

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อการลดระดับความเครียดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ผู้วิจัยได้มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด
 - 1.1 มโนทัศน์เกี่ยวกับความเครียด
 - 1.2 ชนิดความเครียด
 - 1.3 สาเหตุและการตอบสนองต่อความเครียด
 - 1.4 ระดับความเครียด
 - 1.5 การประเมินความเครียด
2. ความเครียดในมารดาหลังคลอด
 - 2.1 แนวคิดและอุบัติการณ์
 - 2.2 ผลกระทบ
 - 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 2.4 ความเครียดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด
3. การจัดการความเครียด
4. การนวดกดจุดสะท้อนเท้า
5. การนวดกดจุดสะท้อนเท้าและการลดความเครียด

1. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

1.1 มโนทัศน์เกี่ยวกับความเครียด

ความเครียดเป็นการตอบสนองของแต่ละบุคคลต่อสิ่งที่มากระทบ ซึ่งถ้าบุคคลนั้นประเมินเหตุการณ์ที่มากระทบว่ารุนแรงเกินกว่าการจัดการ จะเกิดผลกระทบทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม โดยความเครียดเป็นสิ่งที่พบได้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งหากเป็นความเครียดระดับสูงอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม

นักวิชาการให้ความหมายของความเครียดไว้แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับพื้นฐานความรู้ และแนวคิดของแต่ละบุคคล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

Holmes and Rahe (1967 อ้างถึงใน จำลอง ดิษยวนิช & พรหมเพรา ดิษยวนิช, 2545) กล่าวว่า ความเครียดเป็นเหตุการณ์ หรือการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่กระตุ้นให้คนเราต้องมีการปรับตัวโดยไม่คำนึงว่าเหตุการณ์นั้นจะเป็นสิ่งที่ปรารถนาหรือไม่

Selye (1976) กล่าวว่า ความเครียดหมายถึงภาวะทางชีวภาพที่แสดงให้เห็นได้โดยการเกิดกลุ่มอาการเฉพาะ เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาตอบสนองทั่วไปแบบไม่เฉพาะเจาะจงต่อสิ่งเร้า เกิดกลุ่มอาการของร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นภาวะที่ถูกกดดันหรือคุกคาม หรือบีบคั้น จากนั้นสมดุลของร่างกายจะเปลี่ยนไป เกิดเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา และชีวเคมีของร่างกาย ตลอดจนพฤติกรรมต่าง ๆ หรือที่เรียกว่ากลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป (General adaptation syndrome: GAS) โดยความเครียดมีทั้งคุณและโทษและสามารถวัดได้เป็นรูปธรรม

Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า ความเครียดเป็นผลที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลเป็นผู้ที่ประเมินด้วยปัญญา (Cognitive appraisal) ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเกินความสามารถของตนเองที่จะจัดการได้ หรือเป็นอันตรายต่อความมั่นคงในชีวิต

Miller et al. (1993) กล่าวว่า ความเครียดเป็นความตึงเครียดที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ต่อแรงกดดันภายในหรือภายนอก มีผลทำให้ระบบต่างๆ ในร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งแรงกดดันเกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญอยู่กับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและพยายามหาวิธีการจัดการกับแรงกดดันของตนเอง

กรมสุขภาพจิต (2542) กล่าวว่า ความเครียดเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกถูกกดดัน บໍไม่สบายใจ วุ่นวายใจ กลัว และวิตกกังวล ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลรับรู้ หรือประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามาว่าเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจและเป็นผลให้สภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไป

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ความเครียด คือ ภาวะที่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดรับรู้ว่ามีสิ่งคุกคามและกดดัน เป็นผลที่เกิดจากเหตุการณ์การคลอดบุตร การปรับตัวทางด้านภาวะจิตสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ก่อเกิดเป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม ซึ่งส่งผลให้ต้องมีการตอบสนองหรือการปรับตัวเพื่อรักษาคุณภาพชีวิตไว้

1.2 ชนิดความเครียด

เมื่อเกิดความเครียด จะมีปฏิกิริยาตอบสนองเข้าไปถึงขอบเขตอันตรายของการปลุกเร้าทางสรีรวิทยา (Physiological arousal danger zones) ส่งผลให้บุคคลจะแสดงออกถึงอาการของความเครียด ซึ่งขึ้นอยู่กับความรุนแรงและระยะเวลาของการปลุกเร้า นั้น โดยมีเลอร์และคณะ (Miller et al., 1993) ได้แบ่งชนิดของความเครียดเป็น 4 ลักษณะดังนี้

1. ความเครียดเฉียบพลัน (Acute stress) เป็นความเครียดที่เกิดจากแรงกดดันสามารถพบได้บ่อยในชีวิตประจำวัน เกิดในระยะเวลาสั้น สามารถควบคุมได้ด้วยตนเองเมื่อมีการกระตุ้นถึงขอบเขตอันตรายของการปลุกเร้าทางสรีรวิทยา จะทำให้เกิดอาการในระบบประสาทซิมพาเทติก เช่น ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออกบริเวณฝ่ามือ ใจสั่น มึนศีรษะ ไมเกรน มือเท้าเย็น หายใจตื้นและเจ็บหน้าอก โดยผลของความเครียดจะทำให้เกิดอาการในระบบ

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
 หอสมุดงานวิจัย
 วันที่ 1.1.0.ย. 2555
 เลขทะเบียน 248577
 เลขเรียกหนังสือ



กล้ามเนื้อและระบบประสาทพาราซิมพาเธติก อาการแสดงที่พบบ่อย คือ ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดขากรรไกร ปวดกระดูก จุกเสียด แน่นท้อง เกิดโรคเกี่ยวกับกระเพาะอาหารและลำไส้ เป็นต้น

2. ความเครียดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นๆ (Episodic acute stress) เป็นความเครียดที่เกิดจากร่างกายถูกกระตุ้นเข้าไปถึงขอบเขตอันตรายของการปลุกเร้าทางสรีรวิทยาเป็นระยะๆ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบประสาทซิมพาเธติก คือ หัวใจ หลอดเลือด ต่อมเหงื่อและระบบนีโอคอร์ติคอล (Neocorticoïd) เกิดเป็นอาการแสดง เช่น โกรธง่าย วิตกกังวลและตื่นเครียด เป็นต้น เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นบ่อยๆ จะทำให้บุคคลนั้นเกิดเป็นภาวะวิกฤต รวมทั้งมีผลต่อความคิด ความจำ อารมณ์ และการตัดสินใจ ตลอดจนระบบอวัยวะต่างๆ เสียหน้าที่ ความเครียดชนิดนี้จึงคุกคามต่อการดำเนินชีวิต

3. ความเครียดเรื้อรัง (Chronic stress) เป็นความเครียดที่ทำลายร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิต เมื่อมีการดำเนินอยู่ไม่จบสิ้น ทำให้เกิดความรู้สึกลำบากใจและรุนแรงเหมือนปางตาย เมื่อร่างกายถูกกระตุ้นเข้าไปถึงขอบเขตอันตรายของการปลุกเร้าทางสรีรวิทยาอย่างต่อเนื่อง จะมีผลกระทบต่อระบบการทำงานพื้นฐานของร่างกาย ได้แก่ ระบบต่อมไร้ท่อ ทำให้ร่างกายขับน้ำตาลเข้าไปในกระแสโลหิตมากขึ้น อาจทำให้เกิดโรคเบาหวาน ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ มีการเปลี่ยนแปลงของประจำเดือนหรือความต้องการทางเพศลดลง รวมทั้งมีผลทำให้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายทำงานลดลง เกิดการติดเชื้อได้ง่ายและอาจเกิดเป็นโรคมะเร็งตามมา

4. ความเครียดจากการบาดเจ็บ (Traumatic stress) เป็นความเครียดหลังประสบเหตุการณ์ที่เลวร้ายและไม่สามารถควบคุมได้ เช่น อุบัติเหตุ การถูกข่มขืนหรือทารุณกรรมทางเพศ เหตุการณ์เฉียดตาย ภัยธรรมชาติหรือการสูญเสียบุคคลที่รัก เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดการบาดเจ็บทางจิตใจที่ฝังลึก เป็นผลทำให้เกิดกลุ่มอาการเครียดหลังจากได้รับการบาดเจ็บ (Posttraumatic stress disorders) อาการทางกายและทางจิตใจที่พบ คือ หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น นอนไม่หลับ ฝันร้ายและหวาดผวา จากนั้นประมาณ 6 เดือนหลังเกิดเหตุการณ์ จะเกิดเป็นความทรงจำที่ฝังลึก แสดงออกเป็นอาการเฉยชา ไร้อารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ความเครียดในมารดาหลังคลอดจะพบเป็นความเครียดชนิดเฉียบพลันและอาจเป็นความเครียดเรื้อรังหากไม่ได้รับการดูแลหรือลดระดับความเครียด เกิดจากแรงกดดันที่เป็นผลเกิดจากการคลอดบุตร การเปลี่ยนแปลงระยะหลังคลอด และการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงร่างกาย อารมณ์ รวมถึงการปรับตัวต่อบทบาทมารดา ร่วมกับเหตุการณ์สภาพสังคมในปัจจุบันที่ล้าวนเป็นแรงผลักดันก่อให้เกิดความเครียด (ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร, 2551) อาการแสดงที่พบเกิดเป็นความเครียดและความวิตกกังวลและความกลัวการคลอดที่ผ่านมา (Creedy, Shochet, & Horfall, 2000; Soet, Brack, & Dilorio, 2003) ส่งผลให้มีอาการเหนื่อยล้า เครียด วิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงและการปรับตัวต่อบทบาทมารดาหลังคลอด ซึ่งความเครียดจะเกิดขึ้นแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับและปัจจัยของแต่ละบุคคล หากเกิดซ้ำๆ จะเกิดเป็นภาวะวิกฤตมีผล

ต่อความคิด ความจำ อารมณ์ การตัดสินใจ ตลอดจนระบบอวัยวะต่างๆ เสียหน้าที่ และส่งผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาว (สุรีย์ กาญจนวงศ์ & จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2545; วรรณ คงสุริยะนาวัน และคณะ, 2553; Disornatatiwat, 1998)

1.3 สาเหตุและการตอบสนองต่อความเครียด

1.3.1 สาเหตุของความเครียด

ความเครียดมีสาเหตุจากภายในและภายนอกตัวบุคคล โดย Wallace (1978) ได้จำแนกสาเหตุของความเครียดไว้ดังนี้

1.3.1.1 สาเหตุจากภายในบุคคล (Endogenous stressor) ได้แก่ โครงสร้างของร่างกายและสภาวะทางสรีรวิทยา ระดับพัฒนาการ หรือการรับรู้ของบุคคล เช่น ความเครียดที่เกิดขึ้นตามพัฒนาการของวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาอย่างรวดเร็วจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ แต่ระดับความคิด สติปัญญาและการตัดสินใจแก้ปัญหายังเป็นแบบเด็ก ส่วนใหญ่วัยรุ่นจึงมีปัญหการปรับตัว (พิมลรัตน์ ธรรมา, 2545; May & Mahlmeister, 1994; Montgomery, 2003)

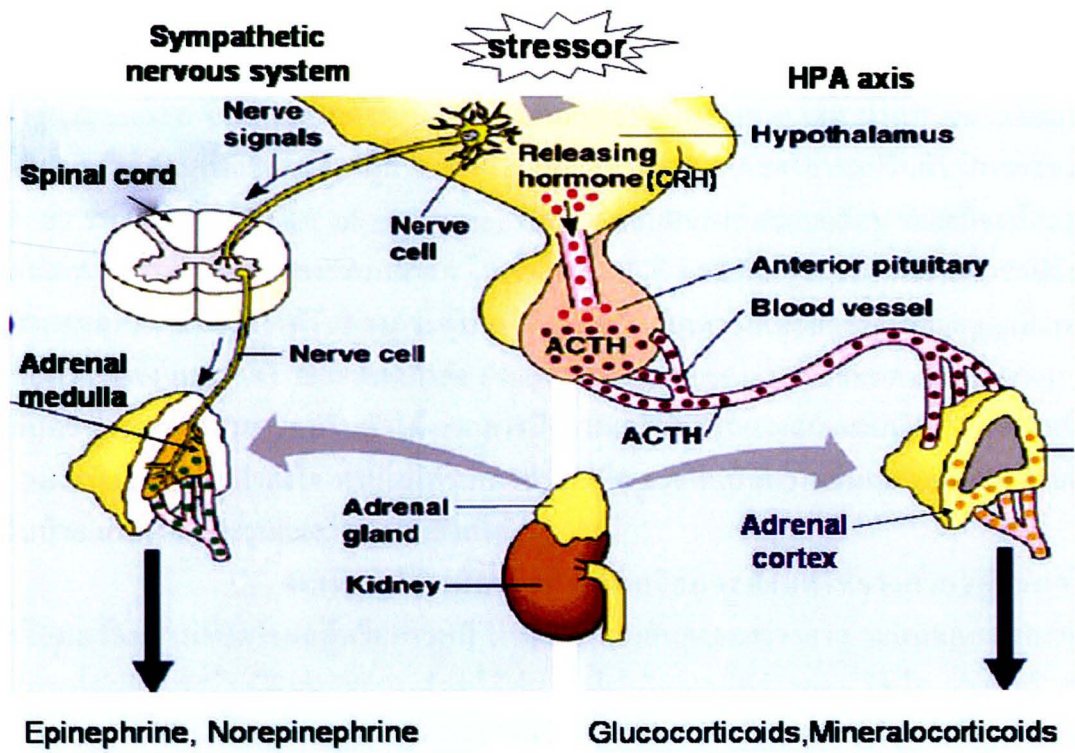
1.3.1.2 สาเหตุจากภายนอกบุคคล (Exogenous stressor) ส่วนใหญ่เป็น เกิดขึ้นจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย 1) สาเหตุที่เกิดภายในครอบครัว เช่น การตั้งครรรค์และการคลอดบุตรของสมาชิก ปัญหาสัมพันธภาพ ตลอดจนการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัว และ 2) สาเหตุที่เกิดจากสังคมภายนอก เช่น การไม่ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานหรือการศึกษาต่อ รวมทั้งปัญหาสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนและเพื่อนร่วมงาน การตั้งครรรค์และการคลอดในกลุ่มวัยรุ่นที่ก่อให้เกิดการสูญเสียโอกาสทางการศึกษา การทำงาน และพัฒนาการของวัยรุ่น (จิราภรณ์ เมนะพันธ์, 2538 อ้างถึงใน วิริภรณ์ ชัยเศรษฐสัมพันธ์, 2551; Spencer, Kalil, Larson, Spieker, & Gilchrist, 2002 cited in Larson, 2004)

จากสาเหตุของความเครียดพบว่า การเกิดความเครียดในมารดาหลังคลอดนั้นมีสาเหตุจากภายในและภายนอกตัวบุคคล โดยระยะหลังคลอดต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง มีการปรับตัวหรือการเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อความเครียด

1.3.2 การตอบสนองของความเครียด

เมื่อเกิดความเครียดร่างกายจะเกิดการตอบสนอง เริ่มจากฮอร์โมนคอร์ติโคโทรฟินรีลีสซิง (Corticotrophin releasing hormone: CRH) ถูกหลั่งออกมาจากสมองส่วนไฮโปทาลามัสไปกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหน้าให้มีการหลั่งฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ติโคโทรฟิน แล้วมีผลต่อต่อมหมวกไตส่วนนอก (Adrenal cortex) กระตุ้นการสังเคราะห์ฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ และฮอร์โมนมิเนอราโลคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoids and mineralocorticoids) หรือเรียกว่าฮอร์โมนคอร์ติซอล ซึ่งฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์มีหน้าที่ส่งเสริมการใช้พลังงาน การกระตุ้นการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้มีการเพิ่มของระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนฮอร์โมนมิ-

เนอรอลโคर्टิคอยด์มีหน้าที่เพิ่มการดูดกลับของโซเดียม ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ส่งกระแสประสาทไปกระตุ้นให้ต่อมหมวกไตส่วนใน (Adrenal medulla) ให้หลั่งฮอร์โมนอีพิเนฟริน จึงทำให้กล้ามเนื้อเกิดความตึงตัวมากขึ้น ผนังหลอดเลือดมีการหดตัว ทำให้เพิ่มแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย ความเร็วของจังหวะการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น การบีบตัวของหัวใจแรงขึ้นและความดันโลหิตสูงขึ้น (จำลอง & พรหมเพรา ดิษยวณิช, 2545; Seaward, 2009) (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 แสดงกลไกการตอบสนองของร่างกายต่อความเครียด (ณัฐยา ปฐมศรีสกุล และคณะ, 2550 อ้างถึงใน พาพร วิมุกตะลพ, 2551 หน้า 27)

เมื่อเกิดความเครียดจะส่งผลให้ร่างกายอยู่ในภาวะเตรียมพร้อมสำหรับการต่อสู้หรือการหนี ผ่านการตอบสนองของร่างกาย 2 ระบบ คือ 1) ระบบตอบสนองทางระบบประสาทซึ่งมีผลในระยะสั้น และ 2) การตอบสนองทางระบบต่อมไร้ท่อ ทำให้เกิดการตอบสนองด้านจิตใจและอารมณ์ เกิดเป็นความรู้สึกเบื่อหน่าย ขาดสมาธิ ตัดสินใจไม่ได้ ความจำเลอะเลือน ลืมง่าย กังวลใจ ซึมเศร้า มองตนเองในแง่ลบและความคิดอาจบิดเบือนไปคิดในทางร้าย ส่วนด้านพฤติกรรม บางรายพยายามหลีกเลี่ยง หนีสังคม ต้มเหล้า สูบบุหรี่หรือใช้ยาเสพติด นอกจากนี้

ความเครียดทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ ก้าวร้าว ขี้คิดขี้ทำ เบื่ออาหารและหมดความสนใจทางเพศ เป็นต้น

บุคคลจะแสดงออกถึงอาการของความเครียดเมื่อมีปฏิกิริยาตอบสนองเข้าไปถึงขอบเขตอันตรายของการปลุกเร้าทางสรีรวิทยา ซึ่งขึ้นอยู่กับความรุนแรงและระยะเวลาของความเครียด โดย Selye (1976) กล่าวถึงการตอบสนองในลักษณะกลุ่มอาการปรับตัว โดยทั่วไป 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตือน (Alarm reaction) เป็นระยะที่ร่างกายถูกกระตุ้นให้มีความตื่นตัวและความพร้อมในการสร้างกลไกต่อต้านความเครียด เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ในร่างกาย เริ่มจากสมองส่วนไฮโปทาลามัสหลั่งสารออกมากกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติและระบบต่อมไร้ท่อหลั่งฮอร์โมนอิพิเนฟริน (Epinephrine) และนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) เข้าสู่กระแสเลือด จึงเกิดกลไกการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ เหงื่อออก นอนไม่หลับ อ่อนเพลียและท้องผูก ระยะนี้ใช้เวลาไม่นานร่างกายจะสามารถปรับตัวสู่ภาวะสมดุลได้ 2) ระยะต่อต้าน (Stage of resistance) เป็นการตอบสนองต่อระยะเตือน ระยะนี้จะเป็นการปรับสภาวะการณไม่สมดุลของระบบต่างๆ ให้เข้าสู่ภาวะปกติ กรณีที่ไม่รุนแรงมากจะสามารถปรับสู่ภาวะสมดุลได้ แต่ถ้ายังได้รับการกระตุ้นจากสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดร่างกายจะสูญเสียการปรับตัวอีกครั้ง และ 3) ระยะหมดกำลัง (Stage of exhaustion) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการปรับตัว ร่างกายไม่สามารถปรับตัวได้ จากการมีความเครียดที่รุนแรงและนานเกินไป จึงเกิดเป็นความเหนื่อยล้า หมดกำลังใจ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ จะเกิดเป็นความล้มเหลวของการปรับตัว เจ็บป่วย เกิดโรค และรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้

จะเห็นได้ว่าเมื่อเกิดความเครียดจะส่งผลให้ร่างกายอยู่ในภาวะเตรียมพร้อมสำหรับการต่อสู้หรือการหนี ผ่านการตอบสนองของร่างกาย ระบบตอบสนองทางระบบประสาทอัตโนมัติและระบบต่อมไร้ท่อ ทำให้เกิดผลต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม คือ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และความดันโลหิตเพิ่มขึ้น รวมทั้งแสดงออกด้านอารมณ์และพฤติกรรม ได้แก่ ความรู้สึกไม่สบายใจ ท้อแท้ วิตกกังวล ขาดสมาธิ และความสับสนลง เป็นต้น

1.4 ระดับความเครียด

ความเครียดของแต่ละบุคคลจะมีระดับความรุนแรงของความเครียดแตกต่างกัน แม้จะอยู่ในสภาวะการณเดียวกันขึ้นอยู่กับลักษณะที่แตกต่างกัน ซึ่งได้แก่ การรับรู้ การยอมรับ และการปรับตัวของบุคคล ที่มีต่อปัจจัยทำให้เกิดความเครียด โดยการศึกษาครั้งนี้แบ่งระดับความเครียดเป็น 4 ระดับ ตามแนวคิดของมิลเลอร์และคณะในการพัฒนาแบบวัดความเครียดสวนปรง (สุวัฒน์ มหันตนิรันดกุล และคณะ, 2540)

1.4.1 ความเครียดระดับต่ำ (Mild stress) เป็นความเครียดเพียงเล็กน้อย ที่พบได้ในชีวิตประจำวัน สามารถหายได้เองโดยใช้ระยะเวลาอันสั้น ไม่มีผลเสียต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และใช้พลังงานเพียงเล็กน้อยในการปรับตัว จึงจัดเป็นภาวะที่ร่างกายผ่อนคลาย

1.4.2 ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เนื่องจากมีสิ่งที่คุณคัม หรือมีเหตุการณ์สำคัญ บุคคลจะมีการตอบสนองออกมาในลักษณะความกลัว ความวิตกกังวล ซึ่งยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ไม่รุนแรง

1.4.3 ความเครียดระดับสูง (High stress) เป็นความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ที่มีแรงกดดันสูง บุคคลไม่สามารถปรับตัวลดความเครียดนั้นได้ในระยะเวลาสั้น ๆ จัดเป็นความเครียดในระดับอันตราย หากไม่ได้รับการบรรเทา อาจทำให้เกิดความเครียดเรื้อรังในภายหลังได้

1.4.4 ความเครียดระดับรุนแรง (Severe stress) เป็นความเครียดระดับสูง ที่ดำเนินติดต่อกันมาอย่างต่อเนื่อง จนทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัว เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หมดแรง และควบคุมตัวเองไม่ได้ อาจเกิดอาการทางกายหรือโรคภัยต่าง ๆ ตามมาได้ง่าย

กรณีมารดาวัยรุ่นหลังคลอด การจัดระดับความเครียดทำให้ทราบถึงภาวะเครียดที่เป็นอยู่ เพื่อนำไปสู่การประเมินเบื้องต้น ซึ่งหากเป็นความเครียดระดับปานกลางความเครียดอาจเพิ่มเป็นระดับสูงด้วยหลายสาเหตุปัจจัย อีกทั้งหากมารดาไม่สามารถปรับตัวลดความเครียดได้ อาจทำให้เกิดความเครียดระดับรุนแรงหรือความเครียดเรื้อรังในภายหลัง อาจเป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ข้อมูลหรือการปรับตัวในระยะหลังคลอด เกิดเป็นความล้มเหลวในการปรับตัวหลังคลอดและ/หรือเกิดภาวะเจ็บป่วยหลังคลอดได้

1.5 การประเมินความเครียด

ความเครียดเป็นภาวะของความกดดัน เมื่อบุคคลรู้สึกเครียดจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดในด้านสรีรวิทยา อารมณ์ พฤติกรรมและความคิด จึงสามารถประเมินได้จากวิธีต่าง ๆ ที่จะทำให้ทราบว่าบุคคลนั้นเกิดความเครียดหรือไม่ โดยจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าวิธีการประเมินความเครียดมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดที่ใช้ในการศึกษา รวมทั้งสามารถแบ่งเครื่องมือประเมินความเครียดได้เป็น 3 กลุ่ม คือ การประเมินความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา การสังเกต และการประเมินจากแบบสอบถาม มีรายละเอียดดังนี้

1.5.1 การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological change)

การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเป็นวิธีการประเมินความเครียด โดยวัดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น อุณหภูมิ อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิตและความตึงของกล้ามเนื้อ การวัดด้วยวิธีนี้ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญและเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้แก่ อุณหภูมิสูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และความดันโลหิตเพิ่มขึ้นกว่าระดับปกติ (ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, 2544; สุรีย์ กาญจนวงศ์ & จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2545)

1.5.2 การสังเกต (Observation)

การประเมินความเครียดโดยการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก เป็นการประเมินเมื่อบุคคลกำลังเกิดความเครียด ได้แก่ สังเกตจากอาการนอนไม่หลับ ขาดสมาธิ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงและเบื่ออาหาร หรือสังเกตท่าทาง เช่น การถอนหายใจ มีน้ำเสียง ห้วนหรือสีหน้าบึ้งตึง เป็นต้น

1.5.3 การประเมินโดยแบบสอบถาม

การประเมินโดยให้ผู้ตอบประเมินตนเอง (Self report) ได้แก่

1.5.3.1 แบบประเมินความเครียด เฮลธ โอพินิอัน (Health Opinion Survey: HOS) เป็นแบบสำรวจเกี่ยวกับสุขภาพกายมีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ซึ่งถามเกี่ยวกับอาการผิดปกติทางร่างกาย จำนวน 18 ข้อ และ 2 ข้อถามเกี่ยวกับจิตใจที่แสดงออกถึงผลของการปรับตัวต่อความเครียด ส่วนใหญ่จะนำมาใช้ประเมินความเครียดหรือภาวะสุขภาพจิตในชุมชน หรือสำรวจความคิดเห็นทางสุขภาพเพื่อศึกษาทางระบาดวิทยา (สุรีย์ กาญจนวงศ์ & จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2545)

1.5.3.2 แบบวัดสุขภาพจิต ซี เอ็ม ไอ (Cornell Medical Index: CMI) หรือ ดัชนีชี้วัดทางการแพทย์ของคอร์เนล เป็นแบบสำรวจสุขภาพจิตทั่วไป ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 195 ข้อ โดยถามถึงภาวะทางจิต คือ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความรู้สึกไวต่อสิ่งเร้า ความรู้สึกโกรธและความรู้สึกเครียด ใช้กรณีวัดอาการแสดงภาวะเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งพบว่ายังไม่เป็นที่นิยมนำมาใช้ในการศึกษาวิจัย เนื่องจากมีข้อคำถามที่มากเกินไป อาจทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามไม่อยากจะตอบและตอบไม่ตรงกับความเป็นจริงได้ (พรรณวดี ตันติศิรินทร์, ภัณฑิลา อธิรัตน์ และวรรณภา นิวาสะวัต, 2543)

1.5.3.3 แบบสอบถาม เอส ซี แอล (Symptom Check List 90: SCL-90) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 90 ข้อ ชนิด 5 มาตราวัด ใช้วัดความผิดปกติด้านจิตใจและความเครียดที่แสดงออกทางร่างกาย คือ อาการย้ำคิดย้ำทำ ความรู้สึกไวต่อผู้อื่น อาการเศร้า อาการวิตกกังวล ความรู้สึกไม่เป็นมิตร ความคิดหวาดระแวง ความหลงผิดและประสาทหลอน ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าข้อคำถามที่มากเกินไป อาจทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามไม่อยากจะตอบ รวมทั้งอาจตอบไม่ตรงกับความเป็นจริงได้ (พรรณวดี ตันติศิรินทร์ และคณะ, 2543)

1.5.3.4 แบบวัดความเครียดด้วยสายตา (Visual Analog Scale: VAS) ที่พัฒนาโดย Buelow (1991 อ้างถึงใน รจนา ประณีตพลกรัง, 2551) ใช้สำหรับการวัดระดับความเครียดที่เป็นเส้นตรง ความยาวของมาตราเท่ากับ 10 เซนติเมตร (ภาพที่ 3) ที่กำหนดให้ 0 เซนติเมตร=ไม่มีความเครียด และ 10 คะแนน=มีความเครียดมาก ประเมินโดยให้ผู้ป่วยกากบาท × ณ จุดที่มีระดับความเครียด สามารถแบ่งระดับความเครียดตาม Gaberson (1991 cited in Junmahasathien & Leksawasdi, 2006) ที่ใช้แบบวัดทางสายตาในการประเมินระดับความวิตกกังวล ประเมินผลได้เป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับความวิตกกังวลน้อยที่สุดจนถึงระดับความวิตก

กังวลมากที่สุด ซึ่งพบว่า แบบวัดนี้สามารถวัดความเครียดได้จริงขณะเผชิญกับสถานการณ์ปัจจุบัน ประเมินได้มากกว่า 1 ครั้ง โดยใช้เวลาตอบไม่เกิน 5 นาที ไม่รบกวนเวลาพักผ่อนของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบวัดมากเกินไป และจากผลการทดสอบหาประสิทธิภาพเครื่องมือ โดย รจนา ประณีตพลกรัง (2551) จากการนำมาใช้ประเมินความเครียดของหญิงที่มีภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด หลังการฝึกควบคุมลมหายใจแบบโยคะ พบว่าได้ค่าความเที่ยงสหสัมพันธ์ของ เพียร์สันเท่ากับ 0.93



ภาพที่ 3 แสดงแบบวัดความเครียดด้วยสายตา

1.5.3.5 แบบประเมินความเครียดที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2542) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือความรู้สึกที่แสดงถึงความเครียด ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งระดับความเครียดเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยเลย เป็นครั้งคราว เป็นบ่อยๆ และเป็นประจำ จากผลการศึกษาถึงการพัฒนาแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองสำหรับคนไทย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค 0.86 จากการใช้ค่าจุดตัด 17 คะแนน ได้ค่าความไวร้อยละ 70.4 และค่าความจำเพาะร้อยละ 64.4 แต่จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าแบบวัดมีความเหมาะสมใช้วัดความเครียดของกลุ่มคนหรือชุมชนและการใช้คัดกรองบุคคลที่มีความเครียดในสถานการณ์ทั่วไป

1.5.3.6 แบบวัดความเครียดสวนปรงชุด 104 ข้อ ส่วนที่ 3 ซึ่งสุวรรณ มหันตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) พัฒนามาจากรูปแบบชีวพฤติกรรมความเครียดของ Miller et al. (1993) ที่สร้างแบบประเมินจากกรอบแนวคิดทางด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคมของความเครียด ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ประเมินอาการของความเครียดที่แสดงออก 7 กลุ่ม อาการ ได้แก่ ด้านร่างกาย คือ ระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาทพาราซิมพาเธติก ระบบประสาทซิมพาเธติก ระบบต่อมไร้ท่อและระบบภูมิคุ้มกัน รวมทั้งด้านอารมณ์และด้านความคิด แบ่งระดับความเครียดเป็น 4 ระดับ คือ เครียดต่ำ เครียดปานกลาง เครียดสูง และเครียดรุนแรง จากการหาประสิทธิภาพของเครื่องมือได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มากกว่า 0.7 โดยแบบวัดนี้มีความเหมาะสมสำหรับคนไทยในการนำมาใช้เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับความเครียดของผู้รับบริการในสถานพยาบาล เพื่อให้ทราบถึงที่มาของความเครียด การปรับตัวต่อความเครียด ตลอดจนอาการของความเครียดที่เกิดขึ้นในขณะนั้น



เหมาะสมกับผู้ตอบที่อยู่ในวัยทำงานหรือวัยเรียน และจากการศึกษาของ พาพร วิมุกตะลพ (2551) ถึงผลการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อการลดระดับความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยนำแบบวัดความเครียดสวนปรุ้งมาประยุกต์ใช้ พบว่าได้ค่าความตรงของแบบสอบถาม 0.89 และค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.79

จะเห็นได้ว่า การประเมินระดับความเครียดสามารถทำได้ในหลายวิธีการ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการประเมินระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง 2 วิธี คือ การให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเอง โดยผู้วิจัยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุ้งประเมินระดับความเครียดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ในการคัดเลือกมารดาวัยรุ่นเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างการทำวิจัย เนื่องจากแบบวัดความเครียดของสวนปรุ้งมีความเหมาะสม ข้อคำถามเกี่ยวกับอาการและความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดจากความเครียดแล้วแสดงออกทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งแบบวัดมีค่าความเที่ยงมากกว่า 0.7 ส่วนในการวิจัยนี้ใช้แบบวัดความเครียดด้วยสายตาประเมินระดับคะแนนความเครียด เนื่องจากสามารถวัดความเครียดได้จริงขณะเผชิญ โดยประเมินได้มากกว่า 1 ครั้ง ใช้เวลาตอบไม่เกิน 5 นาที ไม่รบกวนเวลาพักผ่อนของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในการตอบแบบวัดมากเกินไป รวมทั้งแบบวัดมีค่าความเที่ยงสหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ 0.93 ร่วมกับ ประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ การวัดอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเลือกแบบวัดความเครียดด้วยสายตาและประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในการวัดระดับความเครียดก่อนและหลังให้การดูแลด้วยการนวดกดจุดสะท้อนเท้าในกลุ่มทดลองและการนวดเท้าในกลุ่มควบคุมและ 5 นาที และ 24 ชั่วโมงตามลำดับ

2. ความเครียดในมารดาหลังคลอด

2.1 แนวคิดและปฏิบัติการณการเกิดความเครียดในมารดาหลังคลอด

2.1.1 แนวคิดและความหมาย

มีผู้ให้แนวคิดและความหมายของความเครียดในมารดาหลังคลอดไว้หลายลักษณะดังนี้

Skari et al. (2002) กล่าวว่า ความเครียดในมารดาหลังคลอด คือ ภาวะที่มารดาหลังคลอดเกิดความยุ่งยากกังวลใจจากเหตุการณ์การคลอดบุตร โดยเกิดเป็นความรู้สึกตึงเครียด วิตกกังวลและหวาดผวากับการคลอดที่ผ่านมา

Holub et al. (2007) กล่าวว่า ความเครียดของมารดาหลังคลอด เป็นอารมณ์หรือความรู้สึกตึงเครียด มีผลต่อการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา โดยสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ หลังคลอดระยะแรกจนกระทั่งหลังคลอดระยะปลาย

ปราณี พงศ์ไพบูลย์ (2550) กล่าวว่า ความเครียดในมารดาหลังคลอด เป็นผลที่เกิดจากการปรับตัวทางด้านภาวะจิตสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ได้แก่

ความเครียดทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งล้วนเป็นภาวะคุกคามต่อมารดาหลังคลอด หากไม่สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาจทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ตึงเครียด และมีภาวะอารมณ์แปรปรวนได้ง่ายตามมา

สุรีย์ กาญจนวงศ์ และ จริยาวัตร คมพัยค์ (2545) กล่าวว่า ความเครียดในมารดาหลังคลอด หมายถึงภาวะที่มารดาหลังคลอดรับรู้ว่าตนเองมีปัญหากับการแสดงบทบาท หรือมีการแสดงบทบาทไม่เหมาะสม ทั้งด้านการกระทำและการแสดงความรู้สึก

จูติรัตน์ หมั่นศรีชัย (2550) กล่าวว่า ความเครียดในมารดาหลังคลอด หมายถึง ความรู้สึกที่ตอบสนองทางด้านอารมณ์และความคิดของมารดา แสดงออกเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญ

จากแนวคิดและการให้ความหมาย สรุปได้ว่า ความเครียดในมารดาหลังคลอด คือภาวะที่มารดาหลังคลอดรับรู้ว่ามีสิ่งคุกคามและกดดัน จากเหตุการณ์การคลอดบุตร การปรับตัวทางด้านภาวะจิตสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ รวมทั้งการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา แล้วเกิดการตอบสนองต่อสิ่งคุกคาม ก่อเกิดเป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม โดยแสดงออกเป็นอารมณ์ ความรู้สึกเครียด ความกดดัน ยุ่งยาก ใจหรือวิตกกังวล สามารถประเมินได้ตั้งแต่หลังคลอดระยะแรก จนกระทั่งหลังคลอดระยะปลาย โดยความเครียดในมารดาหลังคลอดมีผลต่อการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา รวมถึงสุขภาพร่างกายและจิตใจ หากไม่สามารถปรับตัวหรือเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาจส่งผลให้เกิดเป็นภาวะอารมณ์แปรปรวนหลังคลอดและปัญหาในด้านอื่น ๆ ตามมาได้

2.1.2 การเกิดความเครียดในมารดาหลังคลอด

ความเครียดในมารดาหลังคลอดพบเป็นความเครียดเฉียบพลัน โดยจากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบมารดาหลังคลอดเกิดความเครียดจากการคลอดบุตรร้อยละ 34.0 และต่อมาได้รับวินิจฉัยว่าเป็นความเครียดหลังเหตุการณ์รุนแรงร้อยละ 2.0-5.6 (Creedy et al., 2000; Soet et al., 2003) อาการที่พบเป็นความรู้สึกตึงเครียด วิตกกังวล และหวาดผวากับการคลอดที่ผ่านมาของตน โดยกลุ่มอาการเหล่านี้ทวีความรุนแรงจนเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามมา (Skari et al., 2002) จากการศึกษาในมารดาหลังคลอดขณะพักรักษาตัวอยู่โรงพยาบาล พบมีอาการซึมเศร้าร้อยละ 2.8 และอาการวิตกกังวลร้อยละ 6.1 (Disornatiwat, 1998)

ความเครียดก่อให้เกิดกลุ่มอาการทางกายและอารมณ์ที่เป็นส่วนหนึ่งของการเกิดภาวะอารมณ์แปรปรวนหลังคลอด (Beck & Driscoll, 2006; Reid & Meadows-Oliver, 2007) เมื่อเกิดความเครียดแล้ว มารดาหลังคลอดจะรับรู้ถึงสถานการณ์คุกคาม โดยระบบสนับสนุนและสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน ทำให้มีระดับความเครียดที่แตกต่างกัน เมื่อได้รับการสนับสนุนที่ดีจะสามารถปรับตัวและเผชิญกับความเครียดได้ดียิ่งขึ้น แต่หากความเครียดเป็นอยู่นานอาจมีระดับสูงมากขึ้น อีกทั้งกับเมื่อกลับไปบ้านมารดาหลังคลอดต้องเผชิญเหตุการณ์ที่

ก่อให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้น อาจส่งผลให้เกิดปัญหาและผลของความเครียดที่ยาวนานเป็นความเครียดเรื้อรัง ดังเห็นได้จากการศึกษาของ Siridumrong (1999) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาของมารดาหลังคลอดที่บ้านระยะ 3 วัน ถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด จำนวน 150 ราย พบว่า มารดาหลังคลอดยังมีปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัวทางสรีระ การปรับตัวต่อภาพลักษณ์ การเลี้ยงดูบุตรและการจำกัดกิจกรรมทางสังคม อีกทั้งพบมารดาหลังคลอดมีความเครียดทางอารมณ์ร้อยละ 88.0 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ร้อยละ 95.0 เกิดปัญหาสุขภาพจิตหลังคลอดร้อยละ 38.2 (Pugh & Milligan, 1993 อ้างถึงใน กมลวรรณ นารอดภัย, 2551; วรรณ คงสุริยะนาวัน และคณะ, 2553)

2.2 ผลกระทบของความเครียดในมารดาหลังคลอด

เมื่อมารดาหลังคลอดเผชิญกับความเครียดจะส่งผลต่างกัน ความเครียดในระดับต่ำในระยะเวลาไม่นานจนเกินไปจะเป็นตัวกระตุ้นให้กระทำสิ่งต่าง ๆ อย่างกระตือรือร้น ฝึกการแก้ไขปัญหา มีความคิดสร้างสรรค์ และอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายได้มีโอกาสที่จะรับมือกับความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งจะก่อให้เกิดความพึงพอใจในทักษะความสามารถ เชื้อมั่นและภาคภูมิใจในตนเองมากยิ่งขึ้น แต่หากเกิดความเครียดในระดับรุนแรงขึ้นหรือเกิดเป็นระยะเวลายาวนาน จะเกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นอาการตอบสนองของความเครียดทางด้านร่างกาย อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม (จำลอง & พริ้มเพรา ดิษยวนิช, 2545; Disornatiwat, 1998) สรุปผลกระทบของความเครียดในมารดาหลังคลอดได้ดังนี้

2.2.1 ความเหนื่อยล้า

เมื่อมารดาหลังคลอดเผชิญกับความเครียด ร่างกายจะมีการเผาผลาญและใช้พลังงานสูงขึ้น มีการสลายตัวของไขมันและกรดอะมิโนออกจากกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งมีการยับยั้งการหลั่งสารอินซูลินซึ่งมีความจำเป็นในการพากลูโคสเข้าสู่เซลล์เพื่อสังเคราะห์กลัยโคเจน จึงมีผลให้ขาดพลังงาน และหากสภาวะนี้เกิดติดต่อกันเป็นเวลานาน ร่างกายจะนำพลังงานที่สะสมไว้มาใช้ ทำให้เกิดเป็นภาวะพร่องพลังงาน นำไปสู่ความเหนื่อยล้า ซึ่งพบว่าความเหนื่อยล้าเป็นผลมาจากความเครียดที่แสดงออกเป็นอาการแสดงทางด้านร่างกายในกลุ่มมารดาหลังคลอดซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 76.0-80.0 (Pugh & Milligan, 1993 อ้างถึงใน กมลวรรณ นารอดภัย, 2551; Rhchala & Halstead, 1994)

2.2.2 การปรับบทบาทการเป็นมารดาและภาวะสุขภาพทารก

การเป็นมารดาในระยะหลังคลอดคือช่วงเวลาสำคัญในการเริ่มต้นรับผิดชอบต่อการเป็นมารดา โดยในมารดาวัยรุ่นจะมีความขัดแย้งในความต้องการของตนและการปรับบทบาทการเป็นมารดา เนื่องจากต้องมีพัฒนาการของการเป็นมารดาในขณะเดียวกันยังคงมีพัฒนาการของวัยรุ่นที่ยังดำเนินอยู่ จึงส่งผลให้เกิดการคาดหวังให้มารดาวัยรุ่นบรรลุความสำเร็จในพัฒนาการของวัยรุ่นและพัฒนาการของการเป็นมารดาพร้อมกัน ก่อให้เกิดเป็นความกดดันและความเครียด (Rubin, 1984 อ้างถึงใน สุอารี ลำตระกูล, 2551; พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, 2533; Bobak, & Jenzen, 1991; Flanagan et al., 1995; Clemmens, 2003)

จากการศึกษาของ Majewski (1986 อ้างถึงใน ฐิติรัตน์ หมื่นศรีชัย, 2550) พบว่าความเครียดมีผลต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่านการเป็นมารดา ตลอดจนพฤติกรรมการเลี้ยงดูทารกและการตอบสนองต่อทารก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Passino et al. (1993) ที่พบว่า ความเครียดจะส่งผลให้มารดาวัยรุ่นไม่สามารถดูแลตนเองและทารกได้อย่างถูกต้อง เมื่อมีปัญหาภาวะจิตสังคมหลังคลอดจะเป็นอุปสรรคต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารก การปรับบทบาทมารดา และประสิทธิภาพการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาลดลง (Cooper & Murray, 1998; Dunn et al., 2006; Field, 2010) รวมถึง Adamakos et al. (1989 cited in Larson, 2004) พบว่าในมารดาที่มีความเครียดในระดับสูงจะส่งผลให้การกระตุ้นหรือส่งเสริมพัฒนาการในทารกน้อยลง เกิดการละเลยในการดูแลทารก และทำร้ายร่างกายทารก (Chan, 1994; Ethier, Lacharite, & Couture, 1995)

2.2.3 ภาวะอารมณ์แปรปรวนหลังคลอด

ความเครียดจะแสดงออกเป็นภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า โดยจากผลการศึกษาของ Disornattiwat (1998) พบว่ามารดาหลังคลอดในระยะ 2-3 วันหลังคลอด มีอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลร้อยละ 2.8 และ 6.1 ตามลำดับ โดยความเครียดอาจส่งผลต่อเนื่องเป็นภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด กลุ่มอาการซึมเศร้าหลังคลอด เช่น กลุ่มอาการย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive-compulsive disorder) และเกิดเป็นโรคจิตซึมเศร้าหลังคลอด (May & Mahlmeister, 1994; Beck & Driscoll, 2006; Lord et al., 2010) พบมารดาวัยรุ่นที่เกิดความเครียดระดับสูง จะส่งต่อภาวะอารมณ์และการปรับตัวต่อการเป็นมารดาในระยะหลังคลอด เช่น ความรู้สึกเชิงบวกต่อการเป็นมารดาและการดูแลทารก สมรรถนะการดูแลทารก และเกิดเป็นปัญหาภาวะจิตสังคมหลังคลอด (Flanagan et al., 1995; Reid & Meadows-Oliver, 2007) เกิดผลเสียต่อภาวะสุขภาพมารดา ทารก และครอบครัวในระยะยาว (Chen, 1996; Schmidt et al., 2006; Cox et al., 2008)

2.2.4 สัมพันธภาพกับคู่สมรสและครอบครัว

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มารดาที่มีความเครียด จะส่งผลให้เกิดความเครียดในคู่สมรสและครอบครัวเช่นกัน จากการศึกษาของ Lavee, Sharlin, and Katz (1996) พบว่า มารดาที่ต้องเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด จึงเกิดภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า แยกตัว มีปัญหาต่อการสื่อสารระหว่างกับคู่สมรสและสมาชิกอื่นในครอบครัวส่งผลให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและครอบครัวตามมา ซึ่งพบว่าเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างมารดาหลังคลอดและคู่สมรส ได้แก่ ความรู้สึกหงุดหงิดและไม่พึงพอใจคู่สมรส ส่วนคู่สมรสจะรู้สึกกลัว สับสนและเกิดภาวะซึมเศร้าเช่นเดียวกัน อีกทั้งนำไปสู่การทะเลาะวิวาทหรือการทำร้ายร่างกายหลังได้ (Leonard, 1998; Meighan et al., 1999)

ระยะหลังคลอดเป็นช่วงเวลาที่มารดาต้องเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจก่อความเครียดในระดับสูง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ เกิดปัญหาภาวะจิตสังคม และการเจ็บป่วยทางจิตใจของมารดาหลังคลอด รวมทั้งเกิดปัญหาต่อการปรับบทบาทมารดา ภาวะสุขภาพทารก ตลอดจนสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสและครอบครัวในระยะยาว

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในมารดาหลังคลอด

2.3.1 การเปลี่ยนแปลงระยะหลังคลอด

ระยะหลังคลอด (Puerperium, postpartum period, postnatal period or postdelivery period) คือ ระยะเวลาเริ่มจากหลังทารกเกิดจนกระทั่งร่างกายและจิตใจกลับสู่สภาพปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังรวมถึงการปรับบทบาทการเป็นมารดาและคงไว้ซึ่งบทบาทอื่นๆ โดยปกติใช้เวลาประมาณ 6-8 สัปดาห์ (Bobak & Jenzen, 1991; ปราณี พงศ์ไพบุลย์, 2550) ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะหลังคลอดทันที (Immediate postpartum) คือระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด 2) หลังคลอดระยะสั้น (Early postpartum) วันที่ 2 - 7 หลังคลอด และ 3) หลังคลอดระยะปลาย (Late postpartum) สัปดาห์ที่ 2-6 หลังคลอด โดยระยะหลังคลอดจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตสังคม (ปราณี พงศ์ไพบุลย์, 2550; ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร, 2551; วิไลพรรณ สวัสดิพาณิชย์, 2551)

2.3.1.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย มารดาหลังคลอดจะมีการเปลี่ยนแปลงร่างกายหลายระบบได้แก่ ระบบสืบพันธุ์ ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินอาหารและการเผาผลาญ ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบประสาท ระบบผิวหนังและระบบภูมิคุ้มกัน ให้กลับคืนสู่ภาวะปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ จึงส่งผลต่อความสบายของมารดาหลังคลอด ซึ่งมารดาจะต้องมีการเรียนรู้และปรับตัวที่เหมาะสมตามระยะเวลาการเปลี่ยนแปลงหลังคลอดต่อไป พบว่ามารดาวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงร่างกายและต้องใช้ระยะเวลาการปรับตัวเป็นอย่างมาก (สุชัย อินทรประเสริฐ, 2534) ก่อให้เกิดความไม่สบายและอาการปวดหลังคลอด มารดายังมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้าและต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่ อีกทั้งในช่วงตั้งครรภ์ เอ็น ข้อต่อและกล้ามเนื้อมีการยืดขยายจากอิทธิพลฮอร์โมนเอสโตรเจน หลังคลอดเมื่อระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลงระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจึงปรับสู่ภาวะปกติ มารดาจะมีรู้สึกปวดเมื่อยบริเวณสะโพกและข้อต่อ และจากการศึกษาของ Birkeland et al. (2005) พบว่ามารดาวัยรุ่นหลังคลอดเกิดความเครียดและวิตกกังวล ในความไม่สมดุลของน้ำหนักและการเปลี่ยนแปลงรูปร่างหลังคลอดเนื่องจากขัดแย้งต่อความต้องการด้านภาพลักษณ์ที่สวยงามของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

2.3.1.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ พบว่ามารดาหลังคลอดจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ และลักษณะพฤติกรรมแตกต่างกันไปตามระยะเวลา (ทรงพร จันทรพัฒน์, 2546; Rubin, 1961 อ้างถึงใน สุทธิ หน่งอาหลี, 2547; Gorrie et al., 1998) สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะเทคกิง-อิน (Taking-in phase) เกิดขึ้นในช่วง 2-3 วันแรกหลังคลอด มารดาจะมีความตึงเครียดและวิตกกังวลในบทบาทใหม่ของการเป็นมารดาหลังคลอด ระยะนี้จึงมีความต้องการที่จะได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นและมีพฤติกรรมพึ่งพา มุ่งตอบสนองความต้องการของตนเองในด้านการรับประทานอาหารและการนอนหลับพักผ่อน

2. ระยะเทคกิง-โฮลด์ (Taking-hold phase) ตั้งแต่วันที่ 3-10 วันหลังคลอด มารดามีความสนใจในการจัดการเกี่ยวกับตนเองและสามารถดูแลตนเองได้ เปลี่ยนความสนใจจากความต้องการของตนเองไปสู่การให้การดูแลบุตร และยินดีรับคำแนะนำในการดูแลบุตร

3. ระยะที่ 3 ระยะเลตติง-โก (Letting-go phase) ภายหลังคลอดประมาณ 2 สัปดาห์ เป็นระยะที่มารดากลับบ้านและต้องทำหน้าที่มารดามากยิ่งขึ้น มีการปรับตัวและยอมรับว่าบุตรไม่ใช่เป็นส่วนหนึ่งของร่างกายตนเองอีกต่อไป

การเปลี่ยนแปลงภาวะจิตสังคมของมารดาหลังคลอด เริ่มตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรกจนถึง 1-3 วันแรกหลังคลอด เป็นระยะที่มารดาอาศัยอยู่โรงพยาบาล ช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่ กรณีมารดาวัยรุ่นที่ถือว่าการคลอดเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ก่อให้เกิดความกดดัน จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านจิตสังคมมากกว่ามารดาช่วงอายุอื่น (Chen, 1996) กอปรกับมารดาวัยรุ่นมีพัฒนาการที่ซ้อนทับระหว่างการดำรงบทบาทตามพัฒนาการของวัยรุ่นและการดำรงบทบาทการเป็นมารดา จึงจำเป็นต้องมีการปรับตัวที่ดี ซึ่งถ้าการปรับตัวเป็นไปไม่ได้ด้วยดีย่อมนำมาซึ่งความสุข แต่หากการปรับตัวประสบความสำเร็จแล้วก็น่าจะไปสู่ปัญหาของภาวะจิตสังคมและภาวะอารมณ์แปรปรวนหลังคลอด (Flanagan et al., 1995) จากการศึกษาของ Passino et al. (1993) พบว่ามารดาวัยรุ่นบางรายมีความคาดหวังต่อการเลี้ยงดูบุตรของตนเองสูง แต่ไม่สามารถกระทำได้ตามคาดหวังจึงก่อให้เกิดความเครียดหลังคลอดตามมา ดังนั้น การช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่ที่ทีมสุขภาพจึงจำเป็นมาก นอกจากการดูแลตามปกติแล้ว ควรมุ่งเน้นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายควบคู่กับการดูแลทางด้านจิตใจและอารมณ์

2.3.2 ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด

พบว่าการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนคลอด เช่น การคลอดก่อนกำหนด การตกเลือด โรคทางอายุรกรรม หรือการได้รับบาดเจ็บจากการคลอด ส่งผลกระทบให้เกิดความเครียดมากกว่ามากกว่ามารดาคลอดปกติ (Moore, 1983 อ้างถึงใน สิตานันท์ & จิราพร วงศ์ใหญ่, 2551) โดยมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะติดเชื้อหลังคลอด และมารดาที่มีปัญหาการให้นมบุตร จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและทารก จึงมีผลให้เกิดเป็นความเครียดและปัญหาภาวะจิตสังคมหลังคลอด (Reid-Meadows & Oliver, 2007; ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, 2551)

2.3.3 เหตุการณ์ระยะหลังคลอดและการเจ็บป่วยของทารก

Beck and Driscoll (2006) กล่าวว่า ระยะหลังคลอดอาจมีเหตุการณ์มากระทบที่จะเป็นตัวก่อให้เกิดเป็นความเครียด ซึ่งระดับความเครียดจะขึ้นอยู่กับ ความรุนแรง ระยะเวลา

และชนิดของเหตุการณ์ เช่น การเจ็บป่วยของมารดาหลังคลอดเอง การเจ็บป่วยของทารกหรือบุคคลภายในครอบครัว และการลาออกจากงานเป็นปัจจัยให้มารดาหลังคลอดต้องมีการปรับตัวทำให้เกิดความเครียดได้ สอดคล้องกับ Hung and Chung (2001) พบว่าการที่ทารกเจ็บป่วยและร้องไห้รบกวนส่งผลให้มารดาเกิดความเครียดและวิตกกังวล อีกทั้ง Hung (2006) พบว่าเหตุการณ์ที่ก่อความเครียดในมารดาหลังคลอดคือ ความเจ็บป่วยของและลักษณะรูปร่างที่ผิดปกติของทารก ส่วนกรณีมารดาวัยรุ่นยังพบว่าการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบการหยุดหรือลาออกจากการเรียน ลาออกจากงาน หรือถูกแยกจากสังคมของมารดาวัยรุ่นทำให้เกิดความเครียดโดยเกิดเป็นความอับอายและด้อยคุณค่า (จิราภรณ์ เมนะพันธ์, 2538 อ้างถึงใน วิริภรณ์ ชัยเศรษฐสัมพันธ์, 2551; Spencer et al., 2002 cited in Larson, 2004)

2.3.4 ภาวะสุขภาพและพลังของบุคคล (Health and energy)

ในกรณีมารดาหลังคลอด พบว่าการเปลี่ยนแปลงร่างกาย อารมณ์และจิตสังคมให้เกิดความเครียด โดยการปรับตัวทางสรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลง จากการที่ร่างกายสูญเสียเลือดและสารน้ำในร่างกายจากการคลอด ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า (จรัสศรี ธีระกุลชัย, ชุตินา โฆวณะกุล, ศิวพร สังวาล และสุวรรณี วัณกันต์, 2543; Piper, 1993 อ้างถึงใน กมลวรรณ นารอดภัย, 2551) สภาวะที่ร่างกายของมารดาจะเกิดการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างที่ก่อให้เกิดความไม่สบายและความเจ็บปวด อาจก่อให้เกิดความเครียดได้ หากมารดาหลังคลอดมีภาวะสุขภาพดีแข็งแรง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จะมีพลังช่วยส่งเสริมให้จัดการกับเหตุการณ์ตึงเครียดได้มากกว่ามารดาหลังคลอดที่ภาวะเจ็บป่วยหรือถูกจำกัดความสามารถทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โดยจากการศึกษาของ Hung (2006) ในกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดระยะแรกและติดตามผลถึงหลังคลอดระยะปลายจำนวน 183 ราย พบว่าความเหนื่อยล้าของมารดามีผลต่อการเกิดความเครียดของมารดาหลังคลอดในระยะแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้น บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบและพลังด้านสุขภาพร่างกายของมารดาหลังคลอด จึงมีผลต่อความมั่นใจในการจัดการปัญหา ความเครียด ตลอดจนภาวะจิตสังคมหลังคลอด (Tulman, Fawcett, & Groblewski, 1990)

2.3.5 ฐานะเศรษฐกิจ (Economic status)

ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอดและครอบครัว การมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงหรือมีรายได้สูงจะมีโอกาสในการเอื้ออำนวยความสะดวกให้สามารถดูแลตนเอง ตลอดจนเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Pender & Pender, 2006) ครอบครัวที่รายได้มากหรือมีความมั่นคงทางการเงิน ย่อมมีความสามารถในการจัดหาเครื่องอำนวยความสะดวกและของใช้ต่าง ๆ ได้อย่างพอเพียง อีกทั้งเป็นแหล่งสนับสนุนสำคัญที่ทำให้มีความพร้อมที่จะเผชิญกับความเครียด ช่วยส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดมีทางเลือกในการเผชิญปัญหาได้หลายวิธีและมีประสิทธิภาพ ในทางตรงกันข้ามหากมารดาหลังคลอดที่มีฐานะเศรษฐกิจทางครอบครัวไม่ดีอาจก่อให้เกิดความเครียดในระยะหลังคลอดได้ (สุรีย์ กาญจนวงศ์ & จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2545)

2.3.6 ระดับการศึกษา (Education)

การศึกษาเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาทางสติปัญญา ซึ่งเป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจต่อข้อมูลได้ง่ายขึ้น และความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการพิจารณาตัดสินใจกระทำสิ่งต่างๆ อย่างมีเหตุผล ผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสได้ศึกษาความรู้ ตลอดจนสามารถรับรู้และเข้าใจสิ่งต่างๆ ได้ง่าย รวมทั้งสามารถปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นกรณีมารดาหลังคลอดพบว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่ช่วยให้มารดาหลังคลอดได้พัฒนาความรู้ความสามารถ นำไปใช้ในการปรับตัวต่อปัญหาได้อย่างมีเหตุผล เข้าใจในสาเหตุของการเกิด ความเครียดมากขึ้น ส่งผลต่อการรับรู้และการประเมินเหตุการณ์ที่คุกคาม สามารถตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เผชิญในทางบวกหรือทางลบหรือจัดการความเครียดได้ดีขึ้น รวมถึงช่วยลดความเครียดในการปรับบทบาทมารดาได้ (Janet, 1982 อ้างถึงใน สุทธิ หนองอาหลี, 2547) จากการศึกษาของ Pfof, Steven, and Lum (1990) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการซึมเศร้า โดยมารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำเป็นกลุ่มที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตหลายด้าน สิ่งเหล่านี้จึงเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความเครียดที่มีอิทธิพลต่อการเกิดกลุ่มอาการซึมเศร้าตามมา และพบว่ามารดาที่เป็นกลุ่มวัยรุ่นส่วนใหญ่จะมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับต่ำ จึงมีส่วนน้อยที่จะได้ประกอบอาชีพ ส่งผลให้มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ซึ่งเป็นแรงกดดันหนึ่งที่ทำให้ผู้ที่เป็นมารดาวัยรุ่นเกิดความเครียด (Flanagan et al., 1995; Reid-Meadows & Oliver, 2007)

2.3.7 การสนับสนุนจากสังคม (Social support)

House (1981 อ้างถึงใน อาริรัตน์ แนวชาลี, 2550) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ และประเมินตนเอง ดังนั้น เมื่อมารดาหลังคลอดได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลในสังคมในด้านต่างๆ อย่างเพียงพอ จะช่วยให้มารดาหลังคลอดรู้สึกมั่นคง สามารถเผชิญต่อความเครียดได้ (สุรีย์ กาญจนวงศ์ & จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2545) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มารดาหลังคลอดที่สามารถรับรู้ได้ว่าตนได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว สามี หรือบุคคลใกล้ชิด จะสามารถเผชิญต่อสภาวะคุกคามที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ (Gee & Rhodes, 1999; Letourneau et al., 2004) อีกทั้งมารดาหลังคลอดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพียงพอจะมีความเครียดระดับต่ำหรือไม่เกิดความเครียด เนื่องจากบุคคลที่อยู่ในเครือข่ายทางสังคมจะช่วยเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่ก่อภาวะเครียด และลดระดับความรุนแรงของภาวะเครียดที่เกิดขึ้น (Lieberman, 1972 อ้างถึงใน จูติรัตน์ หมั่นศรีชัย, 2550)

การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปรับตัวและภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสนับสนุนด้านอารมณ์จะช่วยลดความเครียด ทำให้อารมณ์หลังคลอดเพิ่มความอดทนต่อปัญหาและบรรเทาผลกระทบที่เกิดจาก

ความเครียดได้มากขึ้น นอกจากนี้มารดาหลังคลอดที่ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร และด้านข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอ จะส่งผลให้ปรับตัวตอบสนองบทบาทการเป็นมารดาได้ดี รู้สึกว่าตนมีคุณค่า ตลอดจนการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Bullough & Bullough, 1990 อ้างถึงใน สุภาภรณ์ ทศนพงศ์, 2550; Hung & Chung, 2001; Letourneau et al., 2004) โดยพบว่ามารดาอายุน้อยจะต้องการการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น โดยจากการศึกษาของ ปาริฉัตร พงษ์จำปา (2540 อ้างถึงใน วิริภรณ์ ชัยเศรษฐสัมพันธ์, 2551) พบว่ามารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาล มีระดับความเครียดภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ระดับความเครียดลดลง และมีการยอมรับและการเล็งดูทารกได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาล

2.3.8 อายุ (Age)

อายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความเครียดและการเผชิญความเครียดของบุคคล เพราะเมื่ออายุมากขึ้นจะมีประสบการณ์ผ่านภาวะวิกฤตและมีวุฒิภาวะสูงขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามารดาวัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการเปลี่ยนแปลงภาวะจิตสังคมและปรับตัวบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอด เนื่องจากวัยรุ่นมีวุฒิภาวะและพัฒนาการที่ไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงในระยะนี้ ทำให้เกิดความยากลำบากในการปรับตัวต่อการเป็นมารดา จึงเกิดเป็นความเครียดและวิตกกังวล (Larson, 2004; Littleton & Engebretson, 2005; Freitas et al., 2008) โดยพบมารดาวัยรุ่นเกิดปัญหาในการเลี้ยงดูบุตรมากกว่าวัยผู้ใหญ่ ได้แก่ พฤติกรรมการลงโทษ การทำร้ายร่างกาย การทอดทิ้งหรือไม่ต้องการบุตร ซึ่งจากการศึกษาของ Lissovoy (1973 อ้างถึงใน จินตนา ศิริศักดิ์วุฒิกร, 2549) พบว่ามารดาวัยรุ่นในระยะเริ่มเลี้ยงดูบุตร ส่วนใหญ่จะลงโทษทางร่างกายเป็นสิ่งที่ใช้ในการควบคุมบุตร เช่นการทุบตีเพื่อให้หยุดร้องไห้หรือเมื่อบุตรไม่ยอมอดนม เป็นต้น

2.3.9 การปรับตัวบทบาทมารดาหลังคลอด

จากผลการศึกษาของ สุรีย์ กาญจนวงศ์ และจริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2545) และ จันทกานต์ อังคนวัฒนานนท์ (2540) พบมารดาส่วนใหญ่เกิดความเครียดจากการปรับตัวบทบาทมารดา ซึ่งได้แก่ เกิดความคลุมเครือในบทบาท (Role ambiguity) กล่าวคือ มารดาหลังคลอดไม่มั่นใจในการแสดงบทบาทตลอดจนผลลัพธ์จากการแสดงบทบาทมารดาของตน และการดำรงบทบาทมากเกินไป (Role overload) จากการที่มารดาหลังคลอดรับรู้ว่าจะต้องปฏิบัติในหลายบทบาท เช่น การเลี้ยงดูบุตร การเป็นภรรยาที่ดี หรือบทบาทตามอาชีพมากเกินไปกว่าความสามารถที่จะปฏิบัติทุกบทบาทให้บรรลุตามความคาดหวังของตนเองและสังคม อีกทั้งมารดาหลังคลอดบางส่วนมีความขัดแย้งในบทบาท (Role conflict) โดยรับรู้ถึงความไม่มั่นใจในการกระทำบทบาทตลอดจนผลลัพธ์จากการแสดงบทบาทการเป็นมารดาของตนเอง

2.3.10 ประสบการณ์การคลอดและการเลี้ยงดูบุตร

จากการศึกษาของ Secco et al., (2007) พบว่ามารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่จะคลอดบุตรคนแรกและมีความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่ามารดาวัยรุ่นที่ไม่ได้คลอดบุตรคนแรก โดยประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรกและครรภ์หลังจะส่งผลให้มารดาหลังคลอดความเครียดและปัญหาภาวะจิตสังคมต่างกัน โดยมารดาครรภ์หลังจะมีประสบการณ์เลี้ยงดูทารกทำให้มีโอกาสได้เรียนรู้และคุ้นเคยต่อการดูแลทารก ช่วยให้เกิดทักษะและความมั่นใจในการดูแลบุตร มีการตอบสนองต่อพฤติกรรมของบุตรตามประสบการณ์สามารถดูแลทารกได้ดีกว่า จึงเกิดความเครียดน้อยกว่ามารดาครรภ์แรกหรือมารดาที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลทารกมาก่อน (รุจา ภูไพบูลย์, 2541; Gross, Fogg, & Tucker, 1995 อ้างถึงใน สุทธิ หน่งอาหลี, 2547)

จากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในมารดาหลังคลอด พบว่ามารดาวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดหลังคลอด เนื่องจากเป็นวัยที่ขาดความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ วุฒิภาวะ และการปรับตัวในระยะหลังคลอดซ้อนทับความต้องการตามพัฒนาการ แต่การคลอดบุตรกลับสวนทางกับความต้องการของมารดาวัยรุ่น เช่น ภาพลักษณ์ที่สวยงาม โอกาสทางการศึกษา การยอมรับจากเพื่อนหรือสังคม อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงระยะหลังคลอดระยะแรกที่สร้างความไม่สุขสบายร่างกายหลายอย่าง รวมทั้งเป็นระยะเริ่มต้นของการปฏิบัติตนในบทบาทมารดา มารดาในกลุ่มนี้จึงต้องการการสนับสนุนจากทีมสุขภาพในการลดความเครียดและการส่งเสริมการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและการปรับบทบาทมารดาต่อไป

2.4 ความเครียดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบมารดาวัยรุ่นเกิดความเครียดเฉียบพลันร้อยละ 28.0 เป็นผลจากการคลอดบุตร ความเจ็บปวด ระยะเวลาการรอคลอดที่ยาวนาน และการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมในห้องคลอด เมื่อเกิดความเครียดเฉียบพลันจะสะสมเป็นกลุ่มอาการวิตกกังวลหลังคลอด (Affonso, 1992; Anderson & McGuinness, 2008) รวมทั้ง Holub et al. (2007) พบว่ามารดาวัยรุ่นเกิดความเครียดระดับสูงร้อยละ 26.0 ส่งผลกระทบต่อภาวะอารมณ์และการปรับตัวต่อการเป็นมารดาหลังคลอด เช่น ความรู้สึกเชิงบวกต่อการเป็นมารดาและสมรรถนะการดูแลทารกลดลง ระยะนี้จึงต้องการความช่วยเหลือเป็นอย่างมาก โดย Mercer (1995 อ้างถึงใน สุพัตรา การุญเวทย์, 2543) พบว่ามารดาวัยรุ่นต้องการความช่วยเหลือในระยะหลังคลอดมากกว่ามารดาผู้ใหญ่

เมื่อเกิดความเครียดแล้วมารดาวัยรุ่นจะไม่สามารถจัดการกับความเครียดหรือหาวิธีผ่อนคลายด้วยตนเองได้ ก่อให้เกิดระดับความเครียดมากยิ่งขึ้น อาการที่พบคือ มีความรู้สึกไม่สุขสบาย ท้อแท้ วิตกกังวลและขาดสมาธิ แสดงออกเป็นอาการเบื่อหน่าย มีความสนใจในการดูแลตนเองและบุตรลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rubin (1984 อ้างถึงใน สุทธิ หน่งอาหลี, 2547) ที่พบว่าในระยะนี้มารดาจะปวดแผล ปวดมดลูก และมีแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนไป

เกิดเป็นความตึงเครียดและความวิตกกังวลต่อการปรับบทบาทการเป็นมารดา มีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ตลอดจนมีพฤติกรรมพึ่งพาและมุ่งตอบสนองต่อความต้องการของตนเอง (Ricci & Kyle, 2009)

ความเครียดส่งผลให้เกิดปัญหาภาวะจิตสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของมารดาวัยรุ่น ทารก และครอบครัว กล่าวคือ มารดาวัยรุ่นที่มีความเครียดระดับสูงและมีการรับรู้ความเครียดสูงมีผลต่อการเกิดกลุ่มอาการซึมเศร้าหลังคลอดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จากผลศึกษาของ Barnett, Joffe, Duggan, Wilson, and Repke (1996) และ Lesser and Koniak-Griffin (2000) พบว่ามารดาวัยรุ่นที่มีความเครียดระดับสูงจะมีผลต่อการเกิดกลุ่มอาการซึมเศร้าหลังคลอด มีความรู้สึกโดดเดี่ยว แยกตัวและลดความเชื่อมั่นต่อการเป็นมารดา ซึ่ง Reid and Meadows-Oliver (2007) และ Schmidt et al. (2006) พบว่ามารดาวัยรุ่นที่มีความเครียดและไม่สามารถเผชิญความเครียดได้นั้น จะส่งผลต่อการเกิดกลุ่มอาการซึมเศร้าหลังคลอดจะส่งผลให้เกิดเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและโรคจิตซึมเศร้าตามมาเช่นกัน นอกจากนี้ ภาวะเครียดยังส่งผลให้ความเชื่อมั่นเกี่ยวกับการเป็นมารดาลดลง มีการดำเนินบทบาทที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการรับรู้และการตอบสนองต่อปฏิกริยาทารกลดลง (East, Matthews, & Felice, 1994; Easterbrooks, Chaudhuri, & Gestdottir, 2005) อีกทั้งมารดาวัยรุ่นบางรายมีความคาดหวังต่อการเลี้ยงดูบุตรของตัวเองสูง แต่ไม่สามารถกระทำได้ตามคาดหวัง จะยิ่งก่อให้เกิดความเครียดมากขึ้น (Passino et al., 1993) เมื่อไม่สามารถจัดการกับความเครียดจะบกพร่องต่อการดำเนินบทบาทมารดา ทารกถูกทอดทิ้งมากยิ่งขึ้น (Stier et al., 1993; Promasoot, 2004; Field, 2010) รวมถึงเมื่อเกิดความเครียดหรือวิตกกังวลจะส่งผลให้มีปัญหาต่อการสื่อสารและสัมพันธ์ภาพระหว่างกับคู่สมรสและสมาชิกอื่นในครอบครัวตามมา (Lavee et al., 1996)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในมารดาวัยรุ่นได้แก่ เศรษฐฐานะ ครอบครัว และแหล่งสนับสนุน จากการศึกษาของ Bowen et al. (2008) พบว่าในกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มีรายได้น้อยจะมีความเครียดและวิตกกังวลสูง รวมถึงปัจจัยด้านครอบครัว แหล่งสนับสนุน และเครือข่ายทางสังคม ซึ่งได้แก่ ชุมชน โรงเรียน และสถานรักษาพยาบาล เป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญต่อการปรับตัวของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด รวมถึงการส่งต่อ การให้การปรึกษา และการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยจากผลการศึกษาของ Letourneau et al. (2004) พบว่าแหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ทีมสุขภาพ และเครือข่ายทางสังคม มีความสำคัญต่อการปรับตัวสู่บทบาทการเป็นมารดาและการเปลี่ยนแปลงภาวะจิตสังคมของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดเป็นอย่างมาก สามารถส่งเสริมให้มารดามีทักษะ ความรู้ในการดูแลตนเองและการเลี้ยงดูบุตร ตลอดจนส่งเสริมความมั่นใจในการเป็นมารดา มีการเผชิญความเครียดได้ดี อีกทั้ง Munoz et al. (2007) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญในช่วงเวลาหลังคลอด ให้มารดาเผชิญกับความยากลำบาก การเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจ และการปรับตัวในด้านการบทบาทการเป็นมารดาได้ ซึ่งหากขาดการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลให้เกิดเป็นปัญหาด้านการปรับตัวในระยะนี้มากยิ่งขึ้น

3. การจัดการความเครียด

3.1 การดูแลรักษาความเครียด

การดูแลการรักษาความเครียด จะประกอบด้วยการดูแลรักษาโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งจะใช้ยากรณีที่ความเครียดเกิดขึ้นในระดับรุนแรงและทันทีทันใดหรือผู้ที่มีความเครียดระดับสูงจนมีผลเสียต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงการใช้กลวิธีการคลายเครียดแบบต่างๆ ไม่ได้ผล กรณีมารดาหลังคลอดการเลือกใช้ยาต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพและผลข้างเคียงที่อาจมีต่อบุตรขณะที่เลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา แต่ปัจจุบันยังไม่มียาชนิดใดที่ผ่านการรับรองใช้ในมารดาที่ให้นมบุตร มีเพียงยาบางชนิดที่สามารถใช้ได้อย่างปลอดภัยด้วยความระมัดระวังกรณีที่ได้รับ การวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และอาจเกิดเป็นรุนแรงถึงขั้นทำร้ายตนเองหรือบุตร มารดากลุ่มนี้จะได้รับการวินิจฉัยและบำบัดรักษาร่วมกันทั้งการให้ยาและการให้จิตบำบัดเหมือน โรคซึมเศร้าในบุคคลทั่วไปต่อเนื่องประมาณ 6 เดือน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547) โดยกลุ่มยาที่ใช้ประกอบด้วย

3.1.1 ยาลดวิตกกังวล (Antianxiety agents) เช่น Lorazepam, Diazepam, Clonazepam และ Alprazolam เป็นต้น ยากลุ่มเหล่านี้ออกฤทธิ์โดยการเพิ่มฤทธิ์ของ Gamma-aminobutyric acid (GABA) โดย GABA จะช่วยยับยั้งการส่งผ่านสารสื่อประสาทด้วยการไปจับอย่างเฉพาะเจาะจงกับตัวรับ Benzodiazepines ที่เกี่ยวข้องกับกลไกการนอนหลับ การเคลื่อนไหว ความรู้สึก ความคิดและการรับรู้ จึงมีผลลดวิตกกังวล

3.1.2 ยาลดซึมเศร้า (Antidepressant) ส่วนใหญ่เป็นยากลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) เช่น Fluoxetine, Sertraline, Paroxetine, Fluvoxamine และ Citalopram กลไกการออกฤทธิ์โดยไปยับยั้งการดูดซึมกลับของสารซีโรโทนิน (Serotonin) มีผลทำให้สารซีโรโทนินเพิ่มขึ้นจึงมีผลลดซึมเศร้า (มานิช หล่อตระกูล, 2547; Leucht et al., 2009)

การใช้ยาเป็นเพียงวิธีหนึ่งของการรักษาอาการเครียดเท่านั้น ซึ่งพบว่าไม่เป็นที่นิยมเพราะเมื่อใช้เป็นระยะเวลานาน ยากลุ่มนี้จะมีประสิทธิภาพน้อยลง และยังมีโอกาสที่จะเกิดการติดยาได้ (จำลอง & พรหมเพรา ดิษยนิช, 2545) ปัจจุบันจึงนำการดูแลรักษาในแบบวิธีที่ไม่ใช้ยาหรือสารเคมีมาใช้บำบัดความเครียดและส่งเสริมการผ่อนคลายกันอย่างแพร่หลาย

3.2 แนวทางการจัดการความเครียด

Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า การจัดการความเครียดหมายถึง พฤติกรรมที่จัดกระทำเพื่อควบคุมหรือจัดการต่อความเครียด เป็นกลไกที่บุคคลใช้เพื่อรักษาภาวะสมดุลของจิตใจเมื่อถูกรบกวนให้ทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งแต่ละพฤติกรรมจะประกอบด้วยการสนองต่อสิ่งแวดล้อม หรือพยายามรักษาสมดุลเพื่อให้คงไว้ซึ่งความสามารถที่จะจัดการกับสิ่งนั้น โดยกระบวนการจัดการความเครียดเริ่มจากการแปลความหมายของสิ่งกระตุ้นว่าเป็นอันตรายหรือมาคุกคามต่อดุลยภาพทางจิตใจหรือไม่ จากนั้นจะประเมินสิ่งกระตุ้นซึ่งโดยใช้

ความรู้และสติปัญญาในการตีความของบุคคลที่มีอยู่ นำไปสู่ขั้นตอนการตอบสนองหรือพฤติกรรม จัดกระทำที่แตกต่างกัน ทั้งนี้การประเมินสิ่งกระตุ้นความเครียด เป็นขั้นตอนสำคัญของกระบวนการจัดการความเครียด เพราะถ้าผลการประเมินสิ่งกระตุ้นความเครียดออกมาในลักษณะใดก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในทิศทางนั้นด้วย

รูปแบบพฤติกรรมเผชิญความเครียด แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) พฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขที่อารมณ์ (Emotional focused behavior) ที่บุคคลจัดการหรือบรรเทาภาวะเครียดที่เกิดขึ้นเพื่อรักษาสมดุลของจิตใจไว้ แต่ยังไม่ได้แก้ปัญหาที่เกิดจากความเครียดนั้น โดยใช้หลายวิธีการทั้งทางบวกและทางลบ เช่นการปฏิเสธ แยกตนเอง การใช้ยา นอนหลับ การยกความผิดให้ผู้อื่น รวมทั้งการหาวิธีผ่อนคลายความเครียดเป็นต้น และ 2) พฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น (Problem focused behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลพยายามใช้กระบวนการแก้ไขปัญหามุ่งเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงและวิเคราะห์หาหนทางในการแก้ไข การยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หรือแม้แต่การพยายามคิดหาวิธีแก้ปัญหา รวมถึงเพิ่มความสามารถของตนในการเผชิญกับปัญหานั้น โดยการจัดการกับความเครียดเพื่อบรรเทาความเครียดให้ลดลง (Lazarus & Folkman, 1984)

3.2.1 การพยาบาลเพื่อลดความเครียดในมารดาหลังคลอด

(เทียมศร ทองสวัสดิ์, 2541; ปราณี พงศ์ไพบูลย์, 2550; ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร, 2551; Lavender & Walkinshaw, 1998; Letourneau et al., 2004)

1. การให้การปรึกษาหลังคลอด (Postnatal debriefing) เป็นการเปิดโอกาสและกระตุ้นมารดาหลังคลอดได้พูดหรือระบายความรู้สึก เน้นการพูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์จากการคลอดบุตร โดยเชื่อว่าหากมารดาได้รับข้อมูลหรือไขข้อข้องใจเกี่ยวกับความรู้สึกหรือความทรงจำจากการคลอด จะสามารถลดความเครียด วิตกกังวลและการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในระยะยาวได้ แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการให้การปรึกษาได้ผลดีในกลุ่มที่มีประวัติบาดเจ็บจากการคลอดบุตรเท่านั้น แต่ยังไม่พบผลการศึกษาที่ยืนยันถึงประสิทธิภาพครอบคลุมมารดาหลังคลอดที่เป็นกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ รวมทั้งหากใช้วิธีนี้ในมารดาหลังคลอดทุกราย อาจมีข้อจำกัดด้านเวลาและจำนวนบุคลากร

2. การบริหารร่างกายและการออกกำลังกายหลังคลอด พบว่าจะสามารถช่วยให้มารดาระบายความตึงเครียดและความวิตกกังวล โดยช่วยให้ร่างกายหลั่งสารแห่งความสุขเอ็นดอร์ฟิน ส่งผลให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลายและลดความวิตกกังวล สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Drista, Dupuis, Lowensteyn, and Costa (2009) ที่พบว่าการออกกำลังกายหลังคลอดอย่างสม่ำเสมอจะเป็นการเพิ่มพลังงานในมารดาหลังคลอด ลดความเหนื่อยล้า รวมถึงสามารถลดระดับความเครียดในมารดาหลังคลอด แต่ทั้งนี้จะต้องอาศัยความสม่ำเสมอและต่อเนื่องโดยมีการช่วยสนับสนุนจากครอบครัวเมื่อกลับบ้าน



3. การสอนให้ความรู้และเสริมทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพมารดา และบุตรหลังคลอด สร้างความมั่นใจในการปรับตัวและแสดงบทบาทมารดา พบว่าส่วนใหญ่เป็นการสอนในระยะฝากครรภ์ ระยะหลังคลอดขณะพักอยู่โรงพยาบาลและการติดตามเยี่ยมบ้านที่เน้นการให้ข้อมูล ส่งเสริมการปรับตัว เสริมสร้างทักษะการเป็นมารดาและทักษะการแก้ปัญหา

4. การติดตามให้ความช่วยเหลือหลังคลอดเมื่อมารดากลับบ้าน ซึ่งเป็นการติดตามดูแลเพื่อช่วยเหลือ ประเมินและส่งเสริมการใช้แหล่งสนับสนุน รวมถึงเพื่อส่งเสริมการปรับตัวด้านภาวะจิตสังคมและการปรับบทบาทมารดา โดยแนวทางการติดตาม จะเน้นการให้ข้อมูล การสอน รวมทั้งการให้การปรึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มมารดาวัยรุ่น แต่ทั้งนี้ยังพบว่าต้องอาศัยความร่วมมือของบุคคลในครอบครัวและชุมชนจึงจะเกิดประสิทธิผล รวมทั้งไม่สามารถป้องกันปัญหาภาวะจิตสังคมได้ตั้งแต่หลังคลอดระยะแรก

5. การลดความเครียดและการผ่อนคลาย ซึ่งประกอบไปด้วย การสอนรวมถึงการกระตุ้นให้สามารถควบคุมตนเองโดยเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความเครียดและความวิตกกังวล ทำได้ตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอดขณะอยู่โรงพยาบาลและต่อเนื่องจนถึงมารดากลับบ้าน โดยบริหารการหายใจเข้า-ออกเป็นจังหวะหรือการเข้ากลุ่มร่วมกับผู้อื่นเพื่อพูดคุยถึงประสบการณ์และความรู้สึก บทบาทของพยาบาลเน้นการดูแลด้านร่างกายควบคู่กับจิตใจ รวมทั้งหาวิธีการลดความเครียดที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและจิตใจของมารดาหลังคลอด ตลอดจนความพร้อมในการรับข้อมูลและความต้องการความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดระยะนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มมารดาวัยรุ่นหลังคลอดระยะ 24-48 ชั่วโมงแรก ซึ่งต้องการพักผ่อนและต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่ ควรมีการลดระดับความเครียดและส่งเสริมการผ่อนคลายก่อนการสอนหรือการส่งเสริมการใช้ทักษะการแก้ปัญหาหรือให้ความรู้ในระยะนี้ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกวิธีการลดความเครียดโดยอาศัยหลักและวิธีการผ่อนคลายจากการช่วยเหลือของบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อบรรเทาความตึงเครียดและส่งเสริมการผ่อนคลายซึ่งต้องใช้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของความเครียดและการตอบสนอง รวมถึงผลที่เกิดจากความเครียดเพื่อผ่อนคลายความเครียดที่เกิดขึ้น

3.2.2 การใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด

1. การฝึกการผ่อนคลาย เช่น การฝึกการผ่อนคลายด้วยไบโอฟีดแบค (Biofeedback relaxation training) การฝึกการหายใจเข้าออกให้เป็นจังหวะช้า ๆ (Slow rhythmic breathing) และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า (Progressive relaxation) หลักการโดยทำให้อวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายเกิดความตึงเครียดแล้วทำให้เกิดการผ่อนคลายขึ้นพร้อมๆ กัน ส่งผลให้ร่างกายหลั่งสารแห่งความสุขเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่มีการนำมาใช้เชิงจิตบำบัดในการรักษากลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่นอกเหนือจากการรักษาทางยา หรือเป็น

ส่วนหนึ่งของโปรแกรมจัดการกับความเครียด ในการรักษาผู้ป่วยที่มีความเครียดสัมพันธ์กับการป่วยทางกายหลายโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์หรือโรคมะเร็งเป็นต้น โดยจากการศึกษาของวรวรรณ พุทธวงศ์ (2548) ถึงผลของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยใช้วิธีเกร็งและคลายกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ในกลุ่มตัวอย่างสตรีที่เป็นมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยศูนย์ป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) รวมทั้งมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อย่างไรก็ตาม การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปยังได้รับความนิยมน้อย เนื่องจากการปฏิบัติวิธีนี้ต้องอาศัยการฝึกอย่างจริงจัง จึงเหมาะสมกับผู้ที่เคยฝึกอย่างสม่ำเสมอ มีความตั้งใจและให้ความร่วมมือ

2. การฝึกควบคุมลมหายใจแบบโยคะ (Yoga) เป็นการฝึกเพื่อควบคุมระบบหายใจที่มีความสัมพันธ์กับระบบประสาทอัตโนมัติ โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อพัฒนาความสามารถที่จะควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ ควบคุมอารมณ์และการทำงานของจิตใจให้เกิดการผ่อนคลาย พบว่ามีการนำมาใช้ในกลุ่มผู้มีสุขภาพดีและผู้เจ็บป่วย รวมถึงกลุ่มที่เกิดความเครียดหลังการบาดเจ็บ สามารถลดอารมณ์เศร้าและป้องกันการเพิ่มกลุ่มอาการวิตกกังวล โดยมีประสิทธิภาพหลังการฝึกทันที หากฝึกอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ขึ้นไป จะนำไปสู่การมีสุขภาพดี สามารถวัดผลการฝึกได้ 1 เดือนหลังจากนั้น (Smith, Hancock, Blake-Mortimer, & Eckert, 2006; Telles, Singh, Joshi, & Balkrishna, 2010) จากการศึกษาของรจนา ปราณีพลกรัง (2551) ที่ได้ศึกษาผลของการฝึกควบคุมลมหายใจแบบโยคะต่อความเครียดในหญิงที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดและได้รับยาหย็บยังการคลอด พบว่าการฝึกควบคุมลมหายใจแบบโยคะร่วมกับการพยาบาลตามปกติสามารถลดความเครียดในหญิงที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อย่างไรก็ตาม การลดความเครียดวิธีนี้ สามารถลดความเครียดในปัจจุบัน ยังไม่มีผลการศึกษาที่ได้ผลในระยะยาว รวมทั้งการฝึกมีท่าความยากง่ายไม่เท่ากัน จึงต้องอาศัยระยะเวลาและการฝึกฝนสม่ำเสมอภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญ (Janke, 1999)

3. การฝึกสมาธิ (Meditation) โดยใช้หลักของการกำหนดจิตใจให้แน่วแน่อยู่ที่สิ่งใดสิ่งหนึ่ง ตัดสิ่งเร้าจากทั้งภายนอกและภายในร่างกาย เพื่อให้มีสติระลึกไปตามอิริยาบถปัจจุบัน รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของจิตใจและอารมณ์ ช่วยให้ร่างกายได้พักผ่อนคลายที่เพิ่มปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมอง เกิดสมาธิและพลังงาน จึงสามารถลดความเครียดและความวิตกกังวล (ธวัชชัย ฤกษ์ณะประกรกิจ, 2544) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Mars and Abbey (2010) พบว่าการฝึกสมาธิโดยผู้เชี่ยวชาญหรือทีมสุขภาพสามารถส่งเสริมภาวะสุขภาพ จิตวิญญาณ ลดความเครียด ลดความวิตกกังวล ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการซึมเศร้า โดยสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตใจ แต่ทั้งนี้ยังพบว่าการนำมาใช้ต้องอาศัยการ

ฝึกอย่างจริงจัง สม่ำเสมอ รวมถึงระยะเวลาในการประเินผลค่อนข้างยาวนาน อีกทั้งมีข้อจำกัดถึงความแตกต่างด้านทัศนคติและวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของแต่ละบุคคล

4. การนึกคิดหรือจินตนาการ (Imagery) นิยมใช้ร่วมกับเทคนิคหายใจเข้าออกลึก ๆ เป็นจังหวะและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยมีหลักการให้ผู้ฝึกสร้างจินตนาการถึงภาพของความรู้สึกที่สวยงาม ผลของการฝึกช่วยให้เบี่ยงเบนความสนใจออกจากสภาพการณ์ที่กำลังประสบอยู่ เกิดภาวะผ่อนคลายในที่สุด ซึ่งการฝึกนี้ อาจจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความคิด พฤติกรรม และแบบแผนการดำเนินชีวิตให้ดีขึ้น จากการศึกษาของ Holmes and Mathews (2010) พบว่าการนึกคิดหรือจินตนาการมีข้อบ่งชี้ในสำหรับผู้ที่มีปัญหาจิตใจในภาวะวิกฤต เช่น ภาวะวิตกกังวลอย่างรุนแรง รวมถึงความเครียดหลังการบาดเจ็บ เป็นต้น แต่ไม่เคยมีการศึกษาหรือการนำมาใช้ในกลุ่มคนไข้ประเภทอื่น รวมถึงการปฏิบัติวิธีนี้ยังต้องอาศัยการฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่ปราศจากเสียงรบกวนภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญ

5. การใช้ดนตรีบำบัด (Music therapy) เป็นการบำบัดเชิงพฤติกรรมศาสตร์ ที่ประยุกต์ใช้ดนตรีทำงานเชื่อมโยงกับการทำงานของร่างกาย 3 ระบบ ได้แก่ ระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ ระบบประสาทอัตโนมัติรวม ถึงระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (Wells-Federman et al., 1995) วิธีนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และการปรับเปลี่ยนอารมณ์ที่ระบบประสาทส่วนกลางและเปลือกสมอง จึงลดความตึงเครียดทางอารมณ์ นิยมนำมาใช้เพื่อส่งเสริมการผ่อนคลาย ลดผลของความเครียด เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์และพฤติกรรมตามที่พึงประสงค์ (Guzzetta, 1995) จากการทบทวนงานวิจัย พบว่าดนตรีบำบัดสามารถลดความเครียดและวิตกกังวลลง (Chlan, 1998; Wong, Lopez-Nahas, & Molassiotis, 2001; Chontichachalalauk, Malathum, Hanucharunkul, & Kredboonsri, 2008) แต่การนำมาใช้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับความแตกต่างของแต่ละบุคคล ความชอบทางดนตรี ภาษา วัฒนธรรม และประเพณี ตลอดจนรายละเอียดของเสียงเพลงและชนิดของดนตรีที่ใช้ (Cook, 1981 cited in Chontichachalalauk et al., 2008)

6. การนวด (Massage) เป็นการใช้การสัมผัสสร้างกายอย่างมีระบบแบบแผน ถือเป็นการสื่อสารชนิดหนึ่งที่แสดงถึงความอบอุ่น เนื่องจากการให้ความสำคัญและการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งอาจทำได้ด้วยตนเองหรือให้ผู้อื่นนวด จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการนวดเป็นวิธีธรรมชาติที่สุดในการช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลได้ยาวนาน โดยจากผลการศึกษาของ Field et al. (1996) ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างมารดาวัยรุ่นระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด จำนวน 32 ราย โดยทำการนวดทั้งตัวเป็นเวลา 30 นาที และการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่าการนวดบำบัดและการใช้เทคนิคการผ่อนคลายสามารถลดระดับความวิตกกังวลและซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยการนวดมีประสิทธิผลในการลดความเครียดยาวนานกว่าการใช้เทคนิคการผ่อนคลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การนวดได้รับการพัฒนาและยืนยันจากหลักฐานทางวิชาการจนได้รับความนิยมและแพร่หลาย เช่น “การนวดแบบสวีเดน” (Sweedish massage) ที่เป็นการนำเทคนิคการนวดที่หลากหลาย เช่น การลูบด้วยน้ำหนักเบาจนกระทั่งหนัก (Light or deep stroking) การคลึง (Kneading and wringing) การสั่น (Vibrating) หรือการม้วนผิวหนัง (Skin rolling) มาประยุกต์เป็นการนวดรูปแบบต่างๆ (Domenico & Wood, 1997) เน้นการนวดส่วนต่างๆ ของร่างกายตั้งแต่ผิวหนัง ไขมันใต้ผิวหนังและกล้ามเนื้อ สามารถบำบัดอาการเจ็บป่วยได้ ชนิดการนวดที่พบบ่อย คือ นวดแผนไทยหรือนวดตัว (Thai massage) นวดน้ำมัน (Oil massage) รูปแบบการนวดทั้งการนวดไทย (นวดแบบลึก) และการนวดแบบตื้น สามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดปวดและส่งเสริมการผ่อนคลายได้ ผ่านการกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (วิชัย อิงพิณพงศ์, อุไรวรรณ ชัชวาล, บัณฑิต ถิ่นคำรพ และเสมอเดือน ความวิสัย, 2547) อีกทั้งพบว่าการนวดจะมีผลต่อการรับรู้ ระดับสารเคมีในสมอง และระบบประสาทอัตโนมัติ จึงมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงคลื่นสมอง ปรับสัญญาณชีพให้ดีขึ้น อีกทั้งระหว่างการนวดร่างกายได้รับการพักผ่อน จึงเกิดการผ่อนคลาย (Field, 2004; Simkin, & Bolding, 2004; Field et al., 2007) การนวดถูกมาใช้ร่วมกับการดูแลมารดาทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอดระยะปลาย สามารถลดระดับความวิตกกังวลและโดยมีผลต่อการลดระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล สามารถลดอาการนอนไม่หลับและอาการปวดหลัง (Field et al., 1999; Teixeira, Martin, Prendiville, & Glover, 2005) แต่อย่างไรก็ตามระยะหลังคลอดระยะแรกมีการลดระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ทำให้มารดารู้สึกปวดเมื่อยตามสะโพกและข้อต่อ (ปรางิณี พงศ์ไพบูลย์, 2550) การนวดตัวหรือการกระทำต่อร่างกายที่กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวมากขึ้นจึงอาจเป็นข้อจำกัดของมารดาในระยะนี้

7. การนวดกดจุดสะท้อน (Reflexology) จะทำในอวัยวะซึ่งเปรียบเสมือนศูนย์รวมแห่งอวัยวะต่างๆ ที่อยู่ในร่างกายมนุษย์เช่น มือ เท้า และเท้า ซึ่งนิยมทำที่เท้ามากที่สุด เนื่องจากมีความสะดวกและไม่รุกรานความเป็นส่วนตัว โดยส่วนเท้ามีพื้นที่บริเวณผิวหนังมาก รวมถึงมีความไวต่อการสัมผัสและแรงกดจุดสะท้อนมากกว่าอวัยวะอื่น (สำนักการแพทย์ทางเลือก, 2551; Dougans, 1996; Allen, 2006) แตกต่างจากการนวดโดยทั่วไปด้วยระดับการนวดที่ลึกกว่า เน้นการกดจุดที่สัมพันธ์กับการสะท้อนกลับบริเวณอวัยวะเป้าหมาย เพื่อให้เกิดการปรับสมดุลอวัยวะเป้าหมายเป็นหลัก มีความปลอดภัย และปราศจากการรุกรานหรือเกิดอันตรายต่อร่างกายของผู้ถูกนวด จึงมีการนำมาใช้เพื่อเป็นส่วนร่วมในการดูแลมารดาตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอดในบทบาทของผดุงครรภ์ เพื่อลดกลุ่มอาการข้างเคียงก่อนมีประจำเดือน ลดกลุ่มอาการไม่สุขสบายในกลุ่มวัยหมดประจำเดือน (Oleson & Flocco, 1993; Williamson et al., 2002) รวมทั้งการดูแลมารดาทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด จนกระทั่งมารดาหลังคลอด โดยใช้หลักการนวดกดจุดสะท้อนเท้าในการช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท ต่อมไร้ท่อและระบบกล้ามเนื้อที่สืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามระยะ

ดังกล่าว เพื่อลดความเจ็บปวด ลดระยะเวลาการรอคอย และกระตุ้นการหดตัวของมดลูก นอกจากนี้ในกลุ่มมารดาหลังคลอด บรรเทาอาการไม่สบายหลังได้รับยาชาาระงับความรู้สึก เพิ่มประสิทธิภาพการไหลของน้ำนม และส่งเสริมประสิทธิภาพการนอนหลับ (Mackereth & Tiran, 2002; Li et al., 2009; Tiran, 2009, 2010) ในขณะเดียวกันในกลุ่มคนทั่วไปและกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ นิยมนำมาใช้บำบัดอาการต่างๆ เช่น การปวดหลัง ปวดคอ ปวดศีรษะไมเกรน อาการอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ปัญหาระบบทางเดินอาหารและอาการอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับความเครียดและวิตกกังวล (Ounprasertpong, 2002; Wilkinson et al., 2006; Atkins & Harris, 2008)

จะเห็นได้ว่าเทคนิคในการจัดการความเครียดมีหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีก็มีข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกันไป แต่การเลือกนำมาใช้จำเป็นต้องคำนึงถึงความเหมาะสมกับมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับสภาพร่างกาย ความพร้อมการให้ข้อมูล รวมถึงระยะเวลาของการเกิดประสิทธิผล (Scheufele, 2000; Chontichachalalauk et al., 2008) ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มมารดาวัยรุ่นหลังคลอดระยะแรก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาวิธีการนวดกดจุดสะท้อนเท้า เป็นวิธีลดความเครียดต่อมารดาหลังคลอดระยะ 24-48 ชั่วโมงแรก เนื่องจากเป็นวิธีที่มีความเหมาะสม ปลอดภัย และปราศจากการรุกรานส่วนต่างๆ ของร่างกาย รวมถึงเป็นการดูแลที่ครอบคลุมมิติการดูแลร่างกายและจิตใจ

4. การนวดกดจุดสะท้อนเท้า

การนวดกดจุดสะท้อนเท้ามีจุดกำเนิดและถูกค้นพบในหลายวัฒนธรรมที่แตกต่างกันออกไป โดยมีหลักฐานเป็นที่รู้จักมากกว่า 5,000 ปี ในประเทศจีน อียิปต์ อินเดีย รวมทั้งกลุ่มประเทศทางตะวันตก ได้มีการนำมาใช้ในการบำบัดรักษาและเริ่มประมาณปี ค.ศ.1917 โดย Dr. William H. Fitzgerald แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน ตา หู คอ จมูก ที่ได้มีความสนใจในเรื่องการกดจุดสะท้อนเพื่อลดความปวด อาศัยหลักทฤษฎีโซนทดสอบอาการชาเฉพาะที่ (Local anesthetic effect) ทำการผ่าตัดเล็กโดยไม่ใช้ยาชา แต่ใช้เพียงการกดจุดสะท้อนอย่างเดียว (Gala et al., 2004; Andrews & Dempsey, 2007) และต่อมาในปี ค.ศ. 1930 นักกายภาพบำบัด Eunice Ingham ได้ศึกษาและพัฒนาโดยมีการสร้างแผนผังเท้าที่สัมพันธ์กับอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย สร้างตำราการนวดกดจุดสะท้อน และทำการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญ จึงเป็นที่มาของศาสตร์การนวดกดจุดสะท้อนเท้ายุคใหม่ (Modern reflexology) และมีการนำมาใช้ต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน (Lockett, 1992; Dougans, 1996, Gala et al., 2004)

การนวดกดจุดสะท้อนเท้าในประเทศไทย ได้มีผู้นำศาสตร์นี้มาศึกษาวิจัยและเผยแพร่ทำการฝึกอบรม ได้แก่ สถาบันการแพทย์แผนไทย โดยอาจารย์ยุพิน โตเอี่ยม อาจารย์ฉิษุ่ยหง และอาจารย์ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐ รวมถึงอาจารย์ไกรสิงห์ รุ่งโรจน์สกุลพร ที่ได้ศึกษาศาสตร์การนวดกดจุดสะท้อนเท้าจากสถาบัน Reflexology Ipoh Perak of Malaysia ปี พ.ศ. 2544 จากนั้นได้ศึกษาค้นคว้าวิธีการสอนและเผยแพร่ศาสตร์การนวดกดจุดสะท้อนเท้าในฐานะครูต้นแบบจาก

กรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย และเป็นสมาชิกในลำดับที่ 58 ของสถาบันวิจัยเพื่อสุขภาพแบบยั่งยืนกษัตริย์กษัตริย์จากประเทศไต้หวัน (สำนักการแพทย์ทางเลือก, 2551)

4.1 ความหมายการนวดกดจุดสะท้อนเท้า

Gala et al. (2004) กล่าวว่า การนวดกดจุดสะท้อนเท้า หมายถึง วิชากดจุดนวดเท้า ในการสร้างพลังบำบัดและปรับสมดุลในอวัยวะเป้าหมายร่างกายที่ขอบเขตการสะท้อนไปถึง มีหลักการสำคัญที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของร่างกายและการสะท้อนกลับผ่านเท้าที่ตอบสนองไปยังอวัยวะสำคัญต่างๆ

Andrews and Dempsey (2007) กล่าวว่า การนวดกดจุดสะท้อนเท้า คือระบบพื้นฐานของการเยียวยาเพื่อปรับสมดุลพลังงานในร่างกาย โดยการกระตุ้นพื้นที่ของเท้าเชื่อมโยงต่อการปรับสมดุลไปยังอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย

Atkins and Harris (2008) กล่าวว่า การนวดกดจุดสะท้อนเท้า เป็นระบบการดูแลโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการสะท้อนกลับจากอวัยวะที่กดจุดเชื่อมโยงถึงอวัยวะเป้าหมาย แล้วให้การเยียวยาหรือปรับสมดุลในพื้นที่อวัยวะนั้นๆ มีผลบำบัดอาการต่างๆ เช่น การปวดหลัง ปวดคอ การปวดศีรษะและไมเกรน อาการอ่อนเพลียเรื้อรัง นอนไม่หลับ ปัญหาระบบทางเดินอาหาร และอาการอื่นๆ ที่สัมพันธ์ความเครียด

ราชบัณฑิตยสถาน (2551 อ้างถึงใน สำนักการแพทย์ทางเลือก, 2551) ให้ความหมายของวิทยาการกดจุดสะท้อนเท้าไว้ว่า หมายถึง การเรียนรู้จุดสะท้อนในบริเวณที่สัมพันธ์กับเส้นพลังสู่อวัยวะจำเพาะ เพื่อนำไปประยุกต์การนวดกดจุด ซึ่งเป็นวิธีการบำบัดทางเลือกแบบหนึ่งที่สามารถบรรเทาอาการป่วยหรือบำบัดโรค โดยการนวดกดจุดสะท้อนเท้า แตกต่างจากการนวดทั่วไป เพราะต้องรู้เทคนิคการออกแรงกดในระดับที่ลึกกว่ารวมทั้งรู้จักตำแหน่งสะท้อนสู่อวัยวะอย่างแม่นยำ

ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐ (2549 อ้างถึงใน สำนักการแพทย์ทางเลือก, 2551) กล่าวว่า การนวดกดจุดสะท้อน เป็นวิธีการหนึ่งในการสร้างพลังบำบัด (Healing power) ในการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นรูปแบบในการถ่ายทอดพลังสัมผัสบำบัด (Therapeutic touch) โดยการนวดกดจุดสะท้อนนั้นเป็นศิลปะแห่งการสัมผัสผสมผสานกับศาสตร์พลังบำบัดสุขภาพด้วยธรรมชาติ โดยมี 2 มือและ 1 ใจของผู้นวดเป็นหลัก

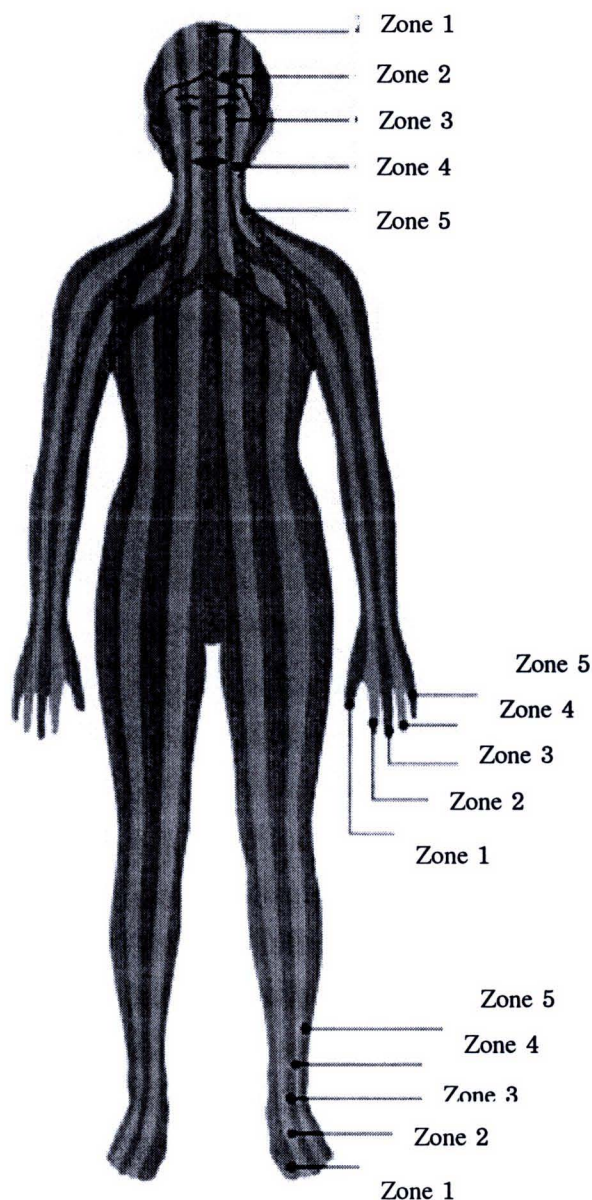
สรุปว่า การนวดกดจุดสะท้อนเท้า หมายถึง การกดจุดนวดสะท้อนลงบริเวณพื้นที่ผิวเท้าบริเวณที่สัมพันธ์กับเส้นพลังกายใต้ขอบเขตการสะท้อนกลับ โดยใช้ศิลปะแห่งการสัมผัสโดยผู้เชี่ยวชาญ เพื่อกระตุ้นการสร้างพลังการบำบัดและปรับสมดุลการทำงานในอวัยวะเป้าหมาย ส่งผลต่อการปรับสมดุลการทำงานของร่างกาย อารมณ์และระดับจิตวิญญาณ สามารถบำบัดหรือบรรเทาอาการป่วย ส่งเสริมสุขภาพและความผาสุกของชีวิต

การนวดกดจุดสะท้อนเท้า มีหลักการและทฤษฎีที่อธิบายในเชิงวิทยาศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วย ทฤษฎีโซน (Zone theory) ทฤษฎีเส้นพลัง (Meridian theory) และทฤษฎีอื่นๆ ที่กล่าวถึงผลจากการนวดกดจุดสะท้อนเท้า เช่น ทฤษฎีความเครียดและการผ่อนคลาย ทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายใน และทฤษฎีควบคุมประตูปเริ่มต้น

4.2 กลไกและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

4.2.1 ทฤษฎีโซน (Zone theory)

ทฤษฎีโซนค้นพบโดย Dr. William Fitzgerald ได้มีการพิสูจน์จนกระทั่งสามารถอธิบายได้ว่า ร่างกายของมนุษย์จะมีการแบ่งโซนตามยาวตั้งแต่ศีรษะจนถึงปลายนิ้วมือและนิ้วเท้า รวมทั้งหมด 10 โซน โดยแบ่งร่างกายออกเป็นซีกขวาและซีกซ้าย อย่างละ 5 โซน (ภาพที่ 4) เมื่อออกแรงกดที่เส้นประสาทส่วนปลายบริเวณจุดสะท้อนที่โซนนิ้วมือและนิ้วเท้าด้านขวาและด้านซ้าย จะมีผลต่ออวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ที่มีความสัมพันธ์ในโซนเดียวกันของด้านขวาและซ้ายนั่นเอง ยกเว้นส่วนสมองจะมีผลต่อสมองในซีกตรงกันข้ามกับตำแหน่งกดจุดสะท้อนเนื่องจากมีการไขว้กันของเส้นประสาทที่ตา (Optic chiasma) (สำนักการแพทย์ทางเลือก, 2551; Dougans, 1996)



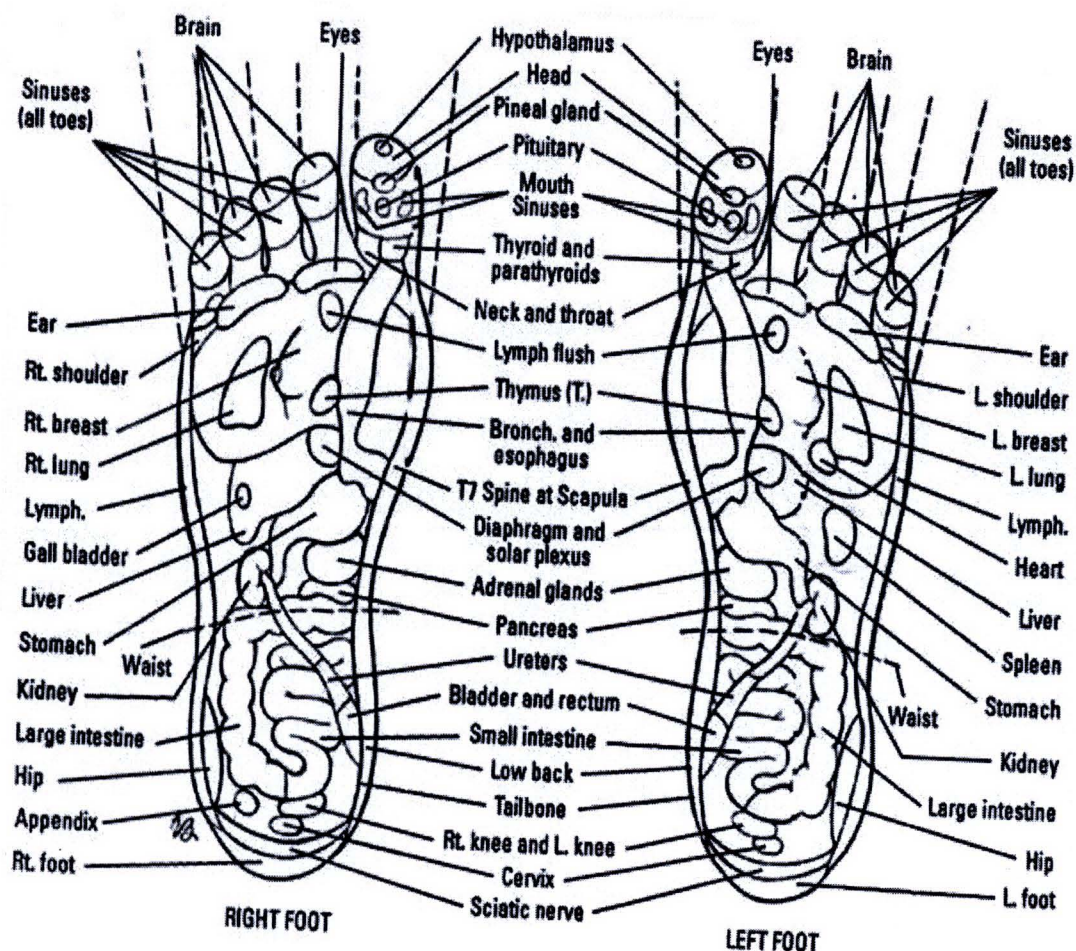
ภาพที่ 4 แสดงส่วนต่างๆ ของร่างกายแบ่งตามทฤษฎีโซน (Gala et al., 2004, p. 17)

ทฤษฎีโซนมีความเกี่ยวข้องกับเส้นทางเดินของพลังแห่งชีวิต (Vital energy) กล่าวคือ พลังชีวิตจะวิ่งจากเท้าหรือมือขึ้นสู่ศีรษะ ซึ่งมีการไหลอย่างสม่ำเสมอไปตามเส้นทางในร่างกายไปลงที่แห่งใดก็เกิดเป็นจุดสะท้อน ถ้าพลังนี้ไหลไม่ติดขัดก็จะช่วยให้มีสุขภาพดี แต่หากพลังถูกขัดขวางหรือติดขัดแม้เพียงจุดใดจุดหนึ่ง ย่อมเกิดผลเสียแก่ทุกส่วนในโซนเดียวกัน รวมทั้งส่งผลอวัยวะอื่นๆ ทั่วร่างกายในที่สุด ดังนั้นการนวดกดจุดสะท้อนเท้าจึงเป็นการส่งเสริมให้การไหลของพลังให้เป็นไปตามปกติ สร้างความสมดุลให้กับร่างกายบริเวณอวัยวะเป้าหมายและใกล้เคียง (Gala et al., 2004; Andrews & Dempsey, 2007; Tiran, 2010)

4.2.2 ทฤษฎีเส้นพลัง (Meridian theory)

แนวคิดของทฤษฎีเส้นพลัง ได้รับการพัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีโซน โดยการสร้างแผนผังเท้าที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างเส้นทางเดินพลังและจุดสะท้อนต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับอวัยวะภายในร่างกายตามหลักกายวิภาคศาสตร์ ซึ่งถ้าออกแรงกดจุดตำแหน่งใด ก็จะมีผลต่ออวัยวะและต่อมต่าง ๆ ภายในของร่างกายในตำแหน่งนั้น ๆ (ภาพที่ 5) หากคลำพบเม็ดคริสตัลเล็กบริเวณปลายประสาทอิสระที่เท้า แสดงถึงการอุดตันของพลังงาน หากมีการนวดกดจุดสะท้อนในบริเวณดังกล่าวเพื่อสลายเม็ดคริสตัลออกไปจะช่วยให้พลังไหลตามเส้นพลังได้สะดวกยิ่งขึ้น (Lockett, 1992; Dougans, 1996; Mackerech, Dryden, & Frankel, 2001; Xavier, 2007)

การอธิบายถึงทฤษฎีโซนและทฤษฎีเส้นพลังนี้ ได้มีการศึกษาถึงการนวดกดจุดสะท้อนเท้าและการทำงานของอวัยวะเป้าหมายที่สัมพันธ์กับจุดสะท้อน โดยพิสูจน์ถึงการเปลี่ยนแปลงการทำงานของอวัยวะดังกล่าวขณะทำการกระตุ้นหรือนวดกดจุดสะท้อนเท้า เริ่มจากการศึกษาของ Mur et al. (2001) พบว่ามีการไหลเวียนเลือดเพิ่มขึ้นบริเวณอวัยวะเป้าหมายขณะทำการนวดกดจุดสะท้อนเท้า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าในตำแหน่งที่ไม่สัมพันธ์กับอวัยวะเป้าหมาย ต่อมา Sudmeier et al. (1999) ทำการทดลองโดยการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการกดจุดสะท้อนที่สัมพันธ์กับตำแหน่งใด และกลุ่มที่ได้รับการกดจุดสะท้อนที่ไม่สัมพันธ์กับตำแหน่งอวัยวะอื่น วัดผลจากการตรวจด้วยเครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (Doppler sonography) ขณะกดจุดสะท้อนเท้า ผลพบว่ากลุ่มที่ได้รับการกดจุดสะท้อนสัมพันธ์กับตำแหน่งใด มีการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงที่โตมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการกดจุดสะท้อนที่ไม่สัมพันธ์กับตำแหน่งอวัยวะอื่น รวมทั้ง Nakamaru, Miura, Fukushima, and Kawashima (2009) ได้ทำการศึกษาเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวรับความรู้สึกทางกายสัมผัสและการกระตุ้นประสาทสัมผัสของพื้นที่จุดสะท้อน 3 ส่วนบนเท้าซ้าย ซึ่งประกอบด้วยจุดที่เกี่ยวข้องกับตา ไหล่และลำไส้เล็ก จะถูกกระตุ้นระหว่างการทดสอบโดยใช้วิธีการตรวจการทำงานของสมองด้วยการสร้างภาพเรโซแนนซ์แม่เหล็ก (Magnetic resonance imaging; MRI) ผลพบว่าการกดจุดพื้นที่สะท้อนเท้าจะมีการทำงานของตัวรับความรู้สึกในสมองส่วนที่สอดคล้องกับเท้าและเกิดการทำงานของระบบรับความรู้สึก (Somatosensory) บริเวณพื้นที่กดจุดสะท้อนพร้อมกันทั้ง 3 จุด



ภาพที่ 5 แสดงจุดสะท้อนบริเวณฝ่าเท้าซ้ายและฝ่าเท้าขวา (Andrews & Dempsey, 2007, p. 71)

4.2.3 ทฤษฎีพลังงาน (Energy theory)

ศาสตร์การแพทย์แผนจีนอธิบายไว้ว่า พลัง “ชี” ไหลผ่านเส้นพลังเมอริเดียนหลัก 6 เส้น ผ่านไปยังอวัยวะภายในโดยตรง ในขณะที่ทางอินเดียหรือฮินดู เรียกการผ่านของพลังว่า “ปราณ” พลังทั้งหมดจะไหลผ่านศูนย์รวมแห่งพลังที่เรียกว่า “จักระ” ทั้ง 7 ส่วน ซึ่งโดยรวมแล้วจะเรียกพลังชีวิต (Vital energy or life force) (Dougans, 1996) ตามทฤษฎีพลังงาน กล่าวว่า อวัยวะต่างๆ ในร่างกายมีการเชื่อมโยงอยู่ในสนามแม่เหล็ก และการนวดกดจุดสะท้อนเท้าจะช่วยส่งเสริมการไหลเวียนของพลังให้เป็นไปด้วยดี ปราศจากการอุดตันของเส้นพลังเมอริเดียน สอดคล้องกับคำกล่าวว่า ร่างกายมีการทำงานโดยการเชื่อมโยงของการส่งกระแสไฟฟ้า (Electrical impulse) ในภาวะที่ร่างกายขาดสมดุล การนวดกดจุดสะท้อนจะช่วยให้การเชื่อมโยงพลังงานไม่ติดขัด ร่างกายกลับสู่ภาวะสมดุลและอวัยวะต่างๆ สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Dougans, 1996; Stephenson et al., 2000)



4.2.4 ทฤษฎีการควบคุมประตู (Gate control theory) และทฤษฎีกรดแลกติก (Lactic theory)

ทฤษฎีการควบคุมประตูจะมีกลไกการทำงานตั้งแต่ระดับไขสันหลัง จนกระทั่งระบบควบคุมประสาทส่วนกลาง เริ่มจากกลไกควบคุมประตูบริเวณไขสันหลังจะมีการปรับสัญญาณที่ไขสันหลังก่อนส่งไปยังสมอง (Ching, 1993 cited in Hulme, Waterman, & Hillier, 1999) โดยการนัดกดจุดสะท้อนเท้าช่วยลดความปวดที่ระดับไขสันหลัง มีผลกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่เอเบต้า (A-beta) ซึ่งเป็นใยประสาทที่นำสัญญาณเข้าไปปรับเปลี่ยนให้ความปวดน้อยลง ในสัดส่วนที่มากกว่าใยประสาทขนาดเล็กและใยประสาทซีไฟเบอร์ (C-fiber) ซึ่งเป็นใยประสาทที่ไวต่อการนำสัญญาณความปวดจึงไปมีผลให้ประตูปิด นอกจากนี้การนัดกดจุดสะท้อนเท้ายังไปกระตุ้นการทำงานของ Substantia gelatinosa ซึ่งเป็นเซลล์ที่ทำหน้าที่ยับยั้งหรือปิดกั้นทางผ่านของกระแสประสาทของความปวด โดยไปยับยั้งการทำงานของเซลล์ที (T-cell) ซึ่งเป็นเซลล์ที่ทำหน้าที่ส่งความปวดไปที่สมอง ผลทำให้ระบบควบคุมประตูปิดและไม่มีการส่งสัญญาณความปวดจากไขสันหลังขึ้นไปยังสมอง จึงไม่เกิดความเจ็บปวด (Dickenson, 2002; Mackereth & Tiran, 2002; Stephenson & Dalton, 2003) ในส่วนของกลไกการทำงานของทฤษฎีควบคุมประตูในระบบควบคุมประสาทส่วนกลาง การนัดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นการสัมผัสอย่างหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ทำให้ส่งสัญญาณไปที่สมอง ต่อมได้สมองส่วนไฮโปทาลามัสจะถูกกระตุ้นให้มีการหลั่งสารเอ็นโดรฟินและสารเอ็นเคฟาลินยับยั้งการทำงานของ Substance P. เอาไว้ไม่ให้ไปกระตุ้นเซลล์ที ทำให้ระบบควบคุมประตูปิดและไม่เกิดความเจ็บปวด ดังนั้นการนัดกดจุดสะท้อนเท้าจึงช่วยลดการกระตุ้นจากสิ่งรบกวนทางอารมณ์ต่างๆ เช่น ความกลัว ความเครียดและความวิตกกังวล เป็นการตัดวงจรความเครียดและความเจ็บปวด (นงลักษณ์พรหมติงการ, 2545; Tiran & Chummun, 2005)

ทฤษฎีกรดแลกติก เชื่อว่าการจับเกาะของแคลเซียมและกรดแลกติกบริเวณปลายประสาทใต้ผิวหนังที่กดเจ็บเกิดจากภาวะเลือดที่เป็นกรดมากขึ้น การนัดกดจุดสะท้อนเท้าจะช่วยลดการตีตัวของกล้ามเนื้อเนื่องจากความปวด ลดความตีตัวของกล้ามเนื้อ ช่วยให้มีการไหลเวียนของเลือดดีขึ้น หลอดเลือดขยายตัวและส่งเสริมให้เซลล์ได้รับออกซิเจนมากขึ้น จึงไม่เกิดกรดแลกติก อีกทั้งช่วยขจัดกรดแลกติกออกจากร่างกาย โดยการนัดกดจุดสะท้อนเท้าสลายเม็ดคริสตัลที่เกาะตามปลายประสาททำให้แตก ทำให้พลังงานได้สะดวก การไหลเวียนโลหิตก็จะกลับคืนสู่สภาวะปกติ ช่วยให้การนำเลือดและออกซิเจนรวมทั้งสารอาหารไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่างๆ ได้ดีขึ้น ส่วนเม็ดคริสตัลหรือสารพิษที่สลายแล้วก็จะซึมกลับเข้าสู่กระแสเลือดและถูกขับออกทางปัสสาวะ จากนั้นร่างกายจะกลับสู่สภาวะสมดุลอีกครั้ง (Dobbs, 1985; Kuhn, 1999; Stephenson et al., 2000)

4.2.5 ทฤษฎีตัวรับความรู้สึกผ่านเส้นประสาท (Proprioceptive nervous receptors theory) และการผ่อนคลาย (Relaxation theory)

ทฤษฎีตัวรับความรู้สึกผ่านเส้นประสาท อธิบายได้จาก การกระตุ้นตัวรับความรู้สึกผ่านเส้นประสาท ในร่างกาย 3 ส่วนหลัก คือ ระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทส่วนปลาย และระบบประสาทอัตโนมัติเชื่อมโยงด้วยระบบศักย์ไฟฟ้าที่มีความซับซ้อน ในสภาวะที่ร่างกายเจ็บป่วย จะเกิดการอุดกั้นของการส่งกระแสประสาท ทำให้ร่างกายขาดความสมดุล การนวดกดจุดสะท้อนเท้ามีผลให้ปลายประสาทได้รับการกระตุ้น จึงเกิดการทำงานของศักย์ไฟฟ้าเคมีให้มีการช่วยส่งกระแสประสาทเชื่อมต่อกับระบบประสาทส่วนกลางทาง Sensory (afferent) neuron ซึ่งจะรับผ่าน Ganglion และส่งผลกลับมาที่อวัยวะต่างๆ ทาง Motor (efferent) neuron ทำให้อวัยวะนั้นๆ เกิดการตอบสนอง เป็นการส่งเสริมการนำของวิธีประสาทจากบริเวณที่เป็นจุดสะท้อนไปยังตัวรับของอวัยวะที่อยู่ตรงตำแหน่งนั้น อีกทั้งการนวดกดจุดสะท้อนเท้าจะช่วยลดความเครียด โดยทำให้ระบบประสาทพาราซิมพาเธติกทำงานมากขึ้น ทุกกระบวนการนวดกดจุดสะท้อนเท้าจึงช่วยปรับการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติให้การทำงานอย่างสมดุล (Dougans, 1996; Kuhn, 1999; Stephenson et al., 2000; Gala et al, 2004; Tiran & Chummum, 2005; Xavier, 2007)

การผ่อนคลาย อธิบายได้จาก การนวดกดจุดสะท้อนเท้าส่งผลให้กล้ามเนื้อคลายตัวลง และมีการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้น (วิชัย อิงพิณิจพงศ์ & นริศรา มนตรี, 2542) เมื่อกล้ามเนื้อคลายตัว ระบบต่างๆ ภายในร่างกายจะทำงานเป็นปกติ (Andrews & Dempsey, 2007; Mynchenberg & Dungans, 1995; Gala et al, 2004) เป็นการลดผลอันเกิดจากความเครียดโดยกระตุ้นให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลายในระดับลึกและสามารถวัดผลได้จากการวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและแบบวัด โดยพบว่าหลังได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าจะมีการผ่อนคลายมากขึ้น รวมถึงพบมีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมองที่บ่งบอกถึงความสงบและผ่อนคลาย อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และอัตราการเผาผลาญพลังงานลดลง (ปราณี จงสมจิตร, 2551; Wellace et al., 1974 cited in Wells-Federman et al., 1995; Field et al., 2007; Subha et al., 2008, Tiran, 2010)

4.2.6 ทฤษฎีการควบคุมความปวดภายใน (Endogenous theory)

การนวดกดจุดสะท้อนเท้าทำให้เกิดการหลั่งสารเคมีในร่างกายที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน (Endogenous opiate) ได้แก่ เอ็นดอร์ฟินและเอนเคฟาลินสูงขึ้น โดยถูกส่งผ่านลงมาที่ไขสันหลังบริเวณคอซอลฮอร์น เป็นการยับยั้งความปวดที่ส่งมาจากสมองลงมาที่ไขสันหลัง ในขณะที่ระดับของซัสแตนพิลลดลง (Smeltzer & Bare, 2004) การนวดจึงเป็นการตัดวงจรความเครียดและความเจ็บปวด เมื่อผู้ถูกนวดรู้สึกเป็นสุข ผ่อนคลาย จะลดความเครียดและวิตกกังวลลง (ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์, 2548 อ้างถึงใน ปราณี จงสมจิตร, 2551; Kuhn, 1999; Stephenson & Dalton, 2003; Kunz & Kunz, 2005)

4.2.7 ทฤษฎีจิตวิทยา (Psychological theory)

การนวดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นรูปแบบหนึ่งของการสัมผัสที่ให้ผู้ถูกนวดรู้สึกเป็นสุข สามารถถ่ายทอดความรู้สึกจากผู้นวดไปสู่ผู้ถูกนวด จากการนวด การกด การสัมผัสและการลูบ จึงถือเป็นการสื่อสารที่มีผลต่อจิตใจให้เกิดความอบอุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากกระทำในบทบาทของพยาบาล จะเป็นการแสดงถึงการดูแลเอาใจใส่ที่มอบให้กับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยรู้สึกสบายใจจะสามารถควบคุมอารมณ์และมีการปรับตัวในภาวะเจ็บป่วย ลดความตึงเครียด ความวิตกกังวล ความโกรธ ความเศร้าหรือความรู้สึกไม่แน่นอนต่าง ๆ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เมื่อได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้า ผู้ถูกนวดจะรู้สึกพึงพอใจ ผ่อนคลายและสุขสบายจากการนวด เกิดอาการตอบสนองทางด้านจิตใจและอารมณ์ต่อสิ่งเร้าลดลง ความเครียดและความวิตกกังวลลดลง รวมทั้งการรับรู้ของผู้ถูกนวดถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ศรีณยา หวงสุวรรณกร, 2546, ปราณี จงสมจิตร, 2551; Stephenson et al., 2000; Wright, Courtney, Donnelly, Kenny, & Lavin, 2002) และจากการศึกษาของ Sommer (1979 cited in Simkin & Bolding, 2004) พบว่าการสัมผัสมีผลต่อจิตใจ ช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลในช่วงเวลาการรอคอย โดยผลการศึกษาพบว่ามารดาที่ได้รับการสัมผัสในช่วงเวลา 30 นาทีระหว่างรอคอยมีระดับความวิตกกังวลและค่าความดันโลหิตลดลง รวมถึง Grealish et al. (2000) ที่ศึกษาถึงผลของการนวดสัมผัสเท้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งพบว่า การนวดเท้าด้วยวิธีการสัมผัสจะเพิ่มความรู้สึกผ่อนคลายและลดกลุ่มอาการไม่สุขสบายได้

สรุปจากการอ้างอิงทฤษฎีพบว่า ข้อมูลที่ใช้อธิบายกลไกการนวดกดจุดสะท้อนเท้ามีดังนี้

1. ทฤษฎีตัวรับความรู้สึกผ่านเส้นประสาท การนวดกดจุดสะท้อนเท้าจะมีการใช้แรงนวดกดหลายระดับเพื่อกระตุ้นตัวรับความรู้สึกประสาทส่วนปลาย (Dougans, 1996; Stephenson et al., 2000; Diego et al., 2004; Gala et al., 2004; Xavier, 2007)
2. ทฤษฎีการควบคุมความปวดภายในหรือการหลั่งสารเคมีแห่งความสุข โดยการนวดกดจุดสะท้อนเท้าจะทำให้เกิดการผ่อนคลาย ทำให้ระดับเอ็นดอร์ฟินและเอ็นเคฟาลินสูงขึ้นในขณะที่ระดับของซัสแตนลดลง การนวดเป็นการตัดวงจรความเครียดและความเจ็บปวด เมื่อผู้ถูกนวดรู้สึกเป็นสุขและผ่อนคลายจะลดความเครียดและความวิตกกังวลลง (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2548 อ้างถึงใน ปราณี จงสมจิตร, 2551; Kuhn, 1999; Stephenson & Dalton, 2003; Kunz & Kunz, 2005)
3. ทฤษฎีการตอบสนองต่อความเครียดและการผ่อนคลาย สามารถอธิบายได้จากการเกิดการผ่อนคลายในระดับลึก เพิ่มการไหลเวียนโลหิต และปรับสมดุลการทำงานของร่างกายให้ดีขึ้น ส่งผลให้ร่างกายผ่อนคลาย ลดความเครียดทางอารมณ์และการตอบสนองทางสรีรวิทยา (วิชัย อึ้งพินิจพงศ์ & นิศรา มนตรี, 2542; ปราณี จงสมจิตร, 2551;

พาพร วิมุกตะลพ, 2551; Wellace et al., 1974 cited in Wells-Federman et al., 1995; Field et al., 2007; Subha et al., 2008; Tiran, 2010)

5. ทฤษฎีการควบคุมประตุ พบว่าหลังได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้า มีการรับรู้ความเจ็บปวดลดลงและลดระดับความวิตกกังวล (นงลักษณ์ พรหมดีการ, 2545; Dickenson, 2002)

6. ทฤษฎีโซนและทฤษฎีเส้นพลัง มีการพิสูจน์ได้ว่าการไหลเวียนโลหิตหรือมีการทำงานเพิ่มขึ้นบริเวณอวัยวะเป้าหมายและอวัยวะข้างเคียงขณะทำการนวดกดจุดสะท้อนเท้าในระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบประสาทสมองที่เชื่อมโยงกับการทำงานของไต ไหล่ และลำไส้เล็ก (Sudmeier et al., 1999; Mur et al., 2001; Nakamaru et al., 2009)

7. ทฤษฎีจิตวิทยา อธิบายจากกระบวนการนวดกดจุดสะท้อนเท้าที่เป็นการถ่ายทอดความรู้สึกท่วงไวยและการเอาใจใส่จากผู้นวดสู่ผู้ถูกนวด มีการพิสูจน์ได้ว่าการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเพิ่มความพึงพอใจ ผ่อนคลาย ลดความเครียดและความวิตกกังวล เกิดการรับรู้ถึงระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ศรัณยา หวงสุวรรณกร, 2546, ปราณี จงสมจิตร, 2551; Grealish et al., 2000; Stephenson et al., 2000; Wright et al., 2002; Sommer, 1979 cited in Simkin & Bolding, 2004)

4.3 หลักการของการนวดกดจุดสะท้อนเท้า

4.3.1 หลักการเตรียมการนวดกดจุดสะท้อนเท้า (สำนักการแพทย์ทางเลือก, 2551; Tiran & Chummun, 2005)

4.3.1.1 ผู้นวดต้องมีการเตรียมความรู้และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโครงสร้างของเท้าและจุดสะท้อนของตำแหน่งเท้าโดยผ่านการอบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญการนวดกดจุดสะท้อนเท้า จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สามารถทำได้ในบทบาทของพยาบาล และการสอนญาติให้มีทักษะการนวดบางจุดที่เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย ดังเช่น จากการศึกษาของ Stephenson et al. (2007) ถึงการสอนคู่สมรสโดยพยาบาลในการนวดกดจุดสะท้อนบางจุดที่เชื่อมโยงกับการลดความเจ็บปวดและการผ่อนคลาย ได้แก่ ระบบประสาทสมองและซอร์โมน ระบบประสาทในช่องท้องและต่อมหมวกไต ผลการศึกษาพบว่า การนวดกดจุดสะท้อนเท้าโดยคู่สมรสสามารถลดระดับความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้ นอกจากนี้ ผู้นวดต้องมีการเตรียมสมาธิและทำจิตใจให้สงบ ก่อนทำการนวดตดเล็บให้สั้น ถอดเครื่องประดับ และล้างมือให้สะอาด ขณะนวดสังเกตสีหน้าและท่าทางของผู้ถูกนวด เพื่อประเมินความรู้สึกต่อน้ำหนักการนวดและปรับแรงตามความเหมาะสมของผู้ถูกนวดแต่ละราย

4.3.1.2 จัดสถานที่มืดซิด สงบ และอากาศถ่ายเทสะดวก

4.3.1.3 เตรียมผู้ถูกนวด โดยนวดก่อน-หลังอาหาร 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมงขึ้นไป เพื่อเลี่ยงช่วงเวลากระเพาะอาหารกำลังทำงานหนัก ก่อนนวดล้างเท้าให้สะอาดด้วย

น้ำอุ่นหรือเช็ดด้วยน้ำยาแอลกอฮอล์ 70 เปอร์เซ็นต์ อบอุ่นก่อนนวด 5-10 นาที หลังการนวดไม่ควรให้เท้าสัมผัสน้ำเย็นอย่างน้อย 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

4.3.2 ผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้า

4.3.2.1 ด้านร่างกาย พบว่าการนวดกดจุดสะท้อนเท้ามีผลต่อระบบการทำงานของร่างกาย ตั้งแต่หลังนวดทันทีจนถึง 1-2 วันหลังได้รับนวด (Gala et al., 2004) ทำให้เลือดภายในร่างกายหมุนเวียนได้ดี สร้างความสดชื่น ลดภาวะความวิตกกังวล ความกลัว ความกระวนกระวายใจ ลดความปวด และทำให้มีภูมิคุ้มกันที่ดีขึ้น (Byers, 2001; Dougans, 2002 อ้างถึงใน ปราณี จงสมจิตร, 2551) และจากผลการศึกษาของ Hayes and Cox (2000) พบว่าการนวดกดจุดสะท้อนเท้าสามารถลดความดันโลหิต Diastolic และอัตราการหายใจ ซึ่งเป็นตัววัดความเครียดทางร่างกายและจิตใจ ทั้งระหว่างได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าและหลังได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับ Jirayingmongkol et al. (2002) ที่ได้ศึกษาถึงผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อสัญญาณชีพของกลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 61-69 ปี จำนวน 20 ราย ผลพบว่าหลังรับการนวดกดจุดสะท้อนเท้า อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ซึ่งเป็นข้อมูลสนับสนุนได้ว่าการนวดกดจุดสะท้อนเท้าสามารถทำให้เลือดไหลเวียนได้ดี รวมทั้งผลการศึกษาของ ปราณี จงสมจิตร (2551) ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงภายหลังได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าสามารถลดความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจได้ดีกว่ากลุ่มนวดเลียนแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

4.3.2.2 ด้านจิตใจ พบว่าการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นการทำให้ร่างกายมีการผ่อนคลายระดับลึก ทำให้ระบบประสาทสมองลิมบิกซึ่งทำหน้าที่ตอบสนองทางด้านอารมณ์ถูกกระตุ้นน้อยลง การสัมผัสทำให้ผู้ถูกนวดรู้สึกเป็นสุข และเกิดการเบี่ยงเบนความสนใจไปจากความตึงเครียด จึงถือเป็นการสื่อสารให้เกิดความอบอุ่น สบายใจ ถ่ายทอดความรู้สึกปลอดภัย (Stephenson et al., 2000) ในระหว่างการนวดกดจุดสะท้อนเท้ามีการควบคุมสิ่งแวดล้อมให้สงบ จึงช่วยลดสิ่งรบกวนทางอารมณ์ และเพิ่มความพึงพอใจต่อผู้ถูกนวด (Park & Cho, 2004) โดยจากผลการศึกษาของปราณี จงสมจิตร (2551) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงภายหลังได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้ามีระดับการผ่อนคลายและระดับความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มนวดเท้าเลียนแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

4.3.2.3 ด้านสัมพันธภาพ พบว่าการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นการสัมผัสรูปแบบหนึ่ง ที่อาศัยการสัมผัสอย่างมีหลักการระหว่างผู้นวดและผู้ถูกนวด โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่พยาบาลเป็นฝ่ายนวดให้ผู้ป่วย เป็นการสื่อสารให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความห่วงใยและเอาใจใส่จากพยาบาล การนวดกดจุดสะท้อนเท้าจึงมีส่วนช่วยเสริมสัมพันธภาพให้ดียิ่งขึ้น (เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ, กัญจนา ตีวิเศษ และยุพิน อลิกัน, 2542; Stephenson et al., 2000)

4.3.2.4 การให้บริการ พบว่าการนวดกดจุดสะท้อนเท้ามีความปลอดภัยไม่เกิดผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อน สามารถปรับสมดุลของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย โดยไม่รบกวนอวัยวะส่วนอื่น มีความสะดวกและสามารถทำได้ในขอบเขตแห่งวิชาชีพ พยาบาลโดยสร้างความพึงพอใจ ส่งเสริมสัมพันธภาพ ตลอดจนเสริมการดูแลและเพิ่มคุณภาพ การให้บริการ (ปราณี จงสมจิตร, 2551; Stephenson et al., 2000)

4.3.3 ข้อห้ามและข้อพึงระวัง (Evans, 1990 อ้างถึงใน สำนักการแพทย์ ทางเลือก, 2551; Griffiths, 1996)

การนวดกดจุดสะท้อนเท้ามีข้อห้ามในผู้ป่วยโรคเมรังคิวหนั่ง โรคติดเชื้อเฉียบพลัน หลอดเลือดดำและทางเดินน้ำเหลืองอักเสบ เท้าเจริญผิดปกติหรือการติดเชื้อกระดูกหัก ข้อเคลื่อนหรือมีภาวะเลือดออก กลุ่มที่มีความเสี่ยงในขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด การตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก มีข้อพึงระวังในผู้ป่วยที่มีไข้สูง ความดันโลหิตสูงรุนแรง ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีผิวหนังบางมาก รวมทั้งผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการซึมเศร้าในระยะ Manic state ผู้ป่วยโรคเบาหวาน Hyperthyroidism หรือ Hypothyroidism ซึ่งควรมีการปรึกษาแพทย์ก่อนทำการนวดกดจุดสะท้อนเท้า รวมถึงอาจเจ็บเท้าขณะนวดซึ่งพบว่าไม่เกิดอันตรายแต่จะหายไปเองหลังการนวด

4.3.4 การประยุกต์ใช้ในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยได้ดังต่อไปนี้

4.3.4.1 ด้านกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีการนำศาสตร์การนวดมาใช้ในกลุ่มบุคคลทั่วไปและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทุกกลุ่มอายุ เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเมรังคิวหนั่ง โรคเอดส์ โรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อลดอาการปวด ลดอาการข้างเคียงหลังการผ่าตัด ลดความเครียด ลดวิตกกังวล ลดกลุ่มอาการซึมเศร้า และส่งเสริมคุณภาพชีวิต (Dougans, 1996; Field et al., 2007) บำบัดกลุ่มอาการไม่สุขสบายของสตรีขณะประจำเดือน บำบัดอาการข้างเคียงของสตรีวัยหมดประจำเดือน มารดาระยะตั้งครรภ์ที่ไม่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มารดาระยะคลอดและระยะหลังคลอด (Tiran, 1996; Mackereth & Tiran, 2002; Li et al., 2009, Tiran, 2009, 2010) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้การนวดกดจุดสะท้อนเท้าในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดระยะ 24-4 ชั่วโมง ที่มีระดับความเครียดปานกลางขึ้นไป

4.3.4.2 ระยะเวลาและความถี่ของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเพื่อส่งเสริมการผ่อนคลายและลดความเครียด พบว่าการศึกษาที่ผ่านมาใช้เวลาข้างละ 15 นาที รวมตลอดกระบวนการนวดกดจุดสะท้อนเท้าทั้ง 2 ข้าง 30 นาที นวดได้ 1 ครั้งจนถึงวันละ 2-3 ครั้งต่อวัน หากไม่มีข้อห้ามหรือข้อพึงระวัง (บังอรรัตน์ พูลสะอาด, 2543; ปราณี จงสมจิตร, 2551; พาพร วิมุกตะลพ, 2551; Stephenson et al., 2000) โดย Gala et al. (2004) พบว่าการนวดกดจุดสะท้อนเท้ามีผลหลังการนวดทันทีและร่างกายเกิดการผ่อนคลาย ปรับสมดุลจนถึง 1-2 วัน

หลังนวด ในการศึกษาครั้งนี้จึงนวดกดจุดสะท้อนเท้า 1 ครั้งและวัดผลหลังการนวดทันทีและ 24 ชั่วโมง ขณะที่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดพักรักษาตัวอยู่โรงพยาบาล

4.3.4.3 เทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้า พบว่ามีการใช้นิ้วมือหรือข้อนิ้วมือกดลงบนจุดสะท้อนที่เท้าซึ่งเป็นปลายประสาทที่เชื่อมโยงไปยังอวัยวะสำคัญภายในร่างกาย สำหรับการนำมาใช้ในกลุ่มมารดาระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด สามารถผสมผสานได้หลายเทคนิค โดยปรับตามความเหมาะสมของผู้ถูกนวดแต่ละราย โดยเน้นจุดสะท้อนศูนย์รวมเส้นประสาทช่องท้อง (Solar plexus) ผู้วิจัยจึงใช้เทคนิคที่ส่วนใหญ่มีการนำมาใช้สำหรับคนไทย โดยเน้นเทคนิคกดนิ้วหรือข้อนิ้วมือลงน้ำหนักในลักษณะ ทนง เน้น และนิ่ง จากนั้นกดและ/หรือครูดลงบริเวณผิวเท้าประมาณ 0.5 เซนติเมตรขึ้นไป ซึ่งหากทำการกระตุ้นที่จุดสะท้อนหนึ่งใด จะสามารถสะท้อนไปยังอวัยวะที่สัมพันธ์กับจุดสะท้อนนั้นๆ และอวัยวะข้างเคียงผ่านระบบประสาทและการไหลเวียนโลหิต (สำนักการแพทย์ทางเลือก, 25; Dougans, 1996; Gala et al., 2004; Tiran, 2010)

4.3.4.4 แรงการนวดกดจุดสะท้อนเท้า แบ่งเป็น 3 ระดับ (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2549 อ้างถึงใน ปราณี จงสมจิตร, 2551) ได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน (Basic level) เป็นการนวดเพื่อผ่อนคลาย 2) ระดับกลาง (Intermediate) เป็นการนวดเพื่อบำบัดอาการต่างๆ และ 3) ระดับสูง (Advance) เป็นการนวดเพื่อบำบัดอาการและรักษาในระดับที่มีความชำนาญพิเศษ และจากผลการศึกษาของ Diego et al.(2004) ถึงผลการใช้เทคนิคการนวด 3 แบบ คือ การลูบเบาๆ หรือนวดแบบตื้น (Light massage) การกดนวดระดับปานกลาง (Moderate massage) และการกดนวดแบบสั่น (Vibrator massage) พบว่าเทคนิคการนวดทั้ง 3 แบบ สามารถลดความเครียดและวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) รวมถึง Tiran (2009, 2010) พบว่าการนวดกดจุดสะท้อนเท้าในกลุ่มมารดาระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอดนิยมผสมผสานหลายเทคนิคโดยปรับตามความเหมาะสมของผู้ถูกนวดแต่ละราย ขณะเดียวกันผู้นวดต้องสังเกตความวิตกกังวลหรืออาการเจ็บขณะนวด เพื่อปรับเพิ่มหรือลดแรงลงตามความเหมาะสม สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงประยุกต์โดยออกแรงกดในระดับปานกลางถึงระดับลึกและปรับตามความระดับความรู้สึกของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ออกแรงกดนวดไม่เกินระดับการทนเจ็บ (Pain pressure threshold) โดยประเมินจากการสังเกตสีหน้า ท่าทางและการบอกกล่าว จากนั้นปรับแรงนวดตามความเหมาะสมของมารดาหลังคลอดแต่ละราย

4.3.4.5 ขั้นตอนการนวดกดจุดสะท้อนเท้า เริ่มจากการทำความสะอาดเท้า อบอุ่นเท้าก่อนนวด จากนั้นเริ่มนวดเท้าซ้ายก่อนโดยใช้ผ้าขนหนูพันเท้าขวาไว้ ทำการนวดกดจุดสะท้อนบริเวณเท้าซ้ายตามอวัยวะเป้าหมายที่เกี่ยวข้องโดยเรียงตามลำดับระบบต่างๆ ของร่างกาย เริ่มจากระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบประสาทช่องท้อง ระบบทางเดินอาหาร อวัยวะภายใน ทรวงอก กระบังลม คีรีชะ ระบบประสาทสมองและฮอโมน อวัยวะสืบพันธุ์ ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ และต่อมน้ำเหลืองเป็นอันดับสุดท้าย นวดน่องและเข่า ทำการอบอุ่นเท้าหลังนวด

และห่อเท้าซ้ายไว้ จากนั้นนวดเท้าขวาเหมือนเท้าซ้ายทุกประการ เมื่อนวดครบทั้ง 2 เท้าแล้ว และผ้าห่อออกพร้อมกับสังเกตผิวหนังบริเวณเท้า ถือเป็นการเสร็จสิ้นกระบวนการนวดกดจุดสะท้อนเท้า (สำนักการแพทย์ทางเลือก, 2551)

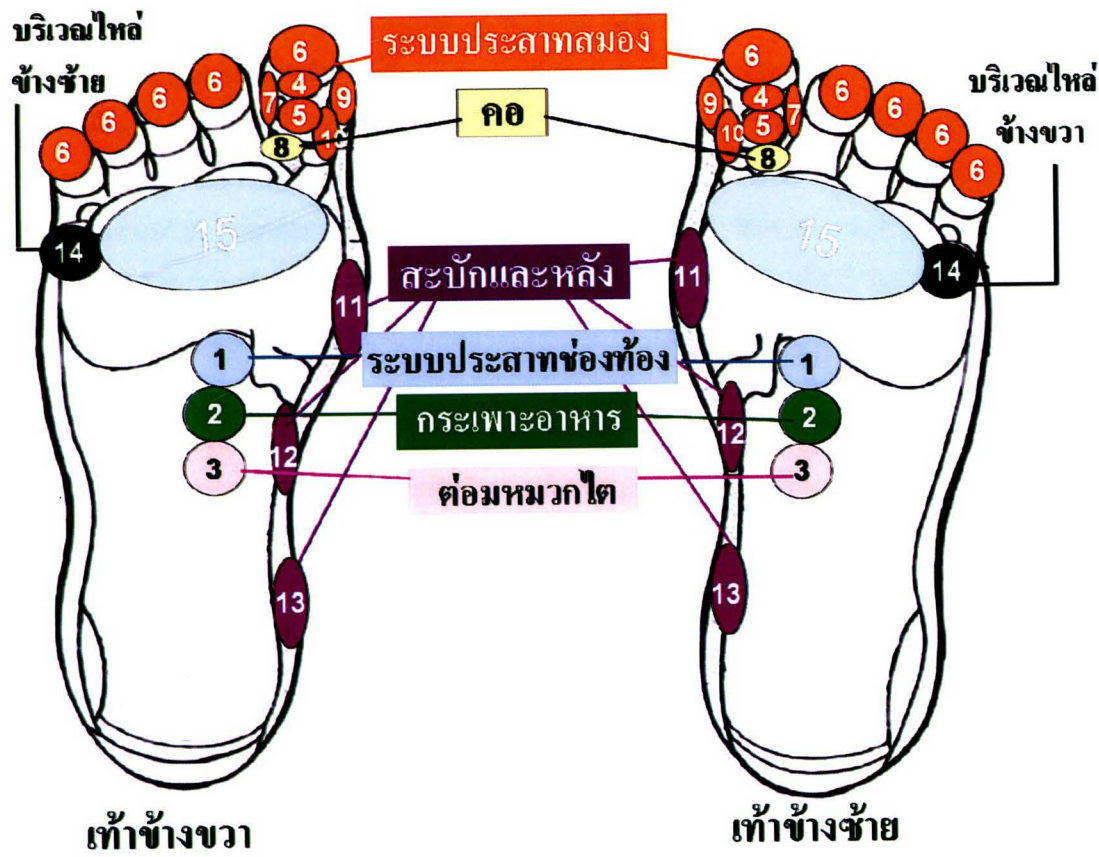
การนวดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นศาสตร์การแพทย์ทางเลือกอย่างหนึ่งที่นิยมนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลที่อธิบายการลดความเครียดและเพิ่มการผ่อนคลายได้หลายกลไก สามารถประเมินได้จากการให้ผู้ถูกนวดประเมินความเครียดด้วยตนเองและตัวชี้วัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ซึ่งหลักการของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าได้มีผลการวิจัยที่พิสูจน์ถึงความเหมาะสมในการนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลมาระยะหลังคลอด้วยกลวิธีการนวดที่ไม่ซับซ้อน ผ่านการยืนยันถึงการประยุกต์ใช้ในงานวิจัยและการดูแลกลุ่มคนทั่วไปตลอดจนผู้ป่วยโรคต่าง ๆ โดยพยาบาลสามารถรับการฝึกอบรมเพื่อเป็นอีกหนึ่งผู้เชี่ยวชาญ

5. การนวดกดจุดสะท้อนเท้าและการลดความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรม ถึงผลการนำเทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้ามาใช้ในการวิจัย ทำให้สามารถอภิปรายและสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับมารดาหลังคลอดได้ โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการผ่อนคลาย คือ 1) การกระตุ้นตัวรับความรู้สึกประสาทส่วนปลาย เพื่อให้ร่างกายมีการผ่อนคลาย และมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยากลับสู่ภาวะปกติ และการลดผลอันเกิดจากความเครียดหลังได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้า 5 นาที จากนั้นร่างกายมีการปรับสมดุลได้ยาวนานถึง 1-2 วันหลังนวด (ปราณี จงสมจิตร, 2551; Dossey et al., 1995; Wellace et al., 1974 cited in Wells-Federman et al., 1995; Gala et al., 2004) 2) เพิ่มการหลั่งสารแห่งความสุข (Kuhn, 1999; Stephenson & Dalton, 2003; Kunz & Kunz, 2005) เพื่อเป็นการตัดวงจรความเครียดและความเจ็บปวด รวมทั้ง 3) การนวดกดจุดสะท้อนเท้ามีผลให้เกิดความพึงพอใจและลดระดับความเครียด (ปราณี จงสมจิตร, 2551; พาพร วิมุกตะลพ, 2551; Stephenson et al., 2000)

หลักการนวดจะนวดกดจุดสะท้อนทั่วทั้งบริเวณเท้าและกระตุ้นพื้นที่บริเวณเท้าที่สะท้อนถึงอวัยวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้มีการทำงานที่ดีขึ้น เริ่มด้วยระบบประสาทสมองซึ่งเป็นอวัยวะที่ทำงานของระบบประสาทส่วนกลางและฮอโมน เพื่อการปรับสมดุลอารมณ์และความรู้สึกต่าง ๆ บริเวณนิ้วเท้าข้างละ 5 จุด (ไกรสิงห์ รุ่งโรจน์สกุลพร, 2549; สำนักการแพทย์ทางเลือก, 2551; Gala et al., 2004) จากนั้นนวดกดจุดสะท้อนตามแนวคิดการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเพื่อลดความเครียดของ Andrews and Dempsey (2007) และ Tiran (2010) ที่พบว่าต้องทำการนวดกดจุดสะท้อนกระตุ้นอวัยวะเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับอาการตึงเครียด การตึงตัวของกล้ามเนื้อบริเวณลำคอ ไหล่ สะบัก กระดูกสันหลัง ระบบทางเดินอาหาร และในการนำมาใช้ในกลุ่มมารดาหลังคลอดเน้นกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทในช่องท้องและต่อมหมวกไต ข้างละ 10 จุด โดยรวมนวดข้างละ 15 จุด (ภาพที่ 6) โดยใช้นิ้วมือหรือข้อมือนิ้วมือกดและครูดลงบนเท้าลึกลงไป

ในชั้นผิวหนังทั่วทั้งบริเวณเท้า จากนั้นเน้นจุดสะท้อนที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองภาวะเครียด 5-10 ครั้ง ใช้เวลาข้างละ 15 นาที ซึ่งการออกแรงกดจุดนิ้วจะออกแรงระดับปานกลางถึงระดับลึก ตามทฤษฎีการนวดกดจุดสะท้อนเท้าแต่ทั้งนี้มีการปรับใช้ในกรณีมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โดยใช้แรงกดจุดนิ้วน้อยกว่าระดับการนวดเท้า รวมทั้งขณะทำการนวดกดจุดสะท้อนเท้าจะประเมินความรู้สึกเจ็บปวดของผู้ถูกนวดเป็นระยะๆ และมีการปรับแรงตามระดับการกดเจ็บของผู้ถูกนวดแต่ละราย (สำนักการแพทย์ทางเลือก, 2551; Diego et al., 2004; Tiran, 2010)



ภาพที่ 6 แสดงจุดสะท้อนเท้าบริเวณอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการลดความเครียด (ไกรสิทธิ์ รุ่งโรจน์สกุลพร, 2549; สำนักการแพทย์ทางเลือก, 2551; Gala et al., 2004, p. 119; Andrews & Dempsey, 2007, p. 142; Tiran, 2010, p.59)

จากที่กล่าวมา ระยะเวลาหลังคลอดนั้น ถือเป็นระยะที่การปรับตัวทางด้านภาวะจิตสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งล้วนเป็นภาวะคุกคามต่อมารดาหลังคลอดที่ก่อให้เกิดความเครียด หากไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาจทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ตึงเครียดและมีอารมณ์แปรปรวนได้ง่าย (ปราณี พงศ์ไพบูลย์, 2550) ซึ่งเป็นปัญหาภาวะจิตสังคมที่พบมากในกลุ่มมารดาวัยรุ่น ด้วยปัจจัยของวัยรุ่นเอง รวมถึงการ

เปลี่ยนแปลงที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดความเครียดในระยะหลังคลอด (Dormire et al., 1987 อ้างถึงใน จันทกานต์ อังคนิพัฒนานนท์, 2540; Flanagan et al., 1995; Schmidt et al., 2006; Holub, 2007; Reid & Meadows-Oliver, 2007) อีกทั้งเมื่อเกิดความเครียด มารดาวัยรุ่นยังขาดวุฒิภาวะ จึงเป็นข้อจำกัดในการเผชิญกับปัญหาหรือจัดการกับความเครียดด้วยตนเองของมารดาในกลุ่มนี้ และอาจเกิดเป็นผลเสียต่อภาวะสุขภาพมารดาและทารกตามมา

การดูแลมารดาในระยะแรกหลังคลอด มุ่งเน้นการดูแลเพื่อการส่งเสริมการพักผ่อน ความสุขสบาย บรรเทาอาการเจ็บปวด การสอนหรือให้ความรู้ทั้งรายเดี่ยวและรายกลุ่ม ตลอดจนการให้กำลังใจควบคู่กับการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับมารดาหลังคลอด เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในการช่วยเหลือ โดยบทบาทของพยาบาลในฐานะบุคลากรที่ให้การดูแลผู้มารดาหลังคลอด แต่ทั้งนี้มารดาหลังคลอดต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวหลายด้าน ดังนั้นหากมีการประยุกต์ใช้ศาสตร์การแพทย์ทางเลือกมาผสมผสานในการดูแลมารดาหลังคลอด ในระยะนี้ เช่นการนวดกดจุดสะท้อนเท้า ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลเพื่อลดความเครียดและช่วยปรับสมดุลอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย จะเป็นแนวทางเลือกหนึ่งที่สามารถเติมเต็มเต็มความสมบูรณ์การดูแลที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมมิติどころรวม อีกทั้งเป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามีการนำศาสตร์การนวดกดจุดสะท้อนเท้ามาเสริมการดูแลแบบองค์รวม และการส่งเสริมประสิทธิภาพการดูแลแก่มารดาในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ตลอดจนระยะหลังคลอดมากขึ้น แต่ยังไม่พบงานวิจัยที่นำการนวดกดจุดสะท้อนเท้ามาใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอดในด้านการส่งเสริมการปรับสมดุลอารมณ์หรือศึกษาต่อการลดระดับความเครียดในมารดาหลังคลอด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อการลดระดับความเครียดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เพื่อสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลและส่งเสริมประสิทธิภาพการดูแลมารดาหลังคลอดต่อไป