

ความเครียดและการจัดการความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ต้องแยกจากบุตร เนื่องจากบุตรป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ปิยนุช กรุณา พย.บ.
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

บทนำ: การเจ็บป่วยของบุตรที่ต้องดูแลรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกะทันหัน ไม่คาดคิดมาก่อน การถูกแยกจาก เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่มารดาหลังคลอด

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความเครียดและการจัดการความเครียด เปรียบเทียบการจัดการความเครียดตามระดับความเครียด เปรียบเทียบความเครียดและการจัดการความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ต้องแยกจากบุตรเนื่องจากบุตรป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นมารดาหลังคลอดที่ต้องแยกจากบุตร เนื่องจากบุตรป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด หรือ หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด และเคยเยี่ยมบุตรอย่างน้อย 1 ครั้ง ที่มารักษาในหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 50 ราย วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงบรรยายและ สถิติ t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: พบว่าความเครียดโดยรวมของมารดาหลังคลอดอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.27, SD=0.47) ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาด้านการทำหน้าที่ของมารดาเปลี่ยนแปลงไป (ค่าเฉลี่ย=3.85, SD=0.48) และมีการจัดการความเครียดแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหา (ค่าเฉลี่ย=3.42, SD=0.47) มากกว่ามุ่งเน้นอารมณ์ (ค่าเฉลี่ย=2.97, SD=0.39) มารดาหลังคลอดที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีคะแนนความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และด้านการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตรต่างกัน มีการจัดการความเครียดแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบการจัดการความเครียดตามระดับความเครียดพบว่าไม่แตกต่างกัน

สรุป: ความเครียดโดยรวมของมารดาหลังคลอด อยู่ในระดับมาก มีการจัดการความเครียดแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหา มากกว่ามุ่งเน้นอารมณ์ พยาบาลควรมีแนวทางลดความเครียดและส่งเสริมความสามารถในการจัดการความเครียด เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอด

คำสำคัญ: ความเครียด การจัดการความเครียด บุตรป่วย มารดาหลังคลอดที่ต้องแยกจากบุตรเนื่องจากบุตรป่วย

Stress and Coping Mechanisms of Mothers Separated from Their Sick Babies During Postpartum Period in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Piyanuch Karuna, B.N.S.

Department of Medicine, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Background: When sick newborn babies are separated after birth from their mothers, these new mothers endure stress during the post-partum period.

Objective : To study the stress levels and coping mechanisms of new mothers who've been separated from sick babies, analyzing how different coping mechanisms affect the level of stress experienced by mothers in this context and comparing coping mechanisms and stress levels

Materials and methods: The sample in this study is purposive sampling. During hospitalization in the Chalermprabame special ward at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital, 50 mothers who had given birth to a sick baby were separated from their babies during the postpartum period. While these children remained in the hospital's neonatal patient ward, each mother visited her child at least once. The data was analyzed by using descriptive statistic, and a T-Test was employed to measure statistical significance ($P < 0.05$)

Results: The stress of new mothers separated from sick babies during post-partum period is, averagely, high. The result shows that mother's career is the strong factor related to the level of stress. The majority of study group managed their stress with rationality more than emotion. Marital status was found to be a factor associated with lever of stress. Moreover, the severity of sick babies led mother to solve the stress with different coping mechanisms.

Conclusion: The stress on new mothers separated from sick babies during post-partum period high. The issue here is the extent to which the mother uses reason, versus emotion, in order to cope with the stress from being separated from an ill newborn. Nurses should encourage mothers and help them relief their stress while being separated from their ill newborns.

Keywords: Stress, coping mechanisms, sick babies, mothers separated from their sick babies during postpartum period.

บทนำ

การเจ็บป่วยของบุตรที่ต้องเข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม เป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิต เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน และไม่คาดคิดมาก่อน ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้มารดาเกิดความเครียด กรณีที่มารดาหลังคลอดมีความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น ความเครียด หรือวิตกกังวลมาก จะมีผลกระทบต่อการสร้างและการขับน้ำนมออกมาน้อยลง⁽¹⁾ จากการศึกษาความเครียดของมารดาเด็กป่วย หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม พบว่าสาเหตุของมารดาเด็กป่วยเกิดจากการรับรู้ การได้พบเห็นเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ ขณะบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ซึ่งแบ่งเป็นหลายด้าน ได้แก่ ด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาทของบิดา มารดา ด้านการรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับ และด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการรักษา⁽²⁾ และการศึกษาอื่นๆ⁽³⁻⁴⁾ นอกจากนี้ การขาดโอกาสใกล้ชิดบุตร การถูกแยกจากตั้งแต่แรกเกิด อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทำให้ผู้เป็นมารดา รู้สึกผิดที่ไม่สามารถดูแลบุตรของตนเองได้ และไม่ได้แสดงบทบาทความเป็นมารดาอย่างเต็มที่⁽⁵⁾ ซึ่งการที่บิดามารดาไม่สามารถทำตามบทบาทที่บิดามารดาต้องการเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดได้เช่นกัน⁽⁶⁾ จึงเห็นได้ว่าการที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในบิดามารดาได้อย่างมาก และถ้าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้นเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉุกเฉินจะเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดได้มากกว่าการเข้ารับการรักษาที่มีการเตรียมไว้ล่วงหน้า⁽⁷⁾

จากสถิติหอผู้ป่วยพิเศษอาคารเฉลิมพระบารมี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีทารกแรกเกิดป่วยที่ต้องแยกจากมารดาหลังคลอดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดหรือหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดในปี พ.ศ.2558 คิดเป็นร้อยละ 14.45 จากจำนวนทารกแรกเกิด 1,045 ราย จากการศึกษา⁽²⁾ เกี่ยวกับความเครียดและกลวิธีเผชิญความเครียดของบิดา มารดา ที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม พบว่า ความเครียดของบิดา มารดา อยู่ในระดับปานกลาง โดยเหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดมากที่สุด คือ พฤติกรรมของบุตร และกลวิธีเผชิญความเครียดที่ค่าเฉลี่ยในการใช้สูงสุด คือ ด้านการประมวลเหตุการณ์เกี่ยวกับความเครียดใหม่ เพื่อจัดการต่อปัญหาได้ดีขึ้น และจากการศึกษา⁽⁸⁾ เกี่ยวกับความเครียดและความหวังของมารดาที่มีบุตรเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและได้รับยาเคมีบำบัดพบว่า มารดาที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและได้รับยาเคมีบำบัดมีค่าเฉลี่ยความเครียดอยู่ในระดับมาก จากปัญหาการเจ็บป่วยของบุตรเป็นส่วนใหญ่และวิธีเผชิญความเครียดใช้แบบมุ่งเน้น แก้ปัญหามากกว่ามุ่งเน้นอารมณ์

ดังนั้น จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรให้ความสำคัญกับการศึกษาความเครียดและการจัดการความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ต้องแยกจากบุตรเนื่องจากบุตรป่วย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานใช้เป็นแนวทางการพัฒนากิจการกรมการพยาบาล ให้การช่วยเหลือ ส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดปรับตัวสามารถจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเครียด และการจัดการความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ต้องแยกจากบุตรเนื่องจากบุตรป่วย ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

2. เพื่อเปรียบเทียบการจัดการความเครียดตามระดับความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ต้องแยกจากบุตรเนื่องจากบุตรป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

3. เพื่อเปรียบเทียบความเครียด และการจัดการความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ต้องแยกจากบุตร เนื่องจากบุตรป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำแนกตามจำนวนครั้งการตั้งครรภ์ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ลักษณะครอบครัว และการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตร และจำนวนครั้งการมีบุตรป่วย

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นมารดาหลังคลอดหอผู้ป่วยพิเศษอาคารเฉลิมพระบารมี ที่ต้องแยกจากบุตรเนื่องจากบุตรป่วยและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดหรือหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ.2559 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2559 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 50 รายโดยมีเกณฑ์การคัดเลือก

(Inclusion Criteria) เป็นมารดาหลังคลอดหอผู้ป่วยพิเศษอาคารเฉลิมพระบารมี ที่ต้องแยกจากบุตร เนื่องจากบุตรป่วยและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดหรือหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดและเคยเยี่ยมบุตรอย่างน้อย 1 ครั้ง สามารถอ่าน เขียนและเข้าใจภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด ซึ่งผู้ศึกษาค้นคว้าได้แก้ไขดัดแปลงมาจาก สุนันดา คเชนทร์ชัย⁽⁸⁾ และ พรศิริ ใจสม⁽²⁾ ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิดมีทั้งหมด 20 ข้อคำถาม มีลักษณะของคำตอบ 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 (น้อยที่สุด) ถึง 4 (มาก) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 20 – 40 คะแนน ถือว่ามีความเครียดน้อย คะแนน 41 – 60 คะแนน ถือว่ามีเครียดปานกลาง และผู้ที่ตอบได้ 61 – 80 ถือว่า มีความเครียดมาก ได้ทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.91

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการจัดการความเครียด ผู้ศึกษาค้นคว้าดัดแปลงมาจากสุนันดา คเชนทร์ชัย⁽⁸⁾ ซึ่งประยุกต์มาจากแบบสอบถามพฤติกรรมเผชิญความเครียดของมารดาที่บุตรป่วยด้วย Down Syndrome ตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ ลาสซาร์ส และ โพล์คแมน⁽⁹⁾ ประกอบด้วยคำถามปลายปิดเกี่ยวกับการจัดการความเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์ และ แบบมุ่งเน้นแก้ปัญหา จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตรส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เคยเลย) ถึง 4 (ทุกครั้ง) ได้ทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.73

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงบรรยาย โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ แบบประเมินความเครียดและการจัดการความเครียดใช้สถิติเชิงบรรยาย โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งการเปรียบเทียบคะแนนการจัดการความเครียดตามระดับความเครียด และการเปรียบเทียบคะแนนความเครียด การจัดการความเครียด จำแนกตามจำนวนครั้งการตั้งครรภ์ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ลักษณะครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตร และจำนวนครั้งการมีบุตรป่วย ใช้สถิติ t-test (Independent Samples) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้พบว่าส่วนใหญ่เป็นมารดาที่ตั้งครรภ์ตั้งแต่ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 60 มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปร้อยละ 98 และมารดา

ส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 98 ระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 64 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร รับจ้าง ค้าขาย นักธุรกิจ แม่บ้าน ร้อยละ 76 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 30,000 บาท ร้อยละ 82 สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล มีสิทธิเบิกได้ ประกันสังคม ร้อยละ 82 ลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 60 การรับรู้การเจ็บป่วยของบุตรรับรู้ว่ามีรุนแรงน้อยร้อยละ 58 มีบุตรป่วยเป็นครั้งแรก ร้อยละ 92

2. ความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ต้องแยกจากบุตรเนื่องจากบุตรป่วย มีความเครียดโดยรวมอยู่ในเกณฑ์มาก (ค่าเฉลี่ย = 3.27, SD = 0.47) และพบว่าส่วนใหญ่มีความเครียดที่เกิดจากปัญหาการทำหน้าที่ของมารดาที่เปลี่ยนแปลงไปมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 3.55, SD = 0.48) รองลงมาได้แก่ความเครียดที่เกิดจากปัญหาการเจ็บป่วยของบุตร (ค่าเฉลี่ย = 3.50, SD = 0.60) และมารดาหลังคลอดมีการจัดการความเครียดแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหา (ค่าเฉลี่ย = 3.42, SD = 0.47) มากกว่ามุ่งเน้นอารมณ์ (ค่าเฉลี่ย = 2.97, SD = 0.39) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความเครียด และการจัดการความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ต้องแยกจากบุตรเนื่องจากบุตรป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ นครราชสีมา

ตัวแปร	Mean	SD	การแปลความหมาย
ความเครียดของมารดาหลังคลอด			
ความเครียดที่เกิดจากปัญหาการเจ็บป่วยของบุตร	3.50	0.60	มาก
ความเครียดที่เกิดจากการทำหน้าที่ของมารดาเปลี่ยนแปลงไป	3.55	0.48	มาก
ความเครียดที่เกิดจากพฤติกรรมและการสื่อสารของพยาบาล	2.78	0.81	ปานกลาง
ความเครียดที่เกิดจากการรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับ	3.34	0.65	มาก
ความเครียดที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยบุตร	3.11	0.78	มาก
ความเครียดของมารดาหลังคลอดโดยรวม	3.27	0.47	มาก
การจัดการความเครียดของมารดาหลังคลอด			
การจัดการความเครียดมุ่งเน้นอารมณ์	2.97	0.39	ปานกลาง
การจัดการความเครียดมุ่งเน้นการแก้ปัญหา	3.42	0.47	มาก
การจัดการความเครียดของมารดาหลังคลอดโดยรวม	3.13	0.33	มาก

3. ค่าเฉลี่ยความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก อายุน้อยกว่า 20 ปี สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษานับตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป อาชีพเกษตรกร รับจ้าง ค้าขาย ธุรกิจ เอกชน แม่บ้าน มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 30,000 บาทต่อเดือน เบิกได้ ประกันสังคม ลักษณะครอบครัวเดี่ยว การรับรู้ ความเจ็บป่วยของบุตรที่รับรู้รุนแรงปานกลาง รุนแรงมาก บุตรป่วยตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยความเครียดสูง

4. วิธีการจัดการความเครียดของมารดาหลังคลอด ที่อายุน้อยกว่า 20 ปี มีการจัดการความเครียดทั้งแบบมุ่งเน้นอารมณ์และมุ่งเน้นการแก้ปัญหาสูงกว่าผู้ที่อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มารดาที่มีสถานภาพสมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ มี

การจัดการความเครียดมุ่งเน้นแก้ปัญหาสูงกว่าสถานภาพคู่ และมารดาหลังคลอดที่รายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 30,000 บาท มีการจัดการความเครียด แบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหาสูงกว่าที่มีรายได้ของครอบครัวตั้งแต่ 30,000 บาทขึ้นไป และมารดาหลังคลอดที่มีบุตรป่วยตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป มีการจัดการความเครียดมุ่งเน้นการแก้ปัญหาสูงกว่าที่มีบุตรป่วยครั้งแรก

5. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการจัดการความเครียดตามระดับความเครียดของมารดาหลังคลอด พบว่า มีการจัดการความเครียดโดยรวมไม่แตกต่างกัน

6. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความเครียดการจัดการความเครียด จำแนกตาม จำนวนครั้ง

การตั้งครรภ์ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ลักษณะครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตร และจำนวนครั้งการมีบุตรป่วย พบว่า มารดาหลังคลอดที่มีสถานภาพสมรสคู่ และ สถานภาพหม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ มีคะแนนความเครียดแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และมารดาหลังคลอดที่มีการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตรที่ไม่รุนแรง รุนแรงน้อย และ รุนแรงปานกลาง รุนแรงมาก มีการจัดการความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความเครียด การจัดการความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ต้องแยกจากบุตร เนื่องจากบุตรป่วยในโรงพยาบาลมหาราชชนครศรีธรรมราช เมื่อจำแนกตามจำนวนครั้งการตั้งครรภ์ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ลักษณะครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตร และจำนวนครั้งการมีบุตรป่วย

การจำแนก	n	ความเครียด				การจัดการความเครียด			
		Mean	SD	t	p-value	Mean	SD	t	p-value
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์									
ครรภ์แรก	20	3.33	0.41	.411	.683	3.15	0.33	.393	.696
ครรภ์หลัง	30	3.24	0.52			3.11	0.33		
อายุ									
น้อยกว่า 20 ปี	1	3.30	.00	.072	.943	3.50	.00	1.161	.252
ตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป	49	3.27	0.48			3.12	0.33		
สถานภาพสมรส									
คู่	49	3.29	0.45	2.377	.022	3.13	0.33	.076	.939
หม้าย/หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	1	2.20	.00			3.10	.00		
ระดับการศึกษา									
ต่ำกว่าปริญญาตรี	18	3.11	0.12	-1.736	.089	3.13	0.35	.134	.894
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	32	3.35	0.80			3.12	0.32		
อาชีพ									
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ เอกชน	12	3.35	0.49	-.700	.487	3.13	0.33	.00	1.000
อื่นๆ	38	3.24	0.47			3.13	0.33		

การจำแนก	n	ความเครียด				การจัดการความเครียด			
		Mean	SD	t	p-value	Mean	SD	t	p-value
รายได้ของครอบครัว									
ต่ำกว่า 30,000 บาท	41	3.29	0.47	613.	.543	3.17	0.30	1.935	.059
ตั้งแต่ 30,000 บาทขึ้นไป	9	3.18	0.50			2.94	0.41		
ลักษณะครอบครัว									
ครอบครัวเดี่ยว	28	3.29	0.44	.388	.699	3.06	0.35	-1.590	.118
ครอบครัวขยาย	22	3.24	0.53			3.21	0.28		
การรับรู้ความเจ็บป่วยของบุตร									
ไม่รุนแรง/รุนแรงน้อย	29	3.29	0.43	.381	.705	3.21	0.30	2.104	.041
รุนแรงปานกลาง/รุนแรงมาก	21	3.24	0.54			3.01	0.33		
จำนวนครั้งการมีบุตรป่วย									
ครั้งแรก	46	3.25	0.49	-.751	.456	3.12	0.33	-.394	.695
ตั้งแต่ 2 ครั้ง ขึ้นไป	4	3.44	0.23			3.19	0.26		

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิจารณ์และสรุป

ผลการศึกษาพบว่ามารดาหลังคลอดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องแยกจากบุตรเนื่องจากบุตรป่วยมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.27, SD = 0.47) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และพบว่าส่วนใหญ่มีความเครียดที่เกิดจากปัญหาการทำหน้าที่ของมารดาเปลี่ยนแปลงไปมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 3.55, SD = 0.48)

โดยมารดาหลังคลอดมีการจัดการความเครียดแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหา (ค่าเฉลี่ย = 3.42, SD = 0.47) มากกว่ามุ่งเน้นอารมณ์ (ค่าเฉลี่ย = 2.97, SD = 0.39) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนการจัดการความเครียดตามระดับความเครียดของมารดาหลังคลอด พบว่า มีการจัดการความเครียดโดยรวมไม่แตกต่างกัน และพบว่าตัวแปรด้านสถานภาพสมรสต่างกันมีคะแนน

ความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และด้านการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตรที่ต่างกัน มีการจัดการความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

ผลการศึกษาครั้งนี้อธิบายได้ว่า มารดาหลังคลอดมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับมากเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม เพื่อปรับตัวรับบทบาทหน้าที่ใหม่ของมารดาหลังคลอดต่อการมีสมาชิกใหม่ระยะแรกหลังคลอดอาจปรับตัวค่อนข้างยากและตั้งเครียดด้านจิตใจ ทั้งปัญหาการเจ็บป่วยของบุตรที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดหรือหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันและไม่คาดคิดมาก่อน ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้มารดาเกิดความเครียด ฆณีภรณ์ โสมานุสร⁽¹⁾ นอกจากนี้ การขาดโอกาส

ใกล้ขีดบุตร การถูกแยกจากตั้งแต่แรกเกิดเนื่องจากความเจ็บป่วย ทำให้มารดารู้สึกผิดที่ไม่สามารถดูแลบุตรของตนเองได้ และไม่ได้แสดงบทบาทความเป็นมารดาอย่างเต็มที่⁽⁵⁾ ซึ่งการที่มารดาไม่สามารถทำตามบทบาทที่มารดาต้องการเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดได้⁽⁶⁾ พยาบาลหลังคลอดควรให้ข้อมูลเพื่อให้มารดามีความรู้ เข้าใจเกี่ยวกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น เป็นวิธีการลดความวิตกกังวลและเป็นสิ่งแรกที่ควรทำ⁽¹⁰⁾ และพบว่ามารดาหลังคลอดมีการจัดการความเครียดแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหา (ค่าเฉลี่ย = 3.42, SD = 0.47) มากกว่ามุ่งเน้นอารมณ์ (ค่าเฉลี่ย = 2.97, SD = 0.39) และการจัดการความเครียดของมารดาหลังคลอดโดยรวมได้คะแนนเฉลี่ยสูง ซึ่งแสดงว่ามารดาหลังคลอดจัดการกับสิ่งที่ก่อความเครียดโดยตรง ได้แก่ การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา การคิดหาวิธีแก้ไข การเผชิญและการยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงการขอความช่วยเหลือ ขอคำแนะนำจากผู้อื่นมากกว่าการจัดการมุ่งเน้นอารมณ์ที่พยายามลดหรือบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้นและใช้กลไกทางจิต⁽⁹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับสุณัฎฐา คเชนทร์ชัย⁽⁸⁾ ที่ศึกษาความเครียดและความหวังของมารดาที่มีบุตรเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า มารดาที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและได้รับยาเคมีบำบัดที่มารับการตรวจของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบว่ามีค่าเฉลี่ยความเครียดของมารดาอยู่ในระดับมาก และมีวิธีเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นแก้ปัญหา มากกว่ามุ่งเน้นอารมณ์และการศึกษาของบุษบา บุญกระโทก และคณะ⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาความเครียดและพฤติกรรมของมารดาที่มีบุตรตัวเหลือง ซึ่งได้รับการส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 96 ราย พบว่า มารดามีพฤติกรรมการเผชิญ

ความเครียดทั้งสองด้านผสมผสานกัน โดยมีสัดส่วนพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหา มากกว่า การจัดการกับอารมณ์

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการจัดการความเครียดตามระดับความเครียดของมารดาหลังคลอด พบว่า มีการจัดการความเครียดโดยรวมไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากมารดาหลังคลอดต้องการทำทุกอย่างเพื่อบุตรที่เจ็บป่วย แม้จะมีความเครียดมากหรือน้อยเพียงใด ส่วนการศึกษาเปรียบเทียบคะแนนความเครียดการจัดการความเครียด จำแนกตาม จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ลักษณะครอบครัว การรับรู้ความรู้ แรงการเจ็บป่วยของบุตร และจำนวนครั้งการมีบุตรป่วย พบว่า มารดาหลังคลอดที่มีสถานภาพสมรสคู่ และ สถานภาพหม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ มีคะแนนความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) อาจเกิดจากมารดาหลังคลอดที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีชีวิตอยู่ดูแลใกล้ชิดและคอยประคับประคอง ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ คอยสนับสนุน เป็นการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ช่วยให้มีมารดาหลังคลอดเผชิญความเครียดได้ดีกว่ามารดาหลังคลอด ที่ต้องเผชิญความเครียดเพียงลำพัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุณัฎฐา คเชนทร์ชัย⁽⁸⁾ พบว่าการเปรียบเทียบสถานภาพสมรสที่ต่างกันมีการจัดการความเครียดแตกต่างกัน และพบว่ามารดาหลังคลอดกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรู้ แรงการเจ็บป่วยของบุตรที่ไม่รุนแรง รุนแรงน้อย และ รุนแรงปานกลาง รุนแรงมาก มีการจัดการความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) อาจเกิดจากเมื่อบุตรป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นเหตุการณ์

ทันทีทันใด ไม่ได้เตรียมใจมาก่อนและการไม่ทราบถึงความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตรย่อมส่งผลทำให้มารดาหลังคลอด เกิดความเครียด ตกใจ หรือเสียใจ กลัวสูญเสียบุตร แต่เมื่อทราบถึงระดับความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตร ย่อมเกิดการปรับตัวหาวิธีการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับ Lazarus & Folkman⁽⁹⁾ กล่าวว่าการมีความเชื่อมั่นต่อตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาเมื่อบุคคลประเมินตนเองว่าตนเองสามารถควบคุมและแก้ไขสถานการณ์ได้ ระบุว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นสามารถจัดการแก้ไขได้ เลือก

วิธีการจัดการปัญหาได้ถูกต้องเหมาะสม เพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้น

ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน สนับสนุนความสำคัญของบทบาทพยาบาลในการช่วยเหลือมารดา ซึ่งพยาบาลอาจต้องพัฒนารูปแบบ ความช่วยเหลือมารดาหลากหลายวิธี ควรมีแนวทางลดความเครียดและส่งเสริมความสามารถในการจัดการความเครียด โดยคำนึงถึงความต้องการของมารดาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดที่ต้องแยกจากบุตรเนื่องจากบุตรป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. มณีภรณ์ โสมานุสรณ์ .บรรณาธิการ. การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 2 . นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ;2553.
2. พรศิริ ใจสม.ความเครียดและกลวิธีเผชิญความเครียดของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม. [วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตร์]. มหาวิทยาลัยสาขาวิชาพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2536.
3. เกศรา เสนงาม , ศรีกัลยา ภิญโญโสโมสร , พิกุลรัตน์ วงศ์พาณิชย์ ,สุรรัตน์ อ่องสกุล .ปัจจัยทำนายความเครียดและการจัดการความเครียดของบิดา มารดาผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่รับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก .รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ; 2550.
4. Seideman RY ,Watson MA , Corff KE,Odle P, Haase I,Bowerman J.L.Parent Stress and Coping in NICU and PICU . Journal of Pediatric Nursing1997;12(3):169-177.
5. Wigert H, Johansson R, Berg M, Hellstrom AL. Mothers' experiences of having their newborn child in neonatal intensive care unit .Scand J Caring Sci 2006;20(1):35-41.
6. Kasper JW, Nyamathi AM. Parents of children in the pediatric intensive care unit : What are their need? The Journal of critical care heart and Lung 1988;17(5):574-581.
7. Tackett JM . ,Hunsberger M .Family – Centered Care of Children and adolescents : Nursing concepts in childheatt . Philadelphia : W.B.Saunders ;1987 .
8. สุณัฏฐดา เชนทร์ชัย.ความเครียด วิธีเผชิญความเครียดและความหวังของมารดาที่มีบุตรเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและได้รับยาเคมีบำบัด [วิทยานิพนธ์ ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต].สาขาวิชาจิตวิทยาการให้ คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย.มหาสารคาม:มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2547.

9. Lazarus, R.S, Folkman S . Stress , Appraisal and Coping . New York: Springer Publishing Company;1984.
10. Louise RS. editor. Basic Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing.Florida:Wolters Kluwer;2005.
11. บุชบา บุญกระโทก , รัตนา รongทองกุล , ศิรินารถ ศรีกาญจนเพริศ ,สุนทรี น้ำใจทหาร .ความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญของมารดาที่มีบุตรตัวเหลืองซึ่งได้รับการส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ [เทอร์เน็ต].2550[เข้าถึงเมื่อ 1มี.ค.2559].เข้าถึงได้จาก:<http://www.smi.einal.com/e-journal/showdetail/?show detail=T&art id=1239>