงบวก คือ ความเชื่อที่ดีในผลลัพธ์ที่

ตามมา เชื่อว่าตนจะสามารถจัดการควบคุมผลที่ตามมาได้ และมีความหวังซึ่งจะช่วยให้เอื้อต่อการเผชิญกับความเครียดในบางสถานการณ์ ซึ่งเราไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขสิ่งแวดล้อมได้ดียิ่งขึ้น หรือการปรับทัศนคติหรือเปลี่ยนแปลงมุมมองในสิ่งนั้นใหม่ โดยการใช้ความคิดเชิงบวก ความเครียดต่างๆ ก็จะลดลง (โตภักดิ์, 2544) ความคิดในเชิงลบทำให้มีความรู้สึกไม่พึงพอใจ และผิดหวังกับเรื่องราวต่างๆ ยิ่งจะทำให้มีความเครียดมากขึ้น ในการเปลี่ยนความคิดเชิงลบให้เป็นบวก จะทำให้ได้รับความสุขและความสงบ นำไปสู่ความเชื่อในทางที่ดี

3. ทักษะในการแก้ปัญหา (problem-solving skills) ประกอบด้วยขั้นตอนของการแก้ปัญหา 5 ขั้นตอน คือ 1) การรับรู้ปัญหา 2) การใช้ความคิดในการเปรียบเทียบ วิเคราะห์ปัญหา และหาวิธีการแก้ปัญหา 3) การตัดสินใจแก้ปัญหา โดยมีการนำความรู้และข้อมูลที่มีมาใช้ในการตัดสินใจ เลือกวิธีที่ดีที่สุด 4) ปฏิบัติการแก้ปัญหา และ 5) การประเมินผลการแก้ปัญหา บุคคลที่ใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล มีความสามารถในการแสวงหาความรู้และข้อมูลต่างๆ จะมีความสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี (Lachman, 1983)

4. ทักษะทางด้านสังคม (social skills) ซึ่งจะเป็นกลุ่มของทักษะต่างๆ ที่นำมาเพื่อใช้ในการปฏิสัมพันธ์ และสื่อสารระหว่างกันในสังคม โดยจะมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธ์ในทางบวกให้เกิดขึ้น เช่น ทักษะการสื่อสาร การพูด การฟัง การทำงานร่วมกัน เป็นต้น และการเข้าถึงสถานการณ์ต่างๆ ที่หลากหลาย กฎ กติกา ในสังคม ความสามารถที่จะติดต่อสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและคำนึงถึงคนรอบข้างอย่างเข้าอกเข้าใจ ที่จะช่วยเอื้ออำนวยในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น มีแนวทางในการสร้างและพัฒนาทักษะทางสังคม เช่น สร้างมิตรภาพ เรียนรู้จักกิจกรรมและมีการทำงานเป็นทีม เรียนรู้เกี่ยวกับผู้อื่น และชุมชน (เกรียงศักดิ์, 2551)

5. แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นการที่บุคคล มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้ได้รับความช่วยเหลือ การประคับประคองจากบุคคลในครอบครัว หรือจากบุคคลในเครือข่ายสังคมในด้านต่างๆ เช่น การช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ การได้รับข้อมูลและคำแนะนำ และการได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ แรงงานและบริการต่างๆ (Lazarus & Folkman, 1984) แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่สำคัญ ส่งผลให้บุคคลมีกำลังใจที่ต่อสู้ปัญหา และความยากลำบากที่เกิดขึ้น ซึ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคม อาจจะเป็นบุคคลที่ให้ความรู้สึกใกล้ชิด ให้ความเชื่อมั่นและพึ่งพิง เมื่อรู้สึกว่ามีทุกข์ยาก ที่อาจเป็นครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน องค์กรศาสนา กลุ่มให้ความช่วยเหลือ หรือบุคลากร

ที่มีสุขภาพ เช่น พยาบาล แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญกับผู้เป็นมารดา คือ สามี บิดาและมารดาของตนเอง หรือครอบครัวเดิมของตนเอง บิดามารดาของสามี มารดาของเพื่อน เพื่อนและเพื่อนร่วมงาน ตลอดจนกลุ่มหญิงตั้งครรภ์หรือกลุ่มมารดาหลังคลอด (Deave, Johnson, & Ingram, 2008; Razurel et al., 2009; Tarkka, 2003; Warren, 2005)

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญกับการปรับตัวในขณะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด โดยทั้งนี้พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะทำให้มีอาการซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตด้อยลง (Elsenbruch et al., 2007) สอดคล้องกับผลการศึกษา ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตสังคมของมารดาหลังคลอด (Chou et al., 2008) ถ้ามารดาได้รับการช่วยเหลือ และการสนับสนุนด้านต่างๆ อย่างเพียงพอ ก็จะช่วยให้อารมณ์ที่ผิดปกติปรับเข้าสู่ภาวะปกติได้ดีขึ้น (Pillitteri, 2010) และยังพบว่า มารดาที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามี ครอบครัว และสังคมทั่วไปร่วมกันแล้ว ทำให้มีปัญหาของการคลอดทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยแรกคลอด ลดลง (Feldman, Dunkel-Schetter, Sandman, & Wadhwa, 2000) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะเป็นปัจจัยที่ทำนายความสามารถของการเป็นมารดา (Tarkka, 2003) และยังเป็นปัจจัยซึ่งมารดาต้องการในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาครั้งแรก (มยุรี, ลดาวัลย์, สุนุดตรา และบุษกร, 2550; Deave et al., 2008) หรือมีความสำคัญต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ (พรทิพย์, ยูวดี และศุภกาญจน์, 2544) ทั้งนี้มารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี สามารถพัฒนาบทบาทการเป็นมารดาทั้งในระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม (Emmanuel et al., 2009)

6. แหล่งประโยชน์ด้านวัตถุ (material resources) โดยหมายถึง เงิน หรือสิ่งของ และบริการต่างๆ ที่สามารถซื้อได้ด้วยเงิน การมีทรัพย์สินเงินทองเป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยในการเผชิญกับความเครียด ช่วยให้บุคคลมีทางเลือกในการแก้ปัญหามากขึ้น และสามารถจัดการกับความเครียดได้ง่ายและมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โสเพ็ญ และศศิกันต์ (2547) พบว่ารายได้ของครอบครัว เป็นปัจจัยที่ทำนายความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ และปัญหาด้านการเงินเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์ (สุรพล, วิบูลพรรณ และสุกโชค, 2551)

ข้อจำกัดของการใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด ได้แก่ 1) ข้อจำกัดด้านบุคคล ซึ่งอาจเป็นผลมาจากพัฒนาการ ประสบการณ์ ความเชื่อ หรือเจตคติของบุคคลนั้น 2) ข้อจำกัดด้าน

สิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ที่มีจำกัดและต้องแข่งขัน และ 3) ระดับการคุกคาม ถ้าบุคคลตกใจกลัวมากจะรบกวนการใช้กระบวนการแก้ปัญหาและกระบวนการความคิด

การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้เกิดการปรับตัวที่ดี ส่วนการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้มีการปรับตัวที่ไม่ดี ซึ่งทำให้นुकคลเสียชีวิตทั้งร่างกายจิตใจ (Barry, 2002) ภาวะเสียชีวิตด้านร่างกาย อาจจะทำให้มีปัญหาทางอารมณ์จากการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย (somatopsychic illness) ส่วนภาวะเสียชีวิตทางด้านจิตใจนั้น อาจจะทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางร่างกาย (psychosomatic illness) โดยอาจเกิดมีพยาธิสภาพของร่างกาย หรือไม่มีพยาธิสภาพของร่างกายแต่การทำงานของร่างกายผิดปกติไป นอกจากนี้ยังพบว่ามีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ มีอารมณ์ด้านลบ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า ปฏิบัติงานตามปกติได้ไม่เต็มที่ หรือไม่ได้ (พจนานา, 2549; Barry, 2002)

ผลลัพธ์ของการเผชิญความเครียด

ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) มองถึงผลของการประเมินตัดสิน และการเผชิญความเครียดต่อผลลัพธ์ของการปรับตัว (adaptation outcomes) ใน 3 ด้าน คือ

1. การทำหน้าที่ทางด้านสังคม โดยเป็นการดำรงบทบาทต่างๆ ของบุคคล ความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทั้งนี้ประสิทธิภาพของการประเมินตัดสิน และการเผชิญกับความเครียดจะเป็นตัวที่กำหนดการรักษาไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อทั้งตนเอง ครอบครัว และสังคม ตลอดจนสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลทั้งระยะสั้น และระยะยาว
2. ขวัญและกำลังใจเป็นผลที่เกิดขึ้นในระยะยาว คือความพึงพอใจในการกระทำของตนเอง และการบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้
3. ภาวะสุขภาพ การประเมินตัดสินและการเผชิญความเครียดที่จะมีผลต่อภาวะสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหลังคลอด

มารดาหลังคลอดจำนวนมากที่มีความผิดปกติของอารมณ์ โดยอาการที่เกิดขึ้นส่วนมากจะเป็นชั่วคราว และมีอาการเพียงเล็กน้อย ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นเหล่านี้มักจะถูกมองข้ามทั้งตัวมารดาเอง และจากผู้อื่น แม้ว่าภาวะดังกล่าวจะเกิดขึ้นบ่อย แต่มักไม่ได้รับการวินิจฉัยและการดูแลรักษาที่ถูกต้อง ส่งผลทำให้มารดาและผู้ใกล้ชิดต้องทุกข์ทรมานโดยไม่จำเป็น และบางครั้งอาจเกิดมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ปัญหาระหว่างคู่สมรส การดูแลทารก (Nonacs & Cohen, 1998) อย่างไรก็ตาม มารดาบางราย อาจมีความผิดปกติของอารมณ์ที่รุนแรง และเป็นระยะเวลานาน (สมภพ, 2550) โดยทั่วไปภาวะผิดปกติของสุขภาพจิตมารดาหลังคลอด (postpartum psychological distress) ที่หมายถึง ความเครียด ความวิตกกังวล อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมในช่วงหลังคลอด ซึ่งแบ่งเป็น 3 ชนิด ตามความรุนแรงจากน้อยไปหามาก ได้แก่ อารมณ์เศร้าหลังคลอด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และโรคจิตหลังคลอด โดยกลุ่มอาการทั้ง 3 ชนิดนี้แตกต่างกันที่ระยะเวลาการเกิด และความรุนแรงของอาการ (กมลรัตน์ และจารุรินทร์, 2546; ชุติมา, 2549; Beck & Driscoll, 2006) ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหลังคลอดเท่านั้น

ความหมาย

อารมณ์เศร้าหลังคลอด (postpartum blues, maternity blues or baby blues) หมายถึง ภาวะที่มารดาหลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และจิตใจที่เกิดขึ้นเองในช่วงระยะเวลานั้น ๆ ซึ่งจะมีอาการตั้งแต่วันแรกหลังคลอด และพบได้บ่อยในวันที่ 3-5 หลังคลอด และมีอาการไม่เกิน 2 สัปดาห์ จะหายเป็นปกติ ไม่ต้องให้การรักษา ให้การช่วยเหลือโดยมีการประคับประคองให้กำลังใจ การดูแลให้ได้รับความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และมีการสนับสนุนในเรื่องต่าง ๆ รวมทั้งต้องเฝ้าระวัง และสังเกตอาการของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (ชุติมา, 2549; พงศธร, 2550; สมภพ, 2550; Baker, 2006; Beck & Driscoll, 2006; Bick et al., 2009; Leifer, 2005; Olds, London, & Ladewig, 2000)

ลักษณะทางคลินิก

อารมณ์เศร้าหลังคลอด เป็นอาการซึ่งพบตั้งแต่วันแรกๆ หลังคลอด และพบได้บ่อยในวันที่ 3-5 หลังคลอด โดยจะมีอาการมากที่สุดวันที่ 5 หลังคลอด (Adewuya, 2005; Hau & Levy, 2003) โดยอาการแสดงที่พบบนนั้นมีได้หลายรูปแบบ เช่น รู้สึกหดหู่ใจ เศร้าใจ ทั้งๆ ที่บางครั้งสถานการณ์รอบตัวก็ไม่ได้นำไปสู่ความรู้สึกหดหู่ อยากร้องไห้ หรือร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล ความกระตือรือร้นหายไป ไม่อยากดูแลตัวเอง ไม่อยากพบใคร หรือไม่อยากออกไปไหน อยากอยู่เฉยๆ มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย บางช่วงเหมือนกับว่าไม่อยากยุ่งเกี่ยวกับผู้ใด อารมณ์จะเปลี่ยนแปลงง่าย พฤติกรรมการนอนหลับเปลี่ยนแปลง โดยนอนไม่ค่อยหลับ หรืออาจจะนอนหลับมากผิดปกติ มีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงไป โดยอาจมีความอยากอาหารลดลง หรืออยากอาหารเพิ่มมากขึ้น วิตกกังวลไปหมดทุกเรื่อง อ่อนเพลีย หรืออาจแสดงอาการโกรธ โกรธลูก โกรธสามีโดยไม่มีเหตุผล ซึ่งอาจจะมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ไม่จำเป็นต้องมีอาการทั้งหมด (พงศธร, 2550; สมภพ, 2550; Baker, 2006; Beck & Driscoll, 2006; Bick et al., 2009; Leifer, 2005; Olds et al., 2000; Robertson, Grace, Wallington, & Stewart, 2004)

เกณฑ์การวินิจฉัยอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Yamashita, Yoshida, Nakano, & Tashiro, 2000) ได้แก่

1. มีอาการคือ รู้สึกอยากร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล และมีอารมณ์เศร้า อาจได้ข้อมูลที่เป็นการบอกเล่าของผู้รับบริการเอง หรือข้อมูลจากการสังเกตของผู้อื่น ซึ่งอาการนั้นจะเกิดภายใน 2 สัปดาห์แรกหลังคลอด โดยมักจะเกิดระหว่างวันที่ 1 และวันที่ 5 หลังคลอด

2. นอกจากอาการซึ่งปรากฏตามข้อ 1 แล้ว จะมีอาการหรืออาการแสดง ต่อไปนี้รวมอยู่ด้วยอย่างน้อย 2 ข้อจาก 6 ข้อ คือ 1) มีความวิตกกังวล 2) มีภาวะดิ่งเครียด 3) นอนไม่หลับ 4) อ่อนเพลีย หรือไม่มีเรี่ยวแรง 5) มีอาการเบื่ออาหาร หรืออยากอาหารลดลง และ 6) สมาธิ หรือความสามารถในการคิด ตัดสินใจเรื่องต่างๆ ลดลง หรือไม่สามารถตัดสินใจเรื่องต่างๆ ได้

ถ้ามีอาการและอาการแสดงนอกจากเกณฑ์ 2 ข้อข้างต้น แสดงว่ามารดาอาจมีความผิดปกติทางด้านจิตใจ ซึ่งอาจเข้าเกณฑ์ของการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช คือ ภาวะซึมเศร้าชนิดรุนแรง หรือไม่รุนแรง (major or minor depressive disorder) ภาวะซึมเศร้าชนิดที่เป็นพักๆ (intermittent depressive

disorder) อารมณ์แปรปรวนเรื้อรัง (cyclothymic disorder) การมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย (labile personality) มีบุคลิกภาพผิดปกตินิตต่อต้านสังคม (antisocial personality) อารมณ์สองขั้วจากพิษสุราเรื้อรัง (alcoholism bipolar disorder) อาการแพนิก (panic disorder) โรควิตกกังวล (generalized anxiety disorder) ย้ำคิดย้ำทำ (obsessive compulsive disorder) กลัว (phobia disorder) โรคทางด้านร่างกายที่มีสาเหตุมาจากปัญหาด้านจิตใจ (somatization disorder) ความผิดปกติในการรับประทานอาหาร (eating disorder) การเป็นโรคจิตเภทมีอารมณ์แปรปรวน (schizophrenia-affective disorder) หรืออาจจะเป็นผลมาจากการใช้สารเสพติด ขาดการรักษาโรคหรือจากภาวะเจ็บป่วยด้านร่างกายบางอย่าง (Yamashita et al., 2000)

สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

สาเหตุที่แท้จริงของอารมณ์เศร้าหลังคลอด ยังไม่ทราบแน่ชัด ซึ่งเชื่อว่ามีปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงของต่อมไร้ท่อ โดยมีการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) โพรเจสเตอโรน (progesterone) และไทรอยด์ (thyroid) ซึ่งจะเพิ่มมากขึ้นในขณะตั้งครรภ์ และลดลงอย่างรวดเร็วในระยะสั้น ๆ หลังคลอด ที่อาจเกี่ยวข้องกับภาวะที่ผิดปกติด้านชีวเคมีในสมอง จึงมีการสันนิษฐานว่า ทำให้เกิดมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์หลังคลอดได้ (สมภพ, 2550; Beck & Driscoll, 2006; Pillitteri, 2010) ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของโพรแลคติน (prolactin) ที่เพิ่มสูงขึ้นมีผลทำให้เกิดความเครียดทางด้านจิตใจ และเป็นสาเหตุของการเกิดความผิดปกติทางจิตใจภายหลังคลอดได้เช่นเดียวกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่ามารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดมีระดับของฮอร์โมนโพรเจสเตอโรนสูงในระยะก่อนคลอด และจะลดต่ำลงในระยะหลังคลอดทันที และยังพบว่าระดับของฮอร์โมนโพรเจสเตอโรนมีระดับต่ำสุดในวันที่มีอาการของอารมณ์เศร้าสูงสุด จึงสรุปได้ว่า ฮอร์โมนโพรเจสเตอโรนเกี่ยวข้องกับการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Harris et al., 1994) อีกทั้งยังพบอีกว่า ซีรัม แอลโลเพกนาโนโลน (serum allopregnanolone) จะมีระดับต่ำในมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Nappi et al., 2001) แต่อย่างไรก็ตามมีมารดาหลังคลอดจำนวนมากที่มีการปรับสมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง และฮอร์โมนเกี่ยวข้องกับการสืบพันธุ์ได้รวดเร็ว จึงไม่เกิด

อารมณ์เศร้าหลังคลอด (พริยา, 2549; Beck & Driscoll, 2006)

2. การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากการคลอด (Beck, 2006) เช่น การเสียเลือด เลือด น้ำ เลือด อิลคโทรัลย์ เนื้อเยื่อถูกทำลาย ใช้เวลาในการคลอดนาน มีความเจ็บปวดมาก หรือเกิดมีการติดเชื้อ เป็นต้น และมีการศึกษาพบว่า ความเจ็บปวดจากการคลอดมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของการ มีอารมณ์เศร้าในระยะแรกหลังคลอด และเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้เกิดปัญหานี้ เนื่องจากมีความเครียด ขึ้นจากความเจ็บปวดในการคลอด (Boudou, Teissèdre, Walburg, & Chabrol, 2007) นอกจากนี้ ยัง มีความเครียดที่สืบเนื่องหลังจากแบกรับภาระการตั้งครรภ์มายาวนาน รวมทั้งการเหนื่อยล้าจากการ คลอด ร่างกายจึงต้องการการพักผ่อนอย่างเต็มที่ แต่ในสถานการณ์จริงหลังคลอด มารดาหลังคลอด อาจไม่มีเวลาในการพักผ่อนเพราะมีภาระในการเลี้ยงดูลูก และมีการกระตุ้นมากเกินไปในระยะหลัง คลอด (สุวิทย์, 2548; Olds et al., 2000) ร่างกายจึงมีความอ่อนล้า ทำให้อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย และ ทำให้มีอารมณ์อ่อนไหวแปรปรวนง่ายกว่าปกติ (พริยา, 2549; Leifer, 2005)

3. สภาวะด้านจิตใจของมารดาหรือความเครียดทางจิตใจ โดยมีองค์ประกอบทางจิตใจ หลายอย่าง ที่เป็นสาเหตุของอารมณ์เศร้าหลังคลอด เช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ หรือการ ที่มีเหตุการณ์ทำให้เกิดความเครียดขณะตั้งครรภ์ หรือมีอารมณ์เศร้าเกิดขึ้นในเดือนสุดท้ายก่อนการ คลอด และการมีความวิตกกังวลในวันที่คลอด (Adewuya, 2005; Chou et al., 2008; Gonidakis et al., 2007) มีความกลัว ความวิตกกังวลจากการคลอด รู้สึกกลัวว่าสามีจะให้ความสนใจตนเอง น้อยลง และการมีความเครียด วิตกกังวลต่อการเลี้ยงดูบุตร (M'bailara et al., 2005) รวมทั้งมี ความรู้สึกไม่มั่นใจต่อบทบาทของการเป็นมารดาโดยเฉพาะครั้งแรก ซึ่งการขาดความมั่นใจจะทำให้ มีความระแวงต่อคำแนะนำ หรือพฤติกรรมของผู้อื่นที่มีต่อความสามารถของตนเองในการเลี้ยงดู บุตร ตลอดจนการเห็นคุณค่าในความเป็นมารดาของตนเองต่ำ ก็เป็นปัจจัยหนึ่งเกี่ยวข้องกับการเกิด อารมณ์เศร้าหลังคลอดเช่นกัน (M'bailara et al., 2005; Séjourné, Denis, Theux, & Chabrol, 2008)

4. ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดของครรภ์ปัจจุบัน เช่น การมีประวัติการเจ็บป่วยที่ต้อง นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลขณะตั้งครรภ์ (Adewuya, 2005) สิ้นสุดการคลอดด้วยการต้องผ่าตัด เอาทารกออกทางหน้าท้อง ปัจจัยดังกล่าวนี้ ทำให้มารดามีโอกาสเกิดอารมณ์เศร้าในระยะหลังคลอด ได้ถึงร้อยละ 47 (Gonidakis et al., 2007)

5. มีประวัติได้รับการรักษาโรคทางจิตเวช และการรักษาโรคซึมเศร้า ซึ่งจะเป็ปัจจัยหนึ่งที่

สามารถทำนายการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอดที่รุนแรง (Séjourné et al., 2008)

6. การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม โดยมารดาที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะทำให้มีอารมณ์เศร้า และมีคุณภาพชีวิตที่ด้อยลง (Elsenbruch et al., 2007) โดยการขาดแรงสนับสนุนจากสามี หรือการแยกทางกับสามี ต้องรับผิดชอบเลี้ยงบุตรคนเดียว ต่างเป็นปัจจัยทำให้เกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Adewuya, 2005) ได้เช่นเดียวกัน และสอดคล้องกับผลจากการศึกษา ที่พบว่า สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอดที่รุนแรง (Séjourné et al., 2008)

7. สาเหตุอื่น ๆ เช่น ความเชื่อทางวัฒนธรรมในบางประเทศ เนื่องจากการให้คำนิยามที่ยังรากลึกในการให้สิทธิพิเศษกับเพศชาย ดังนั้น ผู้หญิงซึ่งคลอดบุตรคนแรกเป็นเพศหญิง จะถูกกล่าวโทษ หรือถูกตำหนิจากสังคม (Adewuya, 2005)

ผลกระทบ

ถ้าหากอาการของอารมณ์เศร้าหลังคลอดรุนแรงและยาวนานเกิน 2 สัปดาห์ จะเข้าเกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Boudou et al., 2007; Harris et al., 1994; Nonacs, 2002) ทั้งนี้มีอุบัติการณ์ที่พบว่ามีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด ตั้งแต่ร้อยละ 9.3 - 87 หรือ 2 ใน 3 ของมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดที่รุนแรง จะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Henshaw et al., 2004; Reck et al., 2009; Yamashita et al., 2000) นอกจากนี้ มารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด จะสัมผัสหรือสร้างสัมพันธภาพกับทารกน้อยกว่ามารดาที่ไม่มีอารมณ์เศร้า (Ferber, 2004) ซึ่งปฏิสัมพันธ์นี้มีความสำคัญมาก เนื่องจากการสื่อสารในการกระตุ้นการรับรู้และการตอบสนองของทารก ทำให้มารดาสามารถสังเกตพฤติกรรม และให้การตอบสนองความสุขสบายของทารกได้ง่าย จึงส่งผลต่อความรักใคร่ผูกพันของมารดา และในการเลี้ยงดูทารกต่อไปได้ (Leifer, 2005)

ความเครียดและการเปลี่ยนแปลงอารมณ์เศร้าหลังคลอด

เซกิซูกะ และคณะ (Sekizuka et al., 2006) อธิบายว่า ความเครียด แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1) ความเครียดด้านเคมีสรีระ (physiochemical stress) 2) ความเครียดด้านสรีรวิทยา (physiological

stress) และ 3) ความเครียดด้านจิตสังคม (psychosocial stress) ที่มีการทำงานประสานกันในการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบประสาท ระบบเอนโดครายน์ และระบบภูมิคุ้มกัน เพื่อจะเป็นการตอบสนองต่อความเครียด เช่น เมื่อมีการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ก็จะมีการกระตุ้นการหลั่งของฮอร์โมนจากระบบเอนโดครายน์ และลดความสามารถในการทำงานของเซลล์ภูมิคุ้มกัน โดยการทำหน้าที่การรับรู้และความสามารถในการปรับตัวต่อความเครียดของบุคคล จะเป็นการตอบสนองของร่างกายต่อความเครียดทางด้านจิตสังคม ซึ่งการตอบสนองต่อความเครียดนี้จะขึ้นกับการรับรู้ของบุคคล และความสามารถในการจัดการกับความเครียดนั้นเพียงใด

เมื่อมีสิ่งคุกคามหรือสิ่งที่เป็นอันตรายเกิดขึ้น ร่างกายจะมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้น โดยระบบประสาทซิมพาธิคจะหลั่งฮอร์โมนแคทีโคลามีนส์ (catecholamines) ได้แก่ นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) อิพิเนฟริน (epinephrine) และโดพามีน (dopamine) สำหรับระบบไฮโปทาลามิก-พิทูอิทารี-อะดรีนอล (hypothalamic-pituitary-adrenal, HPA axis) นั้น ที่ต่อมไฮโปทาลามัสจะมีการหลั่งคอร์ติโคโทรฟิน (corticotrophin releasing hormone, CRH) และที่ต่อมพิทูอิทารีก็จะมีการหลั่งอะดรีโนคอร์ติโคโทรฟิน (adrenocorticotropin hormone, ACTH) ส่วนในต่อมอะดรีนอลคอร์เท็กซ์ (adrenal cortex) มีการหลั่งคอร์ติโซล (cortisol) และกลูโคคอร์ติคอยด์ (glucocorticoid) และในด้านระบบภูมิคุ้มกันจะมีการผลิตไซโตคานส์ ซึ่งเป็นโปรตีนที่ควบคุมในการตอบสนองของภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น ที่ทำหน้าที่ในการกระตุ้นกระบวนการอักเสบ ต่อสู้กับการติดเชื้อ และช่วยการหายของแผล (Kendall-Tackett, 2007)

ระบบดังกล่าวสัมพันธ์กัน โดยเมื่อมีการอักเสบเกิดขึ้นนั้น จะมีการกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งคอร์ติโซล และสารอื่นๆ (Maes, Christophe, Bosmans, Lin, & Neels, 2000; Maes, Bosmans, & Ombelet, 2004; Schiepers, Wichers, & Maes, 2005) ถ้าหากมีคอร์ติโซลในระดับปกติ จะเป็นการช่วยป้องกันการติดเชื้อ และทำให้ร่างกายสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม แต่ไครมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์ มีระดับของไซโตคานส์เพิ่มขึ้น ซึ่งถ้าสูงมาก จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ การมีอารมณ์แปรปรวน หรือมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้น และยังมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า ระยะเวลาหลังคลอด 5 วันแรกในตอนเช้า มารดาที่มีอารมณ์เศร้ามีระดับคอร์ติโซลสูง (Henshaw, 2003) และจะมีระดับนอร์อิพิเนฟรินสูงขึ้น ซึ่งทำให้มีความไวต่อความเครียดสูงขึ้น มีความสามารถเผชิญกับความเครียดลดลง (Doornbos et al., 2008) และในทางตรงกันข้าม การเลี้ยงดูทารกด้วยนมมารดา

ทำให้มีระดับของคอร์ติซอล อะดรีโนคอร์ติโคโทรฟิน อีพิเนฟริน และนอร์อีพิเนฟริน ลดลง (Grör & Davis, 2006)

นอกจากนี้ ไซโตคานส์จะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วย และอารมณ์เศร้า เช่น จะมีการเปลี่ยนแปลงการนอนหลับ ความอยากรับประทานอาหาร กิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกาย อารมณ์ พลังงาน การมีเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมทางสังคม ซึ่งการอักเสบจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการมีอารมณ์เศร้า และอารมณ์เศร้าจะทำให้มีการอักเสบเพิ่มขึ้น

การนอนหลับที่ถูกรบกวนและความเจ็บปวด จะเกี่ยวข้องโดยตรงกับกระบวนการอักเสบ เนื่องจาก 1) การนอนหลับที่ถูกรบกวน และความเหนื่อยล้า จะเป็นสิ่งเร้าทำให้เกิดความเครียดของร่างกายและจิตใจ ที่จะทำให้มีความเครียดต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์มากขึ้น ปัญหาเหล่านี้มักเป็นสิ่งที่ถูกมองข้าม ว่าเป็นสิ่งปกติสำหรับมารดาหลังคลอดใหม่ๆ ทั้งๆ ที่ความเหนื่อยล้า และปริมาณกับคุณภาพของการนอนหลับ แม้จะเป็นเพียงการรบกวนการนอนช่วงสั้นๆ แต่จะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดต่อการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันและสุขภาพทางด้านอารมณ์ และทำให้สุขภาพเสื่อมโทรม จึงยังมีความเครียดเพิ่มขึ้น 2) มารดาหลังคลอด จะมีความปวดที่อาจเกิดจากการคลอดยากลำบาก หรือการต้องเลี้ยงดูทารกด้วยนมมารดา รวมทั้งบุคคลนั้นมีปัญหาทางด้านจิตใจร่วมด้วย จะยังทำให้ความทนต่อความปวดลดลง จึงรับรู้ความปวดที่เกิดขึ้นในระดับมากกว่าปกติ (Kendall-Tackett, 2003) ซึ่งจะทำให้ฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและไซโตคานส์เพิ่มขึ้น ที่จะเป็นผลย้อนกลับทำให้มีความปวดเพิ่มขึ้น และสารไซโตคานส์ (โดยเฉพาะ IL-1) นี้จะถูกกระตุ้นโดยสารพี (substance P) ซึ่งจะพบมากในผู้ที่มีความปวดหรือมีความเครียดเฉียบพลัน (Geraciotti, et al., 2006) และยังทำให้ระดับของซีโรโตนินลดลง จึงมีความเสี่ยงต่ออารมณ์เศร้าและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาซึ่งพบว่าฮอร์โมนโปรแลคตินในมารดาที่เลี้ยงดูทารกด้วยนมมารดา อาจจะทำให้มารดาสามารถนอนหลับได้ดีมากขึ้นหลังให้ทารกดูดนมมารดาแล้ว ดังนั้น จึงเป็นผลช่วยลดการอักเสบและความปวดในระยะต่อมา (McKenna & McDade, 2005)

จากการเปลี่ยนแปลงของระบบจิต-ประสาท-ภูมิคุ้มกัน (PNI) ความเครียดทางด้านร่างกายและจิตใจ จะกระตุ้นระบบการตอบสนองต่อการอักเสบ การลดความเครียดของมารดา จึงเป็นการช่วยส่งเสริมสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจ สามารถกระทำได้โดยการส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงดูทารกด้วยนมมารดา เนื่องจากเมื่อมีการเลี้ยงดูทารกด้วยนมมารดาที่เป็นไป

ด้วยดี จะทำให้มารดาเครียดลดลง ช่วยปกป้องอารมณ์ของมารดา (Grör, Davis, & Hemphill, 2002; Grör & Davis, 2006; Mezzacappa & Katkin, 2002) จะทำให้มีอารมณ์เศร้าและความรู้สึกโกรธ และรับรู้เหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตในด้านบวกได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้เลี้ยงดูทารกด้วยนมมารดา (Grör, 2005) หรืออาจแนะนำการรับประทานอาหารที่มีสารโอเมกา-3 (Omega-3s) ซึ่งสารนี้มีคุณสมบัติด้านการอักเสบและลดระดับของไซโตคานส์ และการออกกำลังกายที่เหมาะสม (Kendall-Tackett, 2007)

โปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์

การศึกษาเกี่ยวกับความเครียด และวิธีการจัดการความเครียดในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มต่าง ๆ เช่น การให้ความรู้ คำแนะนำ เกี่ยวกับวิธีการจัดการความเครียด ตามแนวคิดกำจัดสิ่งซึ่งทำให้เครียด หรือสิ่งที่มีส่วนให้เกิดความเครียด แล้วเพิ่มการผ่อนคลายในหญิงที่มีอายุครรภ์ 6-32 สัปดาห์ พบว่า โปรแกรมดังกล่าวสามารถลดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ (Urizar et al., 2004) และยังมีการศึกษาการใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความเครียดของหญิงครรภ์แรก ที่มีอายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จำนวน 9 ครั้งอย่างต่อเนื่อง มีระดับความเครียดต่ำกว่าก่อนฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และมีระดับความเครียดต่ำกว่าในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กฤษพร, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมจัดการความเครียดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุครรภ์ 15-23 สัปดาห์ ซึ่งได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีการสนับสนุนจากสามี ร่วมกับใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียดตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต ที่ประกอบด้วย การเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจ และการจินตนาการ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมจัดการความเครียดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีการสนับสนุนจากสามี สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมฯ และมีพฤติกรรมจัดการความเครียดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (อรอุมา, 2547) เช่นเดียวกับการฝึกควบคุมลมหายใจแบบโยคะต่อความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและได้รับยาช่วยป้องกันการคลอดแล้วอย่างน้อย 2 ชั่วโมง ซึ่งกลุ่มที่ได้รับการฝึกควบคุมลมหายใจแบบโยคะร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (รจนา, 2551) จะเห็นได้ว่าการศึกษาเกี่ยวกับความเครียด และวิธีการจัดการความเครียดในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มต่างๆ ที่ผ่านมา

นั้น เป็นรูปแบบของการเผชิญกับความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์เพียงอย่างเดียว ไม่ได้ใช้การเผชิญความเครียดโดยที่มุ่งแก้ไขปัญหาจัดการที่ต้นเหตุ หรือสาเหตุของการเกิดความเครียด อีกทั้งในบางการศึกษา มีการจัดดำเนินกิจกรรมหลายครั้ง ใช้ระยะเวลาสั้น

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องอารมณ์เศร้าหลังคลอดนั้น มีการศึกษาหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่สาม ซึ่งแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม โดยกลุ่มแรกได้รับคู่มือเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหลังคลอด กลุ่มที่ 2 ได้รับคู่มือเกี่ยวกับเรื่องอารมณ์เศร้าหลังคลอดและมีการอภิปรายร่วมกัน และกลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มควบคุม พบว่า ระดับอารมณ์เศร้าหลังคลอดระหว่างทั้งสามกลุ่มแตกต่างกันเล็กน้อย เพราะมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย ซึ่งผู้วิจัยสรุปว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหลังคลอดในไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ อาจช่วยทำให้ลดการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Chabrol et al., 2007) เช่นเดียวกันกับการศึกษาในมารดา วันที่ 2 และวันที่ 3 หลังคลอด โดยมารดากลุ่มแรกได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหลังคลอด ในรูปแบบการบรรยายและมีเอกสารประกอบ ส่วนกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งพบว่า กลุ่มที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอารมณ์เศร้า มีความชุกเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอดร้อยละ 15 ส่วนกลุ่มควบคุมมีความชุกถึง ร้อยละ 29 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหลังคลอด โดยรูปแบบการบรรยายและมีเอกสารประกอบ จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถช่วยลดความชุกของการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้ (Kleeb & Rageth, 2005) ดังนั้น การศึกษาในเรื่องอารมณ์เศร้าหลังคลอดยังเป็นการศึกษาที่น้อย และเป็นการศึกษาในต่างประเทศ

โปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ ของการศึกษานี้ เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามการประยุกต์ใช้ในแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัส และฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมซึ่งเกี่ยวข้องกับความเครียดในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด แนวทางในการจัดการกับความเครียดและอารมณ์เศร้าหลังคลอด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ ที่จะเป็นการช่วยให้มารดาสามารถเผชิญความเครียดซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด ให้เข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม มีภาวะเครียดอยู่ในระดับปกติ และไม่เกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด โดยจะเป็นการส่งเสริมให้มีการรับรู้และประเมินตัดสินว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นสามารถจัดการหรือควบคุมได้ มากกว่าการรับรู้ว่าเป็นอันตราย หรือคุกคาม ร่วมกับการส่งเสริมการเผชิญ

ความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหา และการเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์ร่วมกัน กำหนดเป็นกิจกรรมประกอบด้วย การส่งเสริมความคิดเชิงบวก การผ่อนคลายความเครียด และทักษะในการแก้ปัญหา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การส่งเสริมความคิดเชิงบวก เป็นการปรับกระบวนการรับรู้ความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด ให้มีการรับรู้ซึ่งท้าทายความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและบทบาทการเป็นมารดา ช่วยทำให้มารดามั่นใจว่าตนสามารถจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ส่งผลที่ดีต่อภาวะสุขภาพของมารดา และทารกในครรภ์ และส่งเสริมการคลอดที่ปลอดภัย กิจกรรมการส่งเสริมความคิดเชิงบวกประกอบด้วย

1.1 การให้ความรู้ และคำแนะนำเพื่อการสร้าง หรือปรับเปลี่ยนความคิดเป็นเชิงบวก เนื่องจากผู้ที่มีความเครียดส่วนใหญ่เกิดจากความคิดของตนเอง ที่มองทุกสิ่งรอบตัว หรือมองตนเองในด้านลบ โดยความคิดเชิงบวกจะช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นให้คลายลง และป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นใหม่ (วิชณี, สุวดี และรพีพร, 2546; ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-15 กรมสุขภาพจิต, 2553)

1.2 ฝึกปฏิบัติการคิดเชิงบวก แม้ว่าการที่มีความคิดบวกเป็นเรื่องที่ยากสำหรับบุคคลบาง คน แต่ก็สามารถฝึกได้โดยเริ่มจากสิ่งง่าย ๆ ซึ่งอยู่ใกล้ตัว ให้ฝึกพูดกับตนเองเสมอในสิ่งที่ดี และมีการพูดประโยคเหล่านั้นซ้ำ ๆ กันบ่อย ๆ เมื่อเริ่มต้นวันใหม่และก่อนเข้านอน (โสภณัท, 2544)

1.3 การอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับประสบการณ์ ประโยชน์ และอุปสรรคซึ่งได้รับจากการฝึกปรับเปลี่ยนความคิดในเชิงบวก โดยการอภิปรายกลุ่ม ต้องอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยและมารดา จะทำให้มารดามีโอกาสได้แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆ ร่วมกับผู้วิจัยหรือมารดารายอื่นได้อย่างเสรี ตลอดจนการสรุปข้อคิดเห็น และการให้ข้อมูลที่ต้องการตามความเป็นจริง จะช่วยสร้างความเข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน (อภิวันท์, 2546)

1.4 การสอดแทรกประโยค หรือคำกลอนที่สร้างสรรค์ความคิดเชิงบวก และชี้ให้เห็นคุณค่าตนเอง ซึ่งอยู่ในแผนการสอนและคู่มือที่สร้างขึ้นสำหรับมารดาหลังคลอด เช่น “ลูกที่แข็งแรง และฉลาดเกิดจากแม่ที่สมบูรณ์ทั้งกายและใจ และความสมบูรณ์ ทั้งกายและใจของแม่จะเกิดขึ้นได้ก็ด้วยการเอาใจใส่ที่ดีของพ่อ” หรือ “แม่ที่อารมณ์ดีในขณะที่ตั้งครรภ์จะส่งผลให้ลูกมีอารมณ์ดี เลี้ยงง่าย โดว้ย ไม่เจ็บป่วยง่าย” (กรมสุขภาพจิต, ม.ป.ป.) เป็นต้น ซึ่งจะเป็นการช่วยให้มารดาเกิดพลังใจ มุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อสิ่งที่ดี

2. การผ่อนคลายความเครียด เพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์ จะเป็น การควบคุมความเครียดทางอารมณ์ หรือปรับอารมณ์ของตนเอง ที่มุ่งลดอารมณ์ หรือความรู้สึกไม่สบายใจโดยไม่เปลี่ยนแปลงสถานการณ์จริง (Barry, 2002) โดยฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียด และอภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับประสบการณ์ ประโยชน์ และอุปสรรคที่ได้รับจากการผ่อนคลายความเครียด ซึ่งการผ่อนคลายความเครียดมีหลายวิธี เช่น การฝึกการหายใจ การทำสมาธิ การนวด การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การจินตนาการ การใช้เทคนิคความเงียบ เป็นต้น (ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-15 กรมสุขภาพจิต, 2553) การศึกษาครั้งนี้ได้ใช้การปฏิบัติตามการฟังแผ่นบันทึกเสียงคลายเครียดด้วยตนเอง ที่มีเนื้อหาผสมผสานเทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจ และการจินตนาการ ซึ่งจัดทำโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต, 2549) เนื่องจากเป็นวิธีการที่สะดวก และเหมาะสมกับสภาพมารดาในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ อีกทั้งสามารถฟังได้ทุกครั้งที่รู้สึกเครียด เป็นการช่วยให้ผ่อนคลายและรู้สึกสบายขึ้นทั้งกายและใจ (ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-15 กรมสุขภาพจิต, 2553)

3. ทักษะการแก้ปัญหา เพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหา เป็นการจัดการ โดยตรงกับสาเหตุ หรือปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และวิเคราะห์หาหนทางในการแก้ไข หรือเพิ่มความสามารถของตนในการเผชิญกับปัญหา นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ความเครียดนั้นบรรเทาลง (Barry, 2002) โดยทักษะการแก้ปัญหาในโปรแกรมที่ศึกษาครั้งนี้ จะเป็นการแสวงหาความรู้และข้อมูลต่างๆ ในการเผชิญกับความเครียดและอารมณ์เศร้าหลังคลอด จากการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับการใช้ทักษะการแก้ปัญหา คือ 1) การให้ความรู้และคำแนะนำตามแผนการสอน เรื่องความเครียดและการจัดการกับความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด อารมณ์เศร้าหลังคลอด การส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารก 2) การฝึกทักษะในการปฏิบัติการเลี้ยงดูเด็กก่อน และ 3) การเรียนรู้สถานการณ์จริงที่ห้องคลอด และหอผู้ป่วยหลังคลอด ดังรายละเอียด

3.1 การให้ความรู้และคำแนะนำ ตามแผนการสอน 3 เรื่อง ซึ่งประกอบด้วย

3.1.1 ความเครียดและการจัดการความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และหลังคลอด โดยการให้ความรู้และคำแนะนำจะช่วยให้มารดาเข้าใจความหมายของความเครียด และรับรู้ว่าตนเองมีความเครียดหรือไม่ มีความเข้าใจในสาเหตุ และผลกระทบของความเครียดที่เกิด

กับร่างกายและจิตใจ และตระหนักถึงผลเสียที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งมีความรู้ และเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการจัดการความเครียด เพื่อที่จะสามารถจัดการกับความเครียดของตนได้ถูกต้อง ทั้งนี้การจัดการกับความเครียดที่รวดเร็วและเหมาะสม จะเป็นผลดีต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ (ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-15 กรมสุขภาพจิต, 2553)

การจัดการกับความเครียด เป็นการกระทำกิจกรรม เพื่อผ่อนคลายความเครียดที่เกิดจากความไม่สมดุลของสภาวะทางร่างกายและจิตใจ ที่เกิดจากผลกระทบจากสิ่งเร้าที่ไม่ต้องการทั้งภายในและภายนอกร่างกาย ถ้ารู้จักวิธีการจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยเพิ่มพลังในการปฏิบัติกิจกรรม และการพัฒนาตนเอง ซึ่งวิธีการจัดการกับความเครียด มีหลักการสำคัญคือ 1) สำรวจตนเองว่าเครียดหรือไม่ โดยหมั่นสังเกตความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจและพฤติกรรมที่เกิดจากความเครียด หรืออาจใช้แบบประเมิน และวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง 2) หาสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาเครียด เมื่อรู้ตัวว่าเครียดจากปัญหาใด ให้พยายามแก้ปัญหาให้ได้โดยเร็ว และ 3) การวางแผนแก้ปัญหา ถ้าสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ความเครียดก็จะหมดไป แต่ถ้าไม่สามารถแก้ปัญหาให้ได้ว่า อาจต้องหาแนวทางอื่น (กรมสุขภาพจิต, 2549)

กลยุทธ์สำคัญในการส่งเสริมการเผชิญความเครียด ดังเช่น 1) การเสริมสร้างสุขภาพให้แข็งแรง โดยการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาตามภาวะที่เป็นอยู่ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และพักผ่อนอย่างเพียงพอ 2) การเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่ทำให้เครียด หรืออาจหลีกเลี่ยงสถานการณ์นั้น ๆ ชั่วขณะ เช่น การเปลี่ยนบรรยากาศสิ่งแวดล้อมเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ การท่องเที่ยวชมธรรมชาติ หุุดพักทำกิจกรรมนั้นชั่วคราว การทำงานอดิเรกที่สนใจและชื่นชอบ เช่น เล่นดนตรี ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ ตกแต่งบ้าน อ่านหนังสือที่ชอบ เป็นต้น 3) การทำใจยอมรับในสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ แล้วปรับทัศนคติหรือเปลี่ยนมุมมองใหม่ หรือการสร้างความคิดเชิงบวก และ 4) การฝึกผ่อนคลายความเครียด เช่น มีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกเทคนิคการหายใจ การทำสมาธิเบื้องต้น การจินตนาการ การนวดคลายเครียด การใช้เทคนิคความเงียบ การใช้เทปเสียงคลายเครียดด้วยตนเอง

3.1.2 อารมณ์เศร้าหลังคลอด แม้ว่าอาการที่เกิดไม่รุนแรง และสามารถหายได้เอง แต่การอธิบายให้มารดาเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวด้วยท่าทีที่แสดงความเห็นอกเห็นใจ จะทำให้มารดาเผชิญกับเหตุการณ์ และปรับตัวได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้สามีหรือบุคคลในครอบครัวจำเป็นต้อง

เข้าใจในการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว และมีทัศนคติถูกต้องต่อมารดา ร่วมกับให้การดูแลอย่างเพียงพอ (ประเสริฐ, 2544) ทั้งนี้ในการเตรียมความพร้อมมารดาและครอบครัวก่อนการคลอด เกี่ยวกับอาการและประสบการณ์ที่จะเกิดขึ้นในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ไปจนถึงหลังคลอด การที่รับรู้สิ่งเหล่านี้มาก่อน ทำให้ง่ายต่อการเผชิญกับเหตุการณ์จริง (Brown, 1979) ซึ่งมีการศึกษา พบว่าการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหลังคลอดตั้งแต่ไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ จะช่วยทำให้ลดการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้ (Chabrol et al., 2007) โปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญกับความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีอารมณ์เศร้า จาก “NURSE program” (Beck & Driscoll, 2006) มาประยุกต์ในการให้ความรู้ และคำแนะนำแก่มารดา เป็นการส่งเสริมการเผชิญความเครียดโดยการมุ่งแก้ไขปัญหา เพื่อส่งผลต่อการป้องกันการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด ดังรายละเอียด

N = nourishment (nutrition) and needs เป็นการดูแลให้มารดาหลังคลอดได้รับประทานอาหารและน้ำเพียงพอกับความต้องการ เพื่อช่วยให้ร่างกายฟื้นตัวโดยเร็ว ส่งเสริมการหายของแผล และช่วยในการสร้างน้ำนมมารดา โดยการให้ความรู้ในเรื่องของสารอาหารที่ร่างกายต้องการในระยะหลังคลอด และระยะให้นมบุตร โดยเฉพาะการรับประทานอาหาร โปรตีน และการดื่มน้ำอย่างเพียงพอ การแบ่งมือรับประทานอาหารเป็นมือเล็ก ๆ หรือการรับประทานครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้งขึ้น เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ รวมทั้งมีการรับประทานยาบำรุงเลือด (Beck & Driscoll, 2006) ซึ่งผู้วิจัยและมารดาได้วางแผนร่วมกัน เพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบการรับประทานอาหารให้เหมาะสมตามวิถีชีวิตของมารดา

U = understanding เป็นการอธิบายให้มารดาเข้าใจกระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ระยะหลังคลอด ซึ่งสามี และบุคคลในครอบครัวต้องเข้าใจอารมณ์ของมารดา และให้โอกาสได้ระบายความรู้สึกด้วย (Beck & Driscoll, 2006) โดยมารดาอาจเขียนบันทึกสมุดบันทึกระบายความรู้สึก ความกลัว หรือความวิตกกังวลต่าง ๆ ได้ตลอดเวลา และรวมทั้งให้ข้อมูลแหล่งช่วยเหลือ เช่น เบอร์โทรศัพท์ที่ควรติดต่อ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในเวลาที่มารดามีปัญหา ข้อสงสัย หรือวิตกกังวล

R = rest and relaxation เป็นการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ซึ่งจำเป็นสำหรับร่างกาย โดยสมองของคนเราต้องการการนอนหลับที่ลึก เพื่อที่จะฟื้นฟูการทำงานของระบบ

ต่าง ๆ ในร่างกาย (Beck & Driscoll, 2006) มารดาจะต้องวางแผนการนอนหลับพักผ่อนในแต่ละวัน มีการส่งเสริมให้ครอบครัวได้ช่วยเหลือ แบ่งเบาภาระของมารดาในการดูแลทารก และงานบ้าน

S = spirituality หมายถึงการมีศรัทธาหรือความเชื่อ โดยประสบการณ์ในชีวิตที่นำมาซึ่งความสุข จะช่วยให้รู้สึกมีแหล่งที่พึ่งทางจิตใจ มีพลังมากขึ้น ไม่ใช่เรื่องของศาสนาเพียงอย่างเดียวเท่านั้น อาจเป็นการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น หรือการได้อยู่ตามลำพังเพื่อครุ่นคิด พิจารณา ทบทวนบางสิ่งบางอย่างบ้าง การชื่นชมความงามธรรมชาติ ความคิดสร้างสรรค์งานต่าง ๆ การฟังหรือเล่นดนตรี การทำสวน และการอ่านหนังสือหรือวารสารต่าง ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นการสะท้อนถึงประสบการณ์ หรือการปฏิบัติที่สามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Beck & Driscoll, 2006) จึงควรส่งเสริม และสนับสนุนให้มารดาได้ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามความเชื่อ ประสบการณ์ในชีวิตที่จะนำมาซึ่งความสุข หรือกิจกรรมทางศาสนาที่เหมาะสมตามความต้องการ

E = exercise เป็นการกระตุ้นให้หลังสารเอนโดรฟิน (endorphin) ซึ่งมีผลช่วยทำให้ร่างกายสดชื่น กระปรี้กระเปร่า การบริหารร่างกายสามารถปฏิบัติตั้งแต่อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ จนถึง 6 สัปดาห์แรกหลังคลอด จะช่วยให้อวัยวะต่างๆ กลับคืนสู่ภาวะปกติเร็วขึ้น การไหลเวียนเลือดดีขึ้น มีการหลั่งน้ำนมดี และมีจิตใจสดชื่นขึ้น แล้วจึงสามารถออกกำลังกายได้ตามปกติที่ตนชอบ (วิไลพรรณ, 2554) และควรสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวได้ร่วมออกกำลังกายกับมารดาหลังคลอดด้วย เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัว

3.1.3 การส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดที่มีมาตั้งแต่ในไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์และที่จะมีผลต่อเนื่องไปจนถึงหลังคลอด เพื่อส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหา การสอนหรือการให้คำแนะนำที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพของมารดา โดยเฉพาะในมารดาครั้งแรก เป็นการช่วยให้มารดามีความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ถึงหลังคลอด อันจะนำไปสู่เพื่อการส่งเสริมสุขภาพดูแลตนเองโดยการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ ทำให้มีภาวะสุขภาพที่เป็นปกติ ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นว่าสามารถดูแลตนเองได้ทั้งในขณะตั้งครรภ์ ระยะเวลาคลอด และหลังคลอด หากมีสถานการณ์ที่เบี่ยงเบนหรือเมื่อมีความไม่แน่ใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้น จึงมีแนวทางแก้ไขปัญหาที่เป็นไปตามประสบการณ์การรับรู้ ที่ช่วยให้มีทักษะในการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี (Lazarus & Folkman, 1984)

3.2 ฝึกทักษะในการเลี้ยงดูเด็กก่อน โดยไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นระยะใกล้คลอดนี้ เป็นระยะที่หญิงตั้งครรภ์เริ่มมีความสนใจในบทบาทของการเป็นมารดา แต่ขณะเดียวกันจะมีความกังวล เกี่ยวกับความปลอดภัยของตนเองและทารกในระยะคลอด และพยายามปฏิบัติตนตามคำแนะนำ พยายามค้นหาแบบอย่างการเป็นมารดา และเลียนแบบบทบาทกับตัวแบบที่มีอยู่ในสังคมรอบด้าน (ลาวัลย์ และเทียมสร, 2545) มีการศึกษาพบว่า มารดาที่มีทักษะสามารถปฏิบัติบทบาทของการมารดาได้ดี จะสามารถเผชิญเหตุการณ์ และปรับตัวได้ดี (Takka, Paunonen, & Laippala, 2000) จึงควรส่งเสริมทักษะในการสังเกต และการประเมินพฤติกรรมทารก เช่น การกินนม การร้องไห้ การขี้ถ่าย การนอนหลับ และการสังเกตอาการเจ็บป่วย รวมทั้งสอนและสาธิตทักษะการเลี้ยงดูทารก เช่น การอุ้ม การอาบน้ำ เปลี่ยนผ้าอ้อม และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Nolan, 2004) แต่อย่างไรก็ตาม การสอนและการสาธิตทักษะการเลี้ยงดูเด็กก่อน ยังไม่เพียงพอจะทำให้มารดามั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้จริง จึงต้องมีการฝึกปฏิบัติทักษะดังกล่าวด้วย

3.3 การเรียนรู้สถานการณ์จริงที่ห้องคลอด และหอผู้ป่วยหลังคลอด โดยเปิดโอกาสให้มารดามีการเรียนรู้สถานการณ์จริงที่ห้องคลอด และหอผู้ป่วยหลังคลอด และนำสิ่งที่ได้รับรู้หรือสิ่งที่ปัญหา ประสบการณ์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการสังเกตสถานการณ์ดังกล่าว มาแลกเปลี่ยนความรู้สึกร่วมกัน และอภิปรายร่วมกัน แล้วให้ความรู้ คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับกระบวนการหรือขั้นตอนที่กลุ่มตัวอย่างต้องเผชิญในระยะคลอดและหลังคลอด อันจะเป็นการช่วยให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องมากขึ้น เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีความพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์จริงต่อไปในอนาคต

สรุป

การเผชิญกับเหตุการณ์ หรือการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด โดยเฉพาะผู้เป็นมารดาครรภ์แรก ล้วนแล้วแต่มีความเครียดแฝงอยู่ และเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด ถึงแม้ว่าการเกิดอารมณ์เศร้าจะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้น ตามกระบวนการปกติก็ตาม แต่อาจมีปัจจัยบางประการที่เป็นสิ่งเร้าให้เกิดมีความเครียดที่รุนแรงขึ้น ที่อาจจะพัฒนาไปสู่การเกิดภาวะผิดปกติทางด้านจิตใจ เช่น การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โรคจิตหลังคลอด เป็นต้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์

ต่อระดับความเครียดและอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด ซึ่งในไตรมาสนี้ หญิงตั้งครรภ์จะมีความไม่สุขสบายจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง เมื่อเข้าสู่กระบวนการคลอด บทบาทหน้าที่รับผิดชอบที่เปลี่ยนแปลงไปในระยะหลังคลอด

โปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ ที่ศึกษาครั้งนี้ ประยุกต์ตามทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แล้วพัฒนาเป็นโปรแกรมซึ่งประกอบด้วย 1) การส่งเสริมความคิดเชิงบวก เป็นกิจกรรมการให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการปรับความคิดเป็นเชิงบวก 2) การฝึกปฏิบัติผ่อนคลายความเครียด ตามการฟังแผ่นบันทึกเสียงคลายเครียดด้วยตนเอง และ 3) การส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับความเครียด อารมณ์เศร้าหลังคลอดและการจัดการในขณะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด และการส่งเสริมสุขภาพ มารดาและทารก ร่วมกับการฝึกปฏิบัติในการเลี้ยงดูเด็กอ่อนและการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมทั้งการอภิปรายร่วมกันในประสบการณ์ที่ได้รับจากการเยี่ยมห้องคลอด และหอผู้ป่วยหลังคลอด โดยคาดว่า โปรแกรมนี้ จะช่วยให้มารดามีการดูแลตนเอง สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ได้ถูกต้องเหมาะสม ช่วยให้มีมีความเครียดลดลง และเป็นการลดปัญหาการเกิดอารมณ์เศร้าในระยะหลังคลอดต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ต่อความเครียดและอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด ซึ่งเป็นการศึกษาแบบก่อนและหลังการทดลอง และมีกลุ่มควบคุม (pretest-posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ หญิงครรภ์แรกในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ หญิงครรภ์แรกในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ระหว่างเดือนสิงหาคม 2554 ถึงเดือนกันยายน 2555 จำนวน 60 คน มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ซึ่งกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์
2. อาศัยอยู่ร่วมกับสามี
3. ไม่มีประวัติของโรคจิต
4. ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria) หลังจากเข้าร่วมในการวิจัยแล้ว คือ

1. มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านสูติกรรมหรืออายุรกรรมขึ้นในระยะตั้งครรภ์ คลอด และระยะหลังคลอด รวมทั้งสิ้นสุดการคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ เช่น การใช้เครื่องดูดสุญญากาศ การใช้คีม หรือการผ่าตัดคลอดเอาทารกออกทางหน้าท้อง
2. ทารกแรกเกิดมีภาวะแทรกซ้อนหรือมีความผิดปกติที่ต้องได้รับการรักษา

วิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ของ โพลิต และฮังเกอร์ (Polit & Hungler, 1999) และกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 ทั้งนี้มีขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) จากงานวิจัยที่ผ่านมา เกี่ยวกับผลการใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ ของ กฤษพร (2548) ที่คำนวณได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 3.53 (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ก) ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (large effect size) ผู้วิจัยจึงได้กำหนดอิทธิพลค่าความแตกต่างเท่ากับ .80 เนื่องจากเป็นอิทธิพลค่าความแตกต่างในระดับสูงที่ยอมรับได้ (Cohen, 1988) และจากการเปิดตารางอำนาจการทดสอบได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน รวมทั้งหมด 50 คน และเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการทดลองที่มีขั้นตอนในการดำเนินการหลายครั้ง และมีการติดตามต่อเนื่องถึงในระยะหลังคลอด เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งอาจทำให้เกิดการสูญหาย หรือการขอออกจากการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ เป็นหญิงครรภ์แรกที่อยู่ในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ มีการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกำหนดให้กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมในวันจันทร์ พุธ และวันพฤหัสบดี ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นการมารับบริการตามปกติในวันอังคารและวันศุกร์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการกระจายใกล้เคียงกัน เนื่องจากการทดลองในการศึกษาครั้งนี้ มีขั้นตอนและต้องใช้เวลาดำเนินการหลายครั้ง และป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลของทั้งสองกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสถัดของการตั้งครรภ์ เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้กรอบทฤษฎีความเครียดของลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด แนวทางในการจัดการกับความเครียด และ อารมณ์เศร้าหลังคลอด มาประยุกต์ใช้เป็นแนวคิดในการจัดกิจกรรม มีขั้นตอนในการสร้าง ดังนี้

1.1 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด รวมทั้งแนวทางที่ใช้ในการจัดการความเครียด และอารมณ์เศร้าหลังคลอด (กฤษพร, 2548; กรมสุขภาพจิต, 2549; พิริยา, 2549; วิไลพรรณ, 2554; อรุมา, 2547; Beck & Driscoll, 2006; Chabrol et al., 2007; Kleeb & Rageth, 2005; Lazarus & Folkman, 1984; Urizar et al., 2004) แล้วสรุปเนื้อหาที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม

1.2 สร้างโปรแกรมในการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสถัดของการตั้งครรภ์ ตามทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กำหนดกิจกรรมส่งเสริมให้มีการรับรู้และประเมินว่าความเครียดที่เกิดขึ้นสามารถจัดการหรือควบคุมได้ โดยใช้การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์และมุ่งแก้ไขปัญหาร่วมกัน ซึ่งมีกิจกรรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์ คือ การผ่อนคลายความเครียด การส่งเสริมความคิดเชิงบวก และกิจกรรมส่งเสริมการเผชิญกับความเครียดที่มุ่งแก้ไขปัญหา คือ การให้ความรู้ 3 เรื่อง ได้แก่ 1) ความเครียดและการจัดการกับความเครียดขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด 2) การป้องกันกาเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด ตามแนวคิดของ “NURSE program” (Beck & Driscoll, 2006) และ 3) การส่งเสริมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด และการฝึกปฏิบัติทักษะการเลี้ยงดูเด็กก่อน

1.3 สร้างสื่อสำหรับใช้ประกอบในโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดระยะไตรมาสถัดของการตั้งครรภ์ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม (กรมสุขภาพจิต, 2549;

เกรียงศักดิ์, 2551; จำลอง และพริ้มเพรา, 2545; วัชณี, สุวดี และระพีพร, 2546; ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-15 กรมสุขภาพจิต, 2553; โสภณัท, 2544; Beck & Driscoll, 2006) ประกอบด้วย

1.3.1 แผนการสอน 3 เรื่อง ดังนี้ คือ 1) ความเครียดและการจัดการกับความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และหลังคลอด 2) อารมณ์เศร้าหลังคลอด และ 3) การส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารก

1.3.2 คู่มือ “คุณแม่่มือใหม่.....ทำได้” ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ 1) ความเครียดและการจัดการกับความเครียด 2) อารมณ์เศร้าหลังคลอด 3) การส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารก และ 4) แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียด และการปรับความคิดในเชิงบวก เพื่อให้กลุ่มทดลองนำไปทบทวน ทำความเข้าใจและฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง

1.3.3 โปสเตอร์ประกอบการบรรยาย ที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอนข้างต้น

1.3.4 แผ่นบันทึกเสียงคลายเครียดด้วยตนเอง เพื่อใช้ประกอบการฝึกปฏิบัติผ่อนคลายความเครียดที่บ้าน ซึ่งจัดทำโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2549) และมีการเผยแพร่ทางอินเทอร์เน็ต โดยให้ปฏิบัติตามขั้นตอนที่บรรยายในแผ่นบันทึกเสียง ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างเทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจ การใช้เสียงเพลง และการจินตนาการ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที และบันทึกในแบบบันทึกการฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ชุด ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีข้อคำถามชนิดเลือกตอบและเติมข้อความ ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปมีข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ของครอบครัว สิทธิในการรักษาพยาบาล ลักษณะของครอบครัว การได้รับความช่วยเหลือในการดูแลบุตร การวางแผนตั้งครรภ์ ความคาดหวังในเพศทารก ประสบการณ์การเลี้ยงดูทารก หรือเด็กเล็ก และการรับประทานยาบำรุงเลือด

2.1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด ประกอบด้วย การได้รับการกระตุ้นการคลอด การได้รับยาแก้ปวด เพศของทารก (ประเมินจากแฟ้มประวัติ)

2.2 แบบประเมินความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และหลังคลอด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการประเมินตัดสินความเครียดของลาซารัส และโพล์คแมน (Lazarus &

Folkman, 1984) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด เพื่อทำการประเมินความเครียดที่เกิดจากการตั้งครรภ์ การคลอด การเปลี่ยนแปลงหลังคลอด และการปรับบทบาทการเป็นมารดา ที่มีข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งเป็น 1) แบบประเมินความเครียดระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ 10 ข้อ และ 2) แบบประเมินความเครียดของมารดาหลังคลอด 10 ข้อ โดยมีการพิจารณาคำตอบว่า “ไม่เครียด” หรือ “เครียด” ก่อน และถ้าหากเลือกตอบ “เครียด” ให้พิจารณาคำตอบต่อไปว่าเป็นความเครียดที่ท้าทาย คุณคาม หรืออันตราย แล้วจึงประเมินความเครียดโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย มาก และมากที่สุด และถ้ามีการประเมินว่าเป็นความเครียดท้าทาย ซึ่งเป็นข้อความที่มีความหมายด้านบวก ต้องทำการปรับค่าคะแนนเป็นลบ แล้วจึงคิดคะแนนรวมความเครียด กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- | | | |
|----------------|---------|--|
| (0) ไม่เครียด | หมายถึง | เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงเลย |
| (1) น้อยที่สุด | หมายถึง | เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงน้อยที่สุดจนแทบไม่รู้สึกเลย |
| (2) น้อย | หมายถึง | เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงเป็นบางครั้งหรือเพียงเล็กน้อย |
| (3) มาก | หมายถึง | เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงเป็นส่วนมากแต่ไม่ทั้งหมด |
| (4) มากที่สุด | หมายถึง | เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงมากที่สุดหรือทั้งหมด |

คะแนนรวมทั้งหมด มีค่าต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และมีค่าสูงสุดเท่ากับ 40 คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยพิจารณาปรับจากแนวทางในการแบ่งระดับคะแนนความเครียดที่ใช้อยู่ในสมุดบันทึกสุขภาพมารดา และทารก ของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

ระดับคะแนน	0 - 10	หมายถึง	มีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ
ระดับคะแนน	11 - 20	หมายถึง	มีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย
ระดับคะแนน	21 - 30	หมายถึง	มีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติปานกลาง
ระดับคะแนน	31 - 40	หมายถึง	มีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติมาก

2.3 แบบประเมินอารมณ์เศร้าหลังคลอด ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมิน Kennerley's Blues Questionnaire (Kennerley & Gath, 1989) และตัดข้อคำถามจาก 28 ข้อ เหลือ 23 ข้อ ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะว่ามีความหมายเหมือนกันออก แบ่งตามอาการและอาการแสดง คือ

- 1) อารมณ์เศร้า มี 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 4, 9, 10, 15, 18
- 2) การควบคุมอารมณ์ มี 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 7, 11
- 3) ความอ่อนไหวของอารมณ์ มี 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 21, 22, 23
- 4) ภาวะซึมเศร้า มี 3 ข้อ ได้แก่ 13, 14, 19
- 5) ความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ใจ มี 3 ข้อ ได้แก่ 5, 6, 16
- 6) การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ มี 3 ข้อ ได้แก่ 3, 8, 20
- 7) ความมั่นใจในตัวเอง มี 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 12, 17

ข้อคำถาม 23 ข้อ เป็นข้อความด้านบวกจำนวน 7 ข้อ คือ ข้อที่ 3, 5, 8, 12, 16, 17, 20 และ ข้อความด้านลบ 16 ข้อ คือ ข้อที่ 1, 2, 4, 6, 7, 9-11, 13-15, 18-19, 21-23 ซึ่งเป็นการพิจารณาถึงความรู้สึกหรือการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์หลังคลอด ที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่รู้สึกเปลี่ยนแปลง และรู้สึกเปลี่ยนแปลงในระดับน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยข้อความที่มีความหมายด้านบวก ปรับค่าคะแนนให้เป็นลบก่อน แล้วจึงคิดคะแนนรวมอารมณ์เศร้าหลังคลอด โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- | | | |
|---------------------------|---------|--|
| (0) ไม่เป็นความจริงเลย | หมายถึง | เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริง หรือไม่แตกต่างกับภาวะปกติ |
| (1) เป็นความจริงน้อย | หมายถึง | เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงเพียงส่วนน้อย |
| (2) เป็นความจริงปานกลาง | หมายถึง | เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงเป็นบางครั้ง |
| (3) เป็นความจริงมาก | หมายถึง | เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงเป็นส่วนมาก แต่ไม่ทั้งหมด |
| (4) เป็นความจริงมากที่สุด | หมายถึง | เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงมากที่สุดหรือทั้งหมด |

คะแนนรวมทั้งหมด มีค่าต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และมีค่าสูงสุดเท่ากับ 92 คะแนน

การแปลผลคะแนน

ระดับคะแนน	0 - 18.4	หมายถึง	ไม่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด
ระดับคะแนน	18.41 - 36.8	หมายถึง	มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดเล็กน้อย
ระดับคะแนน	36.81 - 55.2	หมายถึง	มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดปานกลาง
ระดับคะแนน	55.21 - 73.6	หมายถึง	มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดมาก
ระดับคะแนน	73.61 - 92.0	หมายถึง	มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงของเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และแผนการสอนทั้ง 3 เรื่อง คือ 1) ความเครียดและการจัดการกับความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด 2) อารมณ์เศร้าในระยะหลังคลอด และ 3) การส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารก รวมทั้งคู่มือ “คุณแม่่มือใหม่.....ทำได้” ไปตรวจสอบเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย สุนตินรีแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสูติ-นรีเวชและผดุงครรภ์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลมารดาและทารก 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องและเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวมาพิจารณาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วจึงนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับหญิงครรภ์แรกในระยะไตรมาสที่สาม ที่มารับบริการฝากครรภ์ ที่หน่วยฝากครรภ์ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ 2 ราย (try out) เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ไปใช้ในการศึกษาครั้งนี้ พร้อมทั้งสังเกต และสอบถามถึงความเข้าใจในเนื้อหา และทำการทดสอบความเป็นปรนัย (objectivity) เพื่อดูความชัดเจนของภาษา และความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาปรับปรุงก่อนการนำไปใช้จริง โดยมีกรแก้ไข ดังนี้ ปรับเนื้อหา

ในแผนการสอนให้กระชับ ไม่ซ้ำซ้อนกันระหว่างแผนการสอนกับเนื้อหาในคู่มือ ระยะเวลาในแต่ละกิจกรรมในแผนการสอน และให้กลุ่มตัวอย่างร่วมอภิปราย แสดงความรู้สึก หรือเล่าประสบการณ์ตัวเองมากขึ้น

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้นำ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความเครียดในระยะไตรมาสถัดที่สามของการตั้งครรภ์และหลังคลอด และ 3) แบบประเมินอารมณ์เศร้าหลังคลอด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน คือ สูตินรีแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสูติ-นรีเวชและผดุงครรภ์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลมารดาและทารก 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ คือ แก้ไขแบบประเมินความเครียดในระยะไตรมาสถัดที่สามของการตั้งครรภ์และหลังคลอด ตามแนวคิดการประเมินทัศนคติความเครียดของลาซาลัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) และแก้ไขแบบประเมินอารมณ์เศร้าหลังคลอด โดยการปรับคำถามให้เข้าใจง่ายชัดเจน และตัดข้อคำถามที่มีความหมายเหมือนกันออก

2. ความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความเครียดของมารดาในระยะไตรมาสถัดที่สามของการตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด และแบบประเมินอารมณ์เศร้าหลังคลอด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ในระยะไตรมาสถัดที่สาม และมารดาหลังคลอด 20 ราย ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้ออกมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงจากความสัมพันธ์ภายใน (internal consistency) ของเครื่องมือดังกล่าว โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความเครียดในระยะไตรมาสถัดที่สามของการตั้งครรภ์ และหลังคลอด เท่ากับ .70 และ .74 ตามลำดับ และมีค่าความเที่ยงของแบบประเมินอารมณ์เศร้าหลังคลอด เท่ากับ .87

การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ มีการดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมกัน โดยผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการก่อนการทดลอง และขั้นตอนดำเนินการทดลอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนเตรียมก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย โดยผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เพื่อการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลหาดใหญ่ และขอความร่วมมือในการดำเนินการตามโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด และเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วยหลังคลอด

2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกฝากครรภ์ หัวหน้าห้องคลอด และหัวหน้าหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลหาดใหญ่ เพื่อแนะนำตัว พร้อมกับชี้แจงเกี่ยวกับรายละเอียดของการศึกษาวิจัย และขออนุญาตดำเนินการตามโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง และเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

		วัดก่อนการทดลอง	→	สิ่งทดลอง	→	วัดหลังการทดลอง	→	วัดหลังการทดลอง
						ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2
กลุ่มทดลอง	01	X		02		03		
กลุ่มควบคุม	04	—		05		06		
X	หมายถึง	โปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์						
01, 04	หมายถึง	ความเครียดของมารดาก่อนเริ่มโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ						
02, 03	หมายถึง	ความเครียดและอารมณ์เศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ในวันที่ 2 และวันที่ 5 หลังคลอดตามลำดับ						
05, 06	หมายถึง	ความเครียดและอารมณ์เศร้าของกลุ่มควบคุมในวันที่ 2 และวันที่ 5 หลังคลอดตามลำดับ						

การดำเนินการในกลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อการแนะนำตัว และสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมวิจัย

2. หลังจากที่ได้รับความร่วมมือและยินยอมแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สอบถามข้อมูลทั่วไปและให้ตอบแบบประเมินความเครียดในระยะเวลาไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ พร้อมทั้งนัดหมายกลุ่มตัวอย่างอีก 1 สัปดาห์ เพื่อดำเนินการตามโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะเวลาไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์

3. ดำเนินกิจกรรมตามกำหนดของโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะเวลาไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ จนครบ 3 ครั้งในแต่ละราย รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ ตามรายละเอียดในขั้นตอนการดำเนินการทดลอง ดังต่อไปนี้

3.1 กิจกรรมครั้งที่ 1 (อายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์) วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้มีการรับรู้และประเมินตัดสินว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นสามารถจัดการหรือควบคุมได้ โดยมีการเผชิญความเครียดมุ่งแก้ไขปัญหา และมุ่งแก้ไขอารมณ์ ที่ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การส่งเสริมความคิดเชิงบวก 2) การผ่อนคลายความเครียด และ 3) ทักษะของการแก้ไขปัญหา โดยให้ความรู้และคำแนะนำ เกี่ยวกับความเครียดและการจัดการกับความเครียดระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และหลังคลอด และการส่งเสริมความคิดในเชิงบวก ซึ่งจัดเป็นกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 4 - 5 ราย ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ตามขั้นตอน ดังนี้

3.1.1 สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะเวลาไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และกิจกรรมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดความรู้สึกรุ่นเคย นำไปสู่การมีสัมพันธภาพและมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เพื่อนำไปสู่ความร่วมมือในการร่วมกิจกรรมของโปรแกรม ตลอดการศึกษาครั้งนี้

3.1.2 ให้ความรู้และคำแนะนำ เรื่อง ความเครียดและการจัดการกับความเครียดระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และในระยะหลังคลอด ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ 1) ความหมายของความ

เครียด 2) สาเหตุความเครียด 3) ผลกระทบของความเครียด และ 4) การจัดการความเครียด โดยการ ใช้ทักษะการแก้ปัญหา การส่งเสริมความคิดเชิงบวก และการผ่อนคลายความเครียดร่วมกัน

3.1.3. การส่งเสริมความคิดในเชิงบวก เป็นการให้ความรู้ และคำแนะนำ ร่วมกับฝึก ปฏิบัติการปรับเปลี่ยนความคิดเชิงบวก (ดังรายละเอียดในแผนการสอนเรื่องความเครียดและการ จัดการกับความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และในระยะหลังคลอด) พร้อมทั้ง ชมเชย และให้กำลังใจในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าว

3.1.4 ฝึกปฏิบัติผ่อนคลายความเครียด โดยใช้แผ่นบันทึกเสียงคลายเครียดด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการผสมผสานกันระหว่าง เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เทคนิคควบคุมการหายใจ การใช้ เสียงเพลง และการใช้จินตนาการ จัดทำโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2549) และผู้วิจัย ชี้แจงการฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียดทุกวันที่บ้าน พร้อมการบันทึกความรู้สึกลังการผ่อนคลาย ความเครียด พร้อมทั้งแจกแผ่นบันทึกเสียงคลายเครียดด้วยตนเอง

3.1.5 สรุปสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ในครั้งนี้ เพื่อเน้นย้ำเนื้อหาสาระสำคัญที่เกี่ยวกับการ ส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และความเครียดที่จะส่งผลถึง การปรับตัวในระยะหลังคลอด พร้อมแจกคู่มือ “คุณแม่่มือใหม่.....ทำได้” และตกลงนัดหมายครั้งที่ 2 อีก 2 สัปดาห์ และชี้แจงการติดตามความก้าวหน้า และการสอบถามปัญหาทางโทรศัพท์จากผู้วิจัย

3.2 กิจกรรมครั้งที่ 2 (อายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์) ห่างจากกิจกรรมครั้งแรก 2 สัปดาห์ โดย วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียด ที่เป็นการมุ่งแก้ไขปัญหา และแก้ไขอารมณ์ จัดเป็น กิจกรรมทักษะในการแก้ปัญหา ร่วมกับมีการอภิปรายกลุ่มถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาจาก 1) การฝึก ผ่อนคลายความเครียด และ 2) การฝึกปรับเปลี่ยนความคิดเชิงบวก ตลอดจนให้ความรู้ คำแนะนำใน เรื่องอารมณ์เศร้าหลังคลอด โดยจัดเป็นกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 4 - 5 ราย ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

3.2.1 ผู้วิจัย พูดคุย ชักถามเกี่ยวกับสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ ในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา และชี้แจงเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้

3.2.2 ให้ความรู้ คำแนะนำ เรื่อง อารมณ์เศร้าหลังคลอด ประกอบด้วย 1) แนวคิดที่ เกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหลังคลอด ความหมาย ลักษณะทางคลินิก สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง

ผลกระทบ ตั้งแต่ระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ จนถึงระยะหลังคลอด และ 2) แนวทางในการป้องกันอารมณ์เศร้าหลังคลอด

3.2.3 อภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับจาก 1) การผ่อนคลายความเครียด และ 2) การฝึกปรับเปลี่ยนความคิดในเชิงบวก โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ กำหนดขอบเขตของการอภิปรายกลุ่มในเรื่องประสบการณ์ ประโยชน์และอุปสรรคที่เกิดจากการฝึกปฏิบัติในการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง การฝึกปรับเปลี่ยนความคิดเชิงบวก และการเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันอภิปรายกลุ่ม พร้อมทั้งผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญจากการอภิปรายกลุ่ม

3.2.4 สรุปสิ่งที่ได้รับจากการเรียนรู้ร่วมกันในกิจกรรมครั้งนี้ พร้อมนัดหมายครั้งที่ 3 อีก 1 สัปดาห์

3.3 กิจกรรมครั้งที่ 3 (อายุครรภ์ 35-37 สัปดาห์) ห่างจากกิจกรรมครั้งที่ 2 เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียด โดยใช้รูปแบบการเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ปัญหา และแก้ไขอารมณ์ เป็นกิจกรรมทักษะการแก้ปัญหา ที่ประกอบด้วยการให้ความรู้และคำแนะนำ เรื่องการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารก การประเมินพฤติกรรมทารก การฝึกปฏิบัติในการเลี้ยงดูเด็กอ่อน และการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา รวมทั้งให้หญิงตั้งครรภ์ได้เรียนรู้สถานการณ์จริงที่ห้องคลอด และที่หอผู้ป่วยหลังคลอด แล้วนำมาอภิปรายกลุ่มร่วมกัน กลุ่มละ 4 - 5 ราย ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ขึ้นตอนมีดังต่อไปนี้

3.3.1 ผู้วิจัย พูดคุย ชักถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ ภายในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และชี้แจงเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้

3.3.2 นำกลุ่มตัวอย่างเยี่ยมชมห้องคลอด และหอผู้ป่วยหลังคลอด โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างสังเกตสถานการณ์ ขณะทำการเยี่ยม เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในสถานการณ์ที่เป็นจริง

3.3.3 เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันอภิปราย เกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับจากการเยี่ยมชมห้องคลอดและหอผู้ป่วยหลังคลอด และจากการสังเกตสถานการณ์ ขณะทำการเยี่ยม แล้วผู้วิจัยสรุปประเด็นที่สำคัญจากการอภิปรายกลุ่ม และให้ความรู้ คำแนะนำเพิ่มเติมในเรื่องของกระบวนการ หรือขั้นตอนที่กลุ่มตัวอย่างต้องเผชิญในระยะคลอดและหลังคลอด

3.3.4 ให้ความรู้และคำแนะนำ เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารก ที่ประกอบด้วยเนื้อหา 1) การส่งเสริมสุขภาพของมารดาในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด 2) การส่งเสริมสุขภาพทารกแรกเกิด และ 3) การประเมินพฤติกรรมทารก

3.3.5 สาธิตและให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับทักษะของการเลี้ยงดูเด็กก่อน เช่น วิธีการอุ้ม การอาบน้ำ การทำความสะอาดหลังการขับถ่ายและการเปลี่ยนผ้าอ้อม วิธีการอุ้มและการให้นมมารดาที่ถูกวิธี การทำให้ทารกเรือ เป็นต้น

3.3.6 สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมในครั้งนี้ และนัดหมายเพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่ 2 หลังคลอด

4. หลังจากได้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ จนครบ 3 ครั้งแล้ว จากนั้นวันที่ 2 หลังจากคลอดแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินความเครียด และแบบประเมินอารมณ์เศร้าหลังคลอด ที่หอผู้ป่วยสูติกรรม และทำการชี้แจงกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือการตอบแบบประเมินความเครียด และแบบประเมินอารมณ์เศร้าอีกครั้งในวันที่ 5 หลังคลอด เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว

5. ในวันที่ 5 หลังคลอด ผู้วิจัยโทรศัพท์กระตุ้นและขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบประเมินความเครียดและแบบประเมินอารมณ์เศร้ามารดาหลังคลอด ก่อนผู้วิจัยติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามทั้งสองชุดด้วยตนเองที่บ้าน ในรายที่มารดาพักอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลขนาดใหญ่ ส่วนรายที่ไม่สะดวกในการติดตามเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการติดตามสอบถามข้อมูลทางโทรศัพท์

6. นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้อง และนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การดำเนินการในกลุ่มควบคุม

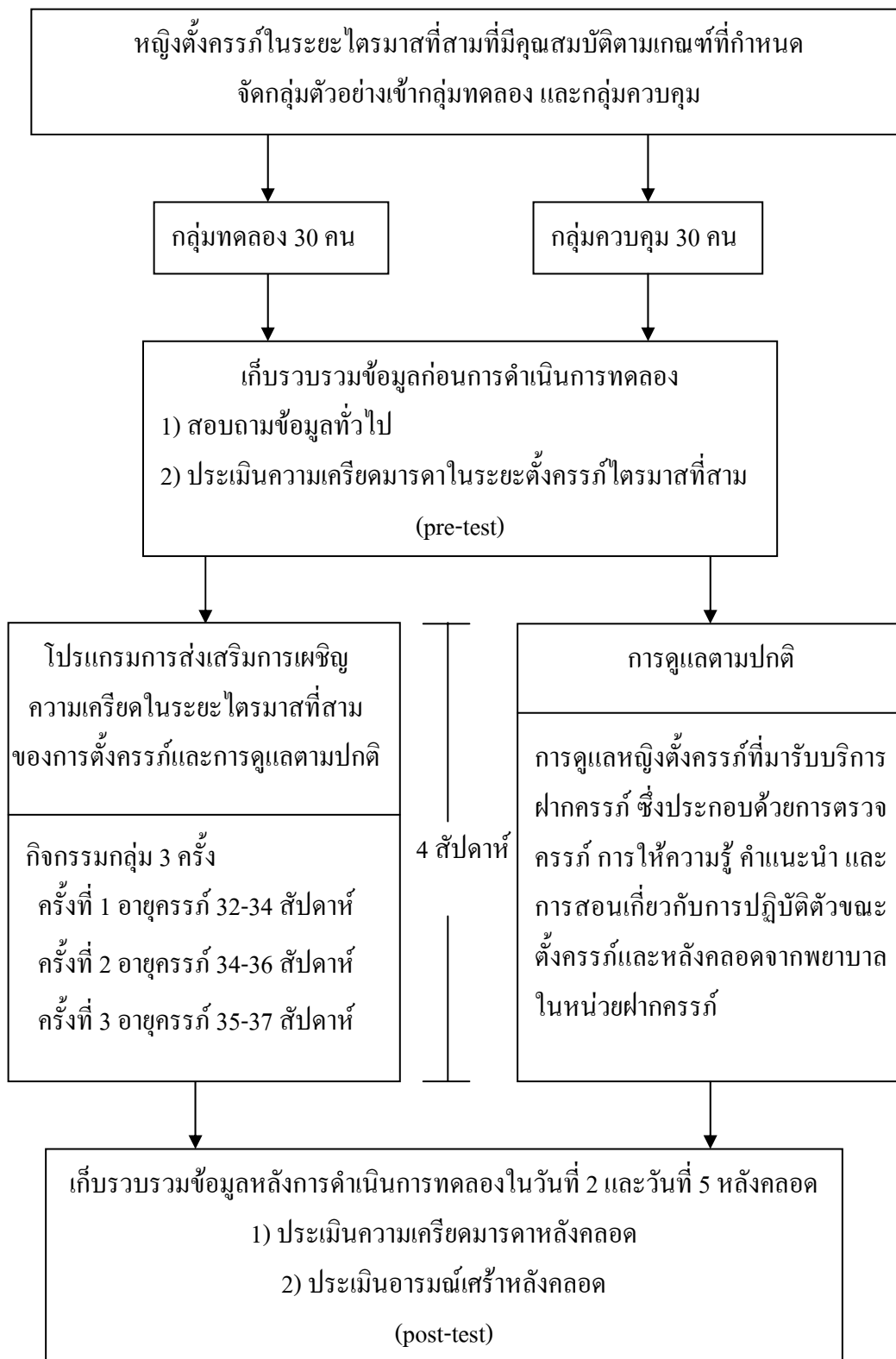
1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวเองและสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และอธิบายกลุ่มตัวอย่างให้เข้าใจถึงการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

2. หลังจากได้รับความร่วมมือ ยินยอมแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเช่น ใบบินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมสอบถามข้อมูลทั่วไป และให้ตอบแบบประเมินความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์พร้อมแนบกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการตอบแบบประเมินในวันที่ 2 หลังคลอด ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมาฝากครรภ์ และได้รับการดูแลตามปกติของหน่วยฝากครรภ์

3. ในวันที่ 2 หลังคลอด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือให้ตอบแบบประเมินความเครียด และแบบประเมินอารมณ์เศร้าหลังคลอดที่ห่อผู้ป่วยสูติกรรม และชี้แจง พร้อมทั้งขอความร่วมมือตอบแบบประเมินความเครียด และอารมณ์เศร้าของมารดาหลังคลอด ในวันที่ 5 เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว

4. ในวันที่ 5 หลังคลอด ผู้วิจัยโทรศัพท์กระตุ้นและขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบประเมินความเครียดและแบบประเมินอารมณ์เศร้ามารดาหลังคลอด ก่อนผู้วิจัยติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามทั้งสองชุด ด้วยวิธีการเดียวกันกับกลุ่มทดลอง

5. นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้อง และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลสรุปขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย ดังภาพ 2



ภาพ 2 ขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือการปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการบริการหรือการรักษาที่ได้รับแต่อย่างใด นอกจากนี้ ในระหว่างการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยจนครบตามกำหนดเวลา ก็สามารถยกเลิกได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการหรือการรักษาที่ได้รับเช่นเดียวกัน ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ ถือเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวม โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อ และนามสกุลที่แท้จริง รวมทั้งผู้วิจัยให้เบอร์โทรศัพท์ซึ่งสามารถติดต่อได้ แก่กลุ่มตัวอย่าง หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย หรือมีปัญหาด้านสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์หรือหลังคลอด สามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และถ้ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านสุขภาพเกิดขึ้น ผู้วิจัยยินดีให้ความช่วยเหลือ หรือทำการส่งต่อไปยังผู้เกี่ยวข้อง เพื่อรับการดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป ตลอดจนผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลการพิทักษ์สิทธิอีกครั้ง และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่าง มาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล แล้วจึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งก่อนวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ (รายละเอียดในภาคผนวก ก) คือ

1. การทดสอบการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ (normality) ของข้อมูลคะแนนความเครียดระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และในวันที่ 2 และวันที่ 5 หลังคลอด และการทดสอบการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ ของข้อมูลคะแนนอารมณ์เศร้าในวันที่ 2 และวันที่ 5 หลังคลอด
2. การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำของคะแนนความเครียดระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และวันที่ 2 และวันที่ 5 หลังคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา มีดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square)
2. เปรียบเทียบความเครียดของมารดาในกลุ่มทดลองในระยะตั้งครรภ์ไตรมาสที่สาม วันที่ 2 และวันที่ 5 หลังคลอด โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA)
3. เปรียบเทียบความเครียดของมารดาในระยะตั้งครรภ์ไตรมาสที่สาม วันที่ 2 และวันที่ 5 หลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (one-way repeated measures ANOVA หรือ split plot ANOVA)
4. เปรียบเทียบอารมณ์เศร้าในวันที่ 2 และวันที่ 5 หลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการใช้สถิติ Mann-Whitney U test

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปราย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ต่อความเครียดและอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด โดยศึกษาในหญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ซึ่งกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ของแผนกฝากครรภ์ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ ร่วมกับการดูแลตามปกติ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยและอภิปรายผล ดังนี้

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยได้นำเสนอโดยการบรรยาย และมีตารางประกอบ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เป็นหญิงครรภ์แรกในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 30 คน มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลองเป็นหญิงครรภ์แรกมีอายุระหว่าง 20 - 30 ปี เฉลี่ยเท่ากับ 21.6 ปี (SD = 2.37) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 56.7 เป็นแม่บ้านหรือไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 63.3 สถานภาพสมรสแต่งงาน ร้อยละ 76.7 ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลโดยการเข้ารับประกันสุขภาพ ร้อยละ 76.7 รายได้ในครอบครัว/เดือน เฉลี่ย 13,613.33 บาท (SD = 6,815.99) รายได้เพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 43.3 เป็นลักษณะครอบครัวขยายที่อยู่ร่วมกับสามีและครอบครัวสามี ร้อยละ 53.3 ไม่ได้วางแผนในการมีบุตร ร้อยละ 73.3 ซึ่งมีสามี และบิดา มารดาของตนเองเป็นผู้ที่ช่วยเหลือใน การเลี้ยงดูบุตร ร้อยละ 63.3 ไม่คาดหวังในเพศทารก ร้อยละ 80 มีประสบการณ์เลี้ยงดูทารกหรือเด็กเล็ก ร้อยละ 50

กลุ่มควบคุม มีอายุระหว่าง 20 - 29 ปี เฉลี่ยเท่ากับ 22.83 ปี (SD = 2.87) โดยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.3 ประกอบอาชีพรับจ้าง และเป็นแม่บ้านหรือไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 36.7 สถานภาพสมรสแต่งงาน ร้อยละ 80 ใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลจากบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 70 รายได้ในครอบครัว/เดือน เฉลี่ย 12,766.67 บาท (SD = 6,329.64) รายได้เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 66.7 เป็นลักษณะครอบครัวขยายโดยอยู่ร่วมกับสามีและครอบครัวสามี ร้อยละ 46.7 ไม่ได้วางแผนในการมีบุตร ร้อยละ 56.7 มีบิดามารดาของตนเองเป็นผู้ที่ช่วยเหลือในการเลี้ยงดูบุตร ร้อยละ 56.7 ไม่คาดหวังในเพศของทารก ร้อยละ 76.7 และมีประสบการณ์เลี้ยงดูทารกหรือเด็กเล็ก ร้อยละ 56.7

จะเห็นได้ว่าลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความคล้ายคลึงกันในด้านต่างๆ และการทดสอบความแตกต่างของลักษณะดังกล่าวข้างต้น ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ดังตาราง 1

ตาราง 1

เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของมารดาจำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษาพยาบาล รายได้ในครอบครัว/เดือน ลักษณะครอบครัว การวางแผนในการมีบุตร ผู้ช่วยเหลือในการเลี้ยงดูบุตร ความคาดหวังในเพศทารก และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกหรือเด็กเล็ก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแควร์ (N = 60)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					.165
20-24ปี	26	86.7	22	73.3	
25-29 ปี	3	10	8	26.7	
30-34 ปี	1	3.3	0	0	
Min = 20, Max = 30, Mean (SD) = 21.6 (2.37)			Min = 20, Max = 29, Mean (SD) = 22.83 (2.87)		
ระดับการศึกษา					.794
ประถมศึกษา	0	0	1	3.3	
มัธยมศึกษา	17	56.7	16	53.3	
อนุปริญญา/ปวช/ปวส.	7	23.3	7	23.3	
ปริญญาตรี	6	20	6	20	
อาชีพ					.239
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	19	63.3	11	36.7	
ค้าขาย	4	13.3	5	16.7	
รับจ้าง	4	13.3	11	36.7	
เกษตรกรกรรม	2	6.7	2	6.7	
ช่างเสริมสวย	1	3.3	1	3.3	

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สถานภาพสมรส					.754
แต่งงาน	23	76.7	24	80	
อยู่ด้วยกันโดยไม่ได้แต่งงาน	7	23.3	6	20	
สิทธิในการรักษาพยาบาลในครั้งนี้					.431
บัตรประกันสุขภาพ	23	76.7	21	70	
บัตรประกันสังคม	4	13.3	8	26.7	
ชำระค่ารักษาพยาบาลเอง	1	3.3	1	3.3	
เบิกค่ารักษาจากหน่วยงาน	2	6.7	0	0	
รายได้ในครอบครัว/เดือน					.529
ต่ำกว่า 5,000 บาท	0	0	1	3.3	
5,001-10,000 บาท	14	46.7	14	46.7	
10,001-15,000 บาท	10	33.3	8	26.7	
15,001-20,000 บาท	2	6.7	5	16.7	
มากกว่า 20,000 บาท	4	13.3	2	6.7	
	Min = 5,000, Max = 33,000		Min = 6,000, Max = 35,000		
	Mean (SD) = 13,613.33 (6,815.99)		Mean (SD) = 12,766.67 (6,329.64)		
สถานะทางเศรษฐกิจ					.096
รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	5	16.7	4	13.3	
รายได้เพียงพอกับรายจ่าย	12	40	20	66.7	
รายได้เพียงพอและเหลือเก็บ	13	43.3	6	20	
ความคาดหวังในเพศทารก					.754
คาดหวัง	6	20	7	23.3	
ไม่คาดหวัง	24	80	23	76.7	

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารก หรือเด็กเล็ก					.605
มี	15	50	17	56.7	
ไม่มี	15	50	13	43.3	

ส่วนข้อมูลการคลอด พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการกระตุ้นการคลอดร้อยละ 80 โดยการให้ยา ร้อยละ 50 การเจาะถุงน้ำ ร้อยละ 3.3 และการใช้ทั้งสองวิธีร่วมกัน ร้อยละ 26.7 1 ไม่ได้รับยาแก้ปวด ร้อยละ 80 สำหรับผู้ที่คาดหวังเพศของทารกนั้น เป็นไปตามคาดหวังร้อยละ 16.7

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ได้รับการกระตุ้นการคลอด ร้อยละ 66.7 โดยการให้ยา ร้อยละ 16.7 การเจาะถุงน้ำร้อยละ 10 และใช้ทั้งสองวิธีร่วมกัน ร้อยละ 40 รวมทั้งไม่ได้รับยาบรรเทาปวด ร้อยละ 83.3 และสำหรับผู้ที่คาดหวังเพศของทารก เป็นไปตามความคาดหวังร้อยละ 10

จะเห็นได้ว่า ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความคล้ายคลึงกันในด้านต่าง ๆ และจากการทดสอบความแตกต่าง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตาราง 2

ตาราง 2

เปรียบเทียบข้อมูลการคลอดจำแนกตามการกระตุ้นการคลอด การได้รับยาแก้ปวด และเพศของทารกเป็นไปตามความคาดหวัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแควร์ ($N = 60$)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การกระตุ้นการคลอด					.05
ไม่ได้รับ	6	20	10	33.33	
เจาะถุงน้ำ	1	3.3	3	10	
ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก	15	50	5	16.7	
ทั้ง 2 วิธีร่วมกัน	8	26.7	12	40	

ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การได้รับยาแก้ปวด					.739
ได้รับ	6	20	5	16.7	
ไม่ได้รับ	24	80	25	83.3	
เพศของทารกเป็นไปตามความคาดหวัง					.313
ใช่	5	16.7	3	10	
ไม่ใช่	1	3.3	4	13.3	
ไม่ได้คาดหวัง	24	80	23	76.7	

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

2.1 สมมติฐานข้อที่ 1 มารดาที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์มีความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

การเปรียบเทียบความเครียดของมารดา ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกัน ($F_{1,979, 57,397} = 1.528; p = .226$) ดังตาราง 3

ตาราง 3

เปรียบเทียบความเครียดของมารดา ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ ($N = 60$)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
ภายในกลุ่ม				
ช่วงเวลา	43.800	1.979	22.13	1.528
ความคลาดเคลื่อน	831.533	57.397	14.49	

2.2 สมมติฐานข้อที่ 2 มารดาที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์มีความเครียดต่ำกว่ามารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติ

การเปรียบเทียบความเครียดของมารดา ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียด และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ความเครียดของมารดาทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($F_{1,58} = 1.382$; $p = .245$) และระยะเวลาที่วัดไม่มีผลต่อความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,58} = 2.269$; $p = .137$) ดังนั้น ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ไม่เป็นไปตามกำหนด แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าความเครียดก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,58} = 6.734$; $p = .012$) ดังตาราง 4 และภาพ 3

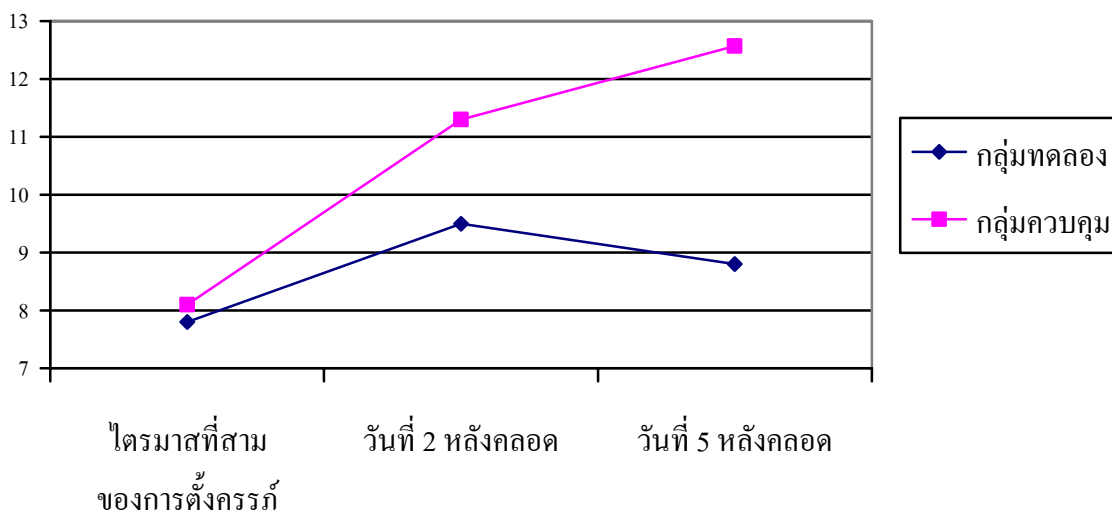
ตาราง 4

เปรียบเทียบความเครียดของมารดา ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ ($N = 60$)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
ระหว่างกลุ่ม				
กลุ่ม	133.472	1	133.472	1.382 ^{ns}
ความคลาดเคลื่อน	5603.522	58	96.612	
ภายในกลุ่ม				
ช่วงเวลา	170.408	1	170.408	6.734 *
กลุ่ม * ช่วงเวลา	57.408	1	57.408	2.269 ^{ns}
ความคลาดเคลื่อน	1467.683	58	25.305	

* $p < .05$, ns = not significant

คะแนนความเครียด



ภาพที่ 3 คะแนนความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ หลังคลอดวันที่ 2 และวันที่ 5

2.3 สมมติฐานข้อที่ 3 มารดาที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์มีอาการเศร้าหลังคลอดต่ำกว่ามารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติ

การเปรียบเทียบอารมณ์เศร้าในวันที่ 2 และวันที่ 5 หลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน ($Z=-1.421, p=.155$) และ ($Z=-1.717, p=.086$) ตามลำดับ ดังตาราง 5 ดังนั้นสมมติฐานข้อที่ 3 ไม่เป็นไปตามกำหนด แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มทดลองมีอาการเศร้าในวันที่ 5 ต่ำกว่าในวันที่ 2 หลังคลอด ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีอาการเศร้าในวันที่ 5 สูงกว่าในวันที่ 2 หลังคลอด นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังมีอารมณ์เศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในวันที่ 2 และวันที่ 5 หลังคลอด ดังตาราง 5

ตาราง 5

เปรียบเทียบอารมณ์เศร้าในวันที่ 2 และวันที่ 5 หลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Mann-Whitney U ($N = 60$)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		Z
	Mean Rank	Sum of Ranks	Mean Rank	Sum of Ranks	
อารมณ์เศร้าหลังคลอด					
วันที่ 2 หลังคลอด	27.3	819.0	33.7	1011.0	-1.421
วันที่ 5 หลังคลอด	26.63	799	34.37	1031.0	-1.717

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ต่อระดับความเครียดและอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด โดยมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียด ตั้งแต่ในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติของแผนกฝากครรภ์ ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 มารดาที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์มีความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สมมติฐานข้อนี้ไม่เป็นไปตามกำหนด อภิปรายได้ ดังนี้

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย สรีรวิทยา และจิตสังคมระยะหลังคลอด โดยได้มีการศึกษาเกี่ยวกับระดับของอิมมูโนโกลบูลิน เอ (secretory immunoglobulin A หรือ s-IgA) ซึ่งพบว่าฮอร์โมนนี้มีความสัมพันธ์กับการเกิดความเครียด จะมีระดับสูงขึ้นตั้งแต่ในปลายไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และต่อเนื่องไปจนถึงวันที่ 3 หลังคลอด (Sekizuka et al., 2006) ร่วมกับความรู้สึกสบายจากความเจ็บปวด เช่น ปวดแผลฝีเย็บ ปวดมดลูก รู้สีก่อนเพลีย หรือเหนื่อยล้าจากการคลอด

ดังนั้นหลังคลอดใหม่ ๆ มารดาจึงไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพของตนเอง และทารกได้ อีกทั้งการดำรงบทบาทการเป็นมารดาที่มีบุตรครั้งแรก อันเป็นบทบาทใหม่ที่ไมคุ้นเคย หรือการไม่เข้าใจพฤติกรรมของทารกที่แสดงออกมา เช่น ทารกร้องไห้เป็นเพราะความหิว ไม่สุขสบายจากผ้าอ้อมเปียกและ หรือเพราะความเจ็บป่วย แต่มารดาต้องทุ่มเทเวลาในการเลี้ยงดูทารก ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว (Hung, 2001, 2005; Razurel et al., 2009) และการต้องนอนพักฟื้นในโรงพยาบาลหลังคลอด มีสิ่งแวดล้อมไม่คุ้นเคย เป็นสิ่งขัดขวางมารดาทำให้ไม่สามารถพักผ่อนได้ตามที่ตนต้องการ มารดาจึงจำเป็นต้องปรับตัวด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม และการรับรู้ จึงก่อให้เกิดเป็นความเครียดขึ้น

การสนับสนุนจากครอบครัว และบุคลากรสุขภาพตามความเป็นจริงที่ไม่เป็นไปตามคาดหวัง โดยเฉพาะการเป็นมารดาที่มีบุตรครั้งแรก โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสามีเป็นผู้ช่วยเหลือในการเลี้ยงดูบุตร และสามีต้องทำงานนอกบ้าน มารดาจึงต้องเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ ทำให้มารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองมีความเครียดสูงกว่าระยะตั้งครรภ์ แม้ว่าได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดมาตั้งแต่ในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ก็ตาม

โปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ ที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นการเตรียมความพร้อมของมารดาสำหรับสถานการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ความรู้และคำแนะนำ ที่มุ่งช่วยให้มารดาสามารถแก้ไขอารมณ์และแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดความเครียด มีความพร้อมสำหรับการคลอดและการเตรียมตัวเพื่อเป็นมารดา ดังนั้นการให้ความรู้ในระยะตั้งครรภ์ จึงอาจยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะปรับพฤติกรรมในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น หรือสามารถช่วยให้มารดามีศักยภาพเลี้ยงดูทารกในช่วง 5 วันแรกหลังคลอดได้ตามความเป็นจริง (Nolan, 1997) และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-24 ปี และมีการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา จึงอาจทำให้มารดาบางรายที่ได้รับการเตรียมความพร้อมดังกล่าว ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ มีความยากลำบากในการนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการปฏิบัติจริงหลังคลอด (Gagnon & Barkun, 2003; Gagnon & Sandall, 2007)

การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา โดยเฉพาะเมื่อมารดามีปัญหาหิวนมแตก เต้านมคัดตึง หรือทารกร้องกวน แม้ว่ามารดาจะได้รับข้อมูลจากการให้ความรู้ในระยะตั้งครรภ์ ว่าการเลี้ยงดูทารกด้วยนมมารดาเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ บ่งบอกถึงการเป็นมารดาที่ดี แต่เมื่อมาเผชิญกับสถานการณ์จริงใน

ระยะหลังคลอด ร่วมกับการร้องขอความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ และไม่ได้รับความช่วยเหลือในปัญหาดังกล่าว หรือการช่วยเหลือที่ได้รับขัดแย้งกับความต้องการ ความเชื่อ หรือเจตคติของมารดา (Razurel et al., 2009; Schmied et al., 2008) มารดาจึงรู้สึกคับข้องใจและวิตกกังวลเป็นอย่างมาก จึงทำให้มีความเครียดเกิดขึ้น ดังนั้นจากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้มารดาในกลุ่มทดลองมีความเครียดก่อน และหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานข้อที่ 2 มารดาที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะเวลาสามสัปดาห์ของการตั้งครรภ์มีความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ จากผลการศึกษาสมมติฐานข้อนี้ไม่เป็นไปตามกำหนด อภิปรายได้ ดังนี้

ความไม่สุขสบายที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยเฉพาะความเจ็บปวดจากการคลอด ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด (Kendall-Tackett, 1993) โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการศึกษารุ่นนี้ มีลักษณะการตั้งครรภ์ และการคลอดปกติที่มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องการใช้ยา หรือการเจาะถุงน้ำ เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูก และการใช้ยาบรรเทาปวด สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อไปยังความไม่สุขสบายหลังคลอด เช่น ปวดแผลฝีเย็บ ปวดมดลูก ร่วมกับการเป็นมารดาครั้งแรก และกรณีที่มีปัญหาทารกเลี้ยงยาก จึงนำไปสู่ความเหนื่อยล้า (Taylor & Johnson, 2010) ทำให้มารดาทั้งสองกลุ่มมีการประเมินความเครียดไม่แตกต่างกัน

การได้รับความช่วยเหลือ และการสนับสนุนจากครอบครัว กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะครอบครัวที่มีสามี และบิดามารดาของตนเองเป็นผู้ที่ช่วยเหลือในการเลี้ยงดูบุตรที่คล้ายคลึงกัน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการช่วยเหลือและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ข้อมูลและคำแนะนำ ด้านวัตถุประสงค์ และความช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพทั้งของมารดาและทารกอย่างเพียงพอ (Pillitteri, 2010) ซึ่งเป็นการช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีการเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหา และมุ่งแก้ไขอารมณ์ไปพร้อม ๆ กัน ทำให้มารดาในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มสามารถพัฒนาบทบาทการเป็นมารดาครั้งแรกทั้งในระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม (พรทิพย์, ยูวดี และศุภกาญจน์, 2544; มยุรี, ลดาวัลย์, สุนุดตรา และบุษกร, 2550; Deave et al., 2008; Emmanuel et al., 2009) ดังนั้นมารดาทั้งสองกลุ่มจึงมีความเครียดที่ไม่แตกต่างกัน

ปริมาณ หรือขนาดของการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม เนื่องจากโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในการศึกษาครั้งนี้ เริ่มดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 เมื่ออายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์ กิจกรรมครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ และกิจกรรมครั้งที่ 3 อายุครรภ์ 35-37 สัปดาห์ มีระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 3 ครั้ง แล้วจึงวัดผลตัวแปรที่ทำการศึกษาในวันที่ 2 และวันที่ 5 หลังคลอดใช้เวลาประมาณ 4-6 สัปดาห์ ทั้งนี้ในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งเป็นการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการปรับตัวในสิ่งที่คาดว่าจะกลุ่มตัวอย่างจะต้องเผชิญในระยะคลอด และหลังคลอด กลุ่มทดลองจึงมีการฝึกทักษะเพื่อที่จะเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ไขปัญหา และมุ่งแก้ไขอารมณ์ร่วมกัน เพื่อที่จะสามารถควบคุมสถานการณ์ในขณะที่คลอด และหลังคลอดได้ แต่เนื่องด้วยระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมแต่ละครั้งนาน 1 ชั่วโมงถึง 1 ชั่วโมง 30 นาทีในเรื่องที่แตกต่างกัน ดังนั้นเมื่อเผชิญกับสถานการณ์จริงที่อาจยังไม่ครอบคลุมตามโปรแกรมที่กำหนด จึงทำให้การเผชิญความเครียดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน คล้ายคลึงกับการศึกษาที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ และพฤติกรรมจัดการความเครียดของหญิงที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 12 สัปดาห์ขึ้นไป และทำการกระตุ้นเมื่อ 1 เดือน และ 6 เดือนหลังคลอด ไม่ทำให้มารดากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความเครียด ระยะ 6 เดือนหลังคลอดแตกต่างกัน เนื่องจากในระยะหลังคลอดใหม่ ๆ มารดาต้องมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ร่วมกับมีสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความอ่อนล้า และไม่ได้รับการสนับสนุนความต้องการอย่างเพียงพอ (Urizar & Muñoz, 2011)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าคะแนนความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมวันที่ 2 และวันที่ 5 หลังคลอดไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดในเวลาดังกล่าวต่ำกว่ากลุ่มควบคุม โดยทั้งนี้ก็เป็นเพราะกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ มีโอกาสได้รับการส่งเสริมการเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหา และมุ่งแก้ไขอารมณ์ ในรูปแบบของกิจกรรมการให้ความรู้และคำแนะนำเรื่องความเครียดและอารมณ์เศร้าหลังคลอด และการจัดการในภาวะดังกล่าว รวมทั้งการส่งเสริมความคิดเชิงบวก การฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียด ความรู้ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพของมารดาและทารก การเยี่ยมชมที่ห้องคลอดและหอผู้ป่วยหลังคลอด แล้วนำประสบการณ์ดังกล่าวมาอภิปรายร่วมกัน รวมทั้งฝึกทักษะในการปฏิบัติการเลี้ยงดูเด็กก่อน และการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา ในขณะที่กลุ่ม

ควบคุมจะได้รับความรู้ และคำแนะนำในเรื่องต่าง ๆ ตามปกติจากเจ้าหน้าที่ของแผนกฝากครรภ์ ที่ไม่มีภาระเน้นในเรื่องของการเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์

สมมติฐานข้อที่ 3 มารดาที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์มีอาการเครียดหลังคลอดต่ำกว่ามารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งผลการศึกษานี้ สมมติฐานข้อนี้ไม่เป็นไปตามกำหนด อภิปรายได้ ดังนี้

ผลของการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระวิทยาและฮอร์โมนในร่างกายระยะหลังคลอด โดยเฉพาะฮอร์โมนโปรแลคตินจะเป็นสาเหตุการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และความรู้สึก ที่นำไปสู่การเกิดมีอาการเครียดหลังคลอด (สมภพ, 2550; Beck & Driscoll, 2006; George, Copeland, & Wilson, 1980; O' Hara, Schlechte, Lewis, & Wright, 1991; Pillitteri, 2010) โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มในการศึกษานี้มีการตั้งครรภ์ และการคลอดที่ปกติ ดังนั้นจึงมีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระวิทยาและฮอร์โมนในร่างกายระยะหลังคลอดไม่แตกต่างกัน

ปัจจัยพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมลักษณะครอบครัว รวมทั้งผู้ที่ช่วยเหลือในการเลี้ยงดูบุตรไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่าปัจจัยด้าน อายุ จำนวนครั้งของการคลอด สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ มีผลต่อการเกิดอาการเครียดไม่แตกต่างกัน (Glangeaud-Freudenthal, Crost, & Kaminski, 1999) อีกทั้งผลการศึกษาในครั้งนี้ ที่พบว่าความเครียดของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน จึงทำให้การเกิดอาการเครียดของมารดาหลังคลอดทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (Chou, Avant, Kuo, & Fetzer, 2008; Gonidakis, Rabavilas, Varsou, Kreatsas, & Christodoulou, 2007)

นโยบายของโรงพยาบาลตามโครงการสายใยรัก ที่ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนแรกหลังคลอด ซึ่งมีการศึกษาพบว่า ในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียวก็เป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเกิดอาการเครียดได้มากกว่ามารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมมารดาพร้อมกับนมผสมหรือนมผสมเพียงอย่างเดียว (Glangeaud-Freudenthal, Crost, & Kaminski, 1999) เนื่องจากทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้น อีกทั้งทั้งสองกลุ่มมีประสบการณ์คลอด เช่น การกระตุ้นการคลอด และได้รับยาแก้ปวดไม่แตกต่างกัน จึงทำให้มารดาทุกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอาการเครียดหลังคลอดไม่แตกต่างกัน

สำหรับโปรแกรมการศึกษาครั้งนี้เป็นการส่งเสริมการเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหา และมุ่งแก้ไขอารมณ์ เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอารมณ์เศร้าหลังคลอด และการฝึกปฏิบัติเพื่อผ่อนคลายความเครียด มีการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันในระหว่างการดำเนินกิจกรรม จึงทำให้มารดาในกลุ่มทดลองได้มีการระบายความเครียด และเรียนรู้ประสบการณ์ของผู้อื่น จึงเป็นการช่วยให้สามารถเผชิญความเครียด และมีข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการปรับตัวกับสถานการณ์จริง ดังนั้นกลุ่มทดลองจึงมีอารมณ์เศร้าในวันที่ 5 ต่ำกว่าในวันที่ 2 หลังคลอด ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีอารมณ์เศร้าในวันที่ 5 สูงกว่าในวันที่ 2 หลังคลอด นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังมีอารมณ์เศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในวันที่ 2 และวันที่ 5 หลังคลอด ดังเช่นรอนดอน (Rondon, 2003) ได้กล่าวว่า ประสบการณ์ความเครียดระยะตั้งครรภ์ และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด และการจัดกิจกรรมในโปรแกรมดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้กลุ่มทดลองมีการปรับตัวกับความเครียดที่เกิดขึ้นในระยะหลังคลอดดีกว่ากลุ่มควบคุม เป็นผลทำให้มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดในวันที่ 2 และวันที่ 5 ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมตามมา

สรุปผลการศึกษาครั้งนี้ โปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ที่ใช้การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหา และมุ่งแก้ไขอารมณ์ มีผลต่อความเครียด และอารมณ์เศร้าหลังคลอดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มทดลองมีแนวโน้มความเครียด และอารมณ์เศร้าหลังคลอดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ต่อความเครียดและอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด ศึกษาในกลุ่มหญิงครรภ์แรกในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ ที่รับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม 2554 ถึงเดือนกันยายน 2555 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์ สรุปผลการวิจัย ได้ดังนี้

1. มารดาที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์มีความเครียดไม่แตกต่างกับก่อนได้รับโปรแกรม ($p > .05$)
2. มารดาที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์มีความเครียดไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($p > .05$)
3. มารดาที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์มีอาการเศร้าหลังคลอดไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($p > .05$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษา การใช้โปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ ดังนี้

1. ควรมีการปรับโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดโดยพิจารณาถึงวิธีการเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหา และมุ่งแก้ไขอารมณ์ตามแต่ละช่วงไตรมาสของการตั้งครรภ์ และ

ขนาดของการจัดกิจกรรมในโปรแกรม (dose of intervention) เพื่อให้ได้ผลลัพธ์สอดคล้องกับความต้องการหรือปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียดของหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย

2. ควรมีการประเมินความเครียด ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด และอารมณ์เศร้าในไตรมาสอื่นของการตั้งครรภ์ รวมทั้งมีการติดตามประเมินมารดาหลังคลอดในระยะเวลาที่นานขึ้น เช่น ติดตามการเปลี่ยนแปลงของความเครียด และอารมณ์เศร้าทุกวันในสัปดาห์แรกหลังคลอด หรือเมื่อ 6 สัปดาห์หลังคลอด เป็นต้น

3. ควรมีการให้ความรู้ในเรื่องการจัดการความเครียด อารมณ์เศร้าหลังคลอด ทั้งขณะที่พักฟื้นอยู่ในโรงพยาบาล และเมื่อมาตรวจสุขภาพมารดา 6 สัปดาห์หลังคลอด รวมทั้งมีการให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ มารดาหลังคลอด และสามีหรือสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้มีส่วนร่วมในการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การช่วยเหลือมารดาและช่วยเหลือลูกทารก

4. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรสนับสนุนให้มีการจัดทำสื่อ และมีแนวทางของการจัดระบบการให้บริการ เช่น การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ รวมทั้งจัดอบรมส่งเสริมความรู้และทักษะแก่พยาบาลเกี่ยวกับการจัดการความเครียด และอารมณ์เศร้า รวมทั้งดูแลให้หญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดได้รับการช่วยเหลือ โดยเฉพาะใน 1-2 วันแรกหลังคลอด เพื่อให้สามารถปรับตัวตามบทบาท หน้าที่ของการเป็นมารดาหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการศึกษา การใช้โปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกันซ้ำ โดยทำวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายมากกว่านี้ และในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อให้ผลการศึกษาสามารถนำไปอ้างอิงถึงประชากร และนำไปใช้ได้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาผลระยะยาวของโปรแกรมต่อการจัดการความเครียด และอารมณ์เศร้าหลังคลอด ที่ส่งผลต่อการรับรู้ความเครียดที่เป็นการทำนาย และความพึงพอใจต่อความสามารถในบทบาทการเป็นมารดา อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งมารดา และทารกต่อไป

3. ควรมีการพัฒนาสื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรมเพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ มารดาหลังคลอด หรือสามี และสมาชิกในครอบครัวเข้าถึงในการใช้สื่อ สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะเป็นการลดการใช้บุคลากรในการสอน

4. ควรเปิดโอกาสให้สามี สมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลที่เป็นผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในกระบวนการ และกิจกรรมต่างๆ ของโปรแกรม เพื่อที่จะได้เป็นการเสริมแรงจูงใจจากผู้สอน และกลุ่มตัวอย่างรายอื่นที่เข้าร่วมในโปรแกรม และสามารถนำไปส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์ หรือมารดาหลังคลอดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ควรศึกษาเชิงลึกในหญิงตั้งครรภ์ หรือมารดาหลังคลอด ที่มีการรับรู้ความเครียดในระดับมาก หรือรับรู้ว่าเป็นความเครียดที่คุกคามหรือเป็นอันตราย รวมทั้งมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรง หรือเกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อประเมินปัญหา สาเหตุ ให้การช่วยเหลือ ส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอด ให้มีการรับรู้ต่อความเครียดนั้นว่าสามารถจัดการได้ ไม่เกิดปัญหาความผิดปกติทางด้านอารมณ์ และจิตใจ

ข้อจำกัดการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัด ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กทำให้ผลการศึกษาไม่สามารถนำไปอ้างอิงถึงหญิงตั้งครรภ์ และมารดาหลังคลอดกลุ่มอื่นได้

2. กิจกรรมของโปรแกรมในครั้งนี้ เป็นการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการปรับตัวในสิ่งที่คาดว่ากลุ่มตัวอย่างจะต้องเผชิญในระยะคลอด และหลังคลอด ดังนั้นเมื่อเผชิญกับสถานการณ์จริงที่อาจยังไม่ครอบคลุมตาม โปรแกรมที่กำหนด จึงควรพิจารณาถึงกลวิธีที่จะช่วยให้สามารถเผชิญกับความเครียดทั้งมุ่งแก้ปัญหา และมุ่งแก้อารมณ์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กมลรัตน์ วัชรภรณ์ และจารุรินทร์ ปีตานพงษ์. (2546). โรคซึมเศร้าหลังคลอด. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 11, 111-120.
- กฤษพร เจตน์ปฏิมากร. (2548). *ผลการใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความเครียดในหญิงตั้งครรภ์*. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- กรมสุขภาพจิต. (2549). *ฝึกปฏิบัติวิธีผ่อนคลายความเครียด*. ค้นจาก <http://www.suicidethai.com/video/reds.asp?pageNo=9&keyword=>
- กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.ป.). *คู่มือสำหรับประชาชนหญิงมีครรภ์*. ค้นจาก http://mhtech.dmh.moph.go.th/techno/techno_other/books/t070.pdf
- กรมอนามัย. (2553). *โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว*. ค้นจาก <http://www.saiyairakhospital.com/about.html>
- กรมอนามัย. (2547). *คู่มือวิทยากร โรงเรียนพ่อแม่สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*. ค้นจาก http://www.sk-hospital.com/~ob/parent_school/p_school.htm
- กรรณิการ์ กันธรักษา. (2531). *การพยาบาลด้านจิตสังคมในระยะตั้งครรภ์*. เชียงใหม่: โครงการตำรามหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. (2551). *ทักษะทางสังคมใครว่าไม่สำคัญ*. ค้นจาก <http://www.kriengsak.com>
- จิราภรณ์ ศิริพันธ์, ปรีศนา พานิชกุล, สุธี พานิชกุล และพงศธร เนตราคม. (2548). ความชุกของภาวะผิดปกติของสุขภาพจิตในผู้ป่วย 48 ชั่วโมงหลังคลอด ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 58, 203-212.
- จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. (2545). *ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ*. เชียงใหม่: เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- ชุติมา หุ่นเรือวงศ์. (2549). *โรคทางจิตเวชในสตรี และความสัมพันธ์กับฮอร์โมนเพศ*. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 50, 403-427.

- ดวงตา ภัทโรพงศ์. (2548). *ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัว
ด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- นาริรัตน์ รุจิรพัฒน์. (2544). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์*. วิทยานิพนธ์
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์,
กรุงเทพมหานคร.
- เทอดศักดิ์ เดชคง, อรวรรณ ดวงจันทร์, ชีรภา เกษประดิษฐ์ และอุษา ลิมชีวี. (2546). *คู่มือการพัฒนา
มาตรฐานการดูแลทางสังคมจิตใจในระบบสาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. นนทบุรี: สำนักงาน
กิจการ โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- เทียมศร ทองสวัสดิ์. (2548). *การพยาบาลหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. เชียงใหม่:
โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5)*.
กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย จำกัด.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. (2550). *ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21*.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเสริฐ สันสนีย์วิทยกุล. (2551). ภาวะหลังคลอดบุตร. ใน มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ,
สิงห์เพ็ชร สุขสมปอง และมงคล เบญจาทิบาล (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์*, (หน้า 295-302).
กรุงเทพมหานคร: พี. เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด.
- พงศธร เนตราคม. (2550). กลุ่มโรคทางจิตใจหลังคลอด. *วิจัยยุทธศาสตร์*, 37, 84-87. ค้นจาก
<http://www.vichaiyut.co.th>.
- พจนา ปิยะปกรณ์ชัย. (2549). *การตอบสนองต่อบุคคลต่อภาวะเครียด*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
ชัยนาท สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล, ยุวดี ถาษา และศุภกาญจน์ สิริภรณ์. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย
ส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาและการรับรู้
พฤติกรรมทารก กับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด. *รามาศิบัติ
พยาบาลสาร*, 7, 124-134.

- พริยา ศุภศรี. (2549). การพยาบาลมารดาที่มีความผิดปกติทางจิตใจหลังคลอด. ใน พริยา ศุภศรี, วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์ และตติรัตน์ สุวรรณสุจริต (บรรณาธิการ), *การดูแลสุขภาพมารดา-ทารก ที่มีภาวะเสี่ยง และเบี่ยงเบน เล่ม 2*, (หน้า 186-203). ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- พริยา ศุภศรี. (2552). *ดูแลตนเองอย่างไร...เมื่อมีอารมณ์เศร้าหลังคลอด*. ค้นจาก http://www.uniserv.buu.ac.th/forum2/topic.asp?TOPIC_ID=717
- มยุรี นภาพรรณสกุล, ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล, สุนุดตรา ตะบุญพงส์ และบุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์. (2550). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในระหว่างการเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นมารดาครั้งแรก. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25, 1-8.
- รจนา ประณีตพลกรัง. (2551). *การใช้เทคนิคควบคุมลมหายใจแบบโยคะเพื่อลดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ลดาวัลย์ สมบูรณ์ และเทียมสร ทองสวัสดิ์. (2545). *รายงานการวิจัยเรื่องภาวะจิตสังคมในระยะตั้งครรภ์ของหญิงมีครรภ์*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์. (2554). *การพยาบาลมารดาหลังคลอด* (พิมพ์ครั้งที่ 7). ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- วัชณี หัตถพนม, สุวดี ศรีวิเศษ และระพีพร แก้วคอนไทย. (2546). *คู่มือการคลายเครียด*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมจันทร์.
- วัชณี หัตถพนม, สุวดี ศรีวิเศษ และระพีพร แก้วคอนไทย. (2546). *คู่มือการจัดการกับความเครียด*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมจันทร์.
- ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-15 กรมสุขภาพจิต. (2553). *คู่มือวิทยากรสอนเรื่องเครียด*. ค้นจาก <http://www.dmh.go.th>
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: วิ. เจ. พรินติ้ง.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2550). *การตั้งครรถ์โรคทางจิตเวชและการรักษา*. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สายฝน ชวาลไพบุลย์, บุญเลิศ วิริยะภาค, สุภาณี จิวาศักดิ์อภิมาศ และสุชีรา ภัทรายุตวรรตน์. (2546). ความชุกของภาวะผิดปกติทางจิตประสาทในผู้ป่วยหลังคลอดในโรงพยาบาลศิริราช. *สารศิริราช*, 55, 205-213.

- สุภาวดี เกรือโชติกุล. (2554). *การพยาบาลสูติศาสตร์: ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรพล วิงวอนธรรม, วิบูลพรรณ จิตะดิลก และศุภโชค สิงห์กันต์. (2551). ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตระหว่างครั้งแรกของการตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลศิริราช. *จดหมายเหตุทางการแพทย์แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย*, 91, 452-457.
- สุวชัย อินทรประเสริฐ. (2544). *คู่มือการตั้งครรภ์และเตรียมคลอด*. กรุงเทพมหานคร: แปลนพับลิชชิง.
- สุวิทย์ บุญยะเวชชีวิน. (2548). ระยะเวลาหลังคลอด. ใน ชีรพงศ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ, ศักนัน มะโนทัย, สมชาย ชนวัฒนาเจริญ และกระเมียร ปัญญาคำเลิศ (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3), (หน้า 136-144). กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พรีน ดิงเฮ้าส์.
- โสเพ็ญ ชูนวน และศศิกานต์ กาละ. (2547). ผลของความเครียดต่อผลลัพธ์ของการคลอด. *วารสารวิจัยทางการแพทย์*, 8, 1-13.
- โสภณัท นุชนาถ. (2544). กลัวทำไม...ความเครียด. *วารสารเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและงานวิจัย*, 10, 137-152.
- อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์. (2546). *การเขียนแผนการให้ความรู้ทางสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- อรพรรณ เรืองสุขสุด. (2544). *การศึกษาระยะจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- อรอุมา สอนพา. (2547). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีการสนับสนุนจากสามีต่อพฤติกรรม การออกกำลังกายและการจัดการกับความเครียดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- อุษา สุขาพันธุ์. (2545). สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส พฤติกรรมทารก และความเครียดในบทบาทของมารดาที่มีบุตรคนแรก. *วารสารพยาบาล*, 51, 93-102.
- Adewuya, A. O. (2005). The maternity blues in Western Nigerian women: Prevalence and risk factors. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193, 1522-1525.

- Affonso, D. D., & Sheptak, S. (1989). Maternal cognitive themes during pregnancy. *Maternal-Child Nursing Journal*, 18, 147-166.
- Barry, P. D. (2002). *Mental health & Mental health illness* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Baker, P. N. (2006). *Obstetrics by ten teachers* (18th ed.). London: Hodder Arnold.
- Beard, J. L., Hendricks, M. K., Perez, E. M., Murray-Kolb, L.E., Berg, A., Vernon-Feagans, L., et al. (2005). Maternal Iron Deficiency Anemia affects postpartum emotions and cognition. *The Journals of Nutrition*, 135, 267-272.
- Beck, C. T. (2006). Postpartum depression: It isn't just the blues. *American Journal of Neuroradiology*, 106, 40-50.
- Beck, C. T., & Driscoll, J. W. (2006). *Postpartum mood and anxiety disorders: A clinician' guide*. Boston, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Bennett, A., Alpert, M., Kubulins, V., & Hansler, R. (2009). Use of modified spectacles and light bulbs to block blue light at night may prevent postpartum depression. *Medical Hypotheses*, 73, 251-253.
- Bick, D., MacArthur, C., & Winter, H. (2009). *Postnatal care evidence and guideline for Management* (2nd ed.). London: Churchill Livingstone.
- Blackwell, A. (n.d.). *10 steps for transforming negative thoughts into positive beliefs*. Retrieved From <http://www.thebridgemaker.com>
- Boudou, M., Teissèdre, F., Walburg, V., & Chabrol, H. (2007). Association between the intensity of childbirth pain and the intensity of postpartum blues. *Encephale*, 33(5), 805-810. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18357852>
- Brown, W. A. (1979). *Psychological care during pregnancy and postpartum period*. New York: Raven Press.
- Chabrol, H., Coroner, N., Rusibane, S., & Séjourné, N. (2007). Prévention du blues du post-partum: Etude pilote A pilot study of prevention of postpartum blues. *Gynecologie Obstetrique & Fertilité*, 35, 1242-1244.

- Chou, F.-H., Avant, K.C., Kuo, S.-H., & Fetzer, S. J. (2008). Relationships between nausea and vomiting, perceived stress, social support, pregnancy planning, and psychosocial adaptation in a sample of mothers: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, *45*, 1185-1191.
- Chou, F.-H., Kuo, S.-H., & Wang, R.-H. (2008). A longitudinal study of nausea and vomiting, fatigue and perceived stress in, and social support for, pregnant women through the three trimester. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, *24*, 306-313.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Deave, T., Johnson, D., & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: the need of parents in pregnancy and early parenthood. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/8/30>
- Doornbos, B., Fekkes, D., Tanke, M. A. C., Jonge, P.D., & Korf, J. (2008). Sequential serotonin and noradrenalin associated processes involved in postpartum blues. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, *32*, 1320-1325.
- Driscoll, J. W. (2008). Psychosocial adaptation to pregnancy and postpartum. In K. R. Simpson & P. A. Greenhan (Eds.), *Association of women's health, obstetric and neonatal nurses: Perinatal nursing* (3rd ed.), (pp. 78-87). Philadelphia, PA: Lippincott.
- Elsenbruch, S., Benson, S., Rucke, M., Rose, M., Dudenhausen, J., Pincus-Knacksted, M.K., et al. (2007). Social support during pregnancy: Effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Human Reproduction*, *22*, 869-877.
- Emmanuel, E. N., Creedy, D. K., St John, W., & Brown, C. (2009). Maternal role development: The impact of maternal distress and social support following childbirth. *Midwifery*, doi: 10.1016/j.mid.2009.07.003

- Feldman, P. J., Dunkel-Schetter, C., Sandman, C. A., & Wadhwa, P. D. (2000). Maternal social support predicts birth weight and fetal growth in human pregnancy. *Psychosomatic Medicine, 62*, 715-725.
- Ferber, S.G. (2004). The nature of touch in mothers experiencing maternity blues: The contribution of parity. *Early Human Development, 79*, 65-75.
- Gagnon, A. J., & Barkun, L. (2003). Postnatal parental education for improving family health. *Cochrane Database of Systematic Reviews* CD004068.
- Gagnon, A. J., & Sandall, J. (2007). Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews* CD002869.
- Glangeaud-Freudenthal, N. M. -C., Crost, M., & Kaminski, M. (1999). Severe post-delivery blues: Associated factors. *Archives of Women's Mental Health, 2*, 37-44.
- George, A. J., Copeland, J. R. M., & Wilson, K. C. M. (1980). Prolactin secretion and the postpartum blues syndrome. *British Journal of Pharmacology, 70*, 102.
- Gonidakis, F., Rabavilas, A. D., Varsou, E., Kreatsas, G., & Christodoulou, G. N. (2007). Maternity blues in Athens, Greece: A study during the first 3 days after delivery. *Journal of Affective Disorders, 99*, 107-115.
- Grant, K-A., McMahon, C., & Austin, M-P. (2008). Maternal anxiety during the transition to parenthood: A prospective study. *Journal of Affective Disorders, 108*, 101-115.
- Groer, M. W. (2005). Differences between exclusive Breastfeeders, formula-feeders, and controls: A study of stress, mood, and endocrine variables. *Biological Research for Nursing, 7*, 106-117.
- Grör, M. W., & Davis, M. W. (2006). Cytokines, infections, stress, and dysphoric moods in breastfeeders and formula feeders. *Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nursing, 35*, 599-607.
- Grör, M. W., Davis, M. W., & Hemphill, J. (2002). Postpartum stress: Current concepts and the possible protective role of breastfeeding. *Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nursing, 31*, 411-417.

- Harris, B., Lovett, L., Newcombe, R. G., Read, G. F., Walker, R., & Riad-Fahmy, D. (1994). Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study II. *British Medical Journal*, 308, 949-953.
- Hau, F. W. L., & Levy, V. A. (2003). The maternity blues and Hong Kong Chinese women: An exploratory study. *Journal of Affective Disorders*, 75, 197-203.
- Henshaw, C., Foreman, D., & Cox, J. (2004). Postnatal blues: A risk factor for postnatal depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25, 267-272.
- Hildingsson, M. I., & Sandin-Bojo, A-K. (2011). "What is could indeed be better" Swedish women's perceptions of early postnatal care. *Midwifery*, 27, 737-744.
- Hong, L. (2001). Social support and Postpartum Depression among primipara. *Nursing Journal*, 28, 37-48.
- Hung, C. H. (2001). Validity and reliability testing of the Hung postpartum stress scale. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences* 17, 423-429.
- Hung, C. H. (2005). Measuring postpartum stress. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 417-424.
- Hung, C. H. (2006). Correlates of first-time mothers' postpartum stress. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 22, 500-506.
- Hung, C. H., & Chung, H. H. (2001). The effect of postpartum stress and social support on postpartum women's health status. *Journal of Advanced Nursing*, 36, 676-684.
- Imsiragic, A. S., Begic, D., & Martic-biocina, S. (2009). Acute stress and depression 3 days after vaginal delivery-observational, comparative study. *Collegium Antropologicum*, 33, 521-527.
- James, D. C. (2008). Postpartum care. In K. R. Simpson & P. A. Creenhan (Eds.), *Association of women's health, obstetric and neonatal nurses: Perinatal nursing* (3rd ed.), (pp. 473-520). Philadelphia, PA: Lippincott.
- Kendall-Tackett, K. A. (1993). *Postpartum depression: A comprehensive approach for nurses*. Newbury Park, CA: Sage.

- Kendall-Tackett, K. (2007). A new paradigm for depression in new mother: the central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatments protect maternal mental health. *International Breastfeeding Journal*, 2, 6. doi: 10.1186/1746-4358-2-6
- Kendrick, J. M., & Simson, K. R. (2008). Labor and birth. In K. R. Simpson & P. A. Greenhan (Eds.), *Association of women 's health, obstetric and neonatal nurses: Perinatal nursing* (3rd ed.), (pp. 298-365). Philadelphia, PA: Lippincott.
- Kennerley, H., & Gate, D. (1989). Maternity blues I. Detection and measurement by questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 155, 356-362.
- Kleeb, B., & Rageth. (2005). Influence of prophylactic information on the frequency of baby blues. *Zeitschrift fur Geburtshilfe und Neonatologie*, 209, 22-28. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15731977>
- Lachman, V. D. (1983). *Stress management*. Orlando: Grune & Stratton.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer.
- Leifer, G. (2005). *Maternity nursing an introductory text* (9th ed.). St Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K., & Alden, K. R. (2012). *Maternity & women's health care* (10th ed.). St Louis, MO: Elsevier Mosby.
- Maes, M., Bosmans, E., & Ombelet, W. (2004). In the puerperium, primiparae exhibit higher levels of anxiety and serum peptidase activity and greater immune responses than multiparae. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 71-76.
- Maes, M., Christophe, A., Bosmans, E., Lin, A., & Neels, H. (2000). In humans, serum polyunsaturated fatty acid levels predict the response of proinflammatory cytokines to psychologic stress. *Biology Psychiatry*, 47, 910-920.
- M'bailara , K., Swendsen, J., Glatigny-Dallay, E., Dallay, D., Roux, D., Sutter ,A. L., & et al. (2005). Baby blues: characterization and influence of psycho-social factors. *Encephale*, 31, 331-336.

- McKenna, J. J., & McDade, T. (2005). Why babies should never sleep alone: A review of the co-sleeping controversy in relation to SIDS, bed-sharing and breast feeding. *Pediatrics and Respiratory Revolution*, 6, 134-152.
- Mezzacappa, E.S., & Katkin, E. S. (2002). Breast-feeding is associated with reduced perceived stress and negative mood in mothers. *Health Psychology*, 21, 187-193.
- Mulder, E. J. H., Roblrs de Medina, P. G., Huizink, A. C., Van den Bergh, B. R. H., Buitelaar, J. K., & Visser, G. H. A. (2002). Prenatal maternal stress: Effects on pregnancy and the (unborn) child. *A. Early Human Development*, 70, 3-14.
- Murray, I. (2003). Change and adaptation in pregnancy. In D. M. Fraser & M. A. Cooper (Eds), *Myles textbook for midwives* (14th ed.), (page 185-213). China: Churchill Livingstone.
- Nappi, R. E., Petraglia, F., Luisi, S., Polatti, F., Farina, C., & Genazzani, A. R. (2001). Serum Allopregnanolone in women with postpartum "blues". *Obstetrics and Gynecology*, 97(1), 77-80.
- Nolan, M. L. (1997). Antenatal education: Failing to educate for parenthood. *British Journal of Midwifery* 5, 21-26.
- Nolan, M. (2005). Putting parents at the heart of classes. In S. Wickham (Ed.), *Midwifery: Best Practice* 2, (page 178-180). London: Elsevier.
- Nonacs, R. (2002). Postpartum mood disorders: Diagnosis and treatment considerations. *Women's Health and Psychiatry*, 127-136.
- Nonacs, R., & Cohen, L. S. (1998). Postpartum mood disorders: Diagnosis and treatment Guidelines. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 34-40.
- Ogawa, Y., Nakamura, H., Nagase, H., Ogino, K., Ooshita, Y., & Tsukahara, S. (2001). Structural analysis of psychosocial factors involved in the risk for habit-related chronic diseases, with emphasis laid on health locus of control (HLC) and sense of coherence (SOC). *Nippon Eiseigaku Zasshi*, 55, 597-606.

- O' Hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A., & Wright, E. T. (1991). Prospective study of postpartum blues. *Archives of General Psychiatry*, 48, 801-806.
- Olds, S. B., London, M. L., & Ladewig, P. A. W. (2000). *Maternal-newborn nursing: A family and community-based approach* (6th ed.). Upper saddle River, NJ: Prentice Hall Health.
- Pillitteri, A. (2010). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family* (6th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research principles and methods* (6th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott.
- Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O., & Epiney, M. (2009). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: A qualitative study. *Midwifery*, doi: 10.1016/j.midw.2009.06.005. Retrieved from <http://www.Elsevier.com/midw>.
- Reck, C., Stehle, E., Reinig, K., & Mundt, C. (2009). Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *Journal of Affective Disorders*, 113, 77-87.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26, 289-295.
- Rondón, M. B. (2003). Maternity blues: Cross-cultural variations and emotional change. *Primary Care Update for Ob/Gyns*, 10, 167-171.
- Sakumoto, K., Masamoto, H., & Kanzawa, K. (2002). Post-partum maternity "blues" as a reflection of newborn nursing care in Japan. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 78, 25-30.
- Schiepers, O. J., Wichers, M. C., & Maes, M. (2005). Cytokines and major depression. *Progressive Neuropsychopharmacology of Biology Psychiatry*, 29, 201-217.
- Schmied, V. (2008). "Breastfeeding in Hospital: Mothers, Midwives and the Production Line", *Maternal & Child Nutrition*, 4, 160-161.

- Schroeder-Zwelling, Elaine. (1988). The pregnancy experience. In F. H. Nichols & S. S. Humenick (Eds), *Childbirth education: Practice, research, and theory*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Séjourné, N., Denis, A., Theux, G., & Chabrol, H. (2008). The role of some psychological, psychosocial and obstetrical factors in the intensity of postpartum blues. *Encephale*, 34, 179-182. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18597726>
- Sekizuka, N., Naramura, H., Shimada, K., Tabuchi, N., Kameda, Y., Sakai, A. (2006). "Relationship between sense of coherence in final stage of pregnancy and postpartum stress reaction". *Environmental Health and Preventive Medicine*, 11, 199-205.
- Tarkka, M. T. (2003). Predictors of maternal competence by first-time mothers when the child is 8 months old. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 233-240.
- Takka, M. T., Paunonen, M., & Laippala, P. (2000). First-time mothers and child care when the child is 8 months old. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 21-26.
- Taylor, J., & Johnson, M. (2010). How women manage fatigue after childbirth. *Midwifery*, 26, 367-375.
- Urizar Jr, G. G., Milazzo, M., Le, H.-N., Delucchi, K., Sotelo, R., & Munoz, R. F. (2004). Impact of stress reduction instructions on stress and cortisol levels during pregnancy. *Biological Psychology*, 67, 275-282.
- Urizar, G. G., & Muñoz, R. F. (2011). Impact of a prenatal cognitive-behavioral stress management intervention on salivary cortisol levels in low-income mothers and their infants. *Psychoneuroendocrinology*, 36, 1480-1494.
- Warren, P. L. (2005). First-time mothers: Social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 233-240.
- Yamashita, H., Yoshida, K., Nakano, H., & Tashiro, N. (2000). Postnatal depression in Japanese Women detecting the early onset of postnatal depression by closely monitoring the postpartum mood. *Journal of Affective Disorders*, 58, 145-154.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การคำนวณขนาดอิทธิพล

การคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) โดยการใช้สูตรการคำนวณของ โพลิต และฮังเกอร์ (Polit & Hungler, 1999)

$$ES = \frac{\mu^1 - \mu^2}{\sqrt{SD1^2 + SD2^2} / 2}$$

μ^1 คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

μ^2 คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

$SD1^2$ คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง

$SD2^2$ คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

จากการศึกษาของกฤษพร (2548) เกี่ยวกับผลการใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความเครียดในหญิงตั้งครรภ์

$$\mu^1 = 1.24 \quad SD1 = 0.30$$

$$\mu^2 = 2.23 \quad SD2 = 0.26$$

$$ES = \frac{1.24 - 2.23}{\sqrt{0.30^2 + 0.26^2} / 2}$$

$$= -3.53$$

จากการคำนวณได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ - 3.53 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (large effect size) ผู้วิจัยจึงได้กำหนดค่าเท่ากับ .08 เนื่องจากเป็นขนาดอิทธิพลในระดับสูงที่ยอมรับได้ (Cohen, 1988) และเปิดตารางอำนาจการทดสอบของ โพลิต และฮังเกอร์ (Polit & Hungler, 1999) โดยกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คนต่อกลุ่ม รวมทั้งหมด 50 คน

ภาคผนวก ข

ใบพินัยกรรมสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

สวัสดีค่ะ ดิฉันนางสาวนราณัฐ สันฐิติการย์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ต่อ ความเครียดและอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ต่อความเครียด และอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะมีประโยชน์ในการนำไป ประยุกต์ใช้เป็นแนวทางที่จะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเครียด หรือ หญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดที่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดอารมณ์เศร้าต่อไป

ในการวิจัยครั้งนี้ท่านจะได้รับการจัดเข้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญ ความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์กับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการ เผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์เพียงกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น ถ้าท่านจัด เข้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ ท่านจะเข้าร่วมกิจกรรมรายกลุ่มจำนวน 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 เมื่ออายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 เมื่อ อายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง และครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 35-37 สัปดาห์ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที ในกรณีที่ท่านได้จัดเข้ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญ ความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ ผู้วิจัยจะจัดแผ่นบันทึกเสียงการผ่อนคลาย ความเครียดด้วยตนเองสำหรับใช้ประกอบการฝึกปฏิบัติวิธีผ่อนคลายความเครียดให้ท่านภายหลัง เสร็จสิ้นการศึกษาแล้ว โดยในขณะที่ทำการศึกษาทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานของ โรงพยาบาลตามปกติ

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามไว้เป็นหลักฐานแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือ ท่านในการตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความเครียดในระยะไตรมาสที่สาม ของการตั้งครรภ์ในครั้งแรก หลังจากนั้นขอความร่วมมือท่านตอบแบบประเมินความเครียดมารดา

หลังคลอด และแบบประเมินอารมณ์เศร้าหลังคลอด อีก 2 ครั้งในวันที่ 2 และวันที่ 5 หลังคลอด ซึ่งท่านมีอิสระในการเลือกตอบแบบประเมินตามความรู้สึกของท่านเอง โดยในการเข้าร่วมวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย โดยไม่มีผลต่อการพยาบาล การบริการ หรือการรักษาที่ได้รับแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัยหากท่านไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยจนครบตามกำหนดเวลา ท่านสามารถยกเลิกได้โดยไม่มีผลต่อการบริการ หรือการรักษาที่ได้รับเช่นกัน และผู้วิจัยรับรองว่าข้อมูลต่างๆที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยชื่อ และนามสกุลที่แท้จริง ในขณะที่เข้าร่วมการวิจัยหากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับการวิจัย สามารถที่จะสอบถามจากผู้วิจัยโดยตรงได้ตลอดเวลา หรือติดต่อที่หมายเลขโทรศัพท์

08-9466-0109

หากท่านยินดีให้ความร่วมมือ และตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย โปรดลงนามไว้เป็นหลักฐาน ดิฉันขอขอบพระคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

(วัน/เดือน/ปี).....

.....

(นางสาวนรานุช สันฐิติการย์)

ผู้วิจัย

(วัน/เดือน/ปี).....

ภาคผนวก ค

ข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างความเครียดของมารดาในระยะตั้งครรภ์ไตรมาสที่สาม วันที่ 2 และวันที่ 5 หลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (one-way repeated measures ANOVA หรือ split plot ANOVA) และเปรียบเทียบความแตกต่างอารมณ์เศร้าในวันที่ 2 และวันที่ 5 หลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test) ซึ่งก่อนการใช้สถิติเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล ต้องตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูล คือ ทดสอบการกระจายของข้อมูลเป็นปกติ (normal distribution) และการทดสอบความแปรปรวนภายในกลุ่ม (homogeneity of variance) ของชุดข้อมูล

ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ ดังนี้

1. ทดสอบการกระจายของข้อมูลเป็นปกติ (normal distribution) ของ 1) ข้อมูลความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และความเครียดในวันที่ 2 และวันที่ 5 หลังคลอด และ 2) ข้อมูลอารมณ์เศร้าหลังคลอดในวันที่ 2 และวันที่ 5 ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติ Fisher skewness coefficient & Fisher kurtosis coefficient ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ต้องไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z < 3; p > .05$) เมื่อทดสอบข้อมูล พบว่า ข้อมูลความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และความเครียดในวันที่ 2 และวันที่ 5 หลังคลอดได้ค่า Z-value ไม่เกิน 3 (ตาราง ค 1) มีการกระจายของข้อมูลเป็นปกติ (normal distribution) ยกเว้นข้อมูลอารมณ์เศร้าหลังคลอดในวันที่ 5 ของทั้งสองกลุ่ม ซึ่งได้ค่า Z-value ของ skewness เท่ากับ 3.69 และ kurtosis เท่ากับ 4.05 ในกลุ่มควบคุม และค่า Z-value ของ skewness เท่ากับ 3.29 และ kurtosis เท่ากับ 3.156 ในกลุ่มทดลอง (ตาราง ค 2) ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น (บุญใจ, 2553) ดังนั้นจึงใช้สถิติอ้างอิงแบบนอนพารามตริก (Nonparametric) ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างอารมณ์เศร้าในวันที่ 2 และวันที่ 5 หลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการใช้สถิติ Mann-Whitney U test

2. การทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนภายในกลุ่ม (homogeneity of variance) ของข้อมูลความเครียดของกลุ่มควบคุมในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และความเครียดของ

กลุ่มทดลองในวันที่ 2 และวันที่ 5 หลังคลอดด้วยสถิติ Levene's Test พบว่าความแปรปรวนแต่ละกลุ่มมีค่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ

ตาราง ก 1

การทดสอบการกระจายข้อมูลความเครียดของมารดาในระยะตั้งครรภ์ไตรมาสที่สาม วันที่ 2 และวันที่ 5 หลังคลอด ($N= 60$)

คะแนนความเครียด	Skewness		kurtosis	
	statistic	Z-value	statistic	Z-value
ระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์				
กลุ่มควบคุม	1.271	2.98	1.418	1.702
กลุ่มทดลอง	.818	1.92	1.044	1.253
วันที่ 2 หลังคลอด				
กลุ่มควบคุม	.171	.4	.421	.505
กลุ่มทดลอง	.894	2.09	.004	.005
วันที่ 5 หลังคลอด				
กลุ่มควบคุม	.625	1.46	.350	.396
กลุ่มทดลอง	.687	1.61	.543	.615
SE ของ Skewness = .427, kurtosis = .833		สูตรการคำนวณค่า Z-value =		$\frac{\text{statistic}}{\text{SE}}$

ตาราง ค 2

การทดสอบการกระจายของข้อมูลอารมณ์เศร้าหลังคลอดในวันที่ 2 และวันที่ 5 (N= 60)

คะแนนอารมณ์เศร้าหลังคลอด	Skewness		kurtosis	
	statistic	Z-value	statistic	Z-value
วันที่ 2 หลังคลอด				
กลุ่มควบคุม	1.030	2.41	1.081	1.298
กลุ่มทดลอง	1.081	2.53	.967	1.161
วันที่ 5 หลังคลอด				
กลุ่มควบคุม	1.575	3.69	3.374	4.05
กลุ่มทดลอง	1.404	3.29	2.629	3.156
SE ของ Skewness = .427, kurtosis = .833		สูตรการคำนวณค่า Z-value =		$\frac{\text{statistic}}{\text{SE}}$

ภาคผนวก ง
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ตาราง ง 1

จำนวน และร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ในระยะไตรมาสที่สามจำแนกตามลักษณะความเครียดและการประเมินความเครียด (N = 60)

ความเครียดในระยะไตรมาสที่สาม ของการตั้งครรภ์	การประเมินความเครียด							
	กลุ่มทดลอง (N=30)				กลุ่มควบคุม (N=30)			
	เครียด		ไม่เครียด		เครียด		ไม่เครียด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย	14	46.7	16	53.3	12	40	18	60
2. การที่ต้องนับลูกดิ้นทุกวัน	7	23.3	23	76.7	3	10	27	90

ตาราง ง 1 (ต่อ)

ความเครียดในระยะไตรมาสที่สาม ของการตั้งครรภ์	การประเมินความเครียด							
	กลุ่มทดลอง (N=30)				กลุ่มควบคุม (N=30)			
	เครียด		ไม่เครียด		เครียด		ไม่เครียด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3. การเตรียมตัวเพื่อการคลอด	14	46.7	16	53.3	14	46.7	16	53.3
4. การไม่มีส่วนร่วมในแผนการรักษาในระยะตั้งครรถ์ และระยะคลอด	11	36.7	19	63.3	9	30	21	70
4. การไม่มีส่วนร่วมในแผนการรักษาในระยะตั้งครรถ์ และระยะคลอด	11	36.7	19	63.3	9	30	21	70
5. การเปลี่ยนแปลงของรูปร่างหน้าตา	10	33.3	20	66.7	10	33.3	20	66.7
6. การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อตนเอง และทารกในครรถ์	7	23.3	23	76.7	7	23.3	23	76.7
7. การเป็นมารดาครั้งแรก	12	40	18	60	8	26.7	22	73.3

ตาราง ง 1 (ต่อ)

ความเครียดในระยะไตรมาสที่สาม ของการตั้งครรภ์	การประเมินความเครียด							
	กลุ่มทดลอง (N=30)				กลุ่มควบคุม (N=30)			
	เครียด		ไม่เครียด		เครียด		ไม่เครียด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
8. การไม่ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว	15	50	15	50	12	40	18	60
9. การรับรู้เพศของทารกในครรภ์จากการอัลตราซาวด์ ที่ไม่ตรงกับความคิดหวังของตนเอง และครอบครัว	0	0	30	100	1	3.3	29	96.7
10. การตั้งครรภ์และการคลอดทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น	8	26.7	22	73.3	15	50	15	50

ตาราง ง 2

จำนวน และร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ในระยะไตรมาสที่สาม จำแนกตามการประเมินสิ่งเร้าความเครียด ด้านทำท่าย คุณคาม และอันตราย (N = 60)

ความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์	ลักษณะการประเมินความเครียด							
	กลุ่มทดลอง (N=30) จำนวน (ร้อยละ)				กลุ่มควบคุม (N=30) จำนวน (ร้อยละ)			
	ไม่เครียด	ทำท่าย	คุณคาม	อันตราย	ไม่เครียด	ทำท่าย	คุณคาม	อันตราย
1. ความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย	16(53.3)	10(33.3)	3(10)	1(3.3)	18(60)	8(26.7)	2(6.7)	2(6.7)
2. การที่ต้องนับลูกดิ้นทุกวัน	23(76.7)	5(16.7)	2(6.7)	0	27(90)	1(3.3)	2(6.7)	0
3. การเตรียมตัวเพื่อการคลอด	16(53.3)	5(16.7)	9(30)	0	16(53.3)	4(13.3)	9(30)	1(3.3)
4. การไม่มีส่วนร่วมในแผนการรักษาในระยะตั้งครรภ์ และระยะคลอด	19(63.3)	4(13.3)	6(20)	1(3.3)	21(70)	3(10)	3(10)	3(10)
5. การเปลี่ยนแปลงของรูปร่างหน้าตา	20(66.7)	6(20)	3(10)	1(3.3)	20(66.7)	6(20)	1(3.3)	3(10)
6. การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อตนเอง และทารกในครรภ์	23(76.7)	7(23.3)	0	0	23(76.7)	6(20)	0	1(3.3)

ตาราง ง 2 (ต่อ)

ความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์	ลักษณะการประเมินความเครียด							
	กลุ่มทดลอง (N=30) จำนวน (ร้อยละ)				กลุ่มควบคุม (N=30) จำนวน (ร้อยละ)			
	ไม่เครียด	ทำท่าย	คุกคาม	อันตราย	ไม่เครียด	ทำท่าย	คุกคาม	อันตราย
7. การเป็นมารดาครั้งแรก	18(60)	7(23.3)	5(16.7)	0	22(73.3)	3(10)	5(16.7)	0
8. การไม่ได้รับความช่วยเหลือ หรือไม่ได้รับการเอาใจใส่จากครอบครัวในขณะที่ตั้งครรภ์	15(50)	6(20)	5(16.7)	4(13.3)	18(60)	5(16.7)	1(3.3)	6(20)
9. การรับรู้เพศของทารกในครรภ์จากการอัลตราซาวด์ ที่ไม่ตรงกับความคิดหวังของตนเอง และครอบครัว	30(100)	0	0	0	29(96.7)	1(3.3)	0	0
10. การตั้งครรภ์และการคลอดทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น	22(73.3)	4(13.3)	3(10)	1(3.3)	15(50)	11(36.7)	3(10)	1(3.3)

ตาราง ง 3

จำนวน และร้อยละของมารดาหลังคลอดจำแนกตามลักษณะความเครียดและการประเมินความเครียด ในระยะหลังคลอด วันที่ 2 และวันที่ 5 (N = 60)

ความเครียดในระยะหลังคลอด	การประเมินความเครียด							
	กลุ่มทดลอง (N=30) จำนวน (ร้อยละ)				กลุ่มควบคุม (N=30) จำนวน (ร้อยละ)			
	เครียด		ไม่เครียด		เครียด		ไม่เครียด	
	วันที่ 2	วันที่ 5	วันที่ 2	วันที่ 5	วันที่ 2	วันที่ 5	วันที่ 2	วันที่ 5
1. ความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย	14(46.7)	12(40)	16(53.3)	18(60)	20(66.7)	19(63.3)	10(33.3)	11(36.7)
2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย	9(30)	11(36.7)	21(70)	19(63.3)	10(33.3)	11(36.7)	20(66.7)	19(63.3)
3. ประสบการณ์การคลอดครั้งนี้	13(43.3)	15(50)	17(56.7)	15(50)	13(43.3)	12(40)	17(56.7)	18(60)
4. การมีบทบาทเป็นมารดาหลังคลอด	8(26.7)	9(30)	22(73.3)	21(70)	7(23.3)	9(30)	23(76.7)	21(70)
5. การไม่ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว	15(50)	12(40)	15(50)	18(60)	19(63.3)	19(63.3)	11(36.7)	11(36.7)

ตาราง ง 3 (ต่อ)

ความเครียดในระยะหลังคลอด	การประเมินความเครียด							
	กลุ่มทดลอง (N=30) จำนวน (ร้อยละ)				กลุ่มควบคุม (N=30) จำนวน (ร้อยละ)			
	เครียด		ไม่เครียด		เครียด		ไม่เครียด	
	วันที่ 2	วันที่ 5	วันที่ 2	วันที่ 5	วันที่ 2	วันที่ 5	วันที่ 2	วันที่ 5
6. กิจกรรมการดูแลตนเอง	5(16.7)	10(33.3)	25(83.3)	20(66.7)	9(30)	14(46.7)	21(70)	16(53.3)
7. การคลอดบุตร และการเลี้ยงดูบุตรทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น	15(50)	12(40)	15(50)	18(60)	20(66.7)	19(63.3)	10(33.3)	11(36.7)
8. การไม่สามารถประเมินพฤติกรรมทารกแรกเกิดได้ถูกต้อง	16(53.3)	17(56.7)	14(46.7)	13(43.3)	17(56.7)	16(53.3)	13(43.3)	14(46.7)
9. การปฏิบัติในการดูแลตนเอง และทารกหลังคลอด ที่ขัดแย้งระหว่างความเชื่อ วัฒนธรรมของตนกับคำแนะนำจากแพทย์ และพยาบาล	9(30)	7(23.3)	21(70)	23(76.7)	7(23.3)	8(26.7)	23(76.7)	22(73.3)
10. ความคิดเห็น หรือแนวทางที่แตกต่างในการเลี้ยงดูลูกของครอบครัว	10(33.3)	6(20)	20(66.7)	24(80)	9(30)	9(30)	21(70)	21(70)

ตาราง ง 4

จำนวน และร้อยละของมารดาหลังคลอดจำแนกตามการประเมินสิ่งเร้าความเครียด ด้านทำท่าย คุกคาม และอันตราย ในวันที่ 2 และวันที่ 5 (N = 60)

ความเครียดในระยะหลังคลอด	ลักษณะการประเมินความเครียด											
	กลุ่มทดลอง (N=30) จำนวน (ร้อยละ)						กลุ่มควบคุม (N=30) จำนวน (ร้อยละ)					
	ทำท่าย		คุกคาม		อันตราย		ทำท่าย		คุกคาม		อันตราย	
	วันที่ 2	วันที่ 5	วันที่ 2	วันที่ 5	วันที่ 2	วันที่ 5	วันที่ 2	วันที่ 5	วันที่ 2	วันที่ 5	วันที่ 2	วันที่ 5
1. ความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย	4(13.3)	4(13.3)	6(20)	6(20)	4(13.3)	2(6.7)	8(26.7)	11(36.7)	6(20)	3(10)	6(20)	5(16.7)
2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย	2(6.7)	2(6.7)	6(20)	8(26.7)	1(3.3)	1(3.3)	3(10)	3(10)	7(23.3)	7(23.3)	0	1(3.3)
3. ประสบการณ์การคลอด	5(16.7)	9(30)	4(13.3)	1(3.3)	4(13.3)	5(16.7)	6(20)	5(16.7)	1(3.3)	1(3.3)	6(20)	6(20)
4. การมีบทบาทเป็นมารดาหลังคลอด	5(16.7)	6(20)	2(6.7)	2(6.7)	1(3.3)	1(3.3)	6(20)	7(23.3)	0	2(6.7)	1(3.3)	0
5. การไม่ได้รับความช่วยเหลือ	4(13.3)	5(16.7)	7(23.3)	4(13.3)	4(13.3)	3(10)	9(30)	11(36.7)	3(10)	5(16.7)	7(23.3)	3(10)

ตาราง ง 4 (ต่อ)

ความเครียดในระยะหลังคลอด	ลักษณะการประเมินความเครียด											
	กลุ่มทดลอง (N=30) จำนวน (ร้อยละ)						กลุ่มควบคุม (N=30) จำนวน (ร้อยละ)					
	ทำท่าย		คุกคาม		อันตราย		ทำท่าย		คุกคาม		อันตราย	
	วันที่ 2	วันที่ 5	วันที่ 2	วันที่ 5	วันที่ 2	วันที่ 5	วันที่ 2	วันที่ 5	วันที่ 2	วันที่ 5	วันที่ 2	วันที่ 5
6. กิจกรรมการดูแลตนเอง	2(6.7)	6(20)	1(3.3)	0	2(6.7)	4(13.3)	6(20)	8(26.7)	0	0	3(10)	6(20)
7. ค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น	15(50)	11(36.7)	0	1(3.3)	0	0	17(56.7)	17(56.7)	2(6.7)	1(3.3)	1(3.3)	1(3.3)
8. การประเมินพฤติกรรมทารกแรกเกิด	13(43.3)	14(46.7)	2(6.7)	1(3.3)	1(3.3)	2(6.7)	15(50)	12(40)	2(6.7)	2(6.7)	0	2(6.7)
9. การปฏิบัติที่ขัดแย้งระหว่างความเชื่อ วัฒนธรรมของตนกับคำแนะนำจาก แพทย์ และพยาบาล	7(23.3)	5(16.7)	2(6.7)	0	0	2(6.7)	5(16.7)	4(13.3)	1(3.3)	4(13.3)	1(3.3)	0
10. ความคิดเห็นหรือแนวทางที่แตกต่าง ในการเลี้ยงดูลูกของครอบครัว	8(26.7)	2(6.7)	2(6.7)	3(10)	0	1(3.3)	6(20)	6(20)	3(10)	2(6.7)	0	1(3.3)

ตาราง ง 5

จำนวน และร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามการประเมินระดับความเครียดในระยะเวลาไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ (N = 60)

ความเครียดในระยะเวลาไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์	ระดับการประเมินความเครียด									
	กลุ่มทดลอง (N=30) จำนวน (ร้อยละ)					กลุ่มควบคุม (N=30) จำนวน (ร้อยละ)				
	ไม่เครียด	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด	ไม่เครียด	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด
1. ความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย	16(53.3)	0	7(23.3)	4(13.3)	3(10)	18(60)	1(3.3)	4(13.3)	5(16.7)	2(6.7)
2. การที่ต้องนับลูกดิ้นทุกวัน	23(76.7)	1(3.3)	4(13.3)	2(6.7)	0	27(90)	0	0	2(6.7)	1(3.3)
3. การเตรียมตัวเพื่อการคลอด	16(53.3)	2(6.7)	6(20)	6(20)	0	16(53.3)	0	5(16.7)	7(23.3)	2(6.7)
4. การไม่มีส่วนร่วมในแผนการรักษาในระยะตั้งครรภ์ และระยะคลอด	19(63.3)	2(6.7)	4(13.3)	4(13.3)	1(3.3)	21(70)	0	4(13.3)	4(13.3)	1(3.3)
5. การเปลี่ยนแปลงของรูปร่างหน้าตา	20(66.7)	1(3.3)	3(10)	6(20)	0	20(66.7)	2(6.7)	0	6(20)	2(6.7)

ตาราง ง 5 (ต่อ)

ความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์	ระดับการประเมินความเครียด									
	กลุ่มทดลอง (N=30) จำนวน (ร้อยละ)					กลุ่มควบคุม (N=30) จำนวน (ร้อยละ)				
	ไม่เครียด	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด	ไม่เครียด	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด
6. การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อตนเอง และทารกในครรภ์	23(76.7)	2(6.7)	1(3.3)	3(10)	1(3.3)	23(76.7)	3(10)	3(10)	0	1(3.3)
7. การเป็นมารดาครั้งแรก	18(60)	4(13.3)	4(13.3)	4(13.3)	0	22(73.3)	1(3.3)	4(13.3)	3(10)	0
8. การไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว	15(50)	2(6.7)	5(16.7)	6(20)	2(6.7)	18(60)	0	4(13.3)	7(23.3)	1(3.3)
9. การรับรู้เพศของทารกในครรภ์จากการอัลตราซาวด์ที่ไม่ตรงกับความคิดหวังของตนเอง และครอบครัว	30	0	0	0	0	29(96.7)	0	0	1(3.3)	0
10. การตั้งครรภ์และการคลอดทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น	22(73.3)	2(6.7)	1(3.3)	5(16.7)	0	15(50)	0	3(10)	11(36.7)	1(3.3)

ตาราง ง 6

จำนวน และร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามการประเมินระดับความเครียดในระยะหลังคลอดวันที่ 2 (N = 60)

ความเครียดในระยะหลังคลอด	ระดับการประเมินความเครียด									
	กลุ่มทดลอง (N=30) จำนวน (ร้อยละ)					กลุ่มควบคุม (N=30) จำนวน (ร้อยละ)				
	ไม่เครียด	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด	ไม่เครียด	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด
1. ความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย	16(53.3)	1(3.3)	5(16.7)	6(20)	2(6.7)	10(13.3)	0	5(16.7)	12(40)	3(10)
2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย	21(70)	2(6.7)	2(6.7)	4(13.3)	1	20(66.7)	0	4(13.3)	6(20)	0
3. ประสบการณ์การคลอดครั้งนี้	17(56.7)	0	5(16.7)	6(20)	2(6.7)	17(56.7)	0	3(10)	7(23.7)	3(10)
4. การมีบทบาทเป็นมารดาหลังคลอด	22(73.3)	1(3.3)	2(6.7)	4(13.3)	1(3.3)	23(76.7)	1(3.3)	4(13.3)	1(3.3)	1(3.3)
5. การไม่ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว	15(50)	1(3.3)	5(16.7)	7(23.3)	2(6.7)	11(36.7)	1(3.3)	6(20)	9(30)	3(10)
6. กิจกรรมการดูแลตนเอง	25(83.3)	0	4(13.3)	1(3.3)	0	21(70)	0	3(10)	5(16.7)	1(3.3)

ตาราง ง 6 (ต่อ)

ความเครียดในระยะหลังคลอด	ระดับการประเมินความเครียด									
	กลุ่มทดลอง (N=30)					กลุ่มควบคุม (N=30)				
	จำนวน (ร้อยละ)					จำนวน (ร้อยละ)				
	ไม่เครียด	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด	ไม่เครียด	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด
7. การคลอด และการเลี้ยงดูบุตรทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น	15(50)	5(16.7)	6(20)	4(13.3)	0	10(33.3)	3(10)	12(40)	5(16.7)	0
8. การไม่สามารถประเมินพฤติกรรมทารกแรกเกิดได้ถูกต้อง	14(46.7)	2(6.7)	5(16.7)	6(20)	3(10)	13(43.3)	2(6.7)	9(30)	5(16.7)	1(3.3)
9. การปฏิบัติในการดูแลตนเอง และทารกที่ขัดแย้งระหว่าง ความเชื่อ วัฒนธรรมกับคำแนะนำจาก แพทย์ และพยาบาล	21(70)	1(3.3)	2(6.7)	4(13.3)	2(6.7)	23(76.7)	0	3(10)	3(10)	1(3.3)
10. ความคิดเห็น หรือแนวทางที่แตกต่างในการเลี้ยงดูลูกของ ครอบครัว	20(66.7)	1(3.3)	7(23.3)	1(3.3)	1(3.3)	21(70)	0	5(16.7)	3(10)	1(3.3)

ตาราง ง 7

จำนวน และร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามการประเมินระดับความเครียดในระยะหลังคลอดวันที่ 5 (N = 60)

ความเครียดในระยะหลังคลอด	ระดับการประเมินความเครียด									
	กลุ่มทดลอง (N=30) จำนวน (ร้อยละ)					กลุ่มควบคุม (N=30) จำนวน (ร้อยละ)				
	ไม่เครียด	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด	ไม่เครียด	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด
1. ความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย	18(60)	0	7(23.3)	3(10)	2(6.7)	11(36.7)	1(3.3)	7(23.3)	7(23.3)	4(13.3)
2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย	19(63.3)	3(10)	3(10)	5(16.7)	0	19(63.3)	1(3.3)	3(10)	4(13.3)	3(10)
3. ประสบการณ์การคลอดครั้งนี้	15(50)	1(3.3)	6(20)	7(23.3)	1(3.3)	18(60)	0	1(3.3)	6(20)	5(16.7)
4. การมีบทบาทเป็นมารดาหลังคลอด	21(70)	3(10)	3(10)	3(10)	0	21(70)	0	3(10)	3(10)	3(10)
5. การไม่ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว	18(60)	1(3.3)	6(20)	4(13.3)	1(3.3)	11(36.7)	1(3.3)	9(30)	6(20)	3(10)
6. กิจกรรมการดูแลตนเอง	20(66.7)	0	3(10)	7(23.3)	0	16(53.3)	0	6(20)	7(23.3)	1(3.3)

ตาราง ง 7 (ต่อ)

ความเครียดในระยะหลังคลอด	ระดับการประเมินความเครียด									
	กลุ่มทดลอง (N=30) จำนวน (ร้อยละ)					กลุ่มควบคุม (N=30) จำนวน (ร้อยละ)				
	ไม่เครียด	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด	ไม่เครียด	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด
7. การคลอดบุตร และการเลี้ยงดูบุตรทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น	18(60)	3(10)	4(13.3)	5(16.7)	0	11(36.7)	3(10)	12(40)	3(10)	1(3.3)
8. การไม่สามารถประเมินพฤติกรรมทารกแรกเกิดได้ถูกต้อง	13(43.3)	4(13.3)	7(23.3)	4(13.3)	2	14(46.7)	2(6.7)	9(30)	5(16.7)	0
9. การปฏิบัติในการดูแลตนเอง และทารกหลังคลอด ที่ขัดแย้งระหว่างความเชื่อ วัฒนธรรมของตนกับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล	23(76.7)	0	3(10)	1(3.3)	3(10)	22(73.3)	1(3.3)	2(6.7)	3(10)	2(6.7)
10. ความคิดเห็น หรือแนวทางที่แตกต่างในการเลี้ยงดูลูกของครอบครัว	24(80)	1(3.3)	4(13.3)	1(3.3)	0	21(70)	0	6(20)	1(3.3)	2(6.7)

ตาราง ง 8

ระดับคะแนนความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และมารดาหลังคลอดวันที่ 2 และวันที่ 5 (N = 60)

ความเครียด	การประเมินความเครียด							
	กลุ่มทดลอง (N=30) จำนวน (ร้อยละ)				กลุ่มควบคุม (N=30) จำนวน (ร้อยละ)			
	ปกติ	สูงกว่าปกติ เล็กน้อย	สูงกว่าปกติ ปานกลาง	สูงกว่าปกติ มาก	ปกติ	สูงกว่าปกติ เล็กน้อย	สูงกว่าปกติ ปานกลาง	สูงกว่าปกติ มาก
ไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์	22(73.3)	7(23.3)	1(3.3)	0	22(73.3)	6(20)	2(6.7)	0
วันที่ 2 หลังคลอด	19(63.3)	6(20)	5(16.7)	0	15(50)	12(40)	3(10)	0
วันที่ 5 หลังคลอด	18(90)	6(20)	6(20)	0	14(46.7)	9(30)	5(16.7)	2(6.7)

ตาราง ง 9

ระดับคะแนนอารมณ์เศร้าหลังคลอดของมารดาหลังคลอดวันที่ 2 และวันที่ 5 (N = 60)

อารมณ์เศร้าหลังคลอด	การประเมินอารมณ์เศร้าหลังคลอด									
	กลุ่มทดลอง (N=30) จำนวน (ร้อยละ)					กลุ่มควบคุม (N=30) จำนวน (ร้อยละ)				
	ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
วันที่ 2 หลังคลอด	11(36.7)	16(53.3)	3(10)	0	0	6(20)	20(66.67)	3(10)	1(3.3)	0
วันที่ 5 หลังคลอด	11(36.7)	17(56.7)	2(6.7)	0	0	7(23.3)	18(60)	4(13.3)	1(3.3)	0

ภาคผนวก จ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์

โปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อเป็นการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของมารดา ตั้งแต่ระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ ให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงระยะหลังคลอด และบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม โดยมีแนวคิดในการจัดกิจกรรมของโปรแกรมประยุกต์ตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดของ ลาซารัส และ โฟลคแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด แนวทางการจัดการกับความเครียด และอารมณ์เศร้าหลังคลอด

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้มารดาในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และมารดาหลังคลอดมีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม

กลุ่มเป้าหมาย

หญิงครรภ์แรกในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ระหว่างเดือนสิงหาคม 2554 ถึงเดือนกันยายน 2555 จำนวน 60 คน โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์
2. อาศัยอยู่ร่วมกับสามี
3. ไม่มีประวัติของโรคจิต
4. ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้

การจัดกิจกรรมและระยะเวลา

การจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 4-5 ราย จำนวน 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 เมื่ออายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ และครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 35-37 สัปดาห์ ใช้เวลา

ในกิจกรรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ครั้งละ 1 ชั่วโมง ส่วนครั้งที่ 3 ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที และมีการประเมินติดตามผลในวันที่ 2 และวันที่ 5 หลังคลอด โดยมีการส่งเสริมความคิดเชิงบวก การฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียดจากแผ่นบันทึกเสียงคลายเครียดด้วยตนเอง และทักษะการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นการให้ความรู้ และคำแนะนำตามแผนการสอน เรื่อง 1) ความเครียดและการจัดการกับความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และหลังคลอด 2) อารมณ์เศร้าหลังคลอด และ 3) การส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารก ร่วมกับการฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็กก่อนและทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตลอดจนการเชื่อมห้องคลอดและหอผู้ป่วยหลังคลอดร่วมกับการอภิปรายกลุ่มในประสบการณ์ที่ได้รับ

สถานที่

หน่วยฝากครรภ์ ห้องคลอด และหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

สื่อที่ใช้ประกอบกิจกรรม

1. แผนการสอน 3 เรื่อง คือ 1) ความเครียดและการจัดการกับความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และหลังคลอด 2) อารมณ์เศร้าหลังคลอด และ 3) การส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารก

2. คู่มือ “คุณแม่มือใหม่.....ทำได้”

3. โปสเตอร์ประกอบการฝึกทักษะการปฏิบัติการเลี้ยงดูเด็กก่อน ประกอบด้วยการอุ้มทารก ทำอุ้มทารกในขณะที่ให้นมมารดา การจับทารกเรอ การเปลี่ยนผ้าอ้อม และการทำความสะอาดหลังการขับถ่าย

4. แผ่นบันทึกเสียงคลายเครียดด้วยตนเอง สำหรับใช้ประกอบการฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียด เนื้อหาจัดทำโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2549)

5. หุ่นจำลองทารกแรกเกิด

ผู้ดำเนินการ

นางสาวนรานุช ลัทธิติการย์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ (การผดุงครรภ์ขั้นสูง) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผศ. ดร. ทรงพร จันทรพัฒน์

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

รศ. จุติพร อิงคดาวรังศ์

การประเมินผล

1. ประเมินระดับความเครียดของมารดาหลังคลอด
2. ประเมินอารมณ์เศร้าหลังคลอด
3. จากการสังเกตการร่วมอภิปราย และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของมารดา

กิจกรรมครั้งที่ 1 (อายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์) กิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 5-10 ราย ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

ขั้นตอนกิจกรรม	กิจกรรม		ระยะเวลา/ อุปกรณ์	วิธีการประเมินผล
	ผู้วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง		
1. สร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงการดำเนินกิจกรรมต่างๆของโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้	<ul style="list-style-type: none"> - ทักทาย และแนะนำตัวเอง - ชักถามเกี่ยวกับสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง และทารกในครรภ์ - ชี้แจงเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมต่างๆ - เปิดโอกาสให้ชักถามข้อสงสัย - ตอบข้อซักถาม 	<ul style="list-style-type: none"> - แนะนำตนเอง - พูดคุยเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และทารกในครรภ์ - รับฟังการชี้แจง - ชักถามข้อสงสัย 	-ใช้เวลา 5 นาที	- กลุ่มตัวอย่างสนใจรับฟัง มีสัมพันธภาพที่ดี และยินดีให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม
2. ให้ความรู้ และคำแนะนำ เรื่องความเครียดและการเผชิญกับความเครียด ในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และหลังคลอด	(รายละเอียดในแผนการสอน)	(รายละเอียดในแผนการสอน)	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้เวลา 15 นาที - แผนการสอน - คู่มือ “คุณแม่มือใหม่....ทำได้” 	(รายละเอียดในแผนการสอน)

ขั้นตอนกิจกรรม	กิจกรรม		ระยะเวลา/ อุปกรณ์	วิธีการประเมินผล
	ผู้วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง		
3. ให้ความรู้ และคำแนะนำการสร้าง ความคิดเชิงบวก และการฝึกปฏิบัติ ความคิดเชิงบวก	(รายละเอียดในแผนการสอน)	(รายละเอียดในแผนการสอน)	- ใช้เวลา 15 นาที - แผนการสอน - คู่มือ ฯ	(รายละเอียดในแผนการสอน)
4. ฝึกการผ่อนคลายความเครียด และแจก แผ่นบันทึกเสียงคลายเครียดด้วยตนเอง เพื่อปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียดต่อที่ บ้านทุกวัน	- ชี้แจงวิธีฝึกการผ่อนคลายความเครียด และแนะนำให้ปฏิบัติการผ่อนคลายความ เครียดต่อที่บ้านทุกวัน พร้อมทั้งบันทึก ความรู้สึกหลังการผ่อนคลายความเครียด - เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย - ตอบข้อซักถาม - สังเกตการฝึกการผ่อนคลายความเครียด - ให้สรุปสิ่งที่ได้รับหลังการฝึกการผ่อนคลาย ความเครียด	- รับฟัง - ซักถามข้อสงสัย - ฝึกการผ่อนคลายความเครียด - สรุปความรู้สึกที่ได้รับหลังการ ฝึกการผ่อนคลายความเครียด	- ใช้เวลา 20 นาที - แผ่นบันทึกเสียง คลายเครียดด้วย ตนเอง - คู่มือ ฯ	- กลุ่มตัวอย่างฝึกการผ่อนคลาย ความเครียด ได้ถูกต้อง และ สามารถบอกความรู้สึกที่ได้รับ หลังการฝึกการผ่อนคลายความ เครียด

ขั้นตอนกิจกรรม	กิจกรรม		ระยะเวลา/ อุปกรณ์	วิธีการประเมินผล
	ผู้วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง		
5. สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในครั้งนี้ และแจกคู่มือ “คุณแม่่มือใหม่...ทำได้” พร้อมทั้งนัดหมายครั้งที่ 2 อีก 2 สัปดาห์	<ul style="list-style-type: none"> - กระตุ้นให้ร่วมสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ - ตกลงนัดหมายครั้งที่ 2 พร้อมชี้แจงการติดตามความก้าวหน้าการฝึกการผ่อนคลายความเครียด และสอบถามปัญหาทางโทรศัพท์ - เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย - ตอบข้อซักถาม 	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ - รับฟัง - ซักถามข้อสงสัย 	- ใช้เวลา 5 นาที	- กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ และรับทราบการนัดหมายครั้งที่ 2

กิจกรรมครั้งที่ 2 (อายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์) กิจกรรมกลุ่ม กลุ่ม กลุ่มละ 5-10 ราย ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

ขั้นตอนกิจกรรม	กิจกรรม		ระยะเวลา/ อุปกรณ์	วิธีการประเมินผล
	ผู้วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง		
1. ผู้วิจัยพูดคุย ชักถามเกี่ยวกับสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ และชี้แจงเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้	- ทักทาย - ชักถามเกี่ยวกับสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ - ชี้แจงเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรม	- ทักทาย - พูดคุยเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และทารกในครรภ์ - รับฟังการชี้แจง	- ใช้เวลา 5 นาที	- กลุ่มตัวอย่างสนใจรับฟัง และพูดคุยเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์
2. ให้ความรู้ คำแนะนำ เรื่องอารมณ์เศร้าหลังคลอด	(รายละเอียดในแผนการสอน)	(รายละเอียดในแผนการสอน)	- ใช้เวลา 20 นาที - แผนการสอน - คู่มือ ฯ	(รายละเอียดในแผนการสอน)
3. อภิปรายกลุ่มในประเด็น ประสพการณ์ ประโยชน์ และอุปสรรคที่ได้รับจากการฝึกผ่อนคลายความเครียด และการฝึกปรับเปลี่ยนความคิดในเชิงบวก และสรุปประเด็นสำคัญจากการอภิปรายกลุ่ม	- ชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการอภิปรายกลุ่ม - เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย - ตอบข้อซักถาม - กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างร่วมอภิปรายกลุ่ม - สรุปประเด็นสำคัญ	- รับฟังการชี้แจง - ซักถามข้อสงสัย - ร่วมอภิปรายกลุ่ม - รับฟัง	- ใช้เวลา 30 นาที	- กลุ่มตัวอย่างร่วมอภิปราย แสดงความคิดเห็น ถึงประสพการณ์ และอุปสรรคที่ได้รับจากการฝึกผ่อนคลายความเครียด และการฝึกปรับเปลี่ยนความคิดในเชิงบวก

ขั้นตอนกิจกรรม	กิจกรรม		ระยะเวลา/ อุปกรณ์	วิธีการประเมินผล
	ผู้วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง		
4. สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรมครั้งนี้ และนัดหมายครั้งที่ 3 อีกหนึ่งสัปดาห์	<ul style="list-style-type: none"> - กระตุ้นให้สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ - ชี้แจงการนัดหมายครั้งที่ 3 - เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย 	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ - รับฟัง - ซักถามข้อสงสัย 	- ใช้เวลา 5 นาที	- กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ และรับทราบการนัดหมาย

กิจกรรมครั้งที่ 3 (อายุครรภ์ 35-37 สัปดาห์) กิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 5-10 ราย ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที

ขั้นตอนกิจกรรม	กิจกรรม		ระยะเวลา/ อุปกรณ์	วิธีการประเมินผล
	ผู้วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง		
1. ผู้วิจัย พูดคุย ซักถามเกี่ยวกับสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ และชี้แจงเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้	<ul style="list-style-type: none"> - ทักทาย - ซักถามเกี่ยวกับสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ - ชี้แจงเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรม 	<ul style="list-style-type: none"> - ทักทาย - พูดคุยเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และทารกในครรภ์ - รับฟังการชี้แจง 	- ใช้เวลา 5 นาที	- กลุ่มตัวอย่างสนใจรับฟัง และมีการพูดคุยเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และทารกในครรภ์

ขั้นตอนกิจกรรม	กิจกรรม		ระยะเวลา/ อุปกรณ์	วิธีการประเมินผล
	ผู้วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง		
2. นำกลุ่มตัวอย่างเยี่ยมห้องคลอด และหอผู้ป่วยหลังคลอด	<ul style="list-style-type: none"> - ชี้แจงขั้นตอนการปฏิบัติ และระยะเวลาการเยี่ยมสถานที่ - นำกลุ่มตัวอย่างเยี่ยมสถานที่ - เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย - ตอบข้อซักถาม 	<ul style="list-style-type: none"> - รับฟังการชี้แจง - เยี่ยมชมสถานที่ - ซักถามข้อสงสัย 	- ใช้เวลา 20 นาที	- กลุ่มตัวอย่างสนใจในการเยี่ยมสถานที่ และมีการสังเกตการปฏิบัติตัวของมารดาในระยะหลังคลอด
3. อภิปรายกลุ่มในประเด็นเกี่ยวกับประสบการณ์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการสังเกตสถานการณ์และการปฏิบัติตัวของมารดาในระยะหลังคลอด ร่วมกันให้ความรู้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับกระบวนการ หรือขั้นตอนที่กลุ่มตัวอย่างต้องเผชิญในระยะคลอดและหลังคลอด	<ul style="list-style-type: none"> - ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอบเขต - เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย - ตอบข้อซักถาม - กระตุ้นกลุ่มตัวอย่างร่วมอภิปราย - สรุปประเด็นสำคัญ - ให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการคลอด - เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น - เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย 	<ul style="list-style-type: none"> - รับฟังการชี้แจง - ซักถามข้อสงสัย - ร่วมอภิปรายกลุ่ม - รับฟัง - รับฟัง - แสดงความคิดเห็น 	- ใช้เวลา 20 นาที	- กลุ่มตัวอย่างร่วมอภิปรายประสบการณ์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการสังเกตสถานการณ์ และการปฏิบัติตัวของมารดาในระยะหลังคลอด

ขั้นตอนกิจกรรม	กิจกรรม		ระยะเวลา/ อุปกรณ์	วิธีการประเมินผล
	ผู้วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง		
4. ให้ความรู้ คำแนะนำตามแผนการสอน เรื่องการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารก	(รายละเอียดในแผนการสอน)	(รายละเอียดในแผนการสอน)	- ใช้เวลา 15 นาที - แผนการสอน	(รายละเอียดในแผนการสอน)
5. สาธิต และให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับทักษะการเลี้ยงดูเด็กอ่อน	- สาธิตทักษะการเลี้ยงดูเด็กอ่อน และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ - สังเกตการสาธิตย้อนกลับ	- ชมการสาธิต - สาธิตย้อนกลับ	- ใช้เวลา 25 นาที - โปสเตอร์	- กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ ทักษะการเลี้ยงดูเด็กอ่อน และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ถูกต้อง
6. สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมในครั้งนี้ และนัดหมายการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่ 2 หลังจากคลอดบุตร	- กระตุ้นให้สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ - นัดหมายในการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่ 2 หลังจากคลอด - เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย - ตอบข้อซักถาม	- ร่วมสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ - รับฟัง - ซักถามข้อสงสัย	- ใช้เวลา 5 นาที	- กลุ่มตัวอย่าง มีส่วนร่วมในการสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้และรับทราบการนัดหมายในการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่ 2 หลังจากคลอด

แผนการสอน

เรื่อง ความเครียดและการจัดการกับความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และหลังคลอด

ผู้สอน นางสาวรณัฐ สัจฉิตการย์

กลุ่มเป้าหมาย มารดาในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์

ระยะเวลาที่สอน 30 นาที

สถานที่ หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลหาดใหญ่

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้มารดา มีความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียด สาเหตุของการเกิดความเครียด และผลกระทบของความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และหลังคลอด
2. เพื่อให้มารดาสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรม		สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
		ผู้สอน	ผู้ฟัง		
<p>- เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับ</p> <p>...</p>	<p>บทนำ</p> <p>การตั้งครรภ์ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด ทำให้เกิดความเครียดแก่ผู้เป็นมารดา ถ้ามารดาสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ได้ดี ย่อมนำความสุขมาสู่ครอบครัว แต่ถ้าไม่มารดาสามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสมก็จะนำไปสู่อารมณ์เศร้าหลังคลอดและอาจทำให้มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้</p> <p>ความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และหลังคลอด</p> <p>ในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ มารดาจะมีความไม่สบายใจจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย</p> <p>...</p> <p>...</p>	<p>- กล่าวกรีนนำ</p>	<p>- รับฟัง</p>	<p>- โปสเตอร์</p> <p>- คู่มือฯ</p>	<p>- กลุ่มตัวอย่างตอบข้อซักถามได้ถูกต้อง</p>
<p>...</p>	<p>...</p>	<p>- บรรยาย</p> <p>- ซักถาม</p>	<p>- รับฟัง</p> <p>- ตอบข้อซักถาม</p>	<p>- โปสเตอร์</p> <p>- คู่มือฯ</p>	<p>- กลุ่มตัวอย่างตอบข้อซักถามได้ถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรม		สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
		ผู้สอน	ผู้ฟัง		
<p>- เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ</p> <p>...</p> <p>...</p>	<p>สาเหตุความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และหลังคลอด</p> <p>สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด มีหลายสาเหตุด้วยกัน ปัจจัยบางประการมีผลทำให้เกิดความเครียดสืบเนื่องตั้งแต่ตั้งครรภ์ไปจนถึงหลังคลอด ได้แก่</p> <p>1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด ทำให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวล</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>5. มีความวิตกกังวล และความเครียดเกี่ยวกับบทบาทการเป็นมารดา และการเลี้ยงดูบุตรในอนาคต</p> <p>....</p> <p>....</p>	<p>- บรรยาย</p> <p>- เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย</p> <p>- ตอบข้อซักถาม</p>	<p>- บอกเล่าประสบการณ์ของตนเอง</p> <p>- รับฟัง</p> <p>- ซักถามข้อสงสัย</p>	- โปสเตอร์	<p>- กลุ่มตัวอย่างตอบข้อซักถามเกี่ยวกับสาเหตุความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และหลังคลอดได้ถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรม		สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
		ผู้สอน	ผู้ฟัง		
<p>- เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>- เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ</p> <p>...</p> <p>...</p>	<p><i>ผลกระทบของความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์</i></p> <p><i>และหลังคลอด</i></p> <p>ความเครียดขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะถ้ามีความวิตกกังวลร่วมด้วยในระดับสูงจะเพิ่มความเสี่ยงในการแท้ง การคลอดก่อนกำหนด และความผิดปกติของทารกในครรภ์ นอกจากนี้ยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางด้านจิตใจในมารดาหลังคลอด</p> <p>...</p> <p>....</p> <p>...</p> <p><i>การจัดการกับความเครียด</i></p> <p>เมื่อเผชิญกับความเครียด สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม วิธีจัดการกับความเครียดมีหลากหลายรูปแบบแตกต่างกัน แบ่งเป็น 3 วิธีการ คือ การหันเหความสนใจ การผ่อนคลายความเครียด และการแก้ไขปัญหา</p>	<p>- บรรยาย</p> <p>- เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย</p> <p>- ตอบข้อซักถาม</p> <p>- บรรยาย</p> <p>- เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย</p>	<p>- รับฟัง</p> <p>- ตอบข้อซักถาม</p> <p>- รับฟัง</p> <p>- ซักถาม</p>	<p>- กลุ่มตัวอย่าง</p>	<p>- กลุ่มตัวอย่างตอบข้อซักถามเกี่ยวกับผลกระทบของความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ และหลังคลอดได้ถูกต้อง</p> <p>- กลุ่มตัวอย่างตอบข้อซักถามได้ถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรม		สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
		ผู้สอน	ผู้ฟัง		
	<p>ดังรายละเอียดต่อไปนี้</p> <p>1. การหันเหความสนใจ คือ การพักความคิดในเรื่องนั้นไว้ชั่วคราว หรือ หลีกหนีจากสถานการณ์นั้นชั่วคราว</p> <p>...</p> <p>2. การผ่อนคลายความเครียด เป็นการช่วยบรรเทาความเครียดที่มีอยู่ในร่างกายและจิตใจให้ลดลง</p> <p>...</p> <p>3. การแก้ปัญหา เป็นการพิจารณาสาเหตุของปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียด พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ปัญหาจากสาเหตุที่เกิด เพื่อให้การแก้ปัญหานั้นได้ตรงประเด็น</p> <p>...</p> <p>วิธีการแก้ปัญหามีดังนี้</p> <p>...</p>	<p>- ชักถามวิธีการจัดการกับความเครียด ที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้</p> <p>- ตอบข้อซักถาม</p>	<p>- ตอบข้อซักถาม</p>	- คู่มือฯ	

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรม		สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
		ผู้สอน	ผู้ฟัง		
<p>- เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ</p> <p>...</p> <p>...</p>	<p><i>การสร้างความคิดเชิงบวก</i></p> <p>เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดหรือเปลี่ยนมุมมองใหม่ ซึ่งความคิดที่สามารถสร้างความสุข หรือความทุกข์ได้ คือ การคิดบวก และการคิดลบ</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>“ความคิด” จึงเป็นสิ่งที่สำคัญ ความคิดในด้านดีจะช่วยลดความเครียดที่กำลังเกิดขึ้นให้คลายลง และป้องกันไม่ให้เกิดความเครียดขึ้นใหม่อีกด้วย การสร้างความคิดเชิงบวกต้องเริ่มต้นจากการปรับความคิด คือ การมองโลกในด้านบวก หรือมองโลกในแง่ดี มีหลักการง่ายๆ ดังนี้</p> <p>1. เห็นบวกเป็นบวก คือ การเห็นในสิ่งที่ดีแล้วรู้สึกดียิ่งขึ้น</p> <p>...</p> <p>...</p>	<p>- บรรยาย</p> <p>- ตั้งคำถาม</p> <p>เพื่อให้สะท้อนความรู้สึกรู้สึกนึกคิด</p> <p>- ชี้ประเด็นที่สะท้อนความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่เป็นเชิงบวก หรือลบจากคำถาม</p> <p>- ส่งเสริมให้มีความคิดเชิงบวก</p>	<p>- รับฟัง</p> <p>- ตอบข้อซักถาม</p> <p>- รับฟัง</p> <p>- รับฟัง</p>	<p>- คู่มือฯ</p> <p>- วิดีทัศน์</p> <p>ปฏิบัติการคิดเชิงบวก (รายละเอียดหน้า 135)</p>	<p>- กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกวิธีคิดบวก และสามารถฝึกปฏิบัติการปรับความคิดเป็นเชิงบวกได้อย่างถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรม		สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
		ผู้สอน	ผู้ฟัง		
	<p><i>สรุป</i></p> <p>ความเครียดในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอดเป็นความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มารดาหลังคลอดสามารถที่จะเผชิญกับความเครียด และจัดการกับความเครียดนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้</p> <p>...</p> <p>...</p>				

วิธีฝึกปฏิบัติการคิดเชิงบวก

การเปลี่ยนแปลงในระยะไตรมาสที่สาม จะก่อให้เกิดความเครียดทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การเผชิญกับความเครียด นอกเหนือจากการใช้เทคนิคต่างๆ เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ การคิดเชิงบวกจะเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้เป็นมารดาสามารถเผชิญกับความเครียด และปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงได้ดีขึ้น สำหรับการเปลี่ยนแปลงที่มารดาอาจจะพบได้ เช่น ความไม่สบายทางด้านร่างกายจากอาการปวดหลัง ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดที่จะเกิดขึ้น เป็นต้น (ลาวัลย์ และเทียมสร, Driscoll, 2008) ดังนั้นเพื่อเป็นการฝึกปฏิบัติการคิดเชิงบวก จึงได้กำหนดลำดับขั้นตอนเพื่อนำไปสู่การคิดเชิงบวก โดยประยุกต์หลักของปรับความคิดเป็นเชิงบวก ดังนี้ (วัชณี, สุวดี และระพีพร, 2546; ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-15 กรมสุขภาพจิต, 2553; โสภณัท, 2544)

1. ตั้งคำถาม เพื่อให้ผู้ฟังสะท้อนความรู้สึกนึกคิดของตนออกมา โดยตั้งคำถามเกี่ยวกับ
 - 1.1 ความรู้สึกนึกคิดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย มีคำถาม ดังนี้

“สมมุติว่าขณะนี้ท่านมีอาการปวดหลัง ท่านทราบหรือไม่ว่า.....”

 - อาการปวดหลังเกิดจากสาเหตุใด
 - ท่านจะปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการปวดหลังอย่างไร
 - ท่านรู้สึกอย่างไรกับอาการปวดหลัง
 - ท่านจะปรับความคิดที่ทำให้มีความรู้สึกที่ดีกับสภาวะของท่านขณะนี้ได้อย่างไร
 - 1.2 การสะท้อนความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับการคลอดที่จะเกิดขึ้น มีคำถาม ดังนี้
 - ท่านมีความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับการคลอดของท่านที่จะเกิดขึ้นอย่างไร
 - ทำไมท่านรู้สึกเช่นนั้น
 - ท่านจะปรับความคิดที่ทำให้มีความรู้สึกที่ดีกับการคลอดที่จะเกิดขึ้นอย่างไร
2. การชี้ประเด็นที่สะท้อนความรู้สึกนึกคิดที่เป็นเชิงบวก หรือลบจากตัวอย่างคำถาม ในข้อที่ 1
 - 2.1 ถ้าคำตอบสะท้อนความรู้สึกนึกคิดในเชิงลบ เช่น ไม่พึงพอใจกับอาการปวดหลัง หรือกลัวต่อการคลอดที่จะเกิดขึ้น ผู้วิจัยจะอธิบาย และให้ความรู้เพิ่มเติม เพื่อเป็นการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง

พร้อมแนวทางการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม อันจะเป็นการปรับความรู้สึกนึกคิดที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมในเชิงลบลง พร้อมกับเสริมแนวคิดในเชิงบวก โดยจะอธิบายให้ทราบว่า

- การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เมื่ออายุครรภ์เพิ่มมากขึ้น มดลูกจะมีขนาดโตขึ้น เพื่อรองรับกับขนาดของทารกในครรภ์ที่โตขึ้น กล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อบริเวณหน้าท้องจะขยายตัวและยืดออกมากทำให้แรงดึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง น้ำหนักของมดลูกที่เพิ่มขึ้นจะถ่วงไปข้างหน้า ทำให้จุดศูนย์ถ่วงในการทรงตัวของร่างกายเปลี่ยนไป กระดูกสันหลังจึงต้องแอ่นมากขึ้นเพื่อรักษาสมดุลของการทรงตัวไว้ เป็นเหตุให้กล้ามเนื้อหลังและกล้ามเนื้อขาตึง เกิดอาการปวดหลังตามมา (วรรณรัตน์, 2550) อาการปวดหลังในหญิงตั้งครรภ์ที่พบบ่อย คือ อาการปวดหลังส่วนล่าง คือ ปวดบริเวณกระดูกสันหลังส่วนบั้นเอว ซึ่งเป็นส่วนที่ทำให้เกิดอาการปวดหลังมากที่สุด และมีอาการปวดตื้อๆบริเวณกระดูกสันหลังส่วนบั้นเอวลงไปถึงกระเบนเหน็บ อาการปวดจะแผ่ไปยังสะโพก และเข้า ปวดมากขึ้นเมื่ออยู่ในท่าเดิมนานๆ หรือมีการเคลื่อนไหวสะโพกหรือกระดูกสันหลัง

- ถึงแม้ว่าจะมีอาการปวดหลัง หรือรู้สึกไม่พึงพอใจกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทั้งอาการปวดหลัง และอาการอื่นๆ แต่มีวิธีการที่จะช่วยให้รู้สึกสุขสบายขึ้น โดยการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และพยาบาล เช่น การอยู่ในท่าทางที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องยกของหนัก การบริหารกล้ามเนื้อหลัง การนวดบริเวณหลังและบั้นเอว เป็นต้น

- การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจะเป็นกลยุทธ์ที่ธรรมชาติสร้างมา เพื่อให้มารดา มีความอดทนต่อการเปลี่ยนแปลง และเตรียมตัวรับกับบทบาทความรับผิดชอบที่จะค่อยๆ พัฒนาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ต่อเนื่องไประยะคลอด และหลังคลอด ดังนั้นความรู้สึกที่เกิดขึ้นนี้ จึงกล่าวได้ว่าเป็นภาวะปกติของการตั้งครรภ์ การคลอด และการเป็นมารดา ที่ผู้เป็นมารดาจะต้องมีการเรียนรู้ และฝึกปฏิบัติเพื่อให้ผ่านพ้นสถานการณ์ หรือความรู้สึกที่ไม่พึงพอใจ ก้าวผ่านไปสู่การเป็นมารดาได้อย่างราบรื่นในที่สุด

2.2 ถ้าคำตอบสะท้อนความรู้สึกนึกคิดในเชิงบวก เช่น ความคิดเห็นที่แสดงถึงการยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของร่างกาย และการคลอดที่จะเกิดขึ้น หรือบางรายอาจจะแสดงถึงความรู้สึกที่ก้าวถึงระหว่างความกลัวกับการคลอดที่จะเกิดก็จริง แต่ในขณะที่เดียวกันก็รู้สึกตื่นเต้นยินดีที่จะได้เห็นหน้าลูก และมีความพร้อมในการเป็นมารดาที่จะเลี้ยงดูลูกในระยะหลังคลอด ผู้วิจัย

จะชมเชย ให้กำลังใจ เพื่อคงไว้ซึ่งความคิดในเชิงบวกนั้นๆ เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจถึงศักยภาพต่อการดูแลตนเองและทารกต่อไป

3. การส่งเสริมให้มีความคิดเชิงบวกในสถานการณ์อื่นๆ ในชีวิตที่อาจจะก่อให้เกิดความคิดในเชิงลบ เช่น ปฏิกริยาด้านลบของครอบครัว การไม่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนด้านต่างๆ

3.1 ปฏิกริยาด้านลบของครอบครัว จากตัวอย่างข้อความ “ การที่คนอื่นตำหนิเรา เป็นการช่วยให้เราได้เห็นตนเองในส่วนที่ควรปรับปรุง และสามารถพัฒนาตนเองให้ดีขึ้นไปอีก”

จากตัวอย่างข้อความ ผู้วิจัยจะอธิบายเพิ่มเติม เพื่อให้เห็นแนวคิดเชิงบวกที่ชัดเจนขึ้น ดังนี้ ข้อความแสดงให้เห็นถึงแนวคิดของคนเราเมื่ออยู่ในสถานการณ์ ที่ต้องเผชิญกับการปฏิบัติจากผู้อื่นในเชิงตำหนิ การมีมุมมองที่คิดว่าสิ่งที่ผู้อื่นพูดกับเราเช่นนี้ และตัวเราเองมีความคิดว่ายังมี ส่วนที่ควรปรับปรุงแก้ไข และสามารถพัฒนาตนเองขึ้นไปได้อีกนั้น ก็จะเป็นการช่วยปรับตัวต่อสิ่งเร้าที่จะก่อให้เกิดความเครียด โดยการปรับมุมมองมีแนวคิดในเชิงบวกก็จะช่วยให้สามารถปรับตัว ในระยะหลังคลอดได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.2 การไม่ได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนด้านต่างๆ จากตัวอย่างข้อความ

- สามีไม่ค่อยมีเวลาเอาใจใส่ แต่เป็นคนขยันในการทำมาหากิน
- เราไม่สามารถเปลี่ยนแปลงใครได้ เพราะฉะนั้นเลิกคาดหวังให้เขาได้ดังใจเรา
- ถึงแม้ว่าไม่มีใครคอยช่วยเหลือในระยะหลังคลอด ตัวเราเองมีความเชื่อมั่น และ

มั่นใจว่าจะสามารถดูแลตนเอง และลูกได้เป็นอย่างดี

จากตัวอย่างข้อความ ผู้วิจัยจะอธิบายเพิ่มเติม เพื่อให้เห็นแนวคิดเชิงบวกที่ชัดเจนขึ้น ดังนี้ ข้อความแสดงให้เห็นว่าในบางครั้งการตั้งความหวังว่าจะได้รับความช่วยเหลือ หรือคาดหวังที่จะได้รับสิ่งต่างๆจากบุคคลอื่น แต่บุคคลเหล่านั้นไม่สามารถที่จะตอบสนองความต้องการได้ การยอมรับความจริงตามสภาพที่เป็นอยู่ จะช่วยลดความรู้สึกรัดแค้นที่จะนำไปสู่ความเครียด และควรหากวิธีที่จะช่วยให้มีการปรับตัวต่อสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

แผนการสอน

เรื่อง อารมณ์เศร้าหลังคลอด

ผู้สอน นางสาวนรานุช สันฐิติการย์

กลุ่มเป้าหมาย มารดาในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์

ระยะเวลาที่สอน 20 นาที

สถานที่ หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลหาดใหญ่

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้มารดาเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และด้านอารมณ์ ในระยะตั้งครรภ์ไตรมาสที่สาม และระยะหลังคลอด
2. เพื่อให้มารดาเข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหลังคลอด
3. เพื่อให้มารดาสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรม		สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
		ผู้สอน	ผู้ฟัง		
<p>...</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>- เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ</p> <p>...</p> <p>...</p>	<p><i>บทนำ</i></p> <p>โดยทั่วไปหลังคลอดใหม่ ๆ จะเป็นเวลาแห่งความสุขที่สุดของผู้เป็นมารดา เพราะเป็นช่วงเวลาที่ได้ออกมาชื่นชมหลังจากที่ต้องเฝ้ารอคอยมานาน แต่ในความเป็นจริงมีมารดาหลังคลอดจำนวนไม่น้อยที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด</p> <p>...</p> <p>...</p> <p><i>การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และด้านอารมณ์ ระยะตั้งครรภ์ไตรมาสที่สาม และระยะหลังคลอด</i></p> <p>ระยะตั้งครรภ์ไตรมาสที่สามเป็นช่วงอายุครรภ์ ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไปจนกระทั่งคลอด มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย คือ</p> <p>....</p> <p>...</p>	<p>- กล่าวกรีนนำ</p> <p>- บรรยาย</p> <p>- เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย</p>	<p>- รับฟัง</p> <p>- รับฟัง</p>	<p>- คู่มือ “คุณแม่มือใหม่...ทำได้”</p>	<p>- กลุ่มตัวอย่างตอบข้อซักถาม</p> <p>...</p> <p>ได้ถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรม		สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
		ผู้สอน	ผู้ฟัง		
<p>- เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด</p>	<p>...</p> <p>...</p> <p>สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง</p> <p>สาเหตุที่แท้จริงของอารมณ์เศร้าหลังคลอดยังไม่ทราบแน่ชัด</p> <p>เชื่อว่าปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด ได้แก่</p> <p>1. การเปลี่ยนแปลงฮอร์โมน ซึ่งมีการเพิ่มมากขึ้นในขณะตั้งครรภ์ และลดลงอย่างรวดเร็วในระยะสั้นๆ หลังคลอด</p> <p>2. การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากการคลอด เช่น การเสียเลือด เสียน้ำ ใช้เวลานานในการคลอด มีแผลฝีเย็บหรือแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การเหนื่อยล้าจากการคลอด ทำให้อ่อนเพลีย ไม่สบาย จึงอาจทำให้อารมณ์อ่อนไหวแปรปรวนง่ายกว่าปกติ</p> <p>...</p> <p>...</p>	<p>- เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย</p> <p>- ตอบข้อซักถาม</p> <p>- บรรยาย</p> <p>- เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น</p> <p>- เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย</p> <p>- ตอบข้อซักถาม</p>	<p>- ซักถามข้อสงสัย</p> <p>- รับฟัง</p> <p>- แสดงความคิดเห็น</p> <p>- ซักถามข้อสงสัย</p>	- คู่มือฯ	- กลุ่มตัวอย่างตอบข้อซักถามเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้ถูกต้อง

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรม		สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
		ผู้สอน	ผู้ฟัง		
<p>- เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของอารมณ์เศร้าหลังคลอด</p> <p>- เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด</p>	<p>5. สาเหตุอื่นๆ เช่น ความคาดหวังในเพศทารก</p> <p><i>ผลกระทบ</i></p> <p>ถ้าอาการของอารมณ์เศร้าหลังคลอดรุนแรงและยาวนานเกิน 2 สัปดาห์ ก็จะพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งมารดาหลังคลอดจะปรับตัวได้ไม่ดี ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ</p> <p>...</p> <p>....</p> <p><i>การป้องกันอารมณ์เศร้าหลังคลอด</i></p> <p>1. ต้องได้รับอาหาร และน้ำเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ร่างกายฟื้นตัวโดยเร็ว ส่งเสริมการหายของแผลฝีเย็บ และช่วยในการสร้างน้ำนมมารดา เพราะการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพที่แข็งแรงปกติของตน ทำให้มีพลังที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของ</p>	<p>- บรรยาย</p> <p>- ชักถามผลกระทบของอารมณ์เศร้าหลังคลอด</p> <p>- เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย</p> <p>- ตอบข้อซักถาม</p> <p>- บรรยาย</p> <p>- ชักถามเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดอารมณ์เศร้าหลัง</p>	<p>- รับฟัง</p> <p>- ตอบข้อซักถาม</p> <p>- ชักถามข้อสงสัย</p> <p>- รับฟัง</p> <p>- ตอบข้อซักถาม</p>	<p>- คู่มือฯ</p> <p>- คู่มือฯ</p>	<p>- กลุ่มตัวอย่างตอบข้อซักถามเกี่ยวกับผลกระทบของอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้ถูกต้อง</p> <p>- กลุ่มตัวอย่างตอบข้อซักถามได้ถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรม		สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
		ผู้สอน	ผู้ฟัง		
	<p>ร่างกาย จิตใจ และบทบาทการเป็นมารดา เลี้ยงดูบุตร ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>7. ออกกำลังกายที่ชอบและเหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์ หรือมารดาหลังคลอด ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้มีการหลั่งสารแห่งความสุข มีผลทำให้ร่างกายสดชื่น และยังช่วยผ่อนคลายความเครียด</p> <p><i>สรุป</i></p> <p>จะเห็นได้ว่าถ้าหญิงตั้งครรภ์ และมารดาหลังคลอดมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และด้านอารมณ์</p>	<p>คลอด</p> <p>- เปิดโอกาสให้</p> <p>ซักถามข้อสงสัย</p> <p>- ตอบข้อซักถาม</p>	<p>- ซักถามข้อสงสัย</p> <p>สงสัย</p>		

แผนการสอน

เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารก

ผู้สอน นางสาวนรานุช สันธิติการย์

กลุ่มเป้าหมาย มารดาในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์

ระยะเวลาที่สอน 15 นาที

สถานที่ หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลหาดใหญ่

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้มารดาสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองตั้งแต่ในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์และหลังคลอด
2. เพื่อให้มารดาสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพทารก
3. เพื่อให้มารดาสามารถเผชิญกับสถานการณ์ในระยะหลังคลอด และปรับบทบาทได้เหมาะสม

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรม		สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
		ผู้สอน	ผู้ฟัง		
	<p><i>บทนำ</i></p> <p>ในระยะเวลาไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์และหลังคลอด เป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ในการปรับร่างกายเข้าสู่ภาวะปกติ ในขณะที่เดียวกันต้องมีการปรับบทบาทการเป็นมารดา</p> <p>...</p> <p>...</p> <p><i>การส่งเสริมสุขภาพของมารดาในระยะเวลาไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์</i></p> <p>มารดาในระยะนี้ต้องมีการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และทารกในครรภ์ ดังนี้</p> <p>1. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อเสริมสร้างความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งของมารดาและทารกในครรภ์</p> <p>...</p> <p>...</p>	<p>- กล่าวกรีนนำ</p>	<p>- รับฟัง</p>	<p>- คู่มือฯ</p>	
		<p>- บรรยาย</p> <p>- ชักถามการส่งเสริมสุขภาพมารดา</p> <p>- เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย</p>	<p>- รับฟัง</p> <p>- ตอบข้อซักถาม</p> <p>- ซักถามข้อสงสัย</p>	<p>- คู่มือฯ</p>	<p>- กลุ่มตัวอย่างตอบข้อซักถาม</p> <p>...</p> <p>...</p>

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรม		สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
		ผู้สอน	ผู้ฟัง		
<p>- เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมารดาในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์</p>	<p>4. การรักษาความสะอาดร่างกาย โดยเฉพาะอวัยวะสืบพันธุ์ไม่ให้อักเสบ เนื่องจากในระยะนี้จะมีตกขาวมากขึ้น และปัสสาวะบ่อย เพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์</p> <p>5. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทั้งตัวมารดาเอง และทารกในครรภ์</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>7. การเตรียมตัวเพื่อการคลอด ในเรื่อง</p> <p>7.1 การบริหารกล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกราน และช่องคลอด เป็นการยืดเชิงกรานให้แข็งแรง มีผลดีต่อการคลอด โดยใช้ท่าบริหารดังนี้</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>7.2 ทางด้านจิตใจ</p> <p>...</p>	- ตอบข้อซักถาม			

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรม		สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
		ผู้สอน	ผู้ฟัง		
<p>- เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มารดาหลังคลอด</p>	<p><i>การส่งเสริมสุขภาพของมารดาหลังคลอด</i></p> <p>มารดาในระยะหลังคลอด ต้องมีการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ดังนี้</p> <p>1. การนอนหลับพักผ่อน ในระยะหลังคลอดมารดาจะอ่อนเพลียจากการสูญเสียพลังงานในการคลอด ควรพักผ่อนอย่างเต็มที่และหลับอย่างเพียงพอ โดยลดกิจกรรมบางอย่างลง จัดสิ่งแวดล้อมไม่รบกวนการนอนพัก และบรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ</p> <p>2. การบรรเทาความเจ็บปวด ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะหลังคลอด</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>6. การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมและการสังเกตความผิดปกติ ได้แก่</p> <p>...</p>	<p>- บรรยาย</p> <p>- ชักถามการส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอด</p> <p>- เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย</p> <p>- ตอบข้อซักถาม</p>	<p>- รับฟัง</p> <p>- ตอบข้อซักถาม</p> <p>- ชักถามข้อสงสัย</p>	- คู่มือฯ	- กลุ่มตัวอย่างตอบข้อซักถามเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอดได้ถูกต้อง

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรม		สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
		ผู้สอน	ผู้ฟัง		
<p>- เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพทารกแรกเกิด</p>	<p>7. การบริหารร่างกาย ควรเริ่มบริหารร่างกายหลังคลอด 24 ชั่วโมงแล้ว เพื่อช่วยให้อวัยวะต่างๆ กลับคืนสู่ภาวะปกติเร็วขึ้น การไหลเวียนเลือดดีขึ้น การหลั่งน้ำนมดี สดชื่นขึ้น ซึ่งควรปฏิบัติต่อเนื่องจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอดจึงออกกำลังกายได้ตามปกติที่ตนเองชอบ</p> <p><i>การส่งเสริมสุขภาพทารกแรกเกิด</i></p> <p>การดูแลสุขภาพทารกแรกเกิดเป็นหน้าที่ที่สำคัญของมารดา เนื่องจากมารดาเป็นผู้ที่ใกล้ชิด และอยู่กับทารกตลอดเวลา ดังนั้นมารดาจึงต้องมีความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพทารกแรกเกิด ดังนี้</p> <p>1. การได้รับอาหารอย่างเพียงพอ อาหารที่เหมาะสมสำหรับทารกแรกเกิด คือ นมมารดา เพราะ มีสารอาหารครบถ้วน มีภูมิคุ้มกัน ย่อยง่าย สะอาด และประหยัด ทารกจะมีสุขภาพแข็งแรง ควรให้เลี้ยงทารกด้วยนมมารดาอย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน</p>	<p>- บรรยาย</p> <p>- ชักถามเกี่ยวกับ ...</p> <p>- เปิดโอกาสให้ ชักถามข้อสงสัย</p> <p>- ตอบข้อซักถาม</p>	<p>- รับฟัง</p> <p>- ตอบข้อ ชักถาม</p> <p>- ชักถามข้อ สงสัย</p>	- คู่มือฯ	<p>- กลุ่มตัวอย่างตอบข้อซักถามเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพทารกแรกเกิดได้ถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรม		สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
		ผู้สอน	ผู้ฟัง		
<p>...</p> <p>...</p> <p>6. การป้องกันอันตรายต่างๆ หรือป้องกันอุบัติเหตุที่จะเกิดกับบุตร เช่น ไม่ทิ้งบุตรไว้ตามลำพัง ระวังระวังไม่ให้มีสิ่งกีดขวางกีดขวางการหายใจขณะนอนหลับ เลือกรองใช้หรือของเล่นให้เหมาะสมตามวัย เก็บสิ่งของต่างๆ ที่อาจเป็นอันตราย</p> <p><i>การประเมินพฤติกรรมทารก</i></p> <p>เป็นการดูแลด้านจิตใจ ทารกจะแสดงออกถึงความไม่พึงพอใจต่อสิ่งที่ได้รับด้วยการร้องไห้ มารดาควรหาสาเหตุของการร้องไห้ และแก้ไขตามสาเหตุ นั้นด้วยความนุ่มนวลและมั่นคง ไม่ปล่อยให้ร้องไห้นานเกินไปโดยไม่ตอบสนอง เพราะจะมีผลต่อสภาพจิตใจทารกได้ ลักษณะการร้องไห้ของทารกมีดังต่อไปนี้</p>	<p>- บรรยาย</p> <p>- ชักถามเกี่ยวกับการประเมินพฤติกรรมทารก</p> <p>- เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย</p>	<p>- รับฟัง</p> <p>- ตอบข้อซักถาม</p> <p>- ซักถามข้อ</p>	<p>- คู่มือฯ</p> <p>- สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก</p>	<p>- กลุ่มตัวอย่างตอบข้อซักถาม</p> <p>...</p> <p>...</p>	

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรม		สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
		ผู้สอน	ผู้ฟัง		
	<p>1. ร้องไห้เพราะหิว ทารกอาจร้องเสียงเบา หรือร้องเสียงดัง อาจร้องอยู่นาน มักจะดูดนิ้วมือหรือริมฝีปากร่วมด้วย</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>5. ร้องไห้เพราะปวดท้อง โดยเฉพาะขณะคุณนมอาจร้องเสียงแหลมขึ้นมางอขา หลังแอ่น จะสังเกตเห็นได้ชัดประมาณปลายสัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด</p> <p><i>สรุป</i></p> <p>การที่มารดามีความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอด การส่งเสริมสุขภาพทารกแรกเกิด และการประเมินพฤติกรรมทารกมีความสำคัญ</p> <p>...</p> <p>...</p>	- ตอบข้อซักถาม			

ภาคผนวก ฉ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่.....

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ต่อความเครียดและอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด

คำชี้แจงแบบสอบถาม

แบบสอบถามชุดนี้ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ต่อความเครียดและอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1.1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ

1.2) แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด จำนวน 4 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์และหลังคลอด ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.1 แบบประเมินความเครียดระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ จำนวน 10 ข้อ

2.2 แบบประเมินความเครียดของมารดาหลังคลอด จำนวน 10 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบประเมินอารมณ์เศร้าหลังคลอด จำนวน 23 ข้อ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่อง () หรือเติมคำในข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

1. อายุ.....ปี

2. ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด

() ไม่เคยได้รับการศึกษา

() ประถมศึกษา ปีที่.....

() มัธยมศึกษา ปีที่.....

() อนุปริญญา/ปวช./ปวส.

() ปริญญาตรี

() อื่นๆ (โปรดระบุ).....

3. อาชีพ

...

...

...

...

...

11. ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารก หรือเด็กเล็ก

() มี

() ไม่มี

1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด (ประเมินจากแฟ้มประวัติ)

1. การกระตุ้นการคลอด

() ได้รับ โดยวิธี

() เจาะถุงน้ำ

() ไม่ได้รับ

() ได้รับยา

() ทั้ง 2 วิธีร่วมกัน

2. การได้รับยาแก้ปวด

...

...

ชุดที่ 2 แบบประเมินความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์และหลังคลอด

2.1 แบบประเมินความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้ต้องการทราบว่าท่านมีความเครียดในระยะตั้งครรภ์ไตรมาสที่สามเป็นอย่างไร โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ และพิจารณาว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากน้อยเพียงใด และกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ขอให้ท่านตอบเพียงคำตอบเดียว คำตอบที่ได้จะไม่ถูกหรือผิด โปรดพิจารณาคำตอบดังนี้

ไม่มีเหตุการณ์	หมายถึง	ท่านประเมินว่าไม่มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่าน
ไม่เครียด	หมายถึง	ท่านประเมินว่าเหตุการณ์นั้นไม่ก่อให้เกิดความเครียดกับท่าน
เครียด	หมายถึง	ท่านประเมินว่าเหตุการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดกับท่าน

ถ้าท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความเครียด ให้ท่านเลือก ○ ในข้อ ก-ค ที่เป็นการประเมินเกี่ยวกับสถานการณ์นั้น เพียง 1 ข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องประเมินคะแนนความรู้สึกเครียดของท่านเพียง 1 ช่อง โดยถ้าท่านมีความรู้สึก

มากที่สุด	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าเหตุการณ์นั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงของท่านมากที่สุดหรือทั้งหมด
มาก	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าเหตุการณ์นั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงของท่านค่อนข้างมาก แต่ไม่ทั้งหมด
น้อย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าเหตุการณ์นั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงของท่านเป็นบางครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าเหตุการณ์นั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงเพียงส่วนน้อย

ตัวอย่าง

การประเมินของท่านต่อเหตุการณ์	ตรงกับความรู้สึกท่าน			
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
<p>1. ความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย เช่น ปวดหลัง อึดอัด หายใจลำบาก ปวดถ่วง ท้องน้อย มดลูกบีบตัว นอนไม่หลับ ทำให้ท่านรู้สึกอย่างไร</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีเหตุการณ์</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เครียด</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> เครียด</p> <p>ถ้าท่านเลือกตอบเครียด ให้พิจารณาเลือกข้อ ก-ค เพียง 1 ข้อ ที่ตรงกับท่านมากที่สุดขณะนี้ พร้อมประเมินความรู้สึกเครียดที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในช่องทางด้านขวามือ</p> <p>ก. แม้จะมีความไม่สุขสบายเกิดขึ้น ท่านสามารถเผชิญกับสภาวะเหล่านั้นได้</p> <p>ข. ความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น ทำให้ท่านวิตกกังวลว่าอาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น</p> <p>ค. ความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น ทำให้ท่านรู้สึกว่าตนเองเจ็บป่วยตลอดเวลา</p>		✓		

จากตัวอย่างข้างต้น อธิบายได้ว่าความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย เช่น ปวดหลัง อึดอัด หายใจลำบาก ปวดถ่วงท้องน้อย มดลูกบีบตัว นอนไม่หลับ ก่อให้เกิดความเครียดต่อตัวท่าน ซึ่งท่านรู้สึกมีความไม่สุขสบายเกิดขึ้น และท่านมีความรู้สึกกับสภาวะดังกล่าวว่าเครียดมาก

การประเมินของท่านต่อเหตุการณ์	ตรงกับความรู้สึกท่าน			
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
<p>1. ความไม่สบายทางด้านร่างกาย เช่น ปวดหลัง อึดอัด หายใจ ลำบาก ปวดถ่วง ท้องน้อย ท้องแข็งเนื่องจากมดลูกบีบตัว นอนไม่หลับ ทำให้ท่านรู้สึกอย่างไร</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีเหตุการณ์</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เครียด</p> <p><input type="checkbox"/> เครียด</p> <p>ถ้าท่านเลือกตอบเครียด ให้พิจารณาเลือกข้อ ก-ค เพียง 1 ข้อ ที่ตรงกับท่านมากที่สุดขณะนี้ พร้อมประเมินความรู้สึกเครียดที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในช่องทางด้านขวามือ</p> <p>ก. แม้จะมีความไม่สบายเกิดขึ้น ท่านสามารถเผชิญกับสภาวะเหล่านั้นได้</p> <p>ข. ความไม่สบายที่เกิดขึ้น ทำให้ท่านวิตกกังวลว่าอาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น</p> <p>ค. ความไม่สบายที่เกิดขึ้น ทำให้ท่านรู้สึกว่าตนเองเจ็บป่วยตลอดเวลา</p>				
<p>2. การที่ต้องนับลูกคืนทุกวัน ท่านรู้สึกอย่างไร</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>...</p>				
<p>10. การตั้งครรภ์และการคลอดทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ท่านรู้สึกอย่างไร</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>...</p>				

2.2 แบบประเมินความเครียดของมารดาหลังคลอด

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้ต้องการทราบว่าท่านมีความเครียดในระยะหลังคลอดเป็นอย่างไร โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อและพิจารณาว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากน้อยเพียงใด และกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ขอให้ท่านตอบเพียงคำตอบเดียว คำตอบที่ได้จะไม่มีถูกหรือผิด โปรดพิจารณาคำตอบดังนี้

ไม่มีเหตุการณ์	หมายถึง	ท่านประเมินว่าไม่มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่าน
ไม่เครียด	หมายถึง	ท่านประเมินว่าเหตุการณ์นั้นไม่ก่อให้เกิดความเครียดกับท่าน
เครียด	หมายถึง	ท่านประเมินว่าเหตุการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดกับท่าน

ถ้าท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความเครียด ให้ท่านเลือก ○ ในข้อ ก-ค ที่เป็นการประเมินเกี่ยวกับสถานการณ์นั้น เพียง 1 ข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องประเมินคะแนนความรู้สึกเครียดของท่านเพียง 1 ช่อง โดยถ้าท่านมีความรู้สึก

มากที่สุด	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าเหตุการณ์นั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงของท่านมากที่สุดหรือทั้งหมด
มาก	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าเหตุการณ์นั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงของท่านค่อนข้างมาก แต่ไม่ทั้งหมด
น้อย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าเหตุการณ์นั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงของท่านเป็นบางครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าเหตุการณ์นั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงเพียงส่วนน้อย

การประเมินของท่านต่อเหตุการณ์	ตรงกับความรู้สึกท่าน			
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
<p>1. ความไม่สุขสบายในระยะหลังคลอด เช่น ปวดมดลูก ปวดแผลฝีเย็บ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับหรือนอนหลับไม่เพียงพอ ทำให้ท่านรู้สึกอย่างไร</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีเหตุการณ์</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เครียด</p> <p><input type="checkbox"/> เครียด</p> <p>ถ้าท่านเลือกตอบเครียด ให้พิจารณาเลือกข้อ ก-ค เพียง 1 ข้อ ที่ตรงกับท่านมากที่สุด ขณะนี้ พร้อมประเมินความรู้สึกเครียดที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในช่องทางด้านขวามือ</p> <p>ก. ความไม่สุขสบายในระยะหลังคลอด ทำให้ท่านต้องสนใจดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น</p> <p>ข. ความไม่สุขสบายในระยะหลังคลอด ทำให้ท่านวิตกกังวลว่าอาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น</p> <p>ค. ความไม่สุขสบายในระยะหลังคลอด ทำให้ท่านไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ และไม่สามารถดูแลลูกได้</p>				
<p>2. การเปลี่ยนแปลงในระยะหลังคลอด เช่น การไม่สามารถควบคุมน้ำหนักตัว หรือรูปร่างไม่เหมือนก่อนการตั้งครรภ์ หน้าท้องหย่อนยาน ทำให้ท่านรู้สึกอย่างไร</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>...</p>				
<p>10. ความคิดเห็น หรือแนวทางที่แตกต่างในการเลี้ยงดูลูกของครอบครัว ทำให้ท่านรู้สึกอย่างไร</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>...</p>				

ชุดที่ 3 แบบประเมินอารมณ์เศร้าหลังคลอด

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้ต้องการทราบว่าในวันนี้ท่านมีอาการ หรือความรู้สึกต่อสิ่งที่ระบุในตารางด้านล่างอย่างไร โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของตัวท่านมากที่สุด ขอให้ท่านตอบเพียงคำตอบเดียว และตอบให้ครบทุกข้อ โดยพิจารณาคำตอบดังนี้

ไม่เป็นความจริงเลย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงของท่าน หรือไม่แตกต่างกับภาวะปกติ
เป็นความจริงน้อย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงของท่านเพียงส่วนน้อย
เป็นความจริงปานกลาง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงของท่านเป็นบางครั้ง
เป็นความจริงมาก	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงของท่านเป็นส่วนมาก แต่ไม่ทั้งหมด
เป็นความจริงมากที่สุด	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงของท่านมากที่สุดหรือทั้งหมด

อาการ หรือความรู้สึก	ระดับความรู้สึก				
	ไม่เป็น ความจริงเลย	เป็นความจริง			
		น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. อยากร้องไห้					
...					
...					
...					
....					
...					
...					
...					
9. หลงลืม สับสน					
...					
11. อยากอยู่คนเดียว					
...					
...					
...					
...					
16. มีความสุข					
17. มีความมั่นใจ					
...					
...					
...					
22. อารมณ์อื่นๆ ลงๆ					
...					

ภาคผนวก ข
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร. พญ.ทิพวรรณ เลียบสี่อระกุล
หน่วยระบาดวิทยาและภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ. หาดใหญ่ จ. สงขลา
2. รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธิรัมย์
ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ. หาดใหญ่ จ. สงขลา
3. รองศาสตราจารย์ ดร. ศศิธร พุ่มดวง
ภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ. หาดใหญ่ จ. สงขลา
4. นางวิราวรรณ ประยูรสวัสดิ์เดช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลหาดใหญ่ อ. หาดใหญ่ จ. สงขลา
5. นางสาวอำพันธ์ ศรีเรือง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหาดใหญ่ อ. หาดใหญ่ จ. สงขลา

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางสาวนรานุช สัตถุติการย์		
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5110420013		
วุฒิการศึกษา	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา	
วุฒิ	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	2539
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		หอผู้ป่วยสูติกรรม 320 โรงพยาบาลหาดใหญ่