

อิทธิพลของปัจจัยคัดสรรต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด

ศิริภรณ์ เหมะฐลิน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2559

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

อิทธิพลของปัจจัยคัดสรรต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด

ศิริภรณ์ เหมะธูลีน

นางสาวศิริภรณ์ เหมะธูลีน

ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์จรัสศรี ชีระกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



รองศาสตราจารย์ศรีสมร ภูมนสกุล,

D.N.S.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

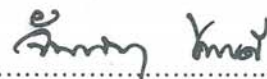


ศาสตราจารย์พัชรีย์ เลิศฤทธิ์,

พ.บ., Ph.D. (Biochemistry)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ผู้ช่วยศาสตราจารย์จันทิมา ขนบดี,

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

ประธานหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

อิทธิพลของปัจจัยคัดสรรต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์)

วันที่ 14 มกราคม พ.ศ. 2559

ศิริภรณ์ เหมะธลิน

นางสาวศิริภรณ์ เหมะธลิน

ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิรัตน์ นีรัตธราดร,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ศรีสมร ภูมนสกุล,

D.N.S.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

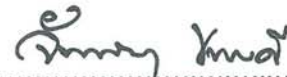


ศาสตราจารย์พัชรีย์ เลิศสุทธิ,

พ.บ., Ph.D. (Biochemistry)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ผู้ช่วยศาสตราจารย์จันทิมา ขนบดี,

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

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์จรัสศรี ชีระกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์ปิยะมิตร ศรีธรา,

พ.บ., ว.ว. อายุรศาสตร์

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัสศรี ชีระกุลชัย ประธานคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีสมร ภูมณสกูล กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำที่มีคุณค่าอย่างยิ่ง จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดี และผู้วิจัยขอขอบคุณกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทิมา ขนบดี และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มยุรี นิรัตธราคร ที่ให้คำแนะนำในการปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ที่สุด

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาจารย์ ดร.ทัตทรวง ปญญทลิ่งค์ อาจารย์พรศรี ดิสรเตติวัฒน์ และนางนัทธ์หทัย วรรณทิม ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณหัวหน้างานและบุคลากรของหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกสูติกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี ที่สำคัญขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อให้นักศึกษาครั้งนี้บรรลุวัตถุประสงค์ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อมารดาหลังคลอดทุกคน และขอขอบคุณมิตรไมตรีจิตของเพื่อนร่วมรุ่น หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติทุกท่าน สำหรับมิตรภาพที่แน่นแฟ้นและกำลังใจที่ดีตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณบิดา มารดา ตลอดจนญาติพี่น้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจที่สำคัญยิ่งเสมอมา จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ศิริภรณ์ เหมะธูลิน

อิทธิพลของปัจจัยคัดสรรต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด

THE EFFECTS OF SELECTED FACTORS ON QUALITY OF LIFE AMONG POSTPARTUM MOTHERS

ศิริภรณ์ เหมะธูลิน 5636609 RAMY/M

พย.ม. (การผดุงครรภ์)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: จรัสศรี ชีระกุลชัย, Ph.D., ศรีสมร ภูมนสกุล, D.N.S.

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด และปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด โดยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของเฟอร์รานส์ และคณะ (Ferrans et al., 2005) เป็นแนวทางในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ ที่มารับบริการตรวจหลังคลอดที่โรงพยาบาลรามาริบัติระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558 จำนวน 110 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรบกวนการนอนหลับ แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญแบบวัดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า มารดาหลังคลอดมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 54.50 และระดับปานกลาง ร้อยละ 45.50 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดคือ การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และการแสดงบทบาทการเป็นมารดา โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้ร้อยละ 72.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรประเมินการสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และการแสดงบทบาทการเป็นมารดา เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต / การสนับสนุนทางสังคม/ ความวิตกกังวล/ การแสดงบทบาทการเป็นมารดา/ มารดาหลังคลอด

THE EFFECTS OF SELECTED FACTORS ON QUALITY OF LIFE AMONG POSTPARTUM MOTHERS

SIRIPORN HEMADHULIN 5636609 RAMY/M

M.N.S. (MIDWIFERY)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: JARATSRI THEERAKULCHAI, Ph.D.,
SRISAMORN PHUMONSAKUL, D.N.S.

ABSTRACT

The purpose of this descriptive research was to study the effects of selected factors on the quality of life among postpartum mothers. The objectives were to determine the level of quality of life and predictors of quality of life in postpartum mothers. The conceptual framework guiding the study was derived from the Model of Health-Related Quality of Life (Ferrans et al., 2005). The purposive sample consisted of 110 postpartum mothers who had postpartum check-up at Ramathibodi Hospital from March to July, 2015. The instruments used in this study were the Demographic Data Form, the General Sleep Disturbance Scale, the State Trait Anxiety Inventory Form X-I, the Maternal Role Attainment Scale Form B, the Postpartum Support Questionnaire and the WHOQOL-BREF-THAI. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation, and Stepwise multiple regression analysis.

The findings revealed that 54.50 % of the postpartum mothers had high level of quality of life and 45.50 % had moderate level of quality of life. In addition, social support, anxiety and maternal role performance were found to be the predictors which could significantly explain 72.80 % of the variance of quality of life among postpartum mothers ($p < .05$).

These findings suggested that nurses should assess the social support, anxiety and the maternal role performance to improve quality of life of postpartum mothers.

KEY WORDS: QUALITY OF LIFE/ SOCIAL SUPPORT/ ANXIETY/ MATERNAL
ROLE PERFORMANCE/ POSTPARTUM MOTHERS

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	10
คำถามการวิจัย	11
สมมติฐานการวิจัย	11
ขอบเขตการวิจัย	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	11
นิยามตัวแปร	12
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
การเปลี่ยนแปลงในระยะหลังคลอด	15
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	26
กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ	35
คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด	39
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด	41

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	52
สถานที่เก็บข้อมูล	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	54
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	61
การเก็บรวบรวมข้อมูล	62
การวิเคราะห์ข้อมูล	63
บทที่ 4 ผลการวิจัย	66
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	72
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	81
ข้อจำกัดในการวิจัย	83
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	83
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	85
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	100
บรรณานุกรม	116
ภาคผนวก	125
ประวัติผู้วิจัย	142

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	67
4.2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเบ้ ของคะแนนการรบกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดา การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต	68
4.3 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนคุณภาพชีวิต	68
4.4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบ เพียร์สัน	70
4.5 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ด้วยการวิเคราะห์การถดถอย พหุคูณแบบขั้นตอน	71

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพ	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	10
2.1 แบบจำลองแนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ (conceptual model of health-related quality of life) ของเฟอร์รานส์ และคณะ (Ferrans et al., 2005) ที่พัฒนามาจากแนวคิดคุณภาพชีวิตเชิงสุขภาพของวิลสันและเคลียร์ (Wilson & Cleary, 1995)	36

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระยะหลังคลอดเป็นระยะที่มารดาหลังคลอดต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคม ซึ่งนับว่าเป็นภาระอันหนักหน่วงที่มารดาหลังคลอดจะต้องนำเอาพลังงานในตัวเองมาใช้อย่างมากเพื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น กล่าวคือ ในการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย แม้เป็นการเปลี่ยนแปลงเพื่อกลับคืนสู่สภาวะปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ (Cunningham et al., 2014) แต่ก็ส่งผลให้มารดาหลังคลอดต้องเผชิญกับอาการที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ เช่น เหนื่อยล้า เจ็บคัดตึงเต้านม ปวดแผลฝีเย็บหรือแผลผ่าตัดคลอด เป็นต้น (Cheng & Li, 2008; Webb et al., 2008) ส่วนการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคม เกิดจากการที่มารดาหลังคลอดต้องเผชิญกับภาระหน้าที่อันหลากหลายตามพัฒนาการของมารดาหลังคลอด โดยเฉพาะการแสดงบทบาทการเป็นมารดาที่ต้องดูแลบุตรซึ่งเป็นทารกแรกเกิดตลอดเวลา เช่น การให้นมบุตร การดูแลความสะอาด การดูแลความปลอดภัย การตอบสนองต่อความต้องการของบุตร รวมถึงการให้ความรักและความอบอุ่นแก่บุตร เป็นต้น (Friedman, 1992) ทั้งนี้ ในมารดาหลังคลอดครั้งแรก ซึ่งยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดมาก่อน มักจะขาดความมั่นใจในการแสดงบทบาทการเป็นมารดาและมีความเครียดหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิด มากกว่ามารดาหลังคลอดครั้งที่สอง ในขณะที่มารดาหลังคลอดครั้งที่สอง แม้จะมีประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดมาก่อน แต่ก็มีภาระที่เพิ่มขึ้นคือ ต้องดูแลทั้งทารกแรกเกิดและบุตรคนก่อนอีกด้วย นอกจากนี้ ทั้งมารดาหลังคลอดครั้งแรกและครั้งที่สองยังต้องครองบทบาทการเป็นภรรยา ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญอีกบทบาทหนึ่งในครอบครัว จะเห็นว่า มารดาหลังคลอดต้องรับผิดชอบบทบาทหน้าที่หลายประการทั้งที่อยู่ในภาวะที่มีความอ่อนเพลียหรือมีอาการไม่สุขสบายต่างๆ ซึ่งจะส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดความเครียดและวิตกกังวลเพิ่มขึ้น (ปราณี พงศ์ไพบุลย์, 2550)

จากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคมดังกล่าวข้างต้น รวมถึงการเผชิญกับภาระหน้าที่ต่างๆ ในครอบครัวซึ่งมีอยู่ก่อนแล้วร่วมกับการต้องทำหน้าที่เลี้ยงดูบุตรตลอด 24 ชั่วโมง จึงส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของมารดาหลังคลอดหลายประการ เช่น พักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่ตรงตามเวลา ไม่มีเวลาในการออกไปผ่อนคลายนอกบ้านหรือขาด

โอกาสในการเข้าถึงสังคม ซึ่งนับเป็นการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากช่วงก่อนตั้งครรภ์ (มาสสุริย์ ศรีพรหมมา และคณะ, 2554) ทั้งนี้ ผลกระทบดังกล่าวจะทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความรู้สึกในเชิงลบ ซึ่งมีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้ด้วย (Hill, Aldag, Hekel, Riner, & Bloomfield, 2006; Huang, Tao, Liu, & Wu, 2011; Schytt, Lindmark, & Waldenström, 2005)

คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสภาพชีวิตของตนเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยมีความเกี่ยวข้องกับเป้าหมายและความคาดหวังของแต่ละบุคคล ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยมและมาตรฐานของสังคมนั้นๆ (WHO, 1998) ดังนั้น บุคคลที่มีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม มีความสอดคล้องกับเป้าหมายและความคาดหวังของตน จะรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ดี เช่นเดียวกับมารดาหลังคลอด การมีคุณภาพชีวิตที่ดีย่อมหมายถึง การที่มารดาหลังคลอดมีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นไปตามเป้าหมายและความคาดหวัง นอกจากนี้ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ยังนับเป็นจุดมุ่งหมายสำคัญในการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล เพราะนั่นหมายถึง การมีความเป็นอยู่ที่ดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ในด้านนโยบายสังคมและคุณภาพชีวิต ซึ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในทุกช่วงวัย นับตั้งแต่ในช่วงตั้งครรภ์จนถึงวัยชรา ทั้งนี้ หากมารดาหลังคลอดซึ่งอยู่ในช่วงของวัยเจริญพันธุ์มีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้วก็จะส่งผลให้มารดาหลังคลอดนั้นสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการทำหน้าที่ในการดูแลครอบครัวและเลี้ยงดูบุตรให้เจริญเติบโตเป็นบุคคลที่มีคุณภาพของสังคมต่อไปในอนาคต

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดในต่างประเทศพบว่า มารดาหลังคลอดมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดี (Bahrami, Karimian, Bahrami, & Bolbolhaghghi, 2014; Gjerdingen & Center, 2003) อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของมารดาในระยะหลังคลอดและระยะก่อนคลอดพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของมารดาในระยะหลังคลอดต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของมารดาในระยะก่อนคลอด (Gjerdingen & Center, 2003) นอกจากนี้ ยังพบว่ามารดาหลังคลอดที่อยู่ในระยะต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันด้วย โดยมารดาในระยะ 6-8 สัปดาห์หลังคลอด มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำกว่ามารดาในระยะ 12-14 สัปดาห์หลังคลอด ทั้งนี้ เนื่องจากการมารดาในระยะ 6-8 สัปดาห์หลังคลอด ยังอยู่ในช่วงปลายของการฟื้นฟูสุขภาพด้านร่างกายและยังเป็นช่วงต้นของการปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา ซึ่งในการปรับตัวนี้จะส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดความเหนื่อยล้า ความเครียดและความวิตกกังวล ทำให้มารดาหลังคลอดมีการรับรู้ถึงสภาพชีวิตของตนเองที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง

ดังนั้น มารดาหลังคลอดในระยะนี้จึงมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำ (Bahrami et al., 2014) สำหรับในประเทศไทย จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดที่อยู่ในภาวะปกติ โดยมีเพียงการศึกษาของสมคิด คงอยู่ (Kongyu, 2006) ที่พบว่า มารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี อย่างไรก็ตาม การรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดน่าจะขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน ทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของตัวมารดา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด โดยมีการศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ระดับการศึกษาและรายได้ครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด กล่าวคือ ปัจจัยด้านอายุ พบว่ามารดาหลังคลอดที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำกว่ามารดาหลังคลอดที่มีอายุน้อยกว่า (Akýn, Ege, Koçođlu, Demirören, & Yýlmaz, 2009) ซึ่งในบางการศึกษากลับพบว่า มารดาหลังคลอดที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ามารดาหลังคลอดที่มีอายุน้อยกว่า (Choi, Gu, & Ryu, 2011) ในขณะที่บางการศึกษากลับพบว่า อายุไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด (Kongyu, 2006; Emmanuel, St John, & Sun, 2012) สำหรับปัจจัยด้านระดับการศึกษา มีการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่ามารดาหลังคลอดที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า (Kongyu, 2006) ในทางตรงข้าม บางการศึกษากลับพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด (Emmanuel et al., 2012) ส่วนปัจจัยด้านรายได้ครอบครัว มีการศึกษาพบว่ามารดาหลังคลอดที่มีเศรษฐกิจงาน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำกว่ามารดาหลังคลอดที่มีเศรษฐกิจระดับปานกลางหรือระดับดี (Akýn et al., 2009) อย่างไรก็ตาม ในบางการศึกษากลับพบว่า รายได้ครอบครัวไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด (Kongyu, 2006)

สำหรับปัจจัยด้านชนิดการคลอดและจำนวนบุตร ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด มีการศึกษาพบว่า มารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอด มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอด (Sadat, Taebi, Saberi, & Kalarhoudi, 2013; Torkan, Parsay, Lamyian, Kazemnejad, & Montazeri, 2009) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำกว่ามารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอดและมารดาที่คลอดทางช่องคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ ส่วนมารดาที่คลอดทางช่องคลอดทั้ง 2 กลุ่มดังกล่าว มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน (Akýn et al., 2009) อย่างไรก็ตาม บางการศึกษากลับพบว่า ชนิดการคลอดไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด (Huang et al., 2011; Nikpour, Abedian, Mokhber, Ebrahimzadeh, & Khani, 2011) สำหรับปัจจัย

ด้านจำนวนบุตรมีการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดที่มีบุตรหลายคน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำกว่ามารดาหลังคลอดที่มีบุตรเพียงคนเดียว (Akýn et al., 2009; Mortazavi, Mousavi, Chaman, & Khosravi, 2014) ซึ่งในบางการศึกษากลับพบว่า จำนวนบุตรไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด (Emmanuel et al., 2012; Choi et al., 2011)

นอกจากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ได้แก่ ปัจจัยด้านการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดาและการสนับสนุนทางสังคม โดยปัจจัยด้านการนอนหลับ มีการศึกษาพบว่า แบบแผนการนอนหลับของมารดาหลังคลอดถูกรบกวนจากการที่ต้องเลี้ยงดูบุตร ซึ่งทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความเหนื่อยล้าในระยะหลังคลอดและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตตามมา (Gay, Lee, & Lee, 2004) โดยมารดาหลังคลอดที่มีความเหนื่อยล้ามากจากการนอนหลับไม่เพียงพอ จะมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำ (Choi et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า บุคคลที่มีการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอจะมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูง (Zeitlhofer et al., 2000) ส่วนปัจจัยด้านความวิตกกังวล ซึ่งมารดาหลังคลอดส่วนใหญ่มักมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลทารก (Hill et al., 2006; Sword & Watt, 2005) จากการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลในมารดาหลังคลอด มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด (Pereira et al., 2013) โดยมารดาหลังคลอดที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำ (Mishina, Takayama, Aizawa, Tsuchida, & Sugama, 2012) สำหรับปัจจัยด้านการแสดงบทบาทการเป็นมารดา มีการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดที่มีอุปสรรคในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสูงจะมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำ (Mortazavi, Mousavi, Chaman, & Khosravi, 2014) นอกจากนี้ มารดาหลังคลอดที่ไม่สามารถปรับตัวต่อการดำรงบทบาทใหม่ในการเป็นมารดาจะส่งผลให้เกิดความเครียดและขาดความมั่นใจในการดำรงบทบาทที่สำคัญนี้ ซึ่งมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดต่ำลงด้วย (Gjerdingen & Center, 2003) อีกทั้งยังมีการศึกษาพบว่า ปัจจัยภาระการเลี้ยงดูบุตร มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี (Kongyu, 2006) ด้วย ส่วนปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม มีการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด (Emmanuel et al., 2012) โดยมารดาหลังคลอดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย หรือไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Akýn et al., 2009; Webster, Nicholas, Velacott, Cridland, & Fawcett, 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า การศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดในต่างประเทศยังมีจำนวนจำกัดและในบางการศึกษายังมีความขัดแย้งกันอยู่ สำหรับในประเทศไทย พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของ

มารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอช ไอ วี เพียงการศึกษาเดียวโดยยังไม่พบการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดที่อยู่ในภาวะปกติ ซึ่งผลการศึกษาอาจมีความแตกต่างจากมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงอาจแตกต่างจากมารดาหลังคลอดต่างชาติ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดในภาวะปกติ โดยมุ่งศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ซึ่งเชื่อว่าผลจากการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นพื้นฐานในการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด โดยจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดให้ดีขึ้นต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ (conceptual model of health-related quality of life) ของเฟอร์รานส์ เซอร์วิก วิลเบอร์ และลาร์สัน (Ferrans, Zerwic, Wilbur, & Larson, 2005) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งกรอบแนวคิดดังกล่าวพัฒนามาจากแนวคิดคุณภาพชีวิตเชิงสุขภาพ ของวิลสันและเคลียร์ (Wilson & Cleary, 1995) โดยเฟอร์รานส์ และคณะ (Ferrans et al., 2005) ได้อธิบายว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตของบุคคลซึ่งเกิดจากความพึงพอใจในสิ่งที่บุคคลถือว่ามีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของตน โดยคุณภาพชีวิตของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการที่เข้ามาเกี่ยวข้องได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล (characteristics of the individual) และลักษณะของสิ่งแวดล้อม (characteristics of the environment) ที่ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต ขณะเดียวกันปัจจัยดังกล่าวทั้งสองปัจจัยก็ส่งผลต่อปัจจัยการทำงานทางชีวภาพ (biological function) อาการแสดง (symptoms) ภาวะการทำหน้าที่ (functional status) และการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (general health perceptions) ด้วย ซึ่งปัจจัยทั้งหมดนี้จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน โดยในแต่ละปัจจัยดังกล่าวยังประกอบด้วยปัจจัยย่อย ดังนี้

1. ลักษณะส่วนบุคคล (characteristics of the individual) ประกอบด้วย ปัจจัยย่อย 4 ประการ คือ

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล (demographic factor) ได้แก่ เชื้อชาติ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ชนิดการคลอด และจำนวนบุตร เป็นต้น

1.2 ปัจจัยด้านพัฒนาการ (developmental factor) เป็นปัจจัยที่มีการเปลี่ยนแปลงตามระยะเวลาหรือระยะพัฒนาการของบุคคล โดยปัจจัยนี้จะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลในแต่ละระยะพัฒนาการและส่งผลต่อระบบสรีรภาพของร่างกาย สำหรับมารดาหลังคลอด

ปัจจัยด้านพัฒนาการคือ การเปลี่ยนสถานภาพเป็นมารดา ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับบทบาทการเป็นมารดาตามมา โดยมารดาต้องทำหน้าที่หลักในการดูแลทารกแรกเกิด รวมทั้งบุตรคนก่อนสำหรับมารดาครรภ์หลัง จึงส่งผลให้มารดาดูแลสุขภาพของตนเองได้ไม่ดีพอ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตตามมา

1.3 ปัจจัยด้านจิตใจ (psychological factor) ประกอบด้วย 1) การรู้คิด (cognitive appraisal) ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อและทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ การเจ็บป่วยและการรักษา 2) การตอบสนองทางอารมณ์ (affective response) เป็นลักษณะเฉพาะที่มีอยู่ดั้งเดิมในแต่ละบุคคล ได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัว ความโศกเศร้าหรือความสุข และ 3) แรงจูงใจ (motivation) ซึ่งประกอบด้วยแรงจูงใจภายในและแรงจูงใจภายนอก เป็นแรงขับเคลื่อนให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

1.4 ปัจจัยด้านชีวภาพ (biological factor) ประกอบด้วย ดัชนีมวลกาย สิว ภาวะการเจ็บป่วยของครอบครัว เป็นต้น เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดปัญหาทางสุขภาพ

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคล ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ครอบครัว ชนิดการคลอด และจำนวนบุตร ทั้งนี้ เนื่องจากรมารดาที่มีอายุระหว่าง 20-42 ปี จะมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้ดีกว่ามารดาที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี (Mercer, 1986) หรืออาจกล่าวได้ว่า มารดาที่มีอายุมากกว่าสามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้ดีกว่ามารดาที่มีอายุน้อยกว่า (จินตนา วัชรสินธุ์, 2533) ทั้งนี้ หากมารดาหลังคลอดสามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้ดี จะส่งผลให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีตามมา ซึ่งการปรับบทบาทการเป็นมารดาจะส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดในที่สุด ส่วนมารดาหลังคลอดที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถเรียนรู้หรือแสวงหาความรู้ในสิ่งที่ควรปฏิบัติในระยะหลังคลอดได้ดีกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำหรือไม่ได้รับการศึกษา อันมีผลต่อสุขภาพของมารดาในระยะหลังคลอด ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดตามมา (Kongyu, 2006) สำหรับ มารดาหลังคลอดที่มีรายได้ครอบครัวต่ำจะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพและปัญหาในครอบครัวมากกว่ามารดาหลังคลอดที่มีรายได้ครอบครัวสูง (Ahn & Youngblut, 2007; Akýn et al., 2009) เนื่องจากรมารดาหลังคลอดที่มีรายได้ครอบครัวต่ำจะไม่สามารถจัดหาปัจจัยขั้นพื้นฐานในการดำรงชีพได้อย่างเพียงพอ รวมทั้งยังอาจมีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพหลังคลอด หรือเมื่อเกิดความเจ็บป่วยต่างๆ (ปราณี พงศ์ไพบุลย์, 2550) ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดด้วย สำหรับปัจจัยชนิดการคลอด จะก่อให้เกิดความไม่สุขสบายจากอาการปวดแผล

แตกต่างกันไป ซึ่งในกรณีของมารดาหลังผ่าตัดคลอดมักจะเกิดความรู้สึกไม่สบายจากอาการปวดแผลผ่าตัดและใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เพื่อกลับคืนสู่สภาวะปกติดีกว่ามารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอด (McKinney, James, Murray, & Ashwill, 2009) อีกทั้งมารดาหลังผ่าตัดคลอดมักจะมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย นอนหลับไม่สนิทและมีปัญหาเกี่ยวกับการย่อยอาหารหรือท้องอืดมากกว่ามารดาหลังคลอดปกติ (Thompson, Roberts, Currie, & Ellwood, 2002) ซึ่งอาการดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดตามมาได้ ส่วนมารดาหลังคลอดที่มีบุตรหลายคนจะต้องดูแลทั้งทารกแรกเกิดและบุตรคนก่อนๆ ซึ่งเป็นภาระงานที่หนักและทำให้มารดาหลังคลอดมีเวลาในการพักผ่อนน้อยลงหรือพักผ่อนไม่เพียงพอ (Akýn et al., 2009; Mortazavi et al., 2014) จึงอาจส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงได้เช่นกัน

2. ลักษณะของสิ่งแวดล้อม (characteristics of the environment) ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมทางสังคม (social environment) และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (physical environment)

2.1 สิ่งแวดล้อมทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือจากสังคม เช่น สามี ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งมีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคล

2.2 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ หมายถึง บ้าน เพื่อนบ้านใกล้เคียงและสถานที่ทำงาน ซึ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพทั้งทางบวกและทางลบ เช่น ในบริเวณบ้าน บริเวณใกล้เคียงหรือสถานที่ทำงานมีสนามกีฬาหรือชมรมสุขภาพ ก็จะเอื้ออำนวยต่อการออกกำลังกายหรือการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดี ในทางตรงกันข้ามหากในบริเวณบ้าน ละแวกใกล้เคียงหรือสถานที่ทำงานเกิดมลพิษหรือมีระบบการดูแลสุขภาพที่ขาดประสิทธิภาพ ก็ย่อมส่งผลให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีเช่นกัน

สำหรับปัจจัยลักษณะของสิ่งแวดล้อมที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษา คือ สิ่งแวดล้อมทางสังคม ซึ่งสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด คือ การสนับสนุนทางสังคม โดยการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากสามีหรือบุคคลในครอบครัวจะช่วยส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดมีการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตสังคมที่เกิดขึ้นในระยะหลังคลอดได้อย่างเหมาะสมและทำให้เกิดความรู้สึกทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นด้วย (London, Ladewig, Ball, Bindler, & Cowen, 2011) อีกทั้ง การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยให้มารดาหลังคลอดมีเวลาสำหรับการพักผ่อนนอนหลับมากขึ้น ซึ่งจะช่วยลดความเหนื่อยล้าในระยะหลังคลอดได้เป็นอย่างดีและทำให้มารดาหลังคลอดมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา (Akýn et al., 2009)

3. **การทำงานทางชีวภาพ (biological function)** หมายถึง ปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลมีชีวิตอยู่ หรือคงไว้ซึ่งการทำงานของโมเลกุล เซลล์และอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ซึ่งการที่บุคคลจะมีการทำงานทางชีวภาพเป็นปกติหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ นับตั้งแต่การพักผ่อนนอนหลับ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ความเจ็บป่วยหรือการที่บุคคลอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีมลพิษ เป็นต้น โดยหากร่างกายของบุคคลมีการทำงานทางชีวภาพไม่ดี จะส่งผลให้เกิดอาการแสดงต่างๆ (symptoms) หรือกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ (functional status) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ (general health perceptions) รวมถึงคุณภาพชีวิต (overall quality of life) ในที่สุด

สำหรับปัจจัยการทำงานทางชีวภาพ ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยการรบกวนการนอนหลับ เนื่องจาก การนอนหลับอย่างเพียงพอจะส่งผลให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Zeitlhofer et al, 2000) และสำหรับมารดาหลังคลอด การนอนหลับนับเป็นสิ่งที่สำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้เซลล์และอวัยวะต่างๆ ในร่างกายของมารดาหลังคลอดทำงานต่อไปได้เป็นปกติ รวมทั้งยังช่วยให้ร่างกายซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงในระยะหลังคลอดมีเวลาในการซ่อมแซมและฟื้นฟูสภาพให้เกิดความแข็งแรง แต่จากการศึกษากลับพบว่า มารดาหลังคลอดมักมีเวลาในการพักผ่อนนอนหลับน้อย เนื่องจากต้องดูแลทารกแรกเกิดตลอด 24 ชั่วโมง แม้ในเวลาของการนอนหลับ มารดาหลังคลอดต้องตื่นเป็นพักๆ เพื่อให้ให้นมบุตรหรือดูแลการขับถ่ายของบุตรตลอดคืน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเดือนแรกหลังคลอด ที่ทารกยังมีแบบแผนการนอนหลับไม่เป็นเวลาทำให้มารดาหลังคลอดพักผ่อนไม่เพียงพอ และร่างกายไม่ได้รับการฟื้นฟูอย่างเต็มที่ จึงทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความเหนื่อยล้าและหงุดหงิดง่าย (Gay et al., 2004) ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดตามมาด้วย อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยการรบกวนการนอนหลับกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดโดยตรง แต่พบว่าการรบกวนการนอนหลับหรือการนอนหลับไม่เพียงพอในกลุ่มคนทั่วไป มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล (Zeitlhofer et al, 2000) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยดังกล่าวมาศึกษาเพื่อให้ผลการศึกษามีความชัดเจนมากขึ้น

4. **อาการแสดง (symptoms)** หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่ออาการต่างๆ ที่มีการแสดงออกทางร่างกายและจิตใจในสภาวะการณ์นั้นๆ เช่น ในระยะหลังคลอด ซึ่งอาการแสดงด้านร่างกาย ได้แก่ อ่อนเพลีย เจ็บปวด ส่วนอาการแสดงด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียดหรือความวิตกกังวล เป็นต้น

สำหรับอาการแสดงที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษาคือ อาการแสดงด้านจิตใจ ซึ่งอาการแสดงด้านจิตใจที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดคือ ความวิตกกังวล เนื่องจากในระยะหลังคลอด เป็นระยะของการเปลี่ยนแปลงจากสถานภาพการเป็นภรรยาไปเป็นมารดา โดยมารดาหลังคลอดต้องปรับตัวเข้าสู่บทบาทมารดา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะกระตุ้นให้มารดา

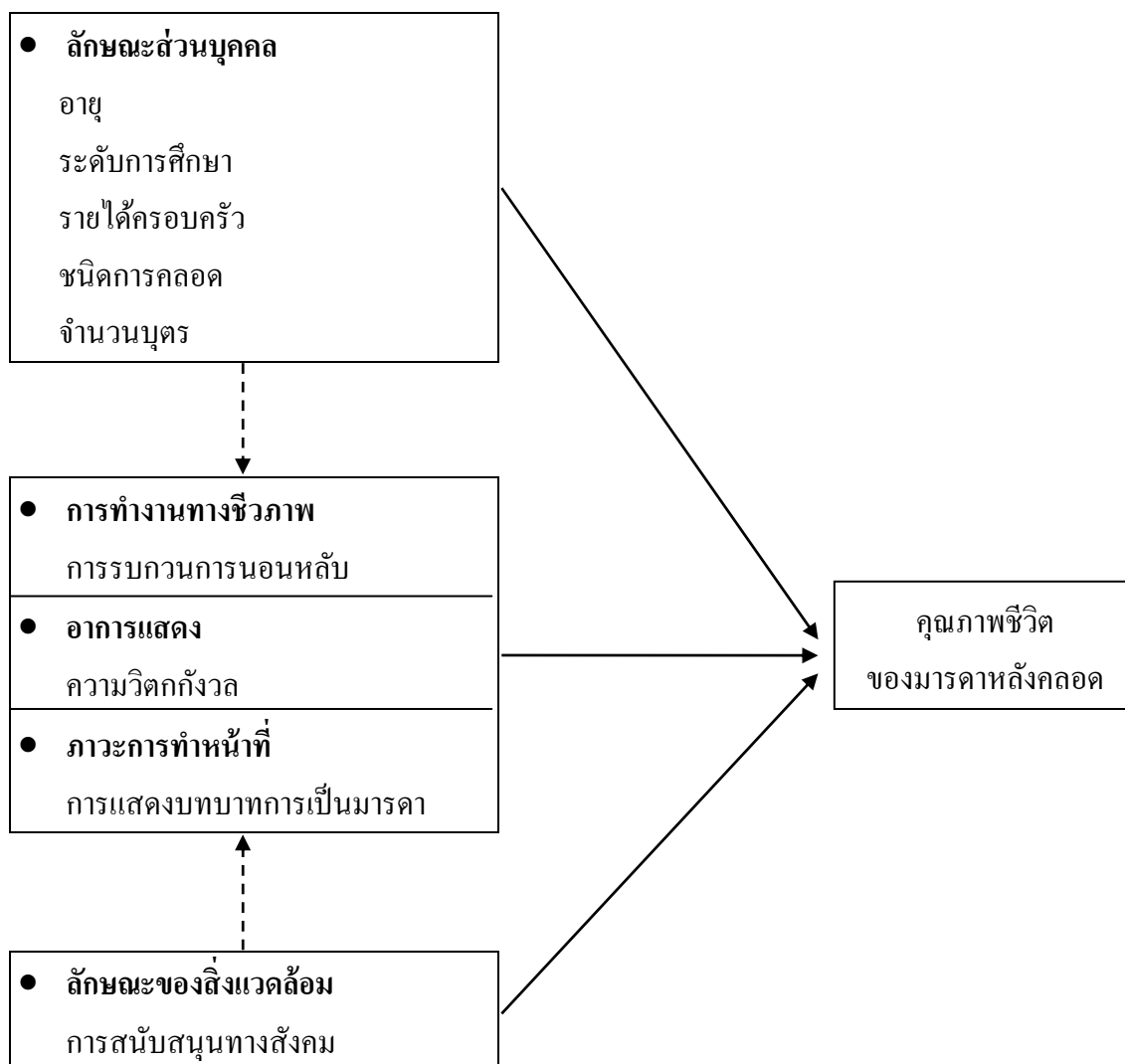
หลังคลอดเกิดความวิตกกังวลตามมา (McKinney et al., 2009) โดยเฉพาะความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลทารก (Hill et al., 2006; Sword & Watt, 2005) อีกทั้งความวิตกกังวล ซึ่งเป็นอาการแสดงด้านจิตใจ ยังเป็นปัจจัยที่อาจนำไปสู่การเกิดอาการแสดงด้านร่างกายได้ เช่น ความเหนื่อยล้า เป็นต้น ทั้งนี้ ความวิตกกังวลจะส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด โดยมารดาหลังคลอดที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ (Mishina et al., 2012; Pereira et al., 2013)

5. **ภาวะการทำหน้าที่** (functional status) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งหรือหน้าที่ใดหน้าที่หนึ่งให้สำเร็จลุล่วง ซึ่งในการทำหน้าที่ดังกล่าวจะต้องอาศัยพลังกำลังในตัวบุคคล ความสามารถด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นต้น โดยบุคคลที่สามารถทำหน้าที่ให้บรรลุผลสำเร็จได้ย่อมส่งผลให้บุคคลนั้นรับรู้ถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

สำหรับปัจจัยภาวะการทำหน้าที่ที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษาคือ การแสดงบทบาทการเป็นมารดา เนื่องมาจากการทำหน้าที่ที่สำคัญของมารดาหลังคลอดคือ การดำรงบทบาทการเป็นมารดาในการดูแลทารกแรกเกิด ซึ่งการทำหน้าที่ดังกล่าวนับเป็นกิจกรรมใหม่ที่เพิ่มขึ้นจากก่อนตั้งครรภ์ โดยในการทำหน้าที่การเป็นมารดานี้ต้องอาศัยทั้งกำลังกาย กำลังใจ ความรัก รวมถึงความรู้ความสามารถเฉพาะ หากมารดาหลังคลอดประสบความสำเร็จในการแสดงบทบาทการเป็นมารดา จะทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความมั่นใจและความภาคภูมิใจในตนเอง ส่งผลในทางบวกต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดด้วย ในทางตรงข้าม หากมารดาหลังคลอดไม่สามารถดำรงบทบาทการเป็นมารดาได้สำเร็จจะส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดความเครียด ซึ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด (Hung & Chung, 2001) และอาจส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตตามมา

6. **การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป** (general health perceptions) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งการรับรู้นี้เป็นผลมาจากปัจจัยต่างๆ ทั้ง 5 ปัจจัยที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น กล่าวคือ หากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นนั้นเป็นไปในทางลบย่อมส่งผลให้บุคคลรับรู้ภาวะสุขภาพของตนไม่ดี ทั้งนี้ การรับรู้ภาวะสุขภาพจะส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม (overall quality of life)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้นำปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไปมาศึกษา เนื่องจากการศึกษาในปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสะท้อนถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอดได้ และกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่อยู่ในภาวะปกติ ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพ จึงไม่ได้นำปัจจัยดังกล่าวมาศึกษา สำหรับกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้แสดงไว้ในแผนภาพที่



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว

ชนิดการคลอด จำนวนบุตร การรบกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดา และการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด

คำถามการวิจัย

1. ระดับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ชนิดการคลอด จำนวนบุตร การรบกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดา และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้หรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ชนิดการคลอด จำนวนบุตร การรบกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดา และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดที่มารับบริการตรวจสุขภาพหลังคลอด ณ คลินิกวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลรามาริบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ของเฟอร์รานส์ และคณะ (Ferrans et al., 2005) เป็นแนวทางในการศึกษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการพยาบาล สามารถนำปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดมาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดให้ดีขึ้น
2. ด้านการศึกษา สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาของนักศึกษาพยาบาลและสามารถนำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดต่อไป
3. ด้านการวิจัย สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดให้ดีขึ้น

นิยามตัวแปร

คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด หมายถึง การรับรู้ของมารดาหลังคลอดที่มีต่อสภาพชีวิตของตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ตามเป้าหมายและความคาดหวังในชีวิตของตนเอง ประเมินโดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล และวนิดา พุ่มไพศาลชัย (2545) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดาหลังคลอดมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี คะแนนรวมน้อย หมายถึง มารดาหลังคลอดมีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

ปัจจัยคัดสรร หมายถึง ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ซึ่งผู้วิจัยเลือกศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ชนิดการคลอด จำนวนบุตร การรบกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดา และการสนับสนุนทางสังคม โดยในแต่ละปัจจัยมีนิยามดังนี้

อายุ หมายถึง ระยะเวลาซึ่งมีหน่วยเป็นปี นับตั้งแต่วันที่มารดาหลังคลอดเกิดจนถึงวันที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนปีในการศึกษาของมารดาหลังคลอด ตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาจนถึงการศึกษาระดับสูงสุดของมารดาหลังคลอด

รายได้ครอบครัว หมายถึง รายได้โดยรวมของมารดาหลังคลอดและคู่สมรสต่อเดือน มีหน่วยเป็นบาท

ชนิดการคลอด หมายถึง ชนิดการคลอดครั้งล่าสุดของมารดาหลังคลอด ซึ่งแบ่งออกเป็น การคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

จำนวนบุตร หมายถึง จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ของมารดาหลังคลอด ณ วันที่รวบรวมข้อมูล

การรบกวนการนอนหลับ หมายถึง การรับรู้ของมารดาหลังคลอดต่อสภาพการพักผ่อนนอนหลับของตนที่ถูกรบกวนทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรบกวนการนอนหลับของลี (Lee, 1992) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยจรัสศรี ธีระกุลชัย (Theerakulchai, 2004) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 8 ระดับ คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดาหลังคลอดมีการรบกวนการนอนหลับมาก คะแนนรวมน้อยหมายถึง มารดาหลังคลอดมีการรบกวนการนอนหลับน้อย

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกตึงเครียด หวั่นไหว กระวนกระวายใจ ซึ่งเกิดจากการตอบสนองทางจิตใจของมารดาหลังคลอด ต่อสถานการณ์ในระยะหลังคลอด ซึ่งเปลี่ยนแปลงจากระยะก่อนคลอด โดยประเมินจากแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Trait Anxiety Inventory form X-I) ของสปีลเบิร์กเกอร์และคณะ (Spielberger et al., 1970) ซึ่งนิตยา คุชภักดี สายฤดี วรกิจ โภคาทร และมาลี นิสสัยสุข (2526) นำมาแปลเป็นภาษาไทย ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมน้อย หมายถึง มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวลต่ำ

การแสดงบทบาทการเป็นมารดา หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของมารดาหลังคลอดที่มีต่อการทำหน้าที่ในการเป็นมารดาของตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรซึ่งเป็นทารกแรกเกิด ประเมินโดยใช้แบบวัดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา (Form B) ซึ่งสร้างโดย ศรีสมร ภูมณสกุล และกอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2546) โดยอาศัยแนวคิดของรูบิน (Rubin, 1967) และเมอร์เซอร์ (Mercer, 1981) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดาหลังคลอดแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้ดี คะแนนรวมน้อย หมายถึง มารดาหลังคลอดแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้ไม่ดี

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของมารดาหลังคลอดต่อการได้รับการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนจากคู่สมรส บุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นๆ ในด้านอารมณ์ ด้านการประเมินเปรียบเทียบ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของ ประเมินโดยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ของล็อกซ์ดอน และคณะ (Logsdon et al., 1994) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย พรทิพย์ วงศ์วิเศษศิริกุล (2540) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 34 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดาหลังคลอดได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระยะหลังคลอดมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง มารดาหลังคลอดได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระยะหลังคลอदन้อย

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาอิทธิพลของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ชนิดการคลอด จำนวนบุตร การรบกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดา และการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในหัวข้อต่อไปนี้

การเปลี่ยนแปลงในระยะหลังคลอด

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

- ความหมายของคุณภาพชีวิต
- องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
- การประเมินคุณภาพชีวิต

กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ

คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด

การเปลี่ยนแปลงในระยะหลังคลอด

ระยะหลังคลอด นับตั้งแต่มีการคลอดทารกและรกออกจากครรภ์มารดา เป็นช่วงเวลาที่มารดาหลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยทั่วไปการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจะใช้เวลาประมาณ 6 สัปดาห์ จึงจะกลับเข้าสู่ภาวะปกติดังเช่นก่อนตั้งครรภ์ ส่วนการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคมนั้นขึ้นอยู่กับ การปรับตัวของมารดาในแต่ละราย ซึ่งมีบริบทของครอบครัวและสังคมที่แตกต่างกัน

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

ในระยะหลังคลอด แม้ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อกลับคืนสู่สภาวะปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวก็ส่งผลให้มารดาหลังคลอดต้องเผชิญกับอาการที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ ซึ่งก่อให้เกิดความไม่สบายและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดในที่สุด ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในแต่ละระบบที่สำคัญ อันส่งผลให้มารดาหลังคลอดต้องเผชิญกับอาการที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ มีดังนี้

ระบบสืบพันธุ์ ในระยะหลังคลอดอวัยวะต่างๆ ของระบบสืบพันธุ์จะมีการเปลี่ยนแปลงหลายประการ ได้แก่ มดลูก ปากมดลูก ช่องคลอดและฝีเย็บ โดยมดลูกจะมีการหดตัวเพื่อกลับเข้าสู่สภาวะปกติในอุ้งเชิงกราน ในขณะเดียวกัน บริเวณเยื่อบุโพรงมดลูกจะเกิดการย่อยสลายทำให้มารดาหลังคลอดมีน้ำคาวปลาขับออกมา โดยในระยะ 3 วันแรกหลังคลอด น้ำคาวปลาจะมีลักษณะเป็นสีแดงเข้ม จากนั้นจะค่อยๆ เปลี่ยนเป็นสีแดงจางและจะจางลงเรื่อยๆ จนมีลักษณะเป็นสีเหลืองอ่อนๆ ประมาณวันที่ 10 หลังคลอด (Cunningham et al., 2014) อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่า มารดาในระยะ 8 สัปดาห์หลังคลอด ถึงร้อยละ 20 มีความไม่สบายเกี่ยวกับการมีน้ำคาวปลาในปริมาณมากและมีระยะเวลาของการขับน้ำคาวปลาที่ค่อนข้างยาวนาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของมารดาหลังคลอด (Thompson et al., 2002; Webb et al., 2008) สำหรับบริเวณปากมดลูก ซึ่งได้รับผลกระทบไม่น้อยจากการคลอด โดยเฉพาะในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด ปากมดลูกด้านนอกมักมีลักษณะจากการคลอด ซึ่งส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีอาการปวดตามมา อย่างไรก็ตาม ปากมดลูกจะค่อยๆ ปิดแคบลงเมื่อมดลูกกลับเข้าสู่สภาวะปกติในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด นอกจากนี้ ในระยะหลังคลอด ฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งลดต่ำลงมากจะส่งผลให้มูกในช่องคลอดแห้ง ทำให้มารดาหลังคลอดรู้สึกเจ็บบริเวณช่องคลอดหากมีเพศสัมพันธ์ โดยความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ (dyspareunia) นับเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในมารดาในระยะ 8 สัปดาห์หลังคลอด (Schytt, Lindmark, & Waldenstrom, 2005) ซึ่งอาจส่งผลให้ความต้องการในการมีเพศสัมพันธ์ของมารดาหลังคลอดลดลง โดยพบว่ามารดาในระยะ 5 สัปดาห์หลังคลอด ถึงร้อยละ 52

ประสบกับปัญหาดังกล่าว ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดาหลังคลอดและ
คู่สมรสตามมาได้ (McGovern et al., 2006) ส่วนบริเวณฝีเย็บ ซึ่งมารดาส่วนใหญ่มักจะได้รับการ
ตัดฝีเย็บเพื่อช่วยให้สรีระทารกลดเร็วขึ้นทำให้มีแผลบริเวณฝีเย็บ ส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิด
ความเจ็บปวดและไม่สบาย โดยเฉพาะเวลานั่งหรือเดิน (Perry, 2012) ทั้งนี้ อาการปวดแผลฝีเย็บ
พบได้ถึงร้อยละ 22-45.90 ของมารดาในระยะ 8-10 สัปดาห์หลังคลอด (Ansara, Cohen, Gallop,
Kung, & Schei, 2005; Thompson et al, 2002) โดยอาการดังกล่าวรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน
ของมารดาหลังคลอดหลายประการ เช่น รบกวนการนอนหลับ ไม่สะดวกในการอาบน้ำหรือ
ทำความสะอาดร่างกาย และไม่สะดวกในการเดินทางออกไปนอกบ้าน (Okubo, Mitsuhashi, &
Saito, 2000) ซึ่งส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองที่ไม่ดีตามมาด้วย
(Schytt et al., 2005) ส่วนในมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะมีการเจ็บแผลผ่าตัด โดยเฉพาะ
ในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอด จะมีความเจ็บปวดอย่างรุนแรงและจะทวีความรุนแรง
มากขึ้นจากการเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้มารดาหลังคลอดไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งจะส่งผลต่อ
การฟื้นตัวของมารดาหลังคลอดตามมา (ดวงกมล ปิ่นเกลียว และเขาวลัษณ์ เสรีเสถียร, 2552)
อย่างไรก็ตาม แม้อาการปวดแผลผ่าตัดคลอดจะทุเลาลงเป็นลำดับ แต่ก็ยังเป็นอาการที่พบได้บ่อยใน
ระยะ 8 สัปดาห์หลังคลอด โดยพบว่ามารดาในระยะดังกล่าวถึงร้อยละ 36.40 ยังคงมีอาการปวดแผล
ผ่าตัดคลอด ซึ่งนับว่าอาการปวดแผลผ่าตัดคลอด เป็นอาการสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต
และคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดด้วย (Schytt et al., 2005)

ระบบการขับถ่าย ซึ่งประกอบด้วย ระบบการขับถ่ายปัสสาวะและระบบ
การขับถ่ายอุจจาระ โดยในระบบการขับถ่ายปัสสาวะ วันแรกๆ หลังคลอด มารดาอาจไม่มีความรู้สึก
อยากขับถ่ายปัสสาวะในขณะที่มีน้ำปัสสาวะอยู่เต็ม เนื่องจากกระเพาะปัสสาวะถูกกดทับจากมดลูก
นับตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด ร่วมกับในระยะหลังคลอด บริเวณผนังด้านในของ
กระเพาะปัสสาวะจะบวมและมีเลือดคั่งจากการคลอด ทำให้กระเพาะปัสสาวะยังไม่ไวต่อการ
กระตุ้นด้วยแรงดันจากปัสสาวะ ซึ่งอาการไม่รู้สึกละเอียดอยากขับถ่ายปัสสาวะจะหายได้เองในเวลาไม่นาน
เมื่อกระเพาะปัสสาวะฟื้นตัว อย่างไรก็ตาม ในระยะที่มารดาหลังคลอดยังไม่มีความรู้สึกละเอียดอยากขับถ่าย
ปัสสาวะ จะส่งผลให้มารดาหลังคลอดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะมากขึ้น
(Cunningham et al., 2014) อีกทั้ง การคั่งของน้ำปัสสาวะยังส่งผลให้มดลูกมีการหดตัวที่ไม่ดี
อาจทำให้มารดาหลังคลอดเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดตามมาได้ (ปราณี พงศ์ไพบุลย์, 2550)
นอกจากนี้ จากการศึกษายังพบว่า มารดาหลังคลอดในระยะ 8 สัปดาห์ ร้อยละ 5 มีปัญหาเกี่ยวกับการ
ขับถ่ายปัสสาวะบ่อยหรือขับถ่ายปัสสาวะลำบาก โดยอาการดังกล่าวส่งผลให้มารดาหลังคลอด
รู้สึกไม่สบาย ซึ่งกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด

ตามมาด้วย (Thompson et al., 2002) สำหรับระบบการขับถ่ายอุจจาระ เนื่องจากการดื่มน้ำหลังคลอดมีการสูญเสียน้ำและเลือดในระยะคลอด รวมถึงผลจากการตั้งครภ์ที่ทำให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวไม่ดี ส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดอาการท้องผูกและริดสีดวงทวารตามมา นอกจากนั้น อาการปวดแผลฝีเย็บยังทำให้มารดาหลังคลอดไม่กล้าเบ่งถ่ายอุจจาระ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดอาการท้องผูกมากขึ้น และกระทบต่อริดสีดวงทวารจนทำให้มีเลือดออกตามมาได้ (Perry, 2012) ส่วนในมารดาหลังผ่าตัดคลอด นับว่ามีโอกาสเกิดอาการดังกล่าวได้มากกว่ามารดาหลังคลอดปกติ เนื่องจากการได้รับยาาระงับความรู้สึก ส่งผลกระทบต่อระบบย่อยอาหารและจากการปวดแผลผ่าตัดทำให้มารดาหลังคลอดไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้เกิดอาการท้องอืด ท้องผูกและอาจเกิดริดสีดวงทวารตามมา ทั้งนี้ จากการศึกษาพบว่า มารดาในระยะ 4-8 สัปดาห์แรกหลังคลอด มีอาการท้องผูกถึงร้อยละ 20.50 และมีการเกิดริดสีดวงทวารถึงร้อยละ 24.60 โดยอาการเหล่านี้ทำให้มารดาหลังคลอดรู้สึกไม่สุขสบาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตและอาจกลายเป็นปัญหาสุขภาพตามมาได้ (Schytt et al., 2005)

ระบบต่อมไร้ท่อ ซึ่งเกี่ยวข้องกับฮอร์โมนต่างๆ ในร่างกายของมารดาหลังคลอด โดยหลังรกคลอด ฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ต่างๆ เช่น ฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen hormone) และฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (progesterone hormone) จะลดลงอย่างรวดเร็ว ในขณะที่ฮอร์โมนโพรแลคติน (prolactin hormone) จะมีระดับเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดอาการคัดตึงเต้านมของมารดาหลังคลอด โดยเฉพาะในระยะ 3-5 วันหลังคลอด ขนาดของเต้านมจะขยายใหญ่และตึงมากขึ้นจากการขยายของหลอดเลือดบริเวณเต้านม ส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีอาการเจ็บคัดตึงเต้านม (breast engorgement) ซึ่งอาการดังกล่าวทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความไม่สุขสบายเป็นอย่างมาก จากการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดถึงร้อยละ 60 มีอาการไม่สุขสบายจากอาการเจ็บคัดตึงเต้านม (McGovern et al., 2006) และมารดาหลังคลอดร้อยละ 10 มีอาการเจ็บคัดตึงเต้านมอย่างรุนแรงนานถึง 14 วันหลังคลอด ซึ่งอาการเจ็บคัดตึงเต้านมที่รุนแรงจะทำให้มารดาหลังคลอดมีไข้และอาจนำไปสู่การเกิดภาวะเต้านมอักเสบ (mastitis) ตามมาได้ (Cunningham et al., 2014) ทั้งนี้ จากการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดร้อยละ 11.70 มีอาการเจ็บคัดตึงเต้านมอย่างรุนแรงและเกิดภาวะเต้านมอักเสบในระยะ 8-10 สัปดาห์หลังคลอด โดยอาการดังกล่าวนับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของมารดาหลังคลอด ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกวิธีอาจนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรงตามมาได้ (Ansara et al., 2005) นอกจากนี้ ในส่วนของไทรอยด์ฮอร์โมน (thyroid hormone) ซึ่งผลจากการคลอดทำให้การทำงานของต่อมไทรอยด์ลดลง ส่งผลให้ร่างกายมีพลังงานอยู่ในระดับต่ำกว่าภาวะปกติ ซึ่งทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความเหนื่อยล้าได้มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะหากมารดาหลังคลอดได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ (Perry, 2012) ทั้งนี้ จากการศึกษาพบว่า อาการ

เหนื่อยล้าหลังคลอด เป็นอาการที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 64 ของมารดาหลังคลอด 5 สัปดาห์ (McGovern et al., 2006) และร้อยละ 55 ของมารดาหลังคลอด 8-10 สัปดาห์ (Ansara et al., 2005) ซึ่งอาการเหนื่อยล้าหลังคลอด นับเป็นอาการสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพด้านจิตใจของมารดาหลังคลอดและอาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามมาได้ (Webb et al., 2008)

ระบบหัวใจและหลอดเลือด มีความเกี่ยวข้องกับการสูญเสียเลือดและการปรับสมดุลของปริมาณเลือดในร่างกายของมารดาหลังคลอด เนื่องจากในระยะคลอด มารดาจะมีการสูญเสียเลือดจากการคลอด โดยมารดาที่คลอดปกติจะสูญเสียเลือดไม่เกิน 500 มิลลิลิตร ส่วนมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะสูญเสียเลือดไม่เกิน 1,000 มิลลิลิตร ทั้งนี้ การสูญเสียเลือดจากการคลอดจะส่งผลให้ร่างกายมีการปรับปริมาณเลือดให้อยู่ในภาวะสมดุล ซึ่งจะส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีอาการแสดงต่างๆ เช่น ถ่ายปัสสาวะมาก มีเหงื่อออกมาก อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ หน้ามืด หรือเป็นลมได้ง่าย ทั้งนี้ อาการดังกล่าวจะส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีอาการไม่สุขสบายตามมาและยังเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย รวมทั้งอาจส่งผลต่อการแสดงบทบาทในการดูแลทารกแรกเกิดในระยะแรกด้วย (Cunningham et al., 2014)

ระบบผิวหนังและกล้ามเนื้อ มีความเกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ของมารดาหลังคลอด โดยการเพิ่มขึ้นของเม็ดสีผิวที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ ทำให้บริเวณลานนมมีลักษณะคล้ำ ซึ่งอาจไม่หายไปในระยะหลังคลอด ส่วนรอยแตกบริเวณเต้านม หน้าท้อง สะโพกและต้นขาจะมีสีจางลงแต่ไม่หายไป รวมทั้งการลดลงอย่างรวดเร็วของฮอร์โมนเอสโตรเจนในระยะหลังคลอดยังทำให้ผมมีลักษณะสาก หยิบและร่วง ซึ่งอาการเหล่านี้อาจทำให้มารดารู้สึกไม่พอใจต่อภาพลักษณ์ของตนเองในระยะหลังคลอด (Perry, 2012) นอกจากนี้ บริเวณกล้ามเนื้อหน้าท้องซึ่งขยายใหญ่ขึ้นในระยะตั้งครรภ์ ก็ยังคงไม่กระชับหรือเข้ารูปดังเช่นก่อนตั้งครรภ์ในระยะแรกหลังคลอด สอดคล้องกับน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นจากการตั้งครรภ์ซึ่งยังคงไม่ลดลงอย่างเต็มที่ ส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองมากขึ้น ซึ่งความวิตกกังวลดังกล่าวอาจส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีความผิดปกติของอารมณ์ในระยะหลังคลอดได้ (Astrachan-Fletcher, Veldhuis, Lively, Fowler, & Marcks, 2008) จะเห็นว่า การเปลี่ยนแปลงของระบบผิวหนังและกล้ามเนื้อ แม้จะไม่ได้ส่งผลให้มารดาหลังคลอดรู้สึกไม่สุขสบาย แต่ก็ส่งผลกระทบต่ออารมณ์และความรู้สึกของมารดาหลังคลอดเป็นอย่างยิ่ง โดยอาจมีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพในระยะหลังคลอด ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอดตามมา

ระบบประสาท มีความเกี่ยวข้องกับการปวดบริเวณต้นขาหรือกระดูกเชิงกรานของมารดาหลังคลอด ซึ่งเกิดจากการบาดเจ็บของเส้นประสาทขณะที่ศีรษะทารกกดอยู่ในอุ้งเชิงกรานของมารดาในระยะคลอด โดยเฉพาะหากการคลอดในระยะที่ 2 ยาวนานจะทำให้

มารดาหลังคลอดเกิดอาการดังกล่าวได้มากขึ้น ซึ่งอาการปวดจะคงอยู่ได้นานถึง 2 เดือนหลังคลอด (Cunningham et al., 2014) ทั้งนี้ อาการปวดบริเวณต้นขาหรือกระดูกเชิงกราน นับเป็นปัญหาสุขภาพในระยะหลังคลอดอีกอาการหนึ่ง ซึ่งรบกวนการดำรงชีวิตและกระทบต่อภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอดด้วยเช่นกัน (Ansara et al., 2005; Webb et al., 2008)

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในระยะหลังคลอด นับว่าเกิดขึ้นเกือบทุกระบบของร่างกาย โดยส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงจะดำเนินไปเพื่อให้ร่างกายของมารดากลับคืนสู่สภาวะปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตาม จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายดังกล่าวส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดความไม่สุขสบายหลายประการ รวมทั้งยังส่งผลต่ออารมณ์และความรู้สึกในระยะหลังคลอดด้วย ซึ่งจะกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดตามมา ทั้งนี้ นอกจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของมารดาหลังคลอดดังกล่าวมาแล้ว มารดาหลังคลอดยังต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคมในระยะเปลี่ยนผ่านนี้อีกด้วย

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคม

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคมของมารดาหลังคลอด นับว่ามีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทและการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ซึ่งมีผลต่อการปรับตัวและการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดาหลังคลอดด้วยเช่นกัน ดังนี้

การเปลี่ยนแปลงด้านบทบาท

ระยะหลังคลอดซึ่งเป็นระยะเริ่มต้นของการเลี้ยงดูบุตร ถือเป็นช่วงวิกฤตที่สำคัญของผู้เป็นมารดา ซึ่งจะต้องปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาที่นับเป็นบทบาทใหม่ในชีวิต รวมทั้งต้องเรียนรู้และรับผิดชอบในภารกิจต่างๆ ของการเป็นมารดาโดยเฉพาะการเลี้ยงดูบุตร ซึ่งเป็นทารกแรกเกิดตลอด 24 ชั่วโมง ในขณะที่เดียวกันมารดาหลังคลอดยังต้องครองบทบาทของการเป็นภรรยาและบทบาทอื่นๆ ทางสังคมด้วย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงความรับผิดชอบในภารกิจตามบทบาทที่กล่าวมานี้ถือว่าเป็นพัฒนาการของมารดาหลังคลอด ทั้งนี้ พัฒนาการของมารดาในระยะเริ่มเลี้ยงดูบุตร เกิดขึ้นนับตั้งแต่บุตรคนแรกเกิดจนถึงอายุ 2.5 ปี (Friedman, 1992) ซึ่งคูวาลล์ (Duvall, 1967) ได้กล่าวถึงพัฒนาการของมารดาในระยะเริ่มเลี้ยงดูบุตรไว้หลายประการ ดังนี้

1. ทำความเข้าใจ ยอมรับและจัดการกับความเครียดหรือความกดดันในบทบาทการเป็นมารดา เนื่องจากกระบวนการในการแสดงบทบาทการเป็นมารดามีความยุ่งยากซับซ้อน โดยเฉพาะในระยะ 6 สัปดาห์แรกหลังคลอด เป็นระยะเริ่มต้นของการปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา มารดาหลังคลอดจะต้องทำความเข้าใจในบทบาทดังกล่าวโดยการเรียนรู้ ฝึกฝนและ

ปรับตัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้มาซึ่งการแสดงบทบาทการเป็นมารดาที่เป็นแบบเฉพาะของตนเอง รวมทั้งความรู้สึกภาคภูมิใจในตัวเองต่อการแสดงบทบาทดังกล่าว ในขณะที่เดียวกัน การปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาอาจทำให้เกิดความเครียดหรือความกดดันในบทบาทได้ ซึ่งมารดาหลังคลอดจะต้องเรียนรู้ที่จะยอมรับและแสวงหาวิธีการจัดการกับความเครียดหรือความกดดันดังกล่าวด้วย

2. เรียนรู้และตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุตรตลอด 24 ชั่วโมง โดยมารดาต้องมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลบุตร ได้แก่ การให้นมบุตร การอาบน้ำให้บุตร การเปลี่ยนผ้าอ้อมหรือสวมเสื้อผ้าให้บุตร การเรียนรู้อารมณ์และความต้องการของบุตร รวมถึงการดูแลให้บุตรมีสุขภาพที่ดี พานบุตรไปพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ และการส่งเสริมพัฒนาการของบุตรให้เหมาะสมตามวัย ทั้งนี้ กิจกรรมดังกล่าว นับเป็นพัฒนาหลักที่สำคัญของมารดาในระยะหลังคลอด 6 สัปดาห์ ที่ต้องเรียนรู้ ฝึกฝนและตัดสินใจเลือกปฏิบัติอย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้สามารถบรรลุผลตามบทบาทการเป็นมารดาที่มารดาหลังคลอดได้คาดหวังไว้

3. ดูแลให้ตนเองและสมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพที่ดี เช่น จัดสรรเวลาให้สามี บุตรและตนเองได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ทั้งนี้ สำหรับมารดาหลังคลอด โดยเฉพาะในระยะเดือนแรกหลังคลอด มักมีเวลาในการพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ เนื่องจากเป็นช่วงเริ่มต้นที่มารดาจะต้องปรับตัวให้เข้ากับพฤติกรรมของบุตรและดูแลบุตรอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา แม้ในขณะที่พักผ่อนนอนหลับในช่วงกลางคืนอาจต้องตื่นนอนกลางดึก เพื่อให้ให้นมบุตรหรือดูแลเปลี่ยนผ้าอ้อมให้บุตร ซึ่งการพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอจะทำให้มารดาหลังคลอดมีความเหนื่อยล้ามากขึ้นด้วย (Gay et al., 2004)

4. จัดแบ่งหน้าที่ในการดูแลบุตรให้สามีมีส่วนร่วมรับผิดชอบ รวมทั้งเปิดโอกาสให้สามีมีส่วนร่วมในการวางแผนหรือตัดสินใจเกี่ยวกับบุตร เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบิดาและบุตร อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาการปฏิบัติพัฒนากิจของมารดาหลังคลอด 6-8 สัปดาห์ พบว่า มารดาหลังคลอดร้อยละ 16.80 ไม่ได้จัดแบ่งหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลบุตรร่วมกับสามี ร้อยละ 14.40 ไม่ได้ให้สามีมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตร ร้อยละ 12 ไม่ได้พูดคุยกับสามีเรื่องการเลี้ยงดูบุตร และร้อยละ 12 ไม่ได้ส่งเสริมให้สามีอุ้มบุตร (สุปราณี สิทธิกันต์, 2545) ทั้งนี้ หากสามีไม่มีส่วนร่วมหรือแบ่งเบาภาระหน้าที่ในการดูแลบุตร จะทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความเหนื่อยล้ามากยิ่งขึ้น เนื่องจากต้องรับภาระในการเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง อีกทั้ง อาจส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างบิดาและบุตร และสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยาด้วย ซึ่งจะทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความเครียดและส่งผลต่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดาตามมาได้

5. รักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรส โดยการให้กำลังใจ ดูแลเอาใจใส่และให้ความสำคัญกับสามีอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งจัดสรรเวลาสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจหรือทำกิจกรรมร่วมกัน ทั้งนี้ ในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งเป็นระยะแรกของการเริ่มต้นเลี้ยงดูบุตร มารดาหลังคลอดจะต้องเรียนรู้กิจกรรมต่างๆ ในการดูแลบุตรและคอยตอบสนองความต้องการของบุตรตลอดเวลา อาจทำให้มารดาหลังคลอดไม่มีเวลาหรือมีเวลาน้อยลงสำหรับการพูดคุยหรือแบ่งปันความรู้สึก รวมทั้งการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับสามี ซึ่งอาจส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและกระทบต่อการแสดงบทบาทของมารดาตามมาได้

6. วางแผนการใช้จ่ายในครอบครัวให้มีประสิทธิภาพและปรับตัวกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น โดยการให้ทรัพยากรในครอบครัวอย่างคุ้มค่าหรือหารายได้เสริมให้กับครอบครัว อย่างไรก็ตาม ในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด มารดาส่วนใหญ่ยังไม่ได้กลับมาประกอบอาชีพหรือหารายได้เสริมให้กับครอบครัว เนื่องจากการดูแลทารกหลังคลอดมีพัฒนาการสำคัญคือ การดูแลบุตร ทั้งนี้ จากการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดถึงร้อยละ 91.84 มีการลาคลอดถึง 90 วัน (วิลาลีนี ซาตะเมธิกุล และมิรา โครานา, 2548) และมารดาหลังคลอดกว่าร้อยละ 60 ยังไม่ได้กลับมาประกอบอาชีพเพื่อหารายได้จุนเจือครอบครัว เนื่องจากยังอยู่ในช่วงของการฟื้นฟูสภาพร่างกายและต้องดูแลบุตร (Tulman, Fawcett, Groblewski, & Silverman, 1990) ด้วยเหตุนี้ รายได้ครอบครัวส่วนใหญ่จึงมาจากการประกอบอาชีพของสามี หากก่อนคลอดมารดาได้รับรายได้เป็นรายวัน ซึ่งหากรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น อาจส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดความเครียดและวิตกกังวลตามมา ซึ่งจะกระทบต่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในที่สุด

7. จัดสรรเวลาสำหรับการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวหรือมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในสังคม ซึ่งในพัฒณิกิจนี้ มารดาหลังคลอดมักไม่สามารถจัดสรรเวลาในการทำกิจกรรมดังกล่าวได้ เนื่องจากจะต้องดูแลเลี้ยงดูบุตรตลอดเวลา ซึ่งเป็นภารกิจหลักของมารดาหลังคลอด ดังมีการศึกษาที่พบว่า มารดาหลังคลอดถึงร้อยละ 30 ยังไม่มีโอกาสกลับมาทำกิจกรรมในครอบครัวหรือมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในสังคมเช่นเดิม (Tulman et al., 1990)

ตามพัฒณิกิจของมารดาในระยะเริ่มเลี้ยงดูบุตรที่กล่าวข้างต้น ชี้ให้เห็นว่ามารดาต้องรับผิดชอบบทบาทหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือ การแสดงบทบาทการเป็นมารดาซึ่งต้องดูแลเลี้ยงดูบุตรนับตั้งแต่แรกเกิด สำหรับมารดาในระยะหลังคลอด 6 สัปดาห์ นับว่าต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทที่สำคัญ เนื่องจากการแสดงบทบาทดังกล่าวเป็นบทบาทใหม่ที่มีภารกิจหลายอย่างที่มารดาหลังคลอดไม่เคยทำมาก่อน จึงจำเป็นเป็นอย่างยิ่งที่มารดาหลังคลอดจะต้องเรียนรู้ ฝึกฝนและปรับตัวให้สามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งนี้ การแสดงบทบาทของมารดาในการเลี้ยงดูทารกแรกเกิด จะชี้ให้เห็นว่า มารดาหลังคลอดนั้นมีการกิจ

หลายประการที่ต้องเรียนรู้ ผักผ่อนและปรับตัว รวมทั้งต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลให้เกิดความเครียดและความเหนื่อยล้า ซึ่งจะกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดในที่สุด

การแสดงบทบาทของมารดาในการเลี้ยงดูทารกแรกเกิด

หลังคลอดบุตร มารดาจะมีพฤติกรรมที่แสดงต่อบุตรตามบทบาทหน้าที่ของตนเองที่เรียกว่า การแสดงบทบาทการเป็นมารดา (Rubin, 1977 cited in Atrill, 2002) สำหรับในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งเป็นระยะแรกของการเริ่มต้นเลี้ยงดูบุตร การแสดงบทบาทการเป็นมารดาจึงมีความเกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูทารกแรกเกิด ซึ่งการเลี้ยงดูทารกแรกเกิดนั้นประกอบด้วยกิจกรรมหลายประการ ดังนี้ (พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น, 2555; Lally, 2003)

1. การให้นมบุตร โดยมารดาต้องให้นมบุตรได้รับนมมารดาอย่างเพียงพอตามความต้องการของบุตร ซึ่งมารดาหลังคลอดจะต้องเรียนรู้วิธีการให้นมบุตรอย่างถูกต้อง ทั้งการอุ้มบุตรให้นม การอุ้มบุตรให้เรอและการจัดท่านอนให้บุตรหลังจากได้รับนมมารดา รวมถึงการดูแลความสะอาดของเต้านมและบริเวณหัวนมด้วย

2. การตอบสนองความต้องการของบุตร โดยมารดาต้องเรียนรู้ถึงการแสดงออกด้านอารมณ์และความต้องการของบุตร เช่น การร้องของบุตร เมื่อรู้สึกหิว เปียกชื้น หนาวหรือร้อนเกินไป อึดอัด แน่นท้อง ตกใจหรือเจ็บป่วย เป็นต้น ซึ่งมารดาหลังคลอดจะต้องเรียนรู้และตอบสนองความต้องการของบุตรด้วยวิธีการต่างๆ เช่น ให้นมบุตรได้รับนมมารดาอย่างเพียงพอ เปลี่ยนเสื้อผ้าหรือผ้าอ้อมที่สะอาด ไม่เปียกชื้นและเหมาะสมกับสภาพอากาศ จัดให้ทารกอยู่ในที่ที่ปราศจากสิ่งรบกวนจากแสงหรือเสียง และสัมผัสบุตรอย่างนุ่มนวลทะนุถนอม เพื่อให้บุตรเกิดความรู้สึกอบอุ่นและมั่นคง

3. การดูแลความสะอาดร่างกายให้บุตร โดยมารดาจะต้องดูแลอาบน้ำสระผม เช็ดตาและสะดืออย่างถูกวิธีให้บุตรเป็นประจำทุกวัน รวมทั้งต้องเช็ดทำความสะอาดและเปลี่ยนผ้าอ้อมทุกครั้งเมื่อบุตรขับถ่ายหรือเปียกชื้น ดูแลความสะอาดของเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มและของใช้สำหรับบุตร รวมถึงห้องหรือสถานที่ที่บุตรอยู่อาศัยด้วย

4. การดูแลให้บุตรนอนหลับอย่างเพียงพอ โดยมารดาจะต้องจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมแก่การนอนของบุตร ด้วยการให้บุตรนอนในที่ที่สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก ปลอดภัยและไม่มีเสียงดังรบกวน นอกจากนี้ มารดาจะต้องสังเกตพฤติกรรมของบุตรที่แสดงออกถึงการง่วงนอน เช่น หาวนอน ร้องกวน เป็นต้น และมารดาจะต้องฝึกให้บุตรนอนเป็นเวลา โดยการทำกิจกรรมก่อนนอนอย่างสม่ำเสมอ เช่น อาบน้ำ นวดสัมผัส และสร้างบรรยากาศให้บุตรหลับได้ง่าย เช่น อุ้ม ห่อตัว ร้องเพลงกล่อม หรือสัมผัสบุตรเบาๆ เป็นต้น

5. การดูแลให้บุตรได้รับความปลอดภัย โดยมารดาจะต้องคอยดูแลป้องกันอันตรายหรืออุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับบุตร ด้วยการอยู่ดูแลบุตรอย่างใกล้ชิด ไม่ปล่อยให้บุตรอยู่ตามลำพัง อุ้มบุตรด้วยความระมัดระวังในท่าที่เหมาะสม จัดเก็บสิ่งของต่างๆ ภายในบ้านให้เรียบร้อย โดยเฉพาะของมีคมควรอยู่ไกลจากบริเวณที่บุตรอยู่ รวมถึงการป้องกันการสำลักนม โดยการอุ้มบุตรให้ศีรษะอยู่สูง อุ้มบุตรให้เรอหลังให้นมบุตร จัดให้บุตรนอนตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง จัดหาที่นอนที่ไม่อ่อนนุ่มเกินไป ที่สำคัญจะต้องดูแลบุตรอย่างใกล้ชิดในขณะที่บุตรนอนหลับ เพื่อระวังอันตรายจากการเกิดภาวะทารกนอนหลับแล้วเสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุ (sudden infant death syndrome; SIDS) ซึ่งมักพบในทารกที่นอนในท่านอนคว่ำ

6. การส่งเสริมให้บุตรได้รับภูมิคุ้มกัน โดยมารดาจะต้องดูแลให้บุตรได้รับภูมิคุ้มกันโรคตามเกณฑ์ที่กำหนด และต้องดูแลบุตรหลังจากที่ได้รับภูมิคุ้มกันโรคด้วย ซึ่งในระยะแรกเกิด ทารกจะได้รับวัคซีนป้องกันเชื้อวัณโรค (Bacillus Calmette Guerin Vaccine; BCG) ฉีดเข้าบริเวณใต้ผิวหนัง ในระหว่างสัปดาห์ที่ 2-3 หลังฉีดวัคซีนจะมีตุ่มสีแดงเกิดขึ้นและกลายเป็นฝีเม็ดเล็กๆ บริเวณรอยฉีด จากนั้นจะเกิดเป็นแผลเมื่อฝีแตกอยู่ประมาณ 3-4 สัปดาห์ และจะค่อยๆ แห้งหายไป ทั้งนี้ มารดาจะต้องดูแลผิวหนังบริเวณแผลของบุตรให้สะอาด โดยใช้สำลีสะอาดชุบน้ำต้มสุกเช็ดบริเวณแผล ไม่แกะหรือปองหนองบริเวณแผล พร้อมทั้งต้องสังเกตอาการของบุตรหลังจากฉีดวัคซีนและพาบุตรไปพบแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ

7. การส่งเสริมพัฒนาการของบุตร โดยมารดาจะต้องมีการส่งเสริมพัฒนาการของบุตรให้เหมาะสมตามวัย เช่น บุตรอายุ 1 เดือน มารดาควรส่งเสริมพัฒนาการของบุตรด้วยการมองสบตา ยิ้ม พูดคุย ร้องเพลงเบาๆ เอียงหน้าไปมาอย่างช้าๆ เพื่อให้บุตรมองตาม เป็นต้น

จะเห็นว่า ในระยะหลังคลอด การแสดงบทบาทการเป็นมารดาในการเลี้ยงดูทารกแรกเกิด ประกอบด้วยกิจกรรมนานัปการที่มารดาหลังคลอดจะต้องเรียนรู้ ฟังฝนและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจทำให้เกิดความเหนื่อยล้า เครียดหรือกดดันในบทบาทได้ ขณะเดียวกันมารดาหลังคลอดที่มีบุตรมากกว่า 1 คน จะมีภารกิจที่เพิ่มขึ้นคือการเลี้ยงดูบุตรคนก่อนด้วย ซึ่งอาจส่งผลให้มารดาหลังคลอดดังกล่าวมีความเหนื่อยล้า เครียดหรือกดดันในบทบาทเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน

บทบาทมารดาในการเลี้ยงดูบุตรคนก่อน

สำหรับมารดาหลังคลอดที่มีบุตรคนก่อน นอกจากจะต้องเลี้ยงดูทารกแรกเกิดแล้ว ยังมีบทบาทในการเลี้ยงดูบุตรคนก่อนด้วย ซึ่งในระยะนี้มารดาหลังคลอดอาจให้ความสนใจต่อทารกแรกเกิดมากกว่าบุตรคนก่อน ซึ่งจะทำให้บุตรคนก่อนเกิดภาวะที่อิจฉาน้องได้ โดยเฉพาะบุตรคนก่อนที่มีอายุระหว่าง 2-3 ปี ที่อยู่ในวัยอิจฉารุนแรงจะแสดงพฤติกรรมต่างๆ เพื่อเรียกร้องความสนใจ เช่น กลับมาปัสสาวะรดที่นอน ร้องไห้มากขึ้นหรือไม่ยอมรับประทานอาหาร

เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวจะส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดความคับข้องใจ วิตกกังวลหรือเกิดความเครียดตามมาได้ (ปราณี พงศ์ไพบูลย์, 2550) ด้วยเหตุนี้ มารดาหลังคลอดจึงต้องมีการบริหารเวลาให้กับบุตรคนก่อนด้วย ทั้งในการดูแลเอาใจใส่และส่งเสริมให้บุตรมีพัฒนาการที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญา (มาศสุรีย์ ศรีพรหมมา และคณะ, 2554) ซึ่งจะส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีเวลาในการพักผ่อนน้อยลงและทำให้เกิดความเหนื่อยล้าตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากสามีไม่มีเวลาในการช่วยเหลือดูแลมารดาหลังคลอด หรือแบ่งเบาภาระในการเลี้ยงดูบุตรจากมารดาหลังคลอดจะส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีความเหนื่อยล้ามากยิ่งขึ้น ที่สำคัญอาจส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัวตามมาได้ (Gjerdingen & Center, 2003)

จะเห็นว่า นอกจากมารดาหลังคลอดจะต้องแสดงบทบาทการเป็นมารดาในการเลี้ยงดูทารกแรกเกิดแล้ว ยังมีอีกหลายบทบาทที่มารดาหลังคลอดจะต้องดำรงไว้ ได้แก่ บทบาทมารดาในการเลี้ยงดูบุตรคนก่อนสำหรับมารดาครรภ์หลัง รวมถึงบทบาทภรรยาที่ทำมาก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งการดำรงบทบาทหน้าที่ที่หลากหลายดังกล่าว จะส่งผลให้มารดาหลังคลอดพักผ่อนไม่เพียงพอ มีเวลาในการดูแลตนเองน้อยลง รวมทั้งขาดโอกาสในการเข้าสังคมหรือทำกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ โดยจากการศึกษาพบว่า มารดาในระยะ 6 เดือนหลังคลอดกว่าร้อยละ 80 ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพของตนเองตามปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ และร้อยละ 30 ยังไม่มีโอกาสกลับมาทำกิจกรรมในสังคม (Tulman et al., 1990) และในขณะที่มารดาหลังคลอดกำลังดำรงบทบาทใด บทบาทหนึ่งอยู่นั้นก็อาจส่งผลกระทบต่อการดำรงบทบาทอื่นๆ ด้วย ซึ่งผลกระทบเหล่านี้จะทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความเครียด วิตกกังวล หรือขัดแย้งในบทบาท ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการดำรงบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งการไม่ประสบความสำเร็จในการดำรงบทบาทดังกล่าวจะส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้นและมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพทางจิตใจเพิ่มขึ้นด้วย (Hung & Chung, 2001) ในทางตรงกันข้าม หากมารดาหลังคลอดสามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสมหรือประสบความสำเร็จในการดำรงบทบาทการเป็นมารดา จะทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งส่งผลให้มารดามีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีตามมา ทั้งนี้ นอกจากมารดาหลังคลอดต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทแล้วยังต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจในระยะหลังคลอดด้วย ซึ่งหากมารดาหลังคลอดไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม ก็อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดตามมาด้วยเช่นกัน

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ

ระยะหลังคลอด มารดาจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นในชีวิต คือ การที่ต้องรับผิดชอบเลี้ยงดูบุตรและตอบสนองต่อความต้องการของบุตรตลอดเวลา โดยเฉพาะในมารดาครรภ์แรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตรมาก่อน จะต้องปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่ที่ไม่คุ้นเคย หรือแม้แต่มารดาครรภ์หลังที่เคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตรมาแล้วก็ยังต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับบุตรคนปัจจุบัน ซึ่งอาจมีความแตกต่างไปจากบุตรคนก่อน อีกทั้งภาระหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตรยังเพิ่มมากขึ้นด้วย นอกจากนี้ มารดาหลังคลอดทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลังยังต้องรับผิดชอบต่อการดำรงบทบาทหน้าที่ต่างๆ ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นด้วย ซึ่งจากสถานการณ์เหล่านี้จะส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดความเครียดและวิตกกังวลตามมาได้ในที่สุด (McKinney et al., 2009)

จากการศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดพบว่า มารดาหลังคลอดร้อยละ 8.70 มีความวิตกกังวลในระยะหลังคลอด (Stuart, Couser, Schilder, O'Hara, & Gorman, 1998) สอดคล้องกับการศึกษาของพรศรี ดิสระเตดิวัฒน์ (Disornatativat, 1998) ที่พบว่า มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวลร้อยละ 6.10 และการศึกษาของ อัจฉริย์ ทองสวรรค์ (Thongsawan, 2000) ที่พบว่า มีอุบัติการณ์การเกิดความวิตกกังวลในมารดาในระยะหลังคลอดเท่ากับร้อยละ 5 ทั้งนี้ จากการศึกษาความวิตกกังวลของมารดาในระยะเดือนแรกหลังคลอด พบว่า มารดาหลังคลอดมักมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูทารกแรกเกิดในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การให้นมบุตร การเรียนรู้พฤติกรรมของบุตร การส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตของบุตร และการดูแลความสะอาดร่างกายให้บุตร อีกทั้ง มารดาหลังคลอดยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่างของตนเองภายหลังคลอด รวมถึงมารดาหลังคลอดที่มีบุตรมากกว่า 1 คน ก็ยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะที่อ้วนขึ้นด้วย (Nyberg & Sternhufvud, 2000; Smith, 1989) นอกจากนี้ จากการศึกษาของ กษัททวงศ์ทองเกื้อ (2554) ที่ทำการศึกษาความวิตกกังวลระยะหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นที่คลอดบุตรคนแรก พบว่า มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง โดยปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงดูบุตรมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .43, p < .01$) และจากการศึกษาของฮอฟและดีเมอร์ธา (Hauff & Demerath, 2012) พบว่า มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่างและน้ำหนักของตนเองภายหลังคลอด ถึงร้อยละ 81.20 โดยมารดาหลังคลอดร้อยละ 19.20 มีความวิตกกังวลอยู่บ่อยครั้ง ร้อยละ 39.30 มีความวิตกกังวลเป็นบางครั้ง และร้อยละ 22.70 มีความวิตกกังวลนานๆ ครั้ง ทั้งนี้มารดาหลังคลอดมักมีความวิตกกังวลว่า การทำให้รูปร่างกลับมาเป็นเช่นเดิมเหมือนก่อนตั้งครรภ์นั้นเป็นความยากลำบากอย่างยิ่ง ซึ่งความวิตกกังวลดังกล่าวจะส่งผลให้มารดาหลังคลอดรับประทานอาหารน้อยลงหรือไม่อยากรับประทานอาหาร

อาหาร ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Carter, Baker, & Brownell, 2000) นอกจากนี้ ในระยะหลังคลอดมารดาอาจมีความรู้สึกว่าคุณเองถูกละเลยหรือไม่ได้รับความสนใจจากบุคคลรอบข้าง เนื่องจากบุคคลรอบข้างโดยทั่วไป มักรับรู้ว่ามีมารดาหลังคลอดมิได้อยู่ในภาวะเจ็บป่วยและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ ความสนใจส่วนใหญ่จึงอยู่ที่ทารกแรกเกิดมากกว่า หรือในขณะเดียวกัน มารดาหลังคลอดอาจใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลทารก จึงทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลสามีหรือบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว อาจส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพตามมา ซึ่งส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดความเครียดและวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น (ปราณี พงศ์ไพบูลย์, 2550) และสำหรับมารดาหลังคลอดที่ต้องปฏิบัติตัวหลังคลอดตามความเชื่อต่างๆ เช่น การอยู่ไฟ พบว่า มารดาหลังคลอดรับรู้ว่าการอยู่ไฟเป็นความเครียด โดยร้อยละ 65.60 มีความเครียดในระดับปานกลาง (จิตรัตน์ หมั่นศรีชัย, 2550) จะเห็นได้ว่า มารดาหลังคลอดอาจมีทั้งความเครียดและความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้ในระยะหลังคลอด

สำหรับความวิตกกังวล นับเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่สำคัญของมารดาหลังคลอด ซึ่งเกิดขึ้นจากการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในระยะหลังคลอด ทั้งนี้ หากมารดาหลังคลอดสามารถจัดการกับความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม ก็จะทำให้การปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระยะหลังคลอดดำเนินไปได้ด้วยดี ในทางตรงข้ามหากมารดาหลังคลอดไม่สามารถจัดการกับความวิตกกังวลได้ จะส่งผลให้มีความวิตกกังวลในระดับที่สูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดในที่สุด

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ความหมายของคุณภาพชีวิต

นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 เป็นต้นมา มีผู้ให้ความสนใจเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของบุคคลมากขึ้นเรื่อยๆ โดยมุ่งหวังที่จะศึกษาและส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยถ้วนหน้า จึงมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตไว้อย่างหลากหลาย ซึ่งจะกล่าวพอสังเขป ดังนี้

องค์การอนามัยโลก ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสภาพชีวิตของตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยมีความเกี่ยวข้องกับเป้าหมายและความคาดหวังของแต่ละบุคคล ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยมและมาตรฐานของสังคมนั้นๆ (WHO, 1998)

เฟอร์รานส์ และพาวเวอร์ (Ferrans & Power, 1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตของบุคคล ซึ่งเกิดจากความพึงพอใจในสิ่งที่บุคคลถือว่ามีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของตน

กิลเจียส (Gilgeous, 1998) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ความพึงพอใจของบุคคลในด้านต่างๆ ของชีวิตเมื่อเปรียบเทียบกับความคาดหวังในชีวิต โดยความพึงพอใจดังกล่าวขึ้นอยู่กับค่านิยมของบุคคล และสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรมของบุคคลนั้นๆ

แฮคเกอร์ (Hacker, 2009) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นผลการประเมินตนเองของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับมิติต่างๆ ของชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและจิตวิญญาณ

โกเทย์ คอรัน แมคเคบ มัวร์ และชีสัน (Gotay, Korn, McCabe, Moore, & Cheson, 1992) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตคือ ระดับของความผาสุกในชีวิต ทั้งด้านความสามารถในการดำรงชีวิต ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ที่ดีของร่างกาย จิตใจและสังคมและด้านความพึงพอใจต่อระดับของความสามารถในการดำรงชีวิตนั้นด้วย

แม้ว่าจะมีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้อย่างหลากหลาย แต่ปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปของการกำหนดความหมายของคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นที่ยอมรับในระดับสากล หากพิจารณาจากความหมายข้างต้นพอสรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตหมายถึง การรับรู้ของแต่ละบุคคลที่มีต่อสภาพชีวิตของตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยมีความเกี่ยวข้องกับเป้าหมายและความคาดหวังในชีวิต ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ใช้ความหมายของคุณภาพชีวิตตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนด เพื่อบ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด นอกจากความหมายของคุณภาพชีวิตแล้วยังมีผู้กำหนดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอีกมิติหนึ่งของแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

การรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคลจะเป็นไปในทิศทางใดนั้นย่อมขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคลนั้นๆ ต่อองค์ประกอบด้านต่างๆ ของคุณภาพชีวิตซึ่งถือเป็นตัวชี้วัดระดับคุณภาพชีวิตของบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้กำหนดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้อย่างหลากหลาย โดยจะขอกล่าวพอสังเขป ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) ได้กำหนดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความเป็นอิสระ ด้านสัมพันธภาพ ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านจิตวิญญาณ ศาสนาและความเชื่อส่วนบุคคล

ซึ่งต่อมามองว่าการอนามัยโลกได้ทำการปรับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตลดลงเหลือ 4 ด้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสภาวะทางร่างกายที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย 1) ความเจ็บปวดและความไม่สบาย (pain and discomfort) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึกถึงความเจ็บปวดและความไม่สบายต่างๆ ที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งรวมถึงการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์จากความรู้สึกดังกล่าวด้วย 2) พลังกำลังและความเหนื่อยล้า (energy and fatigue) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการใช้พลังงานของร่างกายในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันโดยการใช้พลังงานมากเกินไป รวมถึงการมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจะส่งผลให้บุคคลเกิดความเหนื่อยล้ามากขึ้น 3) การนอนหลับและการพักผ่อน (sleep and rest) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับลักษณะของการนอนหลับและการพักผ่อน รวมถึงปัญหาในการนอนหลับ เช่น นอนหลับยาก ตื่นกลางดึก ตื่นเร็ว หลับต่อยาก หรือขาดความสดชื่นหลังตื่นนอน โดยมุ่งเน้นที่การรบกวนการนอนหลับทั้งจากบุคคลและสิ่งแวดล้อม 4) การเคลื่อนไหว (mobility) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายจากที่หนึ่งไปยังที่หนึ่งด้วยตนเอง ซึ่งมุ่งเน้นที่ความพึงพอใจกับการเคลื่อนไหวโดยไม่คำนึงถึงวิธีการในการเคลื่อนไหว เช่น ผู้พิการอาจมีความพึงพอใจกับการเคลื่อนไหวร่างกายโดยการใช้รถเข็น เป็นต้น 5) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวันตามปกติ รวมถึงการดูแลตนเองและทรัพย์สินโดยไม่รวมกิจกรรมที่ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าหรือรบกวนการนอนหลับ 6) การพึ่งพาหรือการรักษา (dependence on medication or treatments) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเป็นประจำ เช่น ยาบรรเทาปวดหรือยาสมุนไพรต่างๆ หรือการพึ่งพาการรักษา เช่น การฝังเข็ม การใช้เครื่องกระตุ้นการทำงานของหัวใจ การใส่ขาเทียม การผ่าตัดเพื่อเปิดช่องเปิดของลำไส้ใหญ่ (colostomy) เป็นต้น และ 7) ความสามารถในการทำงาน (work capacity) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการทำงานโดยการนำพลังงานในร่างกายมาใช้ ซึ่งมุ่งเน้นเกี่ยวกับลักษณะของงานหลักที่ปฏิบัติเป็นประจำ โดยไม่คำนึงถึงประเภทของงาน ความรู้สึกต่องานหรือสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสภาพจิตใจของตนเอง ประกอบด้วย 1) ความรู้สึกทางบวก (positive feelings) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ได้แก่ ความรู้สึกพึงพอใจ มีความสุข มีความหวังและมีความเพลิดเพลินในชีวิต 2) ความคิด การเรียนรู้ ความจำและการมีสมาธิ (thinking, learning, memory and concentration) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้ รวมถึงความเร็วและความชัดเจนของความคิดของบุคคลที่มีต่อตนเอง 3) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem)

เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองและการได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวอาจเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ 4) ภาพลักษณ์และรูปร่าง (bodily image and appearance) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับลักษณะร่างกายของตนเองซึ่งอาจมีทั้งทางบวกและทางลบ โดยมุ่งเน้นที่ความพึงพอใจต่อลักษณะรูปร่าง รวมถึงภาพลักษณ์ที่เกิดจากการเสริมหรือเติมแต่ง เช่น การแต่งหน้า การสวมใส่เสื้อผ้า รวมถึงการสวมใส่แขนขาเทียม เป็นต้น 5) ความรู้สึกทางลบ (negative feelings) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตนเอง ได้แก่ ความรู้สึกผิดหวัง โศกเศร้า สิ้นหวัง รู้สึกผิดกลัว วิตกกังวลและขาดความสุขในชีวิตและ 6) จิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่อส่วนบุคคล (spirituality, religion and personal beliefs) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับจิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่อส่วนบุคคล โดยเน้นในด้านความเชื่อทางศาสนาที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลและการมีความเชื่อที่อาจนำไปสู่การมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม

3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (social relationships domain) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ประกอบด้วย 1) สัมพันธภาพส่วนบุคคล (personal relationships) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับมิตรภาพ ความรัก ความผูกพัน การดูแลและการสนับสนุนซึ่งกันและกัน สามารถแสดงออกโดยการกอด การสัมผัส การให้และรับความรักจากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส ญาติหรือเพื่อน 2) การสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึกได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อน ในการแสดงถึงความรับผิดชอบต่อหน้าที่ ในครอบครัว การทำงานหรือการช่วยแก้ไขปัญหาในชีวิตต่างๆ และ 3) กิจกรรมทางเพศ (sexual activity) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการแสดงออกถึงความรู้สึกทางเพศที่เหมาะสม ซึ่งบุคคลที่มีเพศ วัย หรือวัฒนธรรมที่แตกต่างกันอาจมีการรับรู้ที่แตกต่างกันได้

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่อยู่รอบตัวที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ประกอบด้วย 1) ความปลอดภัยและการรักษาความปลอดภัยด้านร่างกาย (physical safety and security) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึกปลอดภัยจากภัยคุกคามต่างๆ เช่น การถูกกดขี่ หรือถูกบีบบังคับจากผู้อื่น ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความรู้สึกเป็นอิสระของบุคคล รวมถึงความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยเมื่ออยู่ในสถานที่พักอาศัยของตนเอง 2) สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน (home environment) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสถานที่พักอาศัยหลักหรือบ้านที่บุคคลใช้ในการพักอาศัยรวมถึงเก็บทรัพย์สินที่มีค่าไว้ ซึ่งมุ่งเน้นที่พื้นที่ใช้สอยภายในบ้าน ความสะอาด ความเป็นส่วนตัว สิ่งอำนวยความสะดวกและความมั่นคงของบ้าน ทั้งนี้ รวมถึงบุคคลที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในบ้านของตนเอง เช่น ผู้ลี้ภัยหรือผู้อพยพด้วย 3) แหล่งการเงิน (financial resources) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึกพึงพอใจต่อความเพียงพอของรายได้ หรือสถานะทางการเงินของตนเองที่สามารถตอบสนองความต้องการเพื่อให้ชีวิตมีความสะดวกสบายหรือมีสุขภาพที่ดี 4) การบริการด้านสุขภาพ

และสังคม (health and social care) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการได้รับบริการด้านสุขภาพและการดูแลจากสังคม ซึ่งมุ่งเน้นที่การเข้าถึงและคุณภาพของการให้บริการด้านสุขภาพ 5) โอกาสในการรับข้อมูลข่าวสารและความรู้ใหม่ๆ (opportunities for acquiring new information and skills) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการตอบสนองความต้องการของตนเองเพื่อรับข้อมูลข่าวสารหรือการหาความรู้ใหม่ๆ ในปัจจุบันด้วยวิธีการต่างๆ 6) การทำกิจกรรมนันทนาการและการพักผ่อนหย่อนใจ (participation in and opportunities for recreation/ leisure activities) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ การพักผ่อนหย่อนใจ การทำงานอดิเรกหรือการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อผ่อนคลาย เช่น การเล่นกีฬา การอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ หรือใช้เวลาอยู่กับครอบครัว เป็นต้น 7) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (physical environment) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อม ได้แก่ การเกิดมลพิษต่างๆ การจราจรติดขัด และสภาพภูมิอากาศที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและ 8) การคมนาคมขนส่ง (transport) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสะดวกในการเดินทางหรือการคมนาคมเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจธุระได้ตามความต้องการ โดยพาหนะต่างๆ เช่น จักรยาน จักรยานยนต์ รถยนต์ รถโดยสารประจำทาง เป็นต้น

เฟอร์รานส์ (Ferrans, 1996) ได้กำหนดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของบุคคล (health & functioning domain) ประกอบด้วย การทำประโยชน์ให้กับผู้อื่น (usefulness to others) ความเป็นอิสระทางกายภาพ (physical independence) ความสามารถในการแสดงความรับผิดชอบต่อครอบครัว (ability to meet family responsibilities) สุขภาพของตนเอง (own health) ความเจ็บปวด (pain) พลังงาน (energy) ความเครียดหรือวิตกกังวล (stress or worry) การควบคุมชีวิตของตัวเอง (control over own life) การทำกิจกรรมนันทนาการ (leisure time activities) ความสุขเมื่อมีอายุมากหรือเมื่อเกษียณอายุ (potential for a happy old age/retirement) การท่องเที่ยวในวันหยุดพักผ่อน (ability to travel on vacations) การมีชีวิตที่ยืนยาว (potential for a long life) วิถีชีวิตด้านเพศ (sex life) และการดูแลสุขภาพ (health care)

2. ด้านสังคมเศรษฐกิจ (socioeconomic domain) ประกอบด้วย มาตรฐานการครองชีพ (standard of living) อิสระทางการเงิน (financial independent) ที่พักอาศัย (บ้านหรืออพาร์ทเมนต์) (home (house, apartment)) เพื่อนบ้าน (neighborhood) การทำงาน/ การว่างงาน (job/unemployment) เพื่อน (friends) การสนับสนุนทางอารมณ์จากบุคคลอื่น (emotional support from other) และการศึกษา (education)

3. ด้านสภาพจิตใจและจิตวิญญาณ (psychological and spiritual domain) ประกอบด้วย ความพึงพอใจในชีวิต (satisfaction with life) ความสุขโดยทั่วไป (happiness in general) ความพึงพอใจในตนเอง (satisfaction with self) ความสำเร็จตามเป้าหมายของตนเอง (achievement of personal goals) ความสงบทางจิตใจ (peace of mind) ลักษณะส่วนบุคคล (personal appearance) และความเชื่อในพระเจ้า (faith in God)

4. ด้านครอบครัว (family domain) ประกอบด้วย ความสุขในครอบครัว (family happiness) เด็ก (children) ความสัมพันธ์กับคู่สมรส (relationship with spouse) และสุขภาพครอบครัว (family health)

รุซวิเชียส และอะครานนาวิเชียส (Ruzevicius & Akranaviciute, 2007) ได้กำหนดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่บุคคลรับรู้ทั้งหมด 7 ด้าน ได้แก่

1. ด้านสภาพร่างกาย (Physical state) ประกอบด้วย สุขภาพร่างกาย (health) ภาระงานที่รับผิดชอบ (working load) ความแข็งแรงของร่างกาย (stamina) และการดูแลสุขภาพร่างกาย (nourishment)

2. ด้านปัจจัยขั้นพื้นฐาน (material state) ประกอบด้วย สวัสดิภาพหรือสวัสดิการในการดำเนินชีวิต (welfare) และสภาพความเป็นอยู่ของชีวิต (living conditions)

3. ด้านสภาพจิตใจ (psychological state) ประกอบด้วย อารมณ์ความรู้สึก (emotions) ทักษะคติ (attitudes) ค่านิยม (values) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self esteem) ความพึงพอใจต่องานที่ทำ (job satisfaction) และความเครียด (stress)

4. การศึกษาและพัฒนาตนเอง (education and self improvement) ประกอบด้วย การเรียนรู้ (learning) การศึกษา (education) ทักษะ (skills) และการนำความรู้ไปใช้ (knowledge appliance)

5. สัมพันธภาพทางสังคม (social relationships) ประกอบด้วย สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ครอบครัว สังคม (relationships with people, family, society) และการได้รับแรงสนับสนุน (support)

6. การแสดงออกถึงความเป็นตัวของตัวเอง และการพักผ่อนหย่อนใจ (self-expression and leisure) ประกอบด้วย กิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ (recreation) งานอดิเรก (hobby) ความคิดสร้างสรรค์ (creation) และความบันเทิง (entertainments)

7. ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อม (safety and environment) ประกอบด้วย การรักษาความปลอดภัยด้านร่างกาย (physical security) สภาพแวดล้อมในการทำงาน

(work environment) เศรษฐกิจ (economic) การเมือง (political) และสิ่งแวดล้อมทางกฎหมาย (juridical environment)

ฟลานาแกน (Flanagan, 1978) ได้อธิบายถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

1. ความผาสุกทางกายภาพและปัจจัยขั้นพื้นฐาน (physical and material well-being) ประกอบด้วย การมีปัจจัย 4 ในการดำรงชีวิต การมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงและการปราศจากความวิตกกังวลและความทุกข์
2. สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (relations with other people) ประกอบด้วย การมีสัมพันธภาพที่ดีกับพ่อแม่ พี่น้องและญาติ รวมถึงบุตร สามี ภรรยาหรือเพื่อน
3. การมีกิจกรรมในชุมชนและสังคม (social, community, and civic activities) ประกอบด้วย การให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจกับบุคคลอื่นและมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนและสังคม
4. การพัฒนาตนเองและการบรรลุเป้าหมายในชีวิต (personal development and fulfillment) ประกอบด้วย การเข้ารับการศึกษ การพัฒนาความรู้เพิ่มเติม การรับรู้ถึงโอกาสและข้อจำกัดในการดำรงชีวิต การทำงานที่สนใจและการได้รับค่าตอบแทนที่คุ้มค่า รวมถึงการแสดงออกถึงความเป็นตัวของตัวเองในด้านความคิดสร้างสรรค์ ดนตรีหรือศิลปะ เป็นต้น
5. การพักผ่อนหย่อนใจ (recreation) ประกอบด้วย การทำกิจกรรมทางสังคม การอ่านหนังสือ การเล่นกีฬาและท่องเที่ยว เป็นต้น

จากองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตดังที่กล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าแม้องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในแต่ละแนวคิดจะมีรายละเอียดที่แตกต่างกันบ้าง แต่เมื่อพิจารณาถึงองค์ประกอบหลักแล้วจะพบว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในแต่ละแนวคิดมีความคล้ายคลึงกัน โดยมุ่งเน้นที่องค์ประกอบ 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวและสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้เป็นแนวทางที่นำไปสู่การสร้างแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่หลากหลาย

การประเมินคุณภาพชีวิต

ดังได้กล่าวไว้แล้วว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของตนในองค์ประกอบด้านต่างๆ ซึ่งการที่จะทราบว่าบุคคลมีการรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเองเป็นอย่างไรนั้น จำเป็นที่จะต้องมีการประเมินการรับรู้ของบุคคล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามี

การสร้างหรือพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตอย่างหลากหลาย ทั้งสำหรับบุคคลโดยทั่วไปและบุคคลที่เป็นกลุ่มเฉพาะ ทั้งนี้จะกล่าวถึงเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตที่พบว่ามีกรนำไปใช้อย่างกว้างขวางในปัจจุบันพอสังเขป ดังนี้

1. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Quality of Life: WHOQOL) (WHO, 1998) มี 2 ฉบับคือ

1.1 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ข้อ (WHOQOL-100) สร้างขึ้นจากความร่วมมือกันระหว่าง 15 ประเทศที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกัน จึงเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตที่มีมาตรฐานเดียวกันและสามารถนำไปใช้ในกลุ่มประชากรที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกันได้ ซึ่งแบบวัดดังกล่าวสร้างจากองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 6 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความเป็นอิสระ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านจิตวิญญาณ ศาสนา ความเชื่อส่วนบุคคล ส่วนข้อคำถามแบ่งออกเป็น 24 หมวด มีข้อคำถามทั้งหมด 100 ข้อ ซึ่งแบบประเมินฉบับนี้มีจำนวนข้อมากเกินไปไม่สะดวกในการใช้ประเมิน จึงได้มีการปรับปรุงแบบประเมินเป็นฉบับย่อ 26 ข้อ (WHOQOL-BREF-26)

1.2 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ข้อ (WHOQOL-BREF-26) พัฒนามาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับ 100 ข้อ จากการเลือกคำถามในแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับ 100 ข้อ ใน 24 หมวด หมวดละ 1 ข้อ รวมกับข้อคำถาม 2 ข้อที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและสุขภาพโดยทั่วไป รวมทั้งสิ้น 26 ข้อ โดยมีการปรับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตให้ลดลงเหลือ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม เนื่องจากการปรับให้ด้านความเป็นอิสระอยู่ในด้านร่างกาย และด้านจิตวิญญาณ ศาสนา ความเชื่อส่วนบุคคลอยู่ในด้านจิตใจ ซึ่งแบบประเมินดังกล่าวมีความกะทัดรัดและสะดวกในการนำไปใช้มากขึ้นและยังคงความมีมาตรฐานที่สามารถนำไปใช้กับประชากรที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกันได้เช่นเดียวกับฉบับเต็ม 100 ข้อ แบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อนี้เป็นมาตราลิเกิต (Likert scale) 5 อันดับ คะแนนรวมมาหมายถึง บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิต (Quality of Life Index: QLI) ได้รับการพัฒนาโดยเฟอร์รานส์ และพาวเวอร์ (Ferrans & Power, 1985) ซึ่งสร้างจากองค์ประกอบหลักของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน (Ferrans & Power, 2005) ได้แก่ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของบุคคล ด้านสังคม เศรษฐกิจ ด้านสภาพจิตใจ จิตวิญญาณและด้านครอบครัว ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 66 ข้อ โดยแบ่งการให้คะแนนออกเป็น 2 ส่วน คือ ความพึงพอใจ จำนวน 33 ข้อ และการให้ความสำคัญ จำนวน 33 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราลิเกิต (Likert scale) คะแนนความพึงพอใจมีค่า 1-6 คะแนน

(ไม่พึงพอใจมากถึงพึงพอใจมาก) และคะแนนการให้ความสำคัญมีค่า 1-6 คะแนน (ไม่สำคัญมากถึงสำคัญมาก) คำนวณคะแนนโดยนำคะแนนความพึงพอใจที่ได้ในแต่ละข้อ ลบด้วยค่ามัธยฐานในแต่ละข้อซึ่งมีค่าเท่ากับ 3.5 แล้วนำคะแนนที่ได้มาคูณกับคะแนนความสำคัญในข้อเดียวกัน จากนั้นนำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อมารวมกันและหารด้วยจำนวนข้อคำถาม โดยคะแนนที่ได้ในขั้นตอนนี้จะอยู่ในช่วง -15 ถึง +15 ซึ่งจะต้องนำมาบวกด้วย 15 เพื่อให้ได้คะแนนในค่าบวก สำหรับคะแนนที่มีความเป็นไปได้จะอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน คะแนนยิ่งมาก หมายถึง ยิ่งมีคุณภาพชีวิตดี

3. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด (Maternal Postpartum Quality of Life questionnaire: MAPPQOL questionnaire) ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยฮิลล์และคณะ (Hill et al., 2006) ซึ่งนำแนวคิดของเฟอร์รานส์ และพาวเวอร์ (Ferrans & Power, 1992) มาใช้ในการพัฒนาแบบสอบถาม มีองค์ประกอบหลักในการวัดคุณภาพชีวิตทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพจิตใจ/ทารก (psychological/baby) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic) ด้านสัมพันธภาพ/คู่สมรส-สามี (relational/spouse-partner) ด้านสัมพันธภาพ/ครอบครัว-เพื่อน (relational/family-friends) และด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (health and functioning) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 40 ข้อ มีเกณฑ์ในการให้คะแนน การคำนวณ และการแปลผลเช่นเดียวกับดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตของเฟอร์รานส์และพาวเวอร์ดังที่กล่าวในข้างต้น โดยจะต้องประเมินความพึงพอใจต่อสภาพชีวิต 40 ข้อ และประเมินการให้ความสำคัญต่อสภาพชีวิต 40 ข้อ รวม 80 ข้อ ซึ่งนับว่ามีจำนวนข้อ ที่ต้องประเมินค่อนข้างมาก

4. แบบสอบถาม Short-Form-36 (SF-36 Questionnaire) พัฒนามาจากดัชนีที่ใช้ในการศึกษาระบบประกันสุขภาพของ Brook และคณะ และนำมาประยุกต์โดย Medical Outcomes Study (MOS) (ทักษิณีย์ อินประเสริฐ และเสาวภา อินฬา, 2553) ซึ่งวัชร เลอमानกุล และปารณีย์ มีเต็ม (2548) นำมาแปลเป็นภาษาไทยครั้งแรกในปี พ.ศ. 2543 และต่อมาในปี พ.ศ. 2548 มีการแปลใหม่และทดสอบคุณสมบัติของแบบสอบถามอีกครั้ง ซึ่งทำให้ได้แบบสอบถามฉบับที่มีความถูกต้องตรงกับต้นฉบับมากขึ้น แบบสอบถามนี้มีองค์ประกอบ 8 ด้าน ได้แก่ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (physical functioning) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากสุขภาพทางกาย (role limitations due to physical problems) ด้านความเจ็บปวด (bodily pain) ด้านสุขภาพทั่วไป (general perception) ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning) ด้านพลังงาน (vitality) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ (role limitations due to emotional problems) และด้านสุขภาพจิตทั่วไป (general mental health) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราลิเกิต (Likert scale) คำนวณคะแนนโดยการแปลงคะแนนรายข้อจากแบบประเมิน แล้วนำคะแนน

ในมิติเดียวกันมารวมกัน และคำนวณโดยใช้สูตรที่ผู้สร้างได้กำหนดไว้ ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 ถึง 100 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีคุณภาพชีวิตดี

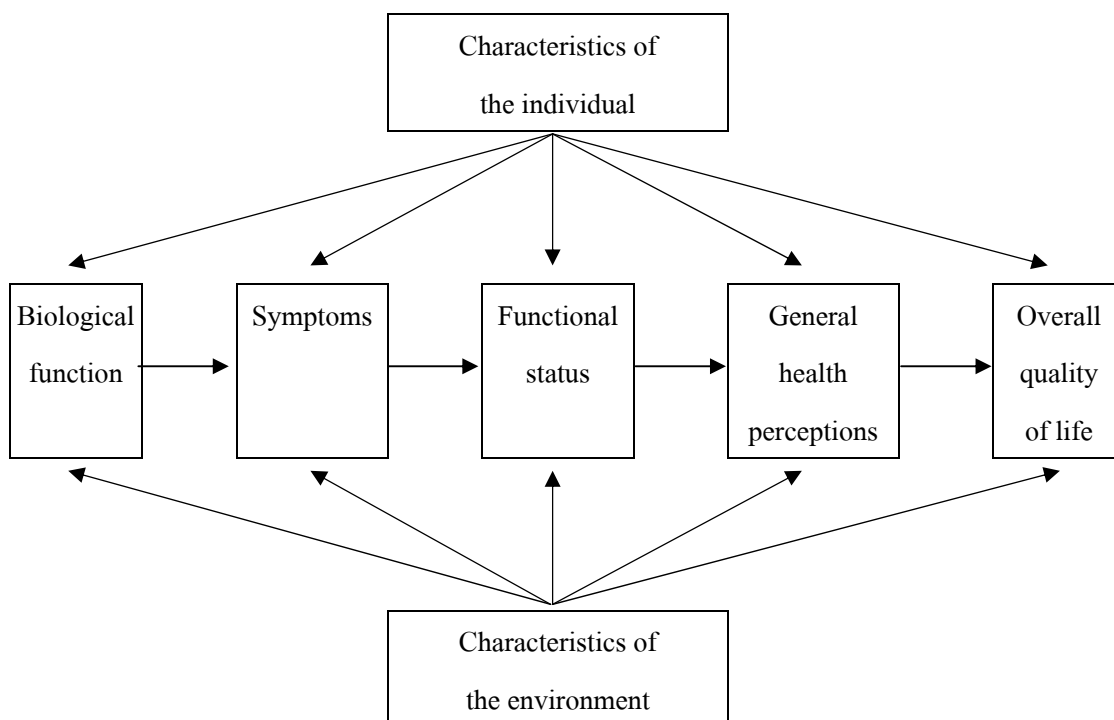
ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ข้อ(WHOQOL-BREF-26) มาใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด เนื่องจากแบบประเมินดังกล่าวประกอบด้วย องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามที่เฟอร์รานส์และพาวเวอร์ (Ferrans & Power, 1996) ได้กำหนดไว้ นอกจากนี้ แบบประเมินดังกล่าวยังมีความกะทัดรัด แต่ครอบคลุมองค์ประกอบคุณภาพชีวิตที่สำคัญทั้ง 4 ด้านและยังเป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นอย่างมีมาตรฐานซึ่งสามารถใช้ได้ในบุคคลที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกันได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกแบบประเมินดังกล่าวมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ

กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ (conceptual model of health-related quality of life) ของเฟอร์รานส์ และคณะ (Ferrans et al., 2005) พัฒนามาจากแนวคิดคุณภาพชีวิตเชิงสุขภาพของวิลสันและเคลียร์ (Wilson & Cleary, 1995) โดยวิลสันและเคลียร์ได้สร้างแบบจำลองเชิงสาเหตุ (causal model) แสดงความเชื่อมโยงระหว่างตัวแปรต่างๆ ทางคลินิกกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของบุคคล (linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes) ขึ้น ซึ่งต่อมาเฟอร์รานส์ และคณะได้ทำการพัฒนาแนวคิดดังกล่าว โดยการอธิบายถึงรายละเอียดของตัวแปรลักษณะส่วนบุคคล (characteristics of the individual) และลักษณะของสิ่งแวดล้อม (characteristics of the environment) เพื่อให้ตัวแปรในกรอบแนวคิดมีความชัดเจนและสมบูรณ์มากขึ้น รวมทั้งปรับจำนวนลูกศรและกล่องข้อความที่แสดงถึงตัวแปรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในแบบจำลอง เพื่อให้การอธิบายลักษณะของความสัมพันธ์ในแบบจำลองเกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้นและง่ายต่อการนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยและการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก ซึ่งกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของเฟอร์รานส์ และคณะ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เฟอร์รานส์ และคณะได้อธิบายว่า คุณภาพชีวิตของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการที่เข้ามาเกี่ยวข้องได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล (characteristics of the individual) และลักษณะของสิ่งแวดล้อม (characteristics of the environment) เป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต ขณะเดียวกันปัจจัยดังกล่าวทั้งสองปัจจัยยังส่งผลต่อการทำงานทางชีวภาพ (biological function)

อาการแสดง (symptoms) ภาวะการทำหน้าที่ (functional status) และการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (general health perceptions) ด้วย นอกจากนี้ การทำงานทางชีวภาพยังส่งผลต่ออาการแสดง ภาวะการทำหน้าที่ และการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไปต่อเนื่องกันตามลำดับ ซึ่งปัจจัยทั้งหมดที่กล่าวมานี้จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน (ภาพที่ 2.1)



ภาพที่ 2.1 แบบจำลองแนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ (conceptual model of health-related quality of life) ของเฟอร์รานส์ และคณะ (Ferrans et al., 2005) ที่พัฒนามาจากแนวคิดคุณภาพชีวิตเชิงสุขภาพของวิลสันและเคลียร์ (Wilson & Cleary, 1995)

จากแนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพดังกล่าว เฟอร์รานส์ และคณะได้อธิบายถึงรายละเอียดในแต่ละปัจจัยดังนี้

1. ลักษณะส่วนบุคคล (characteristics of the individual) ประกอบด้วย ปัจจัยย่อย 4 ประการ คือ

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล (demographic factor) ได้แก่ เชื้อชาติ เพศ อายุ สถานภาพสมรส เป็นต้น โดยปัจจัยนี้มักเกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติการณ์ของโรคต่างๆ ซึ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล

1.2 ปัจจัยด้านพัฒนาการ (developmental factor) เป็นปัจจัยที่มีการเปลี่ยนแปลงตามระยะเวลาหรือระยะพัฒนาการของบุคคล โดยปัจจัยนี้มักเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคลในแต่ละระยะพัฒนาการ เช่น สตรีในระยะมีบุตรจะต้องดูแลบุตรหรือเด็กเล็ก มักจะมีเวลาในการออกกำลังกายน้อย ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพตามมาได้

1.3 ปัจจัยด้านจิตใจ (psychological factor) เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่สามารถเปลี่ยนแปลงและตอบสนองต่อการกระตุ้นตลอดเวลา ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การรู้คิด (cognitive appraisal) ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติ 2) การตอบสนองทางอารมณ์ (affective response) ได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัว ความโศกเศร้าหรือความสุข และ 3) แรงจูงใจ (motivation) ประกอบด้วย แรงจูงใจภายในและแรงจูงใจภายนอก

1.4 ปัจจัยด้านชีวภาพ (biological factor) ได้แก่ ดัชนีมวลกาย สีผิว ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว เป็นต้น เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพและความเสี่ยงในการเกิดปัญหาทางสุขภาพ

2. ลักษณะของสิ่งแวดล้อม (characteristics of the environment) ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมทางสังคม (social environment) และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (physical environment)

2.1 สิ่งแวดล้อมทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือจากสังคม เช่น สามี ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล

2.2 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ หมายถึง บ้าน เพื่อนบ้านใกล้เคียงและสถานที่ทำงาน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพทั้งทางบวกและทางลบ ยกตัวอย่างเช่น ในบริเวณบ้านที่เอื้ออำนวยต่อการออกกำลังกายจะส่งผลให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดี ในทางตรงกันข้าม หากในบริเวณบ้านเกิดมลพิษก็ย่อมส่งผลให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีเช่นกัน

3. การทำงานทางชีวภาพ (biological function) หมายถึง ปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลมีชีวิตอยู่ หรือคงไว้ซึ่งการทำงานของโมเลกุล เซลล์และอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย โดยการทำงานทางชีวภาพเป็นกระบวนการทำงานที่มีความต่อเนื่อง ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย เช่น การนอนหลับ การรับประทานอาหาร หรือการเจ็บป่วย เป็นต้น สามารถประเมินได้จากการสอบถาม การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการวินิจฉัยทางการแพทย์ ซึ่งหากร่างกายมีการทำงานทางชีวภาพที่ไม่ดีเกิดขึ้น ก็จะส่งผลให้บุคคลเกิดอาการแสดงต่างๆ (symptoms) ซึ่งจะกระทบต่อภาวะการทำงานหน้าที่ (functional status) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

(general health perceptions) และจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม (overall quality of life) ในที่สุด

4. **อาการแสดง (symptoms)** หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่ออาการต่างๆ ที่แสดงออกทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาการแสดงทางร่างกาย ได้แก่ อ่อนเพลีย เจ็บปวด เหนื่อยล้า เป็นต้น ส่วนอาการแสดงด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล หรือซึมเศร้า เป็นต้น ซึ่งอาการดังกล่าวจะแสดงออกในเวลานั้นๆ มิใช่อาการแฝงที่มีมาก่อน โดยการรับรู้อาการดังกล่าวขึ้นอยู่กับประสบการณ์ การประเมิน ของแต่ละบุคคลต่ออาการนั้นๆ

5. **ภาวะการทำหน้าที่ (functional status)** หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งหรือหน้าที่ใดหน้าที่หนึ่งให้สำเร็จลุล่วง ประกอบด้วย การทำหน้าที่ของร่างกาย การทำหน้าที่ทางสังคม และการดำรงบทบาท ซึ่งหากบุคคลมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดีก็จะส่งผลให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

6. **การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (general health perceptions)** เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองในขณะนั้น ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะของสิ่งแวดล้อม การทำงานทางชีวภาพ อาการแสดง และภาวะการทำหน้าที่ ทั้งนี้ หากปัจจัยดังกล่าวเป็นไปในทางลบก็จะส่งผลให้บุคคลรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองไปในทางที่ไม่ดี ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไปนี้จะส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม (overall quality of life) ด้วย

7. **คุณภาพชีวิตโดยรวม (overall quality of life)** เป็นการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตของบุคคล ซึ่งเกิดจากความพึงพอใจในสิ่งที่มีคุณค่าต่อการดำรงชีวิตของตน ซึ่งสามารถประเมินได้จากความพึงพอใจของบุคคลต่อองค์ประกอบในด้านต่างๆ ของชีวิต ได้แก่ ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ (health and functioning) ภาวะจิตใจและจิตวิญญาณ (psychological and spiritual) ครอบครัว (family) สังคม (social) และเศรษฐกิจ (economic)

จะเห็นว่า แนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของเฟอร์รานส์ และคณะ ที่พัฒนามาจากแนวคิดคุณภาพชีวิตเชิงสุขภาพของวิลสันและเคลียร์ เป็นแนวคิดที่อธิบายถึงการรับรู้คุณภาพชีวิตและปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการนำไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของบุคคล ทั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้นำแนวคิดดังกล่าวมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างต่างๆ เช่น ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส (เกษรวิ ละม้ายสกุล, 2555) และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต (รวิวรรณ พงศ์พิพัฒน์, 2556) เป็นต้น

คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด

แม้บุคคลทั่วไปจะรับรู้ว่ามีมารดาหลังคลอดมิได้อยู่ในสภาวะของผู้ป่วยและยังอยู่ในภาวะแห่งความยินดีที่ได้บุตรซึ่งเป็นสมาชิกใหม่ของครอบครัว แต่จากผลของการคลอดและการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและด้านจิตสังคมซึ่งรวมถึงบทบาทหน้าที่ที่เพิ่มขึ้นย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดจะเป็นข้อมูลยืนยันว่ามารดาหลังคลอดที่ทุ่มเททั้งร่างกายและจิตใจเพื่อเลี้ยงดูบุตรอย่างสุดกำลัง ในขณะที่เด็กที่ต้องดำรงบทบาทอื่นๆ ไว้ให้สมดุลนั้น มารดาหลังคลอดเองจะมีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดยังค่อนข้างน้อยโดยมีรายงานการศึกษา ดังนี้

จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด โดยเจอร์ดินเจน และเซนเตอร์ (Gjerdingen & Center, 2003) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของมารดาที่มีบุตรคนแรกในช่วงตั้งครรภ์จนถึง 6 เดือนหลังคลอด จำนวน 132 ราย พบว่า มารดามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดและเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด พบว่า มารดามีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในระยะตั้งครรภ์มากกว่าในระยะหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งแสดงว่ามารดาในกลุ่มที่ศึกษานี้มีคุณภาพชีวิตในระยะตั้งครรภ์ดีกว่าในระยะหลังคลอด แตกต่างจากการศึกษาของมอร์ทอาซาไว และคณะ (Mortazavi et al., 2014) ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตของมารดาที่อยู่ในระยะตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 ถึงระยะ 8 สัปดาห์หลังคลอด จำนวน 357 ราย พบว่า มารดาที่อยู่ในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี โดยในระยะตั้งครรภ์ มารดาร้อยละ 27 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 54 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 18 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 8 อยู่ในระดับต่ำ และร้อยละ 0.30 อยู่ในระดับต่ำมาก ส่วนในระยะหลังคลอด มารดา ร้อยละ 26.50 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 52.80 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 19 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 0.90 อยู่ในระดับต่ำ และร้อยละ 0.90 อยู่ในระดับต่ำมาก โดยเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของมารดาในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) สำหรับการศึกษาของ บาฮราไม และคณะ (Bahrami et al., 2014) ซึ่งศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของมารดาในระยะ 6-8 สัปดาห์หลังคลอดกับระยะ 12-14 สัปดาห์หลังคลอด ในมารดาหลังคลอดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 150 ราย พบว่า มารดาหลังคลอดมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในระยะ 6-8 สัปดาห์หลังคลอดกับระยะ 12-14 สัปดาห์หลังคลอด พบว่ามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมารดาในระยะ 6-8 สัปดาห์หลังคลอด

มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตน้อยกว่าในระยะ 12-14 สัปดาห์หลังคลอด เนื่องจากราคาในระยะ 6-8 สัปดาห์หลังคลอด ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม ซึ่งเป็นช่วงปลายของการฟื้นฟูสุขภาพด้านร่างกายและเป็นช่วงต้นของการแสดงบทบาทในการเป็นมารดา โดยมารดาหลังคลอดต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในระยะหลังคลอดหลายประการและในการปรับตัวนี้จะทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความเครียดและวิตกกังวล โดยเฉพาะในมารดาที่มีการปรับตัวไม่ดีซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดในที่สุด

สำหรับประเทศไทยพบการศึกษาของ สมคิด คงอยู่ (Kongyu, 2006) ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อมีไอวีในระยะ 2 ปีแรกหลังคลอด จำนวน 135 ราย พบว่ามารดาหลังคลอดมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีร้อยละ 51.90 และระดับปานกลางร้อยละ 36.30 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่กล่าวข้างต้นที่พบว่า มารดาหลังคลอดโดยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาดังกล่าวอาจเป็นผลมาจากการที่มารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อมีไอวีได้รับการบริการด้านการดูแลสุขภาพ ในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอดอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องมากกว่ามารดาหลังคลอดโดยทั่วไปที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจึงส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี

จากการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดดังที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าแม้มารดาหลังคลอดจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดี แต่เมื่อเปรียบเทียบกับมารดาในระยะตั้งครรภ์กลับพบว่า มารดาหลังคลอดมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตที่ลดลง ซึ่งหมายถึงในระยะหลังคลอดมารดามีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ลดลง และแม้บางการศึกษาจะพบว่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดไม่มีความแตกต่างกัน แต่ยังพบว่ามีมารดาหลังคลอดส่วนหนึ่งที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ต่ำและต่ำมาก เช่นเดียวกับที่พบว่ามารดาในระยะ 6-8 สัปดาห์หลังคลอด มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และยังมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่น้อยกว่ามารดาในระยะ 12-14 สัปดาห์หลังคลอด อย่างไรก็ตาม มารดาหลังคลอดจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการศึกษาถึงปัจจัยดังกล่าวนับเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ค้นพบข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด

คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ซึ่งเฟอร์รานส์ และคณะ (Ferrans et al., 2005) กล่าวว่าปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลประกอบด้วย ลักษณะส่วนบุคคล การทำงานทางชีวภาพ อาการแสดง ภาวะการทำหน้าที่ การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป และลักษณะของสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยหลักเหล่านี้ยังประกอบไปด้วยปัจจัยย่อยๆ ที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มคนในภาวะที่แตกต่างกัน เช่น กลุ่มคนที่ป่วยหรือกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์หรือหลังคลอด เป็นต้น สำหรับกลุ่มสตรีหลังคลอด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด แต่อย่างไรก็ตาม ปัจจัยสำคัญที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ประกอบด้วย ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ชนิดการคลอด และจำนวนบุตร การทำงานทางชีวภาพ ได้แก่ การรบกวนการนอนหลับ อาการแสดง ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะการทำหน้าที่ ได้แก่ การแสดงบทบาทการเป็นมารดา และลักษณะของสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะได้กล่าวถึงแต่ละปัจจัยดังนี้

ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่

อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด โดยเฉพาะมารดาวัยรุ่น มักเกิดความขัดแย้งและสับสนในบทบาทการเป็นมารดา มากกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่ (Mercer, 1981) ดังการศึกษาของเมอร์เซอร์ (Mercer, 1986) ที่พบว่า มารดาที่มีอายุระหว่าง 20-42 ปี มีการปรับตัว และมีความสุขต่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้ดีกว่า มารดาที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา วัชรสินธุ์ (2533) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงบทบาทการเป็นมารดาของหญิงครรภ์แรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้ หากมารดาหลังคลอดสามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้ดี จะส่งผลให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีตามมาในที่สุด จากการศึกษาของชอย และคณะ (Choi et al., 2011) ที่ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดในระยะสัปดาห์แรกที่มีอายุแตกต่างกัน ในมารดาหลังคลอดจำนวน 130 ราย พบว่า มารดาหลังคลอดที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมากกว่ามารดาหลังคลอดที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของเอคิน และคณะ (Akýn et al., 2009) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาในระยะ 12 เดือนหลังคลอดที่มีอายุ 15-49 ปี จำนวน 1,749 ราย พบว่า มารดาหลังคลอดที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตน้อยกว่ามารดาหลังคลอดที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จะเห็นว่า มารดาหลังคลอดที่มีอายุต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน โดยมารดาหลังคลอดที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป อาจมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมากกว่า

หรือน้อยกว่ามารดาหลังคลอดที่อายุน้อยกว่าได้ ด้วยเหตุนี้ อายุจึงมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด อย่างไรก็ตาม เมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดพบว่า จากการศึกษาของสมคิด คงอยู่ (Kongyu, 2006) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะ 2 ปีแรกหลังคลอดพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของเอ็มมานูและคณะ (Emmanuel et al., 2012) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของมารดาที่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป และมารดาที่อยู่ในระยะ 6 และ 12 สัปดาห์หลังคลอด จำนวน 473 ราย พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของมารดาทั้งในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) จะเห็นว่า ผลการศึกษาในประเด็นความเกี่ยวข้องของอายุกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดยังมีความขัดแย้งกัน และผลการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดก็ยังไม่อาจสรุปได้ด้วยเหตุนี้ จึงควรมีการศึกษาถึงความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายระหว่างปัจจัยอายุกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดให้ได้ผลที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีมีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล โดยการศึกษาช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาในด้านสติปัญญา ความสามารถในการเรียนรู้และการปรับตัว ซึ่งบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการศึกษาค้นคว้าหาความรู้ สามารถเข้าใจปัญหาและมีการรับรู้ในสิ่งที่ควรปฏิบัติได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา โดยเฉพาะการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลและส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล จากการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันของเอกิน และคณะ (Akýn et al., 2009) พบว่ามารดาหลังคลอดที่ไม่มีการศึกษา มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตน้อยกว่ามารดาหลังคลอดที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จะเห็นว่า มารดาหลังคลอดที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน นอกจากนั้น จากการศึกษาของสมคิด คงอยู่ (Kongyu, 2006) พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) กล่าวคือ มารดาหลังคลอดที่มีการศึกษาดำเนินคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตน้อยกว่ามารดาหลังคลอดที่มีการศึกษาสูง อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของเอ็มมานู และคณะ (Emmanuel et al., 2012) กลับพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของมารดาทั้งที่อยู่ในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) จะเห็นว่า ผลการศึกษายังขัดแย้งกันในประเด็นความเกี่ยวข้องของระดับการศึกษากับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด เช่นเดียวกับผลการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่ยังไม่อาจสรุปได้ ด้วยเหตุนี้ จึงควรมี

การศึกษาถึงความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายระหว่างปัจจัยระดับการศึกษากับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดให้ได้ผลที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

รายได้ครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของชีวิต โดยผู้ที่มีรายได้มากก็จะสามารถแสวงหาปัจจัยมาตอบสนองความต้องการของตนได้มาก ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจในการดำเนินชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา ทั้งนี้ จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด พบว่า รายได้ครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด โดยมารดาหลังคลอดที่มีรายได้ครอบครัวต่ำจะมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี (Ahn & Youngblut, 2007) และจากการศึกษาของเอคิน และคณะ (Akýn et al., 2009) พบว่า มารดาหลังคลอดที่มีเศรษฐกิจฐานะยากจนมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตน้อยกว่ามารดาหลังคลอดที่มีเศรษฐกิจฐานะปานกลางหรือดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) หรืออาจกล่าวได้ว่า มารดาหลังคลอดที่มีรายได้ครอบครัวมากจะมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมากกว่ามารดาหลังคลอดที่มีรายได้ครอบครัวน้อย จะเห็นว่า มารดาหลังคลอดที่มีรายได้ครอบครัวต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ยังพบว่าปัจจัยรายได้ครอบครัว การรับรู้ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษาของสามี จำนวนบุตร เวลาในการพักผ่อนนอนหลับ และการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้ร้อยละ 13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อย่างไรก็ตาม เมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด กลับพบว่า รายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (Kongyu, 2006) ด้วยเหตุนี้ จึงควรมีการศึกษาถึงความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายระหว่างปัจจัยรายได้ครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น

ชนิดการคลอด เป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด เนื่องจากชนิดการคลอด ซึ่งประกอบด้วย การคลอดปกติทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทำให้มารดาหลังคลอดต้องเผชิญกับอาการไม่สุขสบายจากอาการปวดแผลที่แตกต่างกัน โดยมารดาหลังผ่าตัดคลอดมักจะอาการปวดแผลผ่าตัดมากกว่ามารดาหลังคลอดปกติทางช่องคลอดที่มีอาการปวดแผลฝึ่เย็บ อีกทั้งมารดาหลังผ่าตัดคลอดยังใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังคลอดยาวนานกว่า และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอดมากกว่า (Kor-Anantakul, Suwanrath, Lim, & Chongsuwiwatwong, 2008) รวมทั้งมีโอกาที่จะกลับมานอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลซ้ำเพิ่มขึ้น (Liu et al., 2001) ซึ่งอาจส่งผลให้มารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน โดยจากการศึกษาของทอร์แคน

และคณะ (Torkan et al., 2009) ที่ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดปกติทางช่องคลอดกับมารดาหลังผ่าตัดคลอดโดยศึกษาในมารดาหลังคลอด จำนวน 100 ราย ประกอบด้วยมารดาหลังคลอดปกติทางช่องคลอดและมารดาหลังผ่าตัดคลอดกลุ่มละ 50 ราย โดยทำการวัดคุณภาพชีวิต 2 ครั้งคือ ในระยะ 6-8 สัปดาห์และ 12-14 สัปดาห์หลังคลอด พบว่า ในระยะ 6-8 สัปดาห์หลังคลอด มารดาหลังคลอดปกติทางช่องคลอดมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านความมีชีวิตชีวา (vitality) และด้านภาวะสุขภาพทางจิต (mental health) มากกว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และในระยะ 12-14 สัปดาห์หลังคลอด มารดาหลังคลอดปกติทางช่องคลอดมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการทำงานของร่างกาย (physical functioning) มากกว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สำหรับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของมารดาหลังคลอดที่มีชนิดการคลอดแตกต่างกันทั้ง 2 ระยะดังกล่าวพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ซาดัท และคณะ (Sadat et al., 2013) ซึ่งทำการศึกษาก่อนคลอดของมารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอดในมารดาหลังคลอด กลุ่มละ 150 ราย โดยทำการวัดคุณภาพชีวิต 2 ครั้ง คือในระยะ 2 และ 4 เดือนหลังคลอด พบว่า ในระยะ 2 เดือนหลังคลอด มารดาหลังคลอดปกติทางช่องคลอดมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (physical functioning) มากกว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และในระยะ 4 เดือนหลังคลอด มารดาหลังคลอดปกติทางช่องคลอด มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning) มากกว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของมารดาหลังคลอดไม่แตกต่างกัน ในกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีชนิดการคลอดแตกต่างกันทั้งในระยะ 2 และ 4 เดือนหลังคลอด นอกจากนี้ จากการศึกษาของฮวง และคณะ (Huang et al., 2011) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของมารดาที่อยู่ในระยะ 12 เดือนแรกหลังคลอด ที่คลอดด้วยวิธีการคลอดแตกต่างกัน จำนวน 1,375 ราย ยังพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดปกติทางช่องคลอดและมารดาหลังผ่าตัดคลอด ไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของนิคเพอร์ และคณะ (Nikpour et al., 2011) ที่ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของมารดาที่คลอดทางช่องคลอดกับมารดาที่ผ่าตัดคลอด ในมารดาหลังคลอด 8 สัปดาห์ จำนวน 420 ราย พบว่า มารดาที่คลอดทางช่องคลอดและมารดาหลังผ่าตัดคลอดมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของเอคิน และคณะ (Akýn et al., 2009) กลับพบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตน้อยกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ ในขณะที่มารดาที่คลอดทางช่องคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการและมารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอด มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ จากการศึกษาของมอร์ทาซาไว และคณะ (Mortazavi et al., 2014) ซึ่ง

ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาในระยะหลังคลอด 8 สัปดาห์ จำนวน 340 ราย พบว่า ปัจจัยชนิดการคลอด อุปสรรคจากการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นในขณะตั้งครรภ์ ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และจำนวนบุตร สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้ถึงร้อยละ 44.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จะเห็นว่า ชนิดการคลอดที่แตกต่างกันส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีคุณภาพชีวิตที่ต่างกันและชนิดการคลอดเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด

จำนวนบุตร เป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงภาระงานที่มารดาหลังคลอดจะต้องรับผิดชอบ โดยการมีบุตรที่เพิ่มขึ้นแสดงถึงภาระงานของมารดาหลังคลอดที่ต้องรับผิดชอบมากขึ้นด้วย ซึ่งมารดาหลังคลอดที่มีบุตรหลายคนจะต้องดูแลทั้งทารกแรกเกิด และบุตรคนก่อนซึ่งเป็นภาระงานที่หนักและทำให้มารดาหลังคลอดมีเวลาในการพักผ่อนน้อยลง จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงได้ ทั้งนี้ จากการศึกษาของ เอकिन และคณะ (Akýn et al., 2009) พบว่า มารดาหลังคลอดที่มีบุตรหลายคนมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตน้อยกว่ามารดาหลังคลอดที่มีบุตรเพียงคนเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่าปัจจัยจำนวนบุตร สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดร่วมกับปัจจัยอื่นๆ ได้ร้อยละ 13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมอร์ทาซาไว และคณะ (Mortazavi et al., 2014) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด พบว่า จำนวนบุตรมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยปัจจัยจำนวนบุตร สามารถร่วมกับปัจจัยอื่นๆ ในการทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้ถึงร้อยละ 44.9 แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับอิกรายงานการศึกษาหนึ่งที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนบุตรกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ซึ่งพบว่า จำนวนบุตรมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของมารดาทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (Emmanuel et al., 2012) ด้วยเหตุนี้ จึงควรมีการศึกษาถึงความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายระหว่างปัจจัยจำนวนบุตรกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น

การรบกวนการนอนหลับ

การรบกวนการนอนหลับ เป็นปัจจัยที่เป็นปัญหาสำคัญสำหรับมารดาหลังคลอด เนื่องจากการดาจะต้องตื่นให้ทารกและเปลี่ยนผ้าอ้อมให้บุตรทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด จากการศึกษาของลี แซฟกี และซีแนนี (Lee, Zaffke, & Mcenane, 2000) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนการนอนหลับในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดพบว่า ในระยะหลังคลอด มารดามีประสิทธิภาพของการนอนหลับ

ลดลงโดยการถูกรบกวนการนอนหลับถือเป็นปัญหาสำคัญที่สุดในช่วงเดือนแรกหลังคลอดและโดยเฉพาะอย่างยิ่ง มักเกิดขึ้นในมารดาหลังคลอดครั้งแรก สอดคล้องกับการศึกษาของแองกมัทซูโมโต ชินโกดา มิชิมิ และซีโอ (Kang, Matsumoto, Shinkoda, Mishima, & Seo, 2002) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมนอนหลับของมารดาในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด โดยศึกษาในมารดาก่อนคลอด 5 สัปดาห์ และหลังคลอด 15 สัปดาห์ จำนวน 10 ราย พบว่า ในระยะหลังคลอดมารดาที่มีระยะเวลาในการนอนหลับรวมทั้งหมดสั้นลง ประสิทธิภาพของการนอนหลับลดลงและการต้องตื่นกลางดึกบ่อยขึ้น โดยเฉพาะในสัปดาห์แรกหลังคลอด และจากการศึกษาของเกย์และคณะ (Gay et al., 2004) ที่ทำการศึกษาแบบแผนการนอนหลับและความเหนื่อยล้าของบิดามารดาที่มีบุตรคนแรก โดยศึกษาในกลุ่มสมรสที่เป็นบิดามารดาครั้งแรก ในช่วง 1 เดือนก่อนคลอดถึง 1 เดือนหลังคลอด จำนวน 72 คู่ พบว่า จำนวนชั่วโมงของการนอนหลับในช่วงกลางคืนของมารดาหลังคลอดและสามี มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยระยะเวลาการนอนหลับของมารดาหลังคลอดลดลงเฉลี่ย 41.2 นาทีต่อคืน ซึ่งลดลงมากกว่าช่วงเวลาก่อนนอนของสามีที่ลดลงเฉลี่ยเพียง 15.8 นาทีต่อคืน นอกจากนี้ ยังพบว่าการตื่นนอนในช่วงกลางคืนของมารดาหลังคลอดและสามี มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมารดาหลังคลอดตื่นนอนในช่วงกลางคืนบ่อยครั้งมากกว่าสามี และจากการประเมินการรบกวนการนอนหลับพบว่ามารดาหลังคลอดมีคะแนนเฉลี่ยของการรบกวนการนอนหลับมากกว่าสามี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งนี้ จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการนอนหลับกับคุณภาพชีวิตของบุคคลทั่วไปพบว่า การนอนหลับอย่างเพียงพอหรือการนอนหลับที่มีคุณภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .67, p < .001$) ซึ่งกล่าวได้ว่า บุคคลที่มีการนอนหลับอย่างเพียงพอจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Zeitlhofer et al., 2000) ซึ่งสำหรับมารดาหลังคลอดก็เช่นกัน หากมารดาหลังคลอดนอนหลับอย่างเพียงพอก็จะส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่อย่างไรก็ตาม ดังที่กล่าวข้างต้น มารดาหลังคลอดมักถูกรบกวนการนอนหลับ ทำให้นอนหลับไม่เพียงพอ ซึ่งจะส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีตามมาได้ โดยการรบกวนการนอนหลับ จะทำให้มารดาหลังคลอดมีความเหนื่อยล้ามากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดตามมา ซึ่งจากการศึกษาของ เอคิน และคณะ (Akýn et al., 2009) พบว่า เวลาในการพักผ่อนนอนหลับ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด โดยปัจจัยเวลาในการพักผ่อนนอนหลับ สามารถร่วมกับปัจจัยอื่นๆ ในการทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้ร้อยละ 13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้จากกล่าวได้ว่า ปัจจัยการรบกวนการนอนหลับ ทำให้ระยะเวลาในการนอนหลับของมารดาลดลง จึงมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด

ความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล เป็นอาการแสดงอย่างหนึ่งของภาวะทางจิตใจซึ่งมักเกิดจากการที่มารดาหลังคลอดต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายประการในระยะหลังคลอด ทั้งด้านร่างกายจิตใจ และภาระหน้าที่ต่างๆ ซึ่งเป็นสิ่งใหม่ที่มาดาหลังคลอดจะต้องเรียนรู้เพื่อปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะในมารดาครรภ์แรกซึ่งอาจทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความวิตกกังวลตามมา (McKinney et al., 2009) จากการศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลในระยะหลังคลอดพบว่า มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวลสูงกว่าสตรีโดยทั่วไปที่ไม่ได้อยู่ในระยะของการมีบุตรซึ่งมีมารดาหลังคลอดถึงร้อยละ 10-50 ที่มีความวิตกกังวลในระยะหลังคลอด (Wenzel, Haugen, Jackson, & Brendle, 2005) และในช่วงเดือนแรกหลังคลอด เป็นระยะที่มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวลมากที่สุด (Britton, 2008) ทั้งนี้ โดยส่วนใหญ่มารดาหลังคลอดมักจะมีอาการวิตกกังวลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูทารกแรกเกิดและรูปร่างของตนเองภายหลังคลอด รวมถึงภาวะพ้อจกน้ำองในมารดาที่มีบุตรมากกว่า 1 คน (Nyberg & Sternhufvud, 2000; Smith, 1989) สอดคล้องกับการศึกษาของ สวอร์ด และแวกท์ (Sword & Watt, 2005) ที่พบว่า มารดาในระยะ 4 สัปดาห์หลังคลอด มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการให้นมบุตรและการสังเกตอาการเจ็บป่วยของทารกมากที่สุด ซึ่งหากมารดาหลังคลอดไม่ได้รับคำแนะนำหรือความช่วยเหลือที่เหมาะสม รวมทั้งไม่ได้รับกำลังใจจากบุคคลรอบข้างก็จะทำให้มารดาหลังคลอดขาดความมั่นใจในการดูแลบุตรและส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้นได้ ที่สำคัญความวิตกกังวลนั้นยังมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้วยเช่นกัน โดยจากการศึกษาของเพอร์ไรรา และคณะ (Pereira et al., 2013) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในระยะหลังคลอด ในมารดา ระยะ 3 เดือนหลังคลอด จำนวน 201 ราย พบว่า ความวิตกกังวลในระยะหลังคลอด มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.37, p < .01$) โดยมารดาหลังคลอดที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีการรับรู้คุณภาพชีวิตไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของมาชิโน และคณะ (Mishina et al., 2012) ที่ศึกษาความวิตกกังวลในการเลี้ยงดูบุตรและภาระหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตรต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดที่เลี้ยงดูบุตรตั้งแต่แรกเกิดจนถึงบุตรอายุ 3 เดือน จำนวน 1,229 ราย พบว่า มารดาหลังคลอดถึงร้อยละ 64 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรในระดับปานกลางและร้อยละ 9 มีความวิตกกังวลมาก ส่วนร้อยละ 27 ไม่มีความวิตกกังวลต่อการเลี้ยงดูบุตร ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดที่มีระดับความวิตกกังวลต่างกัน พบว่ามารดาหลังคลอดที่มีระดับความวิตกกังวลมากมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตน้อยกว่ามารดาหลังคลอดที่มีความวิตกกังวลปานกลางและไม่มีวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ จากการศึกษาของเพอร์ไรรา และคานาวาร์โร (Pereira & Canavarro, 2014) ที่ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี

จำนวน 31 ราย และมารดาที่ไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 44 ราย ตั้งแต่ระยะไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ ถึงระยะ 2-4 วันหลังคลอด พบว่า มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความวิตกกังวลมากกว่ามารดาที่ไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมน้อยกว่ามารดาที่ไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนั้น ยังพบว่า ความวิตกกังวลสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 26.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ขณะที่ในมารดาที่ไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวีพบว่า ปัจจัยความวิตกกังวลและปัจจัยอาการแสดงทางร่างกายที่เกิดจากปัญหาทางจิตใจ (somatization) สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ร้อยละ 16.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จะเห็นว่าความวิตกกังวลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดด้วยเช่นกัน

การแสดงบทบาทการเป็นมารดา

การแสดงบทบาทเป็นปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ปัจจัยหนึ่ง สำหรับบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของมารดาหลังคลอด คือการแสดงบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งเป็นสิ่งใหม่ที่เพิ่มขึ้นจากระยะก่อนตั้งครรภ์ ดังนั้น มารดาหลังคลอดนอกจากจะต้องแสดงบทบาทการเป็นมารดาแล้วยังต้องคงไว้ซึ่งบทบาทภรรยา รวมทั้งบทบาทในการเลี้ยงดูบุตรคนก่อนในกรณีที่มิบุตรคนก่อนด้วย การแสดงบทบาทการเป็นมารดานับเป็นภาระที่หนัก เนื่องจากรดาจะต้องดูแลทารกตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้ทารกได้รับความรักและการดูแลที่สมบูรณ์ที่สุด การแสดงบทบาทของมารดาดังกล่าวจึงมักกระทบต่อระยะเวลาในการพักผ่อนนอนหลับของมารดาหลังคลอด ซึ่งมักทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความเหนื่อยล้า อีกทั้ง ในการแสดงบทบาทการเป็นมารดานับเป็นประสบการณ์ใหม่ที่มารดาหลังคลอดจะต้องเรียนรู้และปรับตัวเพื่อให้สามารถแสดงออกถึงบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม มักทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความเครียด ทั้งนี้ จากความเหนื่อยล้าและความเครียดที่เกิดขึ้นจะส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดในที่สุด (Ferrans et al., 2005) จากการศึกษาของเจอร์ดินเจน และเซนเตอร์ (Gjerdingen & Center, 2003) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพในช่วงตั้งครรภ์และหลังคลอด 6 เดือน ของบิดามารดาที่มีบุตรคนแรก จำนวน 261 ราย พบว่า ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (general health) ของมารดาหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลทารก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งระยะเวลาที่มารดาหลังคลอดกับสามีใช้ในการดูแลทารก และระดับการศึกษาของสามีสามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของมารดาหลังคลอดได้ร้อยละ 10 และจากการศึกษาของ ฮังและชัง (Hung & Chung, 2001) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในระยะหลังคลอด การสนับสนุนทาง

สังคม และภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด ในมารดาหลังคลอดจำนวน 526 ราย พบว่า ความเครียดในระยะหลังคลอด ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการไม่ประสบความสำเร็จในการแสดงบทบาทการเป็นมารดา มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด โดยเมื่อมารดาหลังคลอด ไม่ประสบความสำเร็จในการแสดงบทบาทการ จะทำให้มารดาหลังคลอดมีความเครียดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดปัญหาสุขภาพทางจิตใจเพิ่มขึ้น ทั้งในระยะ 1, 3 และ 5 สัปดาห์ หลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของอาฮนและยังบลัท (Ahn & Youngblut, 2007) ที่พบว่า ในการแสดงบทบาทการเป็นมารดา หากมารดาหลังคลอดไม่สามารถ เข้าใจอารมณ์หรือความรู้สึกของทารกจะส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีภาวะสุขภาพไม่ดีในระยะ หลังคลอด เนื่องจากการที่มารดาหลังคลอดไม่สามารถทำความเข้าใจในอารมณ์ ความรู้สึกหรือความต้องการของทารก ก็จะส่งผลให้มารดาไม่สามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้อย่าง เหมาะสม ทำให้มารดาเกิดความเครียดและวิตกกังวลตามมา ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพมารดา หลังคลอด ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่า การแสดงบทบาทการเป็นมารดาเป็นปัจจัยที่ทำให้มารดาหลังคลอด เกิดความเครียด ซึ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอดและกระทบต่อคุณภาพชีวิตของมารดา หลังคลอดในที่สุด นอกจากนี้ จากการศึกษาของมอร์ตอาซาไว และคณะ (Mortazavi et al., 2014) ซึ่ง ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ในมารดาหลังคลอด จำนวน 358 ราย พบว่า มารดาหลังคลอดที่มีอุปสรรคในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามาก มีคะแนน เฉลี่ยคุณภาพชีวิตน้อยกว่ามารดาหลังคลอดที่มีอุปสรรคในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาน้อย อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า อุปสรรคในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มีความ เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของมอร์ตอาซาไว และคณะ (Mortazavi et al., 2014) ที่พบว่า ปัจจัยอุปสรรคจากการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ซึ่งการเลี้ยงบุตรด้วย นมมารดาเป็นกิจกรรมหนึ่งในการแสดงบทบาทมารดา สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดา หลังคลอดร่วมกับปัจจัยอื่นๆ ได้ถึงร้อยละ 44.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จากการศึกษา ข้างต้น จะเห็นได้ว่า การแสดงบทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอดมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพ ชีวิตของมารดาหลังคลอดและเป็นปัจจัยสำคัญอีกหนึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของ มารดาหลังคลอด

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อ คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด เนื่องจาก การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้มารดา หลังคลอดเกิดความรู้สึกทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะหลังคลอด ซึ่งมีผลให้มารดา

หลังคลอดสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ดี โดยเฉพาะการปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา (London et al., 2011) นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยให้มารดาหลังคลอดมีความเหนื่อยล้าลดลง เนื่องจากมีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระหน้าที่ในการดูแลทารก ซึ่งจะส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา (Akýn et al., 2009) ทั้งนี้ เฮาส์ (House, 1981) ได้กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคม 4 ประเภทคือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เช่น การแสดงออกถึงความรัก ความห่วงใย ความเอาใจใส่ ความไว้วางใจ และการให้ความยอมรับนับถือ 2) การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ (appraisal support) เช่น การเปรียบเทียบกับสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับในเชิงบวกจากการปฏิบัติของผู้รับแรงสนับสนุน 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เช่น การให้ข้อมูล คำแนะนำ หรือการให้คำปรึกษา และ 4) การสนับสนุนด้านสิ่งของ (instrumental support) เช่น การให้เวลา การให้กำลังกายหรือกำลังทรัพย์ จากการศึกษาของฮัง และชัง (Hung & Chung, 2001) พบว่า ความเครียดในระยะหลังคลอด ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการขาดแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด โดยเมื่อมารดาหลังคลอดขาดแรงสนับสนุนทางสังคม จะทำให้มารดาหลังคลอดมีความเครียดเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีปัญหาทางจิตใจเพิ่มขึ้น ทั้งในระยะ 1, 3 และ 5 สัปดาห์หลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และจากการศึกษาของเว็บสเตอร์ และคณะ (Webster et al., 2011) ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของมารดาในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับที่แตกต่างกัน จำนวน 320 ราย พบว่า มารดาหลังคลอดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมากกว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของเอคิน และคณะ (Akýn et al., 2009) ที่เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดที่ได้รับการสนับสนุน และไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามีและบุคคลในครอบครัว พบว่า มารดาหลังคลอดที่ได้รับการสนับสนุนจากสามี มีคุณภาพชีวิตดีกว่ามารดาหลังคลอดที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมารดาหลังคลอดที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว มีคุณภาพชีวิตดีกว่ามารดาหลังคลอดที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ ปัจจัยการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้ร้อยละ 13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดมากที่สุด ($\beta = .150$) เช่นเดียวกับการศึกษาของเอ็มมานู และคณะ (Emmanuel et al., 2012) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของมารดาที่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไปและในระยะ 6 และ 12 สัปดาห์หลังคลอด

พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของมารดาทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของมารดาในระยะ 12 สัปดาห์หลังคลอด ได้ร้อยละ 3.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของมารดาในระยะ 6 และ 12 สัปดาห์หลังคลอด ได้ร้อยละ 6.10 และ 11.30 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จะเห็นได้ว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกันส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน และการสนับสนุนทางสังคมนับเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดด้วยเช่นกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมดังที่กล่าวข้างต้น จะเห็นว่าการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดยังมีไม่มากนักโดยเฉพาะการศึกษาในประเทศไทย อีกทั้งยังพบว่า ผลจากการศึกษาในบางปัจจัยยังมีความขัดแย้งกันอยู่และแม้ว่าบางการศึกษาจะมีผลการศึกษาที่สอดคล้องกันแต่ก็พบว่ายังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย จึงยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่ชัดเจนได้ โดยเฉพาะในมารดาหลังคลอดชาวไทยซึ่งมีวัฒนธรรมและชีวิตความเป็นอยู่ที่แตกต่างกันไปจากมารดาหลังคลอดในต่างประเทศ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงอิทธิพลของปัจจัยดังกล่าวข้างต้นต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดชาวไทย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลและส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ชนิดการคลอด จำนวนบุตร การรบกวน การนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดา และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ มารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ มารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ ที่มารับบริการตรวจหลังคลอดตามนัดที่คลินิกวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ ดังนี้

1. ไม่มีโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด
2. คลอดทารกครบกำหนด ทารกไม่มีความพิการแต่กำเนิด และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด
3. สามารถอ่าน เขียนและพูดภาษาไทยได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ regression analysis ของโคเฮน (Cohen, 1988) ซึ่งมีสูตรดังนี้

$$n = \lambda / f^2$$

$$\begin{aligned}\text{โดย } n &= \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง} \\ \lambda &= \text{noncentrality parameter} \\ f^2 &= \text{effect size} = r^2 / 1 - r^2\end{aligned}$$

ในการหาค่า λ จากการเปิดตารางต้องมีการกำหนดค่าต่างๆ ประกอบด้วย ค่าระดับนัยสำคัญ (α) ค่า u (degrees of freedom of the numerator of the F ratio) ค่า v (degrees of freedom of the denominator of the F ratio) และค่า power โดยผู้วิจัยกำหนดค่าต่างๆ ดังนี้

$$\alpha = .05$$

$$u = 9 \text{ (จำนวนตัวแปรอิสระที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้)}$$

$$v = 120 \text{ (เป็นค่าที่ยอมรับได้ซึ่งทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอ) (Cohen, 1988)}$$

$$\text{Power} = .80$$

จากการเปิดตารางที่ 9.4.2 ของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยใช้ค่าที่กำหนดข้างต้นพบว่าได้ค่า $\lambda = 16.7$

สำหรับการหาค่า f^2 หรือค่า effect size จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีการศึกษาใกล้เคียงกับผู้วิจัยพบว่า มีการศึกษาของเพอร์ไรรา และคณะ (Pereira et al., 2013) ซึ่งพบว่าตัวแปรอิสระ (ความวิตกกังวล) มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม (คุณภาพชีวิต) ในขนาดปานกลาง ($r = .37$) เมื่อนำไปแทนค่าในสูตรได้ดังนี้

$$\begin{aligned}f^2 &= r^2 / 1 - r^2 \\ &= (.37)^2 / 1 - (.37)^2 \\ &= .1586\end{aligned}$$

จากการคำนวณได้ค่า $f^2 = .1586$ ถือเป็นค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง ซึ่งมีความเพียงพอในการทดสอบสมมติฐาน จากนั้นนำค่า λ และ f^2 ที่ได้ไปแทนค่าในสูตรเพื่อคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้ดังนี้

$$\begin{aligned}n &= \lambda / f^2 \\ &= 16.7 / .1586 \\ &= 105.29\end{aligned}$$

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจึงไม่ควรน้อยกว่า 106 คน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการดาหลังคลอด จำนวน 110 คน

สถานที่เก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลที่คลินิกวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลรามาริบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งให้บริการตรวจหลังคลอดและวางแผนครอบครัว ในวันอังคารและวันพฤหัสบดี เวลา 08.00-12.00 น. โดยมารดาหลังคลอดที่มาตรวจหลังคลอดจะได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความดันโลหิต จากนั้นมารดาหลังคลอดจะรอเรียกชื่อตามลำดับก่อนหลังประมาณ 30 นาที – 1 ชั่วโมง เพื่อเข้ารับการซักประวัติและรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิดโดยพยาบาลวิชาชีพ แล้วจึงได้รับการตรวจทางช่องคลอด ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและคุมกำเนิด เช่น การใส่ห่วงหรือฝังยาโดยสูติแพทย์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (Demographic Data Form) เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอด ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ชนิดการคลอด และจำนวนบุตร

2. แบบสอบถามการรบกวนการนอนหลับ (The General Sleep Disturbance Scale) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรบกวนการนอนหลับของลี (Lee, 1992) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดยจรัสศรี ชีระกุลชัย (Theerakulchai, 2004) ซึ่งแบบสอบถามฉบับภาษาไทยนี้ ผู้แปลได้ปรับลดข้อคำถามจากเดิม 21 ข้อ เหลือ 16 ข้อ เพื่อให้เหมาะกับการใช้ประเมินการรบกวนการนอนหลับของมารดาชาวไทย ข้อคำถามครอบคลุมการรบกวนการนอนหลับในด้านความลำบากในการนอนหลับ การตื่นระหว่างนอนหลับ การตื่นก่อนเวลาอันควร คุณภาพและปริมาณการนอนหลับ ความเหนื่อยล้าและความตื่นตัวในช่วงกลางวัน ข้อคำถามจำนวน 16 ข้อนี้มี 3 ข้อที่มีความหมายในเชิงบวกคือ ข้อ 4, 10 และ 11 ซึ่งต้องกลับคะแนนก่อนนำไปวิเคราะห์ ส่วนข้อคำถามที่เหลือ 13 ข้อ มีความหมายในเชิงลบ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 8 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยเลย (0 คะแนน) ถึงทุกวัน (7 คะแนน) ค่าคะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-112 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดาหลังคลอดมีการรบกวนการนอนหลับมาก คะแนนรวมน้อยหมายถึง มารดาหลังคลอดมีการรบกวนการนอนหลับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (validity)

ลี (Lee, 1992) นำแบบสอบถามการรบกวนการนอนหลับ (The General Sleep Disturbance scale) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ต่อมา จรัสศรี ชีระกุลชัย (Theerakulchai, 2004) ได้นำแบบสอบถามการรบกวนการนอนหลับของลี มาแปลเป็นภาษาไทยและให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาไทยและอังกฤษทำการแปลกลับ จากนั้นได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมทางด้านภาษา หลังจากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) เนื่องจากผู้วิจัยไม่ได้ทำการดัดแปลงเครื่องมือดังกล่าวและมีผู้ใช้เครื่องมือนี้ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระยะ 3 วันและ 6 สัปดาห์หลังคลอด (รัชดา วงษ์นิพนธ์, 2552) ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษา

การตรวจสอบความเที่ยง (reliability)

ลี (Lee, 1992) ได้นำแบบสอบถามการรบกวนการนอนหลับไปหาค่าความเที่ยง พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .88 ต่อมา จรัสศรี ชีระกุลชัย (Theerakulchai, 2004) นำเครื่องมือที่แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงไปตรวจสอบความเที่ยงในมารดาหลังคลอด ได้ค่าค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ .86 ซึ่งต่อมารัชดา วงษ์นิพนธ์ (2552) นำเครื่องมือฉบับภาษาไทยไปตรวจสอบความเที่ยง ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระยะ 3 วันและ 6 สัปดาห์หลังคลอด ได้ค่าค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ .85

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรบกวนการนอนหลับไปใช้กับมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์เหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย แล้วคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้เท่ากับ .77 ต่อจากนั้นนำแบบสอบถามนี้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 110 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ .81

3. แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Trait Anxiety Inventory Form X-I)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของสปีลเบอร์เกอร์ และคณะ (Spielberger et al., 1970) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยนิตยา คชภักดี สายฤดี วรกิจโกคาทร และมาลี นิสสัยสุข (2526) มาใช้ในการประเมินความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่เกิดขึ้นขณะเผชิญกับเหตุการณ์ในระยะหลังคลอด ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ มีข้อที่มีความหมายในเชิงบวกจำนวน

10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20 ซึ่งต้องกลับคะแนนก่อนนำไปวิเคราะห์ที่เหลือ 10 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่ตรงเลย (1 คะแนน) ถึงตรงมากที่สุด (4 คะแนน) ค่าคะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมน้อย หมายถึง มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวลต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (validity)

สปีลเบร์เกอร์ และคณะ (Spielberger et al., 1970) ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ ในนักศึกษาระดับอุดมศึกษาจากสถานการณ์ที่แตกต่างกัน 4 สถานการณ์ คือ ภาวะผ่อนคลาย ภาวะปกติ ภาวะเครียดจากการสอบ และภาวะเครียดจากการดูภาพยนตร์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลขณะเผชิญเรียงจากน้อยไปมากในสถานการณ์ทั้ง 4 สถานการณ์ และมีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงว่าเครื่องมือดังกล่าวมีความตรงตามโครงสร้าง ต่อมา นิตยา คชภักดี สายฤดี วรกิจโกภาทร และมาลี นิสสัยสุข (2526) ได้นำแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state trait anxiety inventory form X-I) ของสปีลเบร์เกอร์และคณะ (Spielberger et al., 1970) มาแปลเป็นภาษาไทยและนำไปตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมด้านภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านเครื่องมือและภาษา จากนั้นทำการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามให้มีความชัดเจนด้านเนื้อหาและมีความเหมาะสมด้านภาษามากยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) เนื่องจากผู้วิจัยไม่ได้ทำการดัดแปลงเครื่องมือดังกล่าว และมีผู้ใช้เครื่องมือนี้ในกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม เช่น มารดาหลังคลอดที่อยู่ไฟ (ฐิติรัตน์ หมั่นศรีชัย, 2550) และมารดาที่ทารกแรกเกิดมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการส่องไฟ (จันทร์ภา ว่องวัฒนกุล, 2552) ซึ่งในแต่ละการศึกษาให้ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่มีความตรงตามเนื้อหา

การตรวจสอบความเที่ยง (reliability)

สปีลเบร์เกอร์ และคณะ (Spielberger et al., 1970) ได้นำแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญไปหาความเที่ยง พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ .83 - .94 ต่อมา ชมชื่น สมประเสริฐ (2526) นำแบบประเมินฉบับภาษาไทย ไปศึกษาในเรื่องผลของการฝึกสมาธิต่อระดับความวิตกกังวล แล้วทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (Test-retest method) ในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson , s product moment correlation) เท่ากับ 0.27 ต่อมา มีผู้นำแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญฉบับภาษาไทยไปใช้อย่างแพร่หลายและผลการตรวจสอบความเที่ยง พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง เช่น มารดา

ครรภ์แรกผ่าคลอดทางหน้าท้อง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 (กัญจน์ พัตริยะ, 2530) มารดาหลังคลอดที่อยู่ไฟ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 (จิตร์ตัน หมื่นศรีชัย, 2550) และมารดาที่ทารกแรกเกิดมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการส่องไฟ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 (จันทร์หา ว่องวัฒนกุล, 2552)

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญไปใช้กับมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์เหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย แล้วคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้เท่ากับ .88 ต่อจากนั้นนำแบบประเมินนี้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 110 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ .86

4. แบบวัดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา (The Maternal Role Attainment Scale)

ผู้วิจัยนำแบบวัดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของศรีสมร ภูมณสกุล และกอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2546) ที่สร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดของรูบิน (Rubin, 1967) และเมอร์เซอร์ (Mercer, 1981) มาใช้ในการประเมินความรู้สึกหรือความคิดเห็นของมารดาหลังคลอดที่มีต่อการทำหน้าที่ในการเป็นมารดา ประกอบด้วยการประเมิน 3 ด้านคือ ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการเป็นมารดา ความพึงพอใจในบทบาทมารดา และความผูกพันกับบุตรโดยศรีสมร ภูมณสกุล และกอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2546) สร้างข้อคำถามจากข้อมูลเชิงคุณภาพได้ 145 ข้อ และให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากนั้นนำไปวิเคราะห์โครงสร้างและองค์ประกอบด้วย Factor Analysis แล้วตัดข้อคำถามออกเหลือ 34 ข้อ และนำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือพบว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ต่อมาศรีสมร ภูมณสกุล อรพรรณ สมบูรณ์ทรัพย์ และอุษา ศิริวัฒนโชค (2547) ได้พัฒนาแบบวัดให้มีความกระชับขึ้นเป็นแบบวัดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา Form A และ Form B แล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพ พบว่าแบบวัดทั้งสองสามารถนำมาใช้ประเมินความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาได้เช่นเดียวกัน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้เลือกใช้แบบวัดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา (Form B) จำนวน 23 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) ค่าคะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 23-115 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดาหลังคลอดแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้ดี คะแนนรวมน้อย หมายถึง มารดาหลังคลอดแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้ไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (validity)

ศรีสมร ภูมณสกุล และคณะ (2547) ได้นำแบบวัดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา (Form B) ไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ โดยตรวจสอบความตรงตามสภาพ (Convergent validity) ด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับแบบวัดการ

คำรบบาทมารดาครั้งแรกของพริตแฮมและซาง (What Being the Parent of a New Baby Is Like: WPL-R) พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33, p < .05$) และได้วิเคราะห์ความตรงตามโครงสร้างทางทฤษฎี (Construct validity) โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) พบว่า แบบวัดนี้สามารถสะท้อนองค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในบทบาทมารดา ด้านความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการเป็นมารดา และด้านความผูกพันกับบุตร ซึ่งแสดงว่าแบบวัดนี้มีความตรงตามเนื้อหา

สำหรับการศึกษาค้างนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) เนื่องจากไม่ได้ทำการดัดแปลงเครื่องมือดังกล่าวและมีผู้ใช้เครื่องมือนี้ในกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ (อดิณา ศรีสมบูรณ์, เขวลักษณ์ เสรีเสถียร, จวีวรรณ อยู่สำราญ และวรรณ พาทูวัฒนกร, 2553) ซึ่งให้ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่มีความตรงตามเนื้อหา

การตรวจสอบความเที่ยง (reliability)

ศรีสมร ภูมณสกุล และคณะ (2547) นำแบบวัดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา (Form B) ไปตรวจสอบความเที่ยงในมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ ด้วยการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชของแบบวัดทั้งฉบับเท่ากับ .89 ต่อมา อดิณา ศรีสมบูรณ์ และคณะ (2553) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ .90 และ นภัสนันท์ สุขเกษม (2552) นำไปใช้กับมารดาที่มาตรวจหลังคลอดในระยะ 4-6 สัปดาห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ .93

สำหรับการศึกษาค้างนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาไปใช้กับมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์เหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย แล้วคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้เท่ากับ .84 ต่อจากนั้นนำแบบวัดนี้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 110 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ .87

5. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (The Postpartum Support Questionnaire) ผู้วิจัยนำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของลอกซ์ดอน และคณะ (Logsdon et al., 1994) ที่สร้างขึ้นโดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) และโครเนนเวท (Cronenwett, 1985) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยพรทิพย์ วงศ์วิเศษศิริกุล (2540) มาใช้ในการประเมินการรับรู้ของมารดาหลังคลอดต่อการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากคู่สมรส บุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นๆ ใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ด้านการประเมินเปรียบเทียบ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 34 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบวัดมาตราส่วน

ประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เป็นความจริงเลย (1 คะแนน) ถึงเป็นจริงมากที่สุด (5 คะแนน) ค่าคะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 34-170 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดาหลังคลอดได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ส่วนคะแนนรวมน้อย หมายถึง มารดาหลังคลอดได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (validity)

ลอคซ์ดอน และคณะ (Logsdon et al., 1994) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลแม่และเด็ก จำนวน 2 ท่าน และมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก จำนวน 6 ราย และตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) โดยใช้วิธีวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่า มีองค์ประกอบตามที่ผู้สร้างกำหนดไว้ ต่อมา พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล (2540) ได้นำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมมาแปลเป็นภาษาไทยและนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านภาษาศาสตร์สามารถแปลข้อความกลับเป็นภาษาอังกฤษได้ใกล้เคียง

สำหรับการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) เนื่องจากไม่ได้ทำการดัดแปลงเครื่องมือดังกล่าว และมีผู้ใช้เครื่องมือนี้ในกลุ่มตัวอย่างต่างๆ เช่น มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (รัชดา วงษ์นิพนธ์, 2552) มารดาหลังคลอด 4-6 สัปดาห์ (Thongsawan, 2000) มารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ (Choketaweepanich, 2000; Buaphut, 2002) ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษา

การตรวจสอบความเที่ยง (reliability)

ลอคซ์ดอน และคณะ (Logsdon et al., 1994) ได้นำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมไปหาค่าความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้ในมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก ซึ่งสอบถามก่อนคลอด 1 เดือนและหลังคลอด 1 เดือน พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ .90 - .93 ต่อมา พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล (2540) นำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ฉบับภาษาไทยไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่มีบุตรคนแรก ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ .94 และต่อมามีผู้นำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ฉบับภาษาไทยไปใช้อย่างแพร่หลายและทำการตรวจสอบความเที่ยง พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง เช่น มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 (รัชดา วงษ์นิพนธ์, 2552) มารดาหลังคลอด 4-6 สัปดาห์ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 (Thongsawan, 2000) มารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95 และ .96 (Choketaweepanich, 2000; Buaphut, 2002)

สำหรับการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมไปใช้กับมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์เหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย แล้วคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้เท่ากับ .95 ต่อจากนั้นนำแบบวัดนี้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 110 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ .95

6. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ผู้วิจัยนำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2545) มาใช้ในการประเมินการรับรู้คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด โดยผู้วิจัยทำการดัดแปลงเนื้อหาในเครื่องชี้วัดให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างก่อนนำไปใช้ แบบสอบถามดังกล่าวมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสัมพันธภาพทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ มีข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9 และ 11 ซึ่งต้องกลับคะแนนก่อนนำไปวิเคราะห์ ส่วนข้อที่เหลือเป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคย (1 คะแนน) ถึงมากที่สุด (5 คะแนน) ค่าคะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 26-130 คะแนน ซึ่งองค์การอนามัยโลกแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต ดังนี้

คะแนน 26-60 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61-95 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 96-130 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (validity)

สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2545) ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือนี้ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญทางภาษาทำการตรวจสอบและปรับปรุงข้อคำถามแล้วนำเครื่องมือนี้ไปทดสอบใช้กับคนไทยที่มีพื้นฐานทางภาษาที่แตกต่างกัน จากนั้นจึงทำการปรับปรุงข้อคำถามให้ชัดเจนยิ่งขึ้นแล้วทำการทดสอบซ้ำจำนวน 3 รอบ จนเครื่องมือมีความชัดเจน

สำหรับการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2545) มาทำการดัดแปลงข้อคำถามเพื่อให้เหมาะสมในการใช้วัดคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องชี้วัดที่ดัดแปลงแล้วนั้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) และ

ความเหมาะสมของภาษา แล้วนำผลการตรวจสอบมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .96

การตรวจสอบความเที่ยง (reliability)

สุวรรณ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2545) หาความเที่ยงของเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยนำไปทดลองใช้ในคนไทยที่มีพื้นฐานทางภาษาที่แตกต่างกันพบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ .84

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ที่ดัดแปลงมาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตที่แปลโดยสุวรรณ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2545) ไปใช้กับมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์เหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย แล้วคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้เท่ากับ .93 ต่อจากนั้นนำเครื่องชี้วัดนี้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 110 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอความเห็นชอบในการทำวิจัยครั้งนี้ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการฯ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดีแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าคลินิกวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัย มหิดล เพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยรวมถึงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับการอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างนับตั้งแต่ขั้นตอนการเริ่มต้นเก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งการนำเสนอผลการวิจัย โดยผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการและระยะเวลาในการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้นและนำเสนอในภาพรวมไม่เปิดเผยเป็นรายบุคคล รวมทั้งการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลรามาธิบดี จากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามจนเป็นที่เข้าใจตรงกัน โดยที่กลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะมีการเซ็นยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยดังกล่าวด้วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยคลินิกวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยศึกษาจากแฟ้มประวัติของมารดาหลังคลอด ซึ่งจะเก็บข้อมูลทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดี เวลา 08.00-12.00 น.
4. ผู้วิจัยเข้าพบมารดาหลังคลอดที่คัดเลือกไว้ ในขณะที่มารดาหลังคลอดรอเรียกชื่อตามลำดับเพื่อเข้ารับการตรวจหลังคลอด โดยผู้วิจัยแนะนำตัวและเชิญมารดาหลังคลอดเข้าร่วมการวิจัย พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการ ระยะเวลา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียใจเข้าร่วมการวิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
5. ผู้วิจัยมอบแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างและอธิบายถึงวิธีการในการตอบแบบสอบถามโดยละเอียด พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามจนเป็นที่เข้าใจตรงกัน
6. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา สำหรับการตอบแบบสอบถามทั้งหมดจะใช้เวลาประมาณ 30 นาที
7. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะทำการรวบรวมแบบสอบถามโดยผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบในแบบสอบถามชุดนั้นๆ ก่อนเก็บแบบสอบถามทุกครั้งและหากพบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบข้อคำถามไม่ครบ ผู้วิจัยจะแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจนครบถ้วนและกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย
8. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามในแต่ละชุดมาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง มาวิเคราะห์ค่าตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ จำนวนปีของการศึกษา จำนวนบุตร รายได้ ครอบครัว โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และชนิดการคลอดโดยการหาค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์คะแนนการรบกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดา การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด โดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ชนิดการคลอด จำนวนบุตร การรบกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดา การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)
4. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของอายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ชนิดการคลอด จำนวนบุตร การรบกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดา การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน โดยในการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ กำหนดไว้ว่าตัวแปรที่นำมาวัดได้จะต้องเป็นตัวแปรที่อยู่ในระดับอันตรภาค (interval scale) ขึ้นไป ดังนั้นในการคำนวณจึงต้องมีการปรับตัวแปรที่อยู่ในระดับนามบัญญัติ (nominal scale) ซึ่งได้แก่ ตัวแปรชนิดการคลอด ให้เป็นตัวแปรที่วัดได้ในระดับอันตรภาค (interval scale) โดยการกำหนดรหัสแบบ dummy coding ดังนี้

รหัส 0 หมายถึง ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

รหัส 1 หมายถึง คลอดทางช่องคลอด

สำหรับการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นตามข้อกำหนด (Munro, 2005) ดังนี้

1. ข้อมูลของตัวแปรแต่ละตัวมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ (normality) ตรวจสอบโดยการทดสอบการแจกแจงแบบปกติด้วยสถิติ Komogorov Smirnov test ผลการทดสอบพบว่า ตัวแปรการรบกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดา การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตมีการแจกแจงแบบปกติ ($p > .05$) ยกเว้นตัวแปรอายุ ระดับ

การศึกษา รายได้ครอบครัว และจำนวนบุตรที่มีการแจกแจงไม่เป็นปกติ ($p < .05$) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการแปลงข้อมูล (data transformation) ตัวแปรดังกล่าวด้วยวิธีการทางสถิติ (statistical methods) ดังนี้

อายุ มีความเบ้เป็นลบ (skewness = $-.03$) เล็กน้อย จึงแปลงข้อมูลตัวแปรโดยใช้สูตร $NewX = \sqrt{K-X}$ (Tabachnick & Fidell, 2013) หลังจากการแปลงข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติพบว่า ข้อมูลของตัวแปรอายุมีการแจกแจงแบบปกติ ($p > .05$)

ระดับการศึกษา มีความเบ้เป็นลบ (skewness = $-.73$) จากการแปลงข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติ พบว่า ตัวแปรมีความเบ้มากจนไม่สามารถแปลงข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติได้ ผู้วิจัยจึงทำการกำหนดรหัสด้วยวิธี dummy coding ให้กับตัวแปรก่อนนำไปวิเคราะห์ดังนี้

รหัส 0 หมายถึง ต่ำกว่าปริญญาตรี

รหัส 1 หมายถึง ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

รายได้ครอบครัว มีความเบ้เป็นบวก (skewness = 3.79) จากการแปลงข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติ พบว่า ตัวแปรมีความเบ้มากจนไม่สามารถแปลงข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติได้ ผู้วิจัยจึงทำการกำหนดรหัสด้วยวิธี dummy coding ให้กับตัวแปรก่อนนำไปวิเคราะห์ดังนี้

รหัส 0 หมายถึง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30,000 บาท/เดือน

รหัส 1 หมายถึง มากกว่า 30,000 บาท/เดือน

จำนวนบุตร มีความเบ้เป็นบวก (skewness = 1.33) จากการแปลงข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติ พบว่า ตัวแปรมีความเบ้มากจนไม่สามารถแปลงข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติได้ ผู้วิจัยจึงทำการกำหนดรหัสด้วยวิธี dummy coding ให้กับตัวแปรก่อนนำไปวิเคราะห์ดังนี้

รหัส 0 หมายถึง จำนวนบุตรเท่ากับ 1 คน

รหัส 1 หมายถึง จำนวนบุตรมากกว่า 1 คน

สำหรับตัวแปรชนิดการคลอด ไม่ได้ทำการทดสอบการกระจายแบบปกติ เนื่องจากเป็นตัวแปรที่มีระดับการวัดแบบมาตรนามบัญญัติและผู้วิจัยได้กำหนดรหัสด้วยวิธี dummy coding ให้กับตัวแปรก่อนนำไปวิเคราะห์ดังที่กล่าวไว้ข้างต้น สรุปว่าข้อมูลของตัวแปรที่ศึกษามีการแจกแจงแบบปกติ แสดงว่าการวิเคราะห์ครั้งนี้ไม่ละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นเรื่อง normality

2. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity)

ตรวจสอบได้โดยการทำ scatter plot ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม กราฟที่ได้ควรมีลักษณะเป็นเส้นตรง ผลการทดสอบพบว่า กราฟ scatter plot ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามทุกคู่มีลักษณะเป็นเส้นตรง สรุปว่าตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง แสดงว่าการวิเคราะห์ครั้งนี้ไม่ละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นเรื่อง linearity

3. ค่าความแปรปรวนของตัวแปรตามสำหรับทุกค่าของผลรวมตัวแปรอิสระต้องเท่ากัน (homoscedasticity) ตรวจสอบโดยการทำการหากราฟระหว่างตัวแปรตามบนแกน X และตัวแปรตามมาตรฐานบนแกน Y ผลการทดสอบพบว่า จากการสร้างกราฟระหว่างตัวแปรตามคือคุณภาพชีวิตบนแกน X และตัวแปรตามมาตรฐานคือค่า standardized predicted value บนแกน Y ได้เส้นสมการทำนายที่มีลักษณะเอียงจากมุมล่างซ้ายไปยังมุมบนด้านขวา สรุปว่าค่าความแปรปรวนของตัวแปรตามสำหรับทุกค่าของผลรวมตัวแปรอิสระเท่ากัน แสดงว่าการวิเคราะห์ครั้งนี้ไม่ละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นเรื่อง homoscedasticity

4. ค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง ซึ่งค่าความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์กันเอง (autocorrelation) ตรวจสอบโดยใช้สถิติ Durbin-Watson ในการทดสอบ ผลการทดสอบพบว่า ค่าสถิติ Durbin-Watson test ที่ได้มีค่าเท่ากับ 2.04 ซึ่งมีค่ามากกว่าค่าที่กำหนดไว้ ($d_U = 1.89$) สรุปว่าค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นไม่มีความสัมพันธ์กันเอง แสดงว่าการวิเคราะห์ครั้งนี้ไม่ละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นเรื่อง autocorrelation

5. ตัวแปรอิสระทั้งหลายที่ใช้ศึกษาต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเองซึ่งในทางปฏิบัติตัวแปรอิสระมักมีความสัมพันธ์กันเองโดยจะทำให้เกิดปัญหาเรื่อง multicollinearity ก่อนข้างมากโดยเฉพาะค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันที่มีค่ามากกว่า 0.85 และสามารถตรวจสอบได้ด้วยค่า tolerance และค่า Variance Inflation Factor (VIF) ผลการทดสอบพบว่าตัวแปรอิสระที่ศึกษามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันน้อยกว่า 0.85 นอกจากนี้ ผลการทดสอบยังพบว่า tolerance มีค่าอยู่ระหว่าง 0.79-1.00 และ VIF มีค่าอยู่ระหว่าง 1.00-1.26 (มี multicollinearity เมื่อ $\text{tolerance} < 0.2$, $\text{VIF} > 10$) (Field, 2013) จึงสรุปได้ว่าตัวแปรอิสระที่ใช้ศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กันเอง แสดงว่าการวิเคราะห์ครั้งนี้ไม่ละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นเรื่อง multicollinearity

จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติความถดถอยพหุคูณดังกล่าว พบว่าผลการทดสอบเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นซึ่งสามารถทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามที่ต้องการศึกษาได้

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ชนิดการคลอด จำนวนบุตร การรบกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดา และการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของ มารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ ที่มารับบริการตรวจหลังคลอด ตามนัดที่คลินิกวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 110 ราย ซึ่งผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ จำนวน 110 ราย มีอายุระหว่าง 17-39 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 28 ปี (Mean = 27.76, SD = 5.24) โดยมีอายุอยู่ในช่วง 20-34 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 85.45) มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 51.80) ที่เหลือมีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 48.20) โดยมีระยะเวลาในการศึกษาเฉลี่ย 14 ปี (Mean = 13.79, SD = 2.86) มีรายได้ครอบครัวอยู่ระหว่าง 15,000-30,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด (ร้อยละ 52.70) โดยส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัว 30,000 บาทต่อเดือน (Mode = 30,000) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.60) คลอดบุตรคนปัจจุบันด้วยวิธีการคลอดทางช่องคลอด ที่เหลือ (ร้อยละ 36.40) คลอดบุตรคนปัจจุบันด้วยวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างมีบุตรตั้งแต่ 1-4 คน ซึ่งมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 59.10) มีบุตร 1 คน ที่เหลือมีบุตรมากกว่า 1 คน (ร้อยละ 40.90) (ตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 110)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
< 20	6	5.45
20-34	94	85.45
> 34	10	9.10
Range = 17-39 ปี Mean = 27.76 ปี SD = 5.24 Skewness = -.03		
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	57	51.80
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	53	48.20
Range = 6-18 ปี Mean = 13.79 ปี SD = 2.86 Skewness = -.73		
รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)		
< 15,000	8	7.30
15,000-30,000	58	52.70
>30,000	44	40.00
Range = 3,000-200,000 บาท/เดือน Mean = 36,493.64 บาท/เดือน SD = 28,344.92		
Mode = 30,000 Median = 30,000 Skewness = 3.79		
ชนิดการคลอด		
คลอดทางช่องคลอด	70	63.60
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	40	36.40
จำนวนบุตร (คน)		
1	65	59.10
> 1	45	40.90
Range = 1-4 คน Skewness = 1.33		

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรบกวนการนอนหลับ อยู่ระหว่าง 4-91 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 48.40 คะแนน (SD = 17.36) คะแนนความวิตกกังวล อยู่ระหว่าง 25-67 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 43.50 คะแนน (SD = 7.70) คะแนนการแสดงบทบาทการเป็นมารดา อยู่ระหว่าง 77-115 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 102.34 คะแนน (SD = 6.97) คะแนนการสนับสนุนทางสังคม อยู่ระหว่าง 54-165 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 113.99 คะแนน (SD = 23.91) และคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ระหว่าง 70-124 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 96.49 คะแนน (SD = 13.68) (ตารางที่ 4.2) เมื่อพิจารณาระดับคะแนนคุณภาพชีวิตพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่ง (ร้อยละ 54.50) มีคะแนนคุณภาพชีวิตระดับดี ที่เหลือ (ร้อยละ 45.50) มีคะแนนคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (ตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเบ้ ของคะแนนการรบกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดา การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต (n = 110)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความเบ้
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง			
การรบกวนการนอนหลับ	0 - 112	4 - 91	48.40	17.36	-.013
ความวิตกกังวล	20 - 80	25 - 67	43.50	7.70	.156
การแสดงบทบาทการเป็นมารดา	23 - 115	77 - 115	102.34	6.97	-.463
การสนับสนุนทางสังคม	34 - 170	54 - 165	113.99	23.91	-.216
คุณภาพชีวิต	26 - 130	70 - 124	96.49	13.68	-.049

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนคุณภาพชีวิต (n = 110)

ระดับคะแนนคุณภาพชีวิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตที่ดี (96 - 130 คะแนน)	60	54.50
คุณภาพชีวิตปานกลาง (61 - 95 คะแนน)	50	45.50

ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัย: ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ชนิดการคลอด จำนวนบุตร การรบกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดา และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) พบว่า อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .07, .08$, และ $.06$ ตามลำดับ $p > .05$) ส่วนชนิดการคลอด มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.11$, $p > .05$) สำหรับจำนวนบุตร มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.22$, $p < .05$) การรบกวนการนอนหลับและความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.37$, และ $-.57$ ตามลำดับ, $p < .05$) ส่วนการแสดงบทบาทการเป็นมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .49$, $p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .75$, $p < .05$) (ตารางที่ 4.4)

จากการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ด้วยปัจจัยอายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ชนิดการคลอด จำนวนบุตร การรบกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดาและการสนับสนุนทางสังคม โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) พบว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการการถดถอยพหุคูณในขั้นแรก ซึ่งสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้ถึงร้อยละ 56.60 ($F_{1, 108} = 141.026$, $p < .05$) ต่อมาพบว่า ความวิตกกังวล เป็นตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการการถดถอยพหุคูณในขั้นที่ 2 ซึ่งสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 14.60 โดยตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมและความวิตกกังวล สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้ร้อยละ 71.20 ($F_{1, 107} = 54.097$, $p < .05$) และพบว่า การแสดงบทบาทการเป็นมารดา เป็นตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการการถดถอยพหุคูณในขั้นที่ 3 ซึ่งสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.60 โดยตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และการแสดงบทบาทการเป็นมารดา สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้ร้อยละ

72.80 ($F_{1, 106} = 6.313, p < .05$) หลังจากนั้นไม่มีตัวแปรใดถูกเลือกเข้าในสมการการถดถอยพหุคูณอีก (ตารางที่ 4.5) ดังนั้น สมมติฐานการวิจัยจึงได้รับการสนับสนุนเพียงบางส่วน

ตารางที่ 4.4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ($n = 110$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. อายุ	1									
2. ระดับการศึกษา	-.31*	1								
3. รายได้ครอบครัว	-.38*	.47*	1							
4. ชนิดการคลอด	.16*	-.17*	-.15	1						
5. จำนวนบุตร	-.21*	-.28*	-.07	.16*	1					
6. การรบกวนการนอนหลับ	-.10	-.06	-.08	.02	.08	1				
7. ความวิตกกังวล	-.09	.06	.09	.18*	.08	.54*	1			
8. การแสดงบทบาท- การเป็นมารดา	.12	-.04	-.14	-.09	.02	-.12	-.31*	1		
9. การสนับสนุน ทางสังคม	.13	.13	.08	.01	-.24*	-.25*	-.28*	.40*	1	
10. คุณภาพชีวิต	.07	.08	.06	-.11	-.22*	-.37*	-.57*	.49*	.75*	1

* $p < .05$

ตารางที่ 4.5 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) (n = 110)

ขั้น	ตัวแปรทำนาย	R ²	R ²	S.E.	F	Sig F
			Change		Change	
1	Constant = 47.419					
	การสนับสนุนทางสังคม	.566	.566	.036	141.026	.000
2	Constant = 85.427					
	ความวิตกกังวล	.712	.146	.096	54.097	.000
3	Constant = 57.437					
	การแสดงบทบาทการเป็นมารดา	.728	.016	.112	6.313	.013

บทที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด และอิทธิพลของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ชนิดการคลอด จำนวนบุตร การรับกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดา และการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด จากผลการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะอภิปรายผลในประเด็นต่อไปนี้เป็นลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ระดับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด และปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ตามลำดับดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

มารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุเฉลี่ย 28 ปี โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.45) มีอายุระหว่าง 20-34 ปี นับเป็นสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีวุฒิภาวะสมบูรณ์ มีพัฒนาการด้านร่างกายที่เจริญเต็มที่และมีภาวะจิตใจที่มั่นคง ซึ่งเป็นช่วงวัยที่เหมาะสมแก่การมีบุตร (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549) และกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการศึกษาเฉลี่ยเท่ากับ 14 ปี ซึ่งสูงกว่าการศึกษาภาคบังคับที่พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติได้กำหนดไว้คือ 9 ปี (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎมนตรี, 2545) โดยเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.2) สำเร็จการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป นับเป็นระดับการศึกษาที่ค่อนข้างสูงแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาที่เพียงพอ ซึ่งการศึกษาจะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาด้านสติปัญญา ความสามารถในการเรียนรู้และการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ โดยเฉพาะการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงหลายประการในระยะหลังคลอดที่กลุ่มตัวอย่างจะต้องเผชิญ อีกทั้งระดับการศึกษายังมีผลต่ออาชีพและรายได้ด้วย โดยพบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ครอบครัว 30,000 บาท/เดือน (Mode = 30,000) ซึ่งมากกว่ารายได้ครัวเรือนเฉลี่ยของประเทศไทยที่เท่ากับ 23,236 บาทต่อเดือนต่อครัวเรือน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) ทั้งนี้ รายได้ที่มีมั่นคงและเพียงพอต่อการใช้จ่ายจะช่วยให้บุคคลสามารถตอบสนองความต้องการในการดำเนินชีวิตได้เป็นอย่างดี จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเป็นอยู่ที่ดี ไม่เกิดความเครียดหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น

ในระยะหลังคลอด นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 63.60) คลอดบุตรคนปัจจุบันด้วยวิธีการคลอดทางช่องคลอด ซึ่งมีการเสียเลือด อากาเร้น้อยอ่อนเพลีย รวมถึงอาการเจ็บแผลน้อยกว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Thompson et al., 2002) จึงมีการฟื้นตัวเร็วกว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (McKinney et al., 2009) และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 59.10) มีบุตร 1 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในสังคมเมืองที่ปัจจุบันสามีและภรรยาต้องออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้จึงส่งผลให้มีบุตรเพียง 1-2 คน โดยมารดาที่มีบุตร 1 คน จะมีการเลี้ยงดูบุตรน้อยกว่ามารดาที่มีบุตรหลายคน ซึ่งปัจจัยลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่กล่าวมานี้จะส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

ระดับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 96.49 คะแนน (SD = 13.68) โดยกลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54.50) มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (96-130 คะแนน) สอดคล้องกับการศึกษาของมอร์ธาซาไว และคณะ (Mortazavi et al., 2014) ที่พบว่ามารดาในระยะ 8 สัปดาห์หลังคลอด ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี และจากการศึกษาของเจอร์ดินเจน และเซนเตอร์ (Gjerdingen & Center, 2003) ที่พบว่ามารดาที่มีบุตรคนแรกในช่วง 6 เดือนหลังคลอดมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีเช่นกัน รวมถึงการศึกษาของสมคิด คงอยู่ (Kongyu, 2006) ที่พบว่ามารดาที่ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อสภาพชีวิตของตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมที่เป็นไปตามเป้าหมายและความคาดหวังของตนเอง รวมทั้งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมเกินกว่าครึ่งหนึ่ง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิต ($r = .75, p < .05$) ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อมารดาหลังคลอดได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งในด้านอารมณ์ เช่น ได้รับความรัก และความเอาใจใส่ในเรื่องต่างๆ จากบุคคลรอบข้าง จะทำให้มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวตนเองเป็นที่รักและเป็นที่สนใจแก่บุคคลรอบข้าง ด้านการประเมินเปรียบเทียบ เช่น ได้รับความชมเชยจากบุคคลรอบข้างเกี่ยวกับการดูแลบุตร จะทำให้มารดาหลังคลอดรู้สึกมีกำลังใจ และมีพลังในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในระยะหลังคลอด โดยเฉพาะการปรับบทบาทการเป็นมารดา ด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น ได้รับความแนะนำจากบุคคลรอบข้างเกี่ยวกับการดูแลบุตร และการปฏิบัติตัวหลังคลอด จะทำให้มารดาหลังคลอดคลายความวิตกกังวลในระยะหลังคลอดได้ โดยเฉพาะความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลบุตร และในด้านสิ่งของ เช่น ได้รับความช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การดูแลบุตร

การทำงานบ้าน รวมถึงมีกำลังทรัพย์ที่เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายต่างๆ จะทำให้มารดาหลังคลอดได้รับการพักผ่อนมากขึ้น มีเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับสามี รวมทั้งคลายความเครียดจากปัญหาค่าใช้จ่ายในระยะหลังคลอดได้ ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านดังกล่าวนี้จะส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดความรู้สึกทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาได้ดี รวมทั้งยังส่งผลให้ร่างกายมีการฟื้นตัวเป็นไปอย่างปกติ ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีตามมานอกจากนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้คุณภาพชีวิตในระดับดี อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 59.10) มีบุตร 1 คน ซึ่งการมีจำนวนบุตรน้อยหรือมีบุตรคนเดียว จะทำให้มารดาหลังคลอดมีภาระหน้าที่หรือความรับผิดชอบในการดูแลบุตรน้อยกว่ามารดาที่มีบุตรหลายคน จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดี ดังจะเห็นได้จากจำนวนบุตรมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.22, p < .05$) และแม้การศึกษานี้จะพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ (อายุ 20-34 ปี) มีการศึกษาค่อนข้างสูง มีรายได้ครอบครัวค่อนข้างสูง (Mode = 30,000 บาทต่อเดือน) รวมทั้งส่วนใหญ่คลอดบุตรทางช่องคลอด แต่กลับพบว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของสมคิด คงอยู่ (Kongyu, 2006) และการศึกษาของเอ็มมานู และคณะ (Emmanuel et al., 2012) ที่พบว่า อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

การทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย: ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ชนิดการคลอด จำนวนบุตร การรบกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดา และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้

จากการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ด้วยปัจจัยอายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ชนิดการคลอด จำนวนบุตร การรบกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดา และการสนับสนุนทางสังคม โดยการใช้การวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และการแสดงบทบาทการเป็นมารดา สามารถร่วมกัน

ทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้ร้อยละ 72.80 โดยผลการศึกษานี้ได้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยเพียงบางส่วน ซึ่งอภิปรายผลได้ดังนี้

การที่การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .75, p < .05$) และเป็นตัวแปรแรกที่มีอิทธิพลในการทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้ถึงร้อยละ 56.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่า ในระยะหลังคลอด มารดาจะต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะการปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา ซึ่งต้องคอยดูแลและตอบสนองความต้องการของบุตรตลอดเวลา ทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความเหนื่อยล้า เครียดหรือวิตกกังวลตามมาได้ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมทั้งในด้านอารมณ์ ด้านการประเมินเปรียบเทียบ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของหรืออาหารจะช่วยให้มารดาหลังคลอดรู้สึกได้รับความรัก ความห่วงใยและความเอาใจใส่ เกิดกำลังใจและความอบอุ่นใจ รวมทั้งช่วยคลายความวิตกกังวลหรือความเครียด มารดาหลังคลอดจึงสามารถปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาได้ดี (Hung & Chung, 2001; London et al., 2011) นอกจากนี้ การช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดยังทำให้มารดามีเวลาในการนอนหลับพักผ่อนมากขึ้น (Akýn et al., 2009) ซึ่งมีผลต่อการฟื้นตัวของมารดาหลังคลอดและส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดมีพลังงานเพียงพอสำหรับการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งนี้ ผลจากการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้มารดาหลังคลอดมีความรู้สึทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะหลังคลอด จึงส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีตามมาในที่สุด นอกจากนี้ จากการที่การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับคุณภาพชีวิต จึงส่งผลให้การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรแรกที่มีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิต ซึ่งแสดงว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของมารดาในระยะ 12 สัปดาห์หลังคลอดได้ร้อยละ 3.6 และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของมารดาในระยะ 6 และ 12 สัปดาห์หลังคลอดได้ร้อยละ 6.1 และ 11.3 ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Emmanuel et al., 2012) เช่นเดียวกับอีกการศึกษาหนึ่งที่พบว่า ปัจจัยการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวร่วมกับ รายได้ครอบครัว การรับรู้ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษาของสามี จำนวนบุตร และเวลาในการพักผ่อนนอนหลับ สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ได้ร้อยละ 13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ซึ่งนับเป็นการสนับสนุนทางสังคมประเภทหนึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดมากที่สุด (Akýn et al., 2009)

การที่ความวิตกกังวล ซึ่งเป็นปัจจัยด้านอาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.57, p < .05$) และเป็นตัวแปรที่สองที่มีอิทธิพลในการทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 14.60 อธิบายได้ว่า ในระยะหลังคลอด มารดามักมีความวิตกกังวล จากผลของการเปลี่ยนแปลงหลายประการที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้นับเป็นเหตุการณ์ใหม่ที่มาตราหลังคลอดจะต้องเผชิญและปรับตัวอย่างมาก โดยเฉพาะมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและการรับผิดชอบเลี้ยงดูบุตรมาก่อน ทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความเครียดหรือวิตกกังวล ขณะเดียวกันในมารดาหลังคลอดครรภ์หลัง แม้จะมีประสบการณ์ดังกล่าวมาก่อน ก็ยังต้องมีการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้นและปรับตัวให้เข้ากับบุตรคนปัจจุบัน รวมทั้งยังมีการเพิ่มขึ้นคือการเลี้ยงดูบุตรคนก่อนด้วย ซึ่งอาจทำให้มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นได้ (McKinney et al., 2009) โดยส่วนใหญ่ มารดาหลังคลอดมักมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรซึ่งเป็นทารกแรกเกิด รูปร่างและน้ำหนักของตนเองภายหลังคลอด และภาวะที่อ่อนแอในมารดาหลังคลอดที่มีบุตรมากกว่า 1 คน (Hauff & Demerath, 2012; Nyberg & Sternhufvud, 2000; Smith, 1989) ซึ่งความวิตกกังวลดังกล่าวนี้จะทำให้มารดาหลังคลอดมีความรู้สึกในทางลบต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะหลังคลอด จึงมีอิทธิพลทำให้มารดาหลังคลอดรับรู้คุณภาพชีวิตที่ไม่ดีตามมา นอกจากนี้ จากการที่ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต จึงส่งผลให้ความวิตกกังวลเป็นตัวแปรที่สองที่มีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิต ซึ่งแสดงว่า ความวิตกกังวลเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีส่วนสำคัญต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของเพอร์ไรรา และคณะ (Pereira et al., 2013) ที่พบว่า ความวิตกกังวลในระยะหลังคลอด มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และการศึกษาของเพอร์ไรรา และคานาบาร์โร (Pereira & Canavarro, 2014) ที่พบว่า ปัจจัยความวิตกกังวลร่วมกับปัจจัยอาการทางร่างกายที่เกิดจากความขัดแย้งทางจิตใจ สามารถทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมของมารดาหลังคลอดที่ไม่ได้คิดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 16.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

การที่การแสดงบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งเป็นปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .49, p < .05$) และเป็นตัวแปรที่สามที่มีอิทธิพลในการทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.60 อธิบายได้ว่า ในระยะหลังคลอด มารดาจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาท ซึ่งบทบาทที่สำคัญของมารดาหลังคลอดคือ

การแสดงบทบาทการเป็นมารดา โดยเฉพาะการเลี้ยงดูบุตรซึ่งเป็นทารกแรกเกิด (Duvall, 1967) ทั้งนี้ หากมารดาหลังคลอดสามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้ดี เช่น สามารถให้นมบุตร ตอบสนองความต้องการของบุตร ดูแลความสะอาดร่างกายและการนอนหลับของบุตรได้ เป็นต้น จะส่งผลให้มารดาหลังคลอดรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองสามารถบรรลุผลตามบทบาทการเป็นมารดาที่ได้คาดหวังไว้ เกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเองต่อการเลี้ยงดูบุตร มีความภาคภูมิใจในตนเอง และรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง ทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของตน ซึ่งมีผลให้มารดาหลังคลอดมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีตามมา นอกจากนี้ จากการที่การแสดงบทบาทการเป็นมารดา มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต จึงส่งผลให้การแสดงบทบาทการเป็นมารดาเป็นตัวแปรที่สามที่มีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิต ซึ่งแสดงว่า การแสดงบทบาทการเป็นมารดาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนสำคัญต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของมอร์ทอาซาไว และคณะ (Mortazavi et al., 2014) ที่พบว่า การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา ซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งของการแสดงบทบาทการเป็นมารดา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และการศึกษาของมอร์ทอาซาไว และคณะ (Mortazavi et al., 2014) ที่พบว่าปัจจัยการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นในขณะตั้งครรภ์ ชนิดการคลอด ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปและจำนวนบุตร สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ได้ถึงร้อยละ 44.9

สำหรับตัวแปรอื่นๆ ซึ่งไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ได้แก่ การรบกวนการนอนหลับ จำนวนบุตร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และชนิดการคลอดอธิบายได้ดังนี้

การรบกวนการนอนหลับ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.37, p < .05$) แต่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก ตัวแปรการรบกวนการนอนหลับถูกดบังจากตัวแปรการแสดงบทบาทการเป็นมารดา โดยการรบกวนการนอนหลับของมารดาหลังคลอด ส่วนใหญ่มักเกิดในขณะที่ยังแสดงบทบาทการเป็นมารดาที่ต้องดูแลทารกแรกเกิดตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีเวลาในการนอนหลับพักผ่อนน้อยลงตามมา นอกจากนี้ การแสดงบทบาทการเป็นมารดายังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมากกว่าการรบกวนการนอนหลับ เมื่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดาถูกเลือกเข้าในสมการการทำนายตามเทคนิควิธีการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนก่อน การรบกวนการนอนหลับ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตน้อยกว่าจึงไม่ถูกเลือกเข้าสมการการทำนายและไม่เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้

จำนวนบุตร มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.22, p < .05$) และไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การมีบุตรมากทำให้มารดาหลังคลอดมีภาระหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตรเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีเวลาในการดูแลตนเองหรือเวลาในการพักผ่อนนอนหลับน้อยลง ทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความเหนื่อยล้ามากขึ้น (Gjerdingen & Center, 2003) รวมทั้ง มารดาหลังคลอดที่มีบุตรมากอาจมีความเครียดเพิ่มขึ้นจากภาวะพึ่งพิงตนเองของบุตรคนโตด้วย (ปราณี พงษ์ไพบูลย์, 2550) ซึ่งจะส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีการรับรู้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของเอคิน และคณะ (Akýn et al., 2009) ที่พบว่า มารดาหลังคลอดที่มีบุตรหลายคน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตน้อยกว่ามารดาหลังคลอดที่มีบุตรเพียงคนเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจำนวนบุตรจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด แต่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดในกลุ่มตัวอย่างนี้ได้ อาจเนื่องจากการแสดงบทบาทการเป็นมารดาที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมากกว่าจำนวนบุตร เมื่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดาถูกเลือกเข้าในสมการการทำนายตามเทคนิควิธีการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนก่อน จำนวนบุตรซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำจึงไม่ถูกเลือกเข้าสมการการทำนายและไม่เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้

อายุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .07, p > .05$) และไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.45) มีอายุใกล้เคียงกัน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ไม่ค่อยแตกต่างกัน ข้อมูลที่ได้จึงมีการกระจายน้อย ซึ่งทำให้ไม่สามารถเห็นแนวโน้มของความสัมพันธ์ระหว่างอายุและคุณภาพชีวิตด้วยเหตุนี้จึงพบว่า ปัจจัยอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติและไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดในกลุ่มตัวอย่างนี้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสมคิด คงอยู่ (Kongyu, 2006) และการศึกษาของเอ็มมานู และคณะ (Emmanuel et al., 2012) ที่พบว่า ปัจจัยอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของมารดาในระยะหลังคลอด อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .08, p > .05$) และไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้มีระยะเวลาในการศึกษาเฉลี่ยเท่ากับ 14 ปี ซึ่งอยู่ในระดับมัธยมปลายถึงอนุปริญญา ซึ่งนับเป็นระดับการศึกษาที่ค่อนข้างสูง

กลุ่มตัวอย่างจึงมีความสามารถในการค้นคว้าหาข้อมูลด้านสุขภาพและสามารถดูแลสุขภาพของตนเองในระยะหลังคลอดและดูแลบุตรได้ดีเช่นเดียวกัน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ไม่ค่อยแตกต่างกัน ทำให้ข้อมูลที่ได้มีการกระจายน้อย ด้วยเหตุนี้จึงพบว่า ปัจจัยระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดในกลุ่มตัวอย่างนี้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเอ็มมานูและคณะ (Emmanuel et al., 2012) ที่พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของมารดาในระยะหลังคลอด อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

รายได้ครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .06, p > .05$) และไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัว 30,000 บาท/เดือน ซึ่งมากกว่ารายได้ครัวเรือนเฉลี่ยของประเทศไทย แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้ครอบครัวที่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเป็นอยู่ที่ดีเสมอกัน และส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ไม่ค่อยแตกต่างกัน ทำให้ข้อมูลที่ได้มีการกระจายน้อย ด้วยเหตุนี้จึงพบว่า ปัจจัยรายได้ครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดในกลุ่มตัวอย่างนี้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสมคิด คงอยู่ (Kongyu, 2006) ที่พบว่ารายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ชนิดการคลอด มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.11, p > .05$) และไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.60) เป็นมารดาที่คลอดบุตรคนปัจจุบันด้วยวิธีการคลอดทางช่องคลอด ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ไม่ค่อยแตกต่างกัน ทำให้ข้อมูลที่ได้มีการกระจายน้อย ประกอบกับ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ ทั้งกลุ่มที่คลอดบุตรคนปัจจุบันด้วยวิธีการคลอดปกติทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เป็นมารดาหลังคลอดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด อาจมีการฟื้นตัวในระยะหลังคลอดและมีความเหนื่อยล้าไม่แตกต่างกัน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกันด้วย ส่งผลให้ชนิดการคลอดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำให้ชนิดการคลอดไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้

จากการศึกษาสามารถสรุปได้ว่า มารดาหลังคลอดมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี และปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และการแสดงบทบาทการเป็นมารดา โดยปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ซึ่งสนับสนุนกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของเฟอร์รานส์และคณะ ที่เสนอว่าปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้เฉพาะบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดและอิทธิพลของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ชนิดการคลอด จำนวนบุตร การรบกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดา และการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด โดยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ (conceptual model of health-related quality of life) ของเฟอร์รานส์ และคณะ (Ferrans et al., 2005) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ มารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ ที่มารับบริการตรวจหลังคลอดตามนัดที่คลินิกวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลรามาริบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558 จำนวน 110 ราย การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ไม่มีโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด
2. คลอดทารกครบกำหนด ทารกไม่มีความพิการแต่กำเนิด และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด

3. สามารถอ่าน เขียนและพูดภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (Demographic Data Form)

2. แบบสอบถามการรบกวนการนอนหลับ (The General Sleep Disturbance Scale)

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรบกวนการนอนหลับของลี (Lee, 1992) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดยจรัสศรี ธีระกุลชัย (Theerakulchai, 2004) มาใช้ประเมินการรบกวนการนอนหลับของมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ จำนวน 110 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ .81

3. แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Trait Anxiety Inventory Form X-I) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของสปีลเบิร์กเกอร์ และคณะ (Spielberger et al., 1970) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยนิตยา คชภักดี สายฤดี วรกิจโกคาทร และมาลี นิสสัยสุข (2526)

มาใช้ประเมินความวิตกกังวลของมารดาที่เกิดขึ้นขณะเผชิญกับเหตุการณ์ในระยะหลังคลอด 6 สัปดาห์ จำนวน 110 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ .86

4. แบบวัดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา (The Maternal Role Attainment Scale) ผู้วิจัยนำแบบวัดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของศรีสมร ภูมณสกุล และกอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2546) ที่สร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดของรูบิน (Rubin, 1967) และเมอร์เซอร์ (Mercer, 1981) มาใช้ประเมินความรู้สึกรู้สึกหรือความคิดเห็นที่มีต่อการทำหน้าที่ในการเป็นมารดาของมารดา หลังคลอด 6 สัปดาห์ จำนวน 110 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ .87

5. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (The Postpartum Support Questionnaire) ผู้วิจัยนำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของลอกซ์ดอน และคณะ (Logsdon et al., 1994) ที่สร้างขึ้นโดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) และโครเนนเวท (Cronenwett, 1985) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยพรทิพย์ วงศ์วิเศษศิริกุล (2540) มาใช้ประเมินการรับรู้ต่อการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากคู่สมรส บุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นๆ ของมารดา หลังคลอด 6 สัปดาห์ จำนวน 110 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ .95

6. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ผู้วิจัยนำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2545) มาใช้ในการประเมินการรับรู้คุณภาพชีวิตของมารดา หลังคลอด 6 สัปดาห์ จำนวน 110 ราย โดยผู้วิจัยทำการดัดแปลงเนื้อหาในเครื่องชี้วัดให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างก่อนนำไปใช้ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .96 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ .92

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเบ้ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ซึ่งผลการศึกษา พบว่า

1. มารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ ร้อยละ 54.50 มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี และร้อยละ 45.50 มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด คือ การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และการแสดงบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้ร้อยละ 72.80

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งอาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงในประชากรกลุ่มอื่นหรือมารดาหลังคลอดที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมและบริบทที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้ช่วยให้ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับระดับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด และปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากการสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และการแสดงบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ดังนั้น พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และการแสดงบทบาทการเป็นมารดา โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้มารดาหลังคลอดได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ เช่น ให้ข้อมูล คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของมารดาหลังคลอดและการดูแลทารกอย่างเพียงพอ เปิดโอกาสให้ครอบครัวหรือคู่สมรสของมารดาหลังคลอดดูแลมารดาหลังคลอดและบุตรอย่างเหมาะสม เป็นต้น ในด้านความวิตกกังวล ควรเปิดโอกาสให้มารดาหลังคลอดได้ระบายความรู้สึกหรือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในระยะหลังคลอดและให้การดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของมารดาหลังคลอดเพื่อลดความวิตกกังวลดังกล่าว สำหรับการแสดงบทบาทการเป็นมารดา ควรส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดสามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม โดยให้ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษา รวมทั้งให้กำลังใจมารดาหลังคลอด เป็นต้น นอกจากนี้ อาจจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม การแสดงบทบาทการเป็นมารดา และการคลายความวิตกกังวลในมารดาหลังคลอด ทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและในขณะติดตามเยี่ยมบ้านหลังคลอด

ด้านการศึกษาพยาบาล

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นประโยชน์ในการนำไปใช้เป็นแนวทางในการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล ในการประเมินคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดและการวางแผนการพยาบาลแก่มารดาหลังคลอดเพื่อส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดรายด้าน
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
3. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดในระยะยาว

อิทธิพลของปัจจัยคัดสรรต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด

THE EFFECTS OF SELECTED FACTORS ON QUALITY OF LIFE AMONG POSTPARTUM MOTHERS

ศิริภรณ์ เหมะฐิติน 5636609 RAMY/M

พย.ม. (การผดุงครรภ์)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: จรัสศรี ชีระกุลชัย, Ph.D., ศรีสมร ภูมณสกุล, D.N.S.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระยะหลังคลอดเป็นระยะที่มารดาต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคม กล่าวคือ ในด้านร่างกาย การทำงานของระบบต่างๆ จะกลับคืนสู่สภาวะปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ (Cunningham et al., 2014) ในขณะเดียวกันบางอวัยวะในร่างกายก็ได้รับผลกระทบจากการคลอด จึงส่งผลให้มารดาต้องเผชิญกับอาการที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ เช่น เหนื่อยล้า เจ็บคัดเต้านม ปวดแผลฝีเย็บหรือแผลผ่าตัดคลอด เป็นต้น (Cheng & Li, 2008; Webb et al., 2008) ส่วนในด้านจิตสังคม มารดาหลังคลอดต้องเผชิญกับภาระหน้าที่อันหลากหลายตามพัฒนาการของมารดาหลังคลอด โดยเฉพาะการแสดงบทบาทการเป็นมารดาที่ต้องดูแลบุตรตลอดเวลา (Friedman, 1992) รวมทั้งยังต้องครองบทบาทในการเป็นภรรยา และการดูแลบุตรคนโตด้วยสำหรับมารดาครรภ์หลัง ซึ่งการที่มารดาหลังคลอดต้องรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่หลายประการ ทั้งที่อยู่ในภาวะที่มีความอ่อนเพลียหรือมีอาการไม่สุขสบายต่างๆ จะส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดความเครียดและวิตกกังวลเพิ่มขึ้นได้ (ปราณี พงศ์ไพบูลย์, 2550) ทั้งนี้ จากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคมดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของมารดาหลังคลอดหลายประการ ซึ่งมีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้ด้วย (Hill, Aldag, Hekel, Riner, & Bloomfield, 2006; Huang, Tao, Liu, & Wu, 2011; Schytt, Lindmark, & Waldenström, 2005)

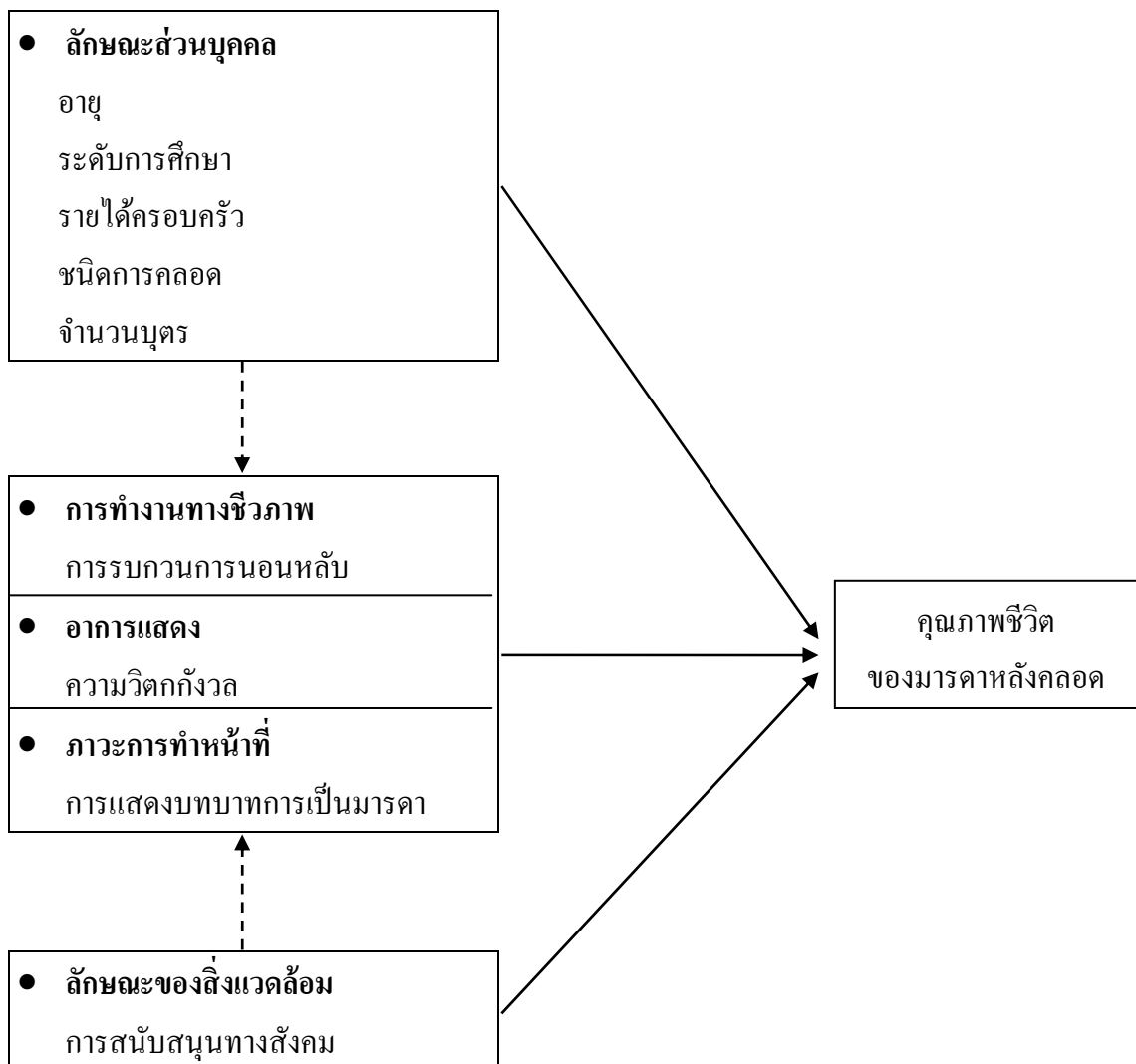
จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดในต่างประเทศพบว่า มารดาหลังคลอดมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดี (Bahrami, Karimian, Bahrami, & Bolbolhaghghi, 2014; Gjerdingen & Center, 2003) สำหรับในประเทศไทย ยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดที่อยู่ในภาวะปกติ โดยมีเพียงการศึกษาที่พบว่า มารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (Kongyu, 2006) อย่างไรก็ตาม การรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดน่าจะขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ชนิดของการคลอด จำนวนบุตร การรบกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดา และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาถึงความเกี่ยวข้องของปัจจัยต่างๆ กับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดยังมีจำนวนจำกัดและเป็นการศึกษาในต่างประเทศ อีกทั้งในบางการศึกษายังมีความขัดแย้งกันอยู่ ส่วนในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดที่อยู่ในภาวะปกติ ซึ่งผลการศึกษาอาจมีความแตกต่างจากมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงอาจแตกต่างจากมารดาหลังคลอดต่างชาติ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดในภาวะปกติ โดยมุ่งศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ซึ่งเชื่อว่าการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดให้ดีขึ้นต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ (conceptual model of health-related quality of life) ของเฟอร์รานส์ และคณะ (Ferrans et al., 2005) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดคุณภาพชีวิตเชิงสุขภาพของวิลสันและเคลียร์ (Wilson & Cleary, 1995) โดยเฟอร์รานส์ และคณะ (Ferrans et al., 2005) ได้อธิบายว่า คุณภาพชีวิตของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล (characteristics of the individual) และลักษณะของสิ่งแวดล้อม (characteristics of the environment) ที่ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต ขณะเดียวกันปัจจัยดังกล่าวทั้งสองปัจจัยก็ส่งผลต่อปัจจัยการทำงานทางชีวภาพ (biological function) อาการแสดง (symptoms) ภาวะการทำงานหน้าที่ (functional status) และการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (general health perceptions) ด้วย ซึ่งปัจจัยทั้งหมดนี้จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดตามกรอบแนวคิดของเฟอร์รานส์ และคณะ (Ferrans et al., 2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยในปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ชนิดการคลอด และจำนวนบุตร ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม ในปัจจัยของการทำงานด้านชีวภาพ ประกอบด้วย การรบกวนการนอนหลับ ปัจจัยของอาการแสดง ประกอบด้วย ความวิตกกังวล และปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ ประกอบด้วย การแสดงบทบาทการเป็นมารดา ส่วนปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ได้เลือกศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากการศึกษาตัวแปรในปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วจะสะท้อนถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด ซึ่งมีได้อยู่ในภาวะเจ็บป่วย โดยกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้แสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ชนิดการคลอด จำนวนบุตร การรบกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดา และการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด

คำถามการวิจัย

1. ระดับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ชนิดการคลอด จำนวนบุตร การรบกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดา และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้หรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ชนิดการคลอด จำนวนบุตร การรบกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดา และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดที่มารับบริการตรวจสุขภาพหลังคลอด ณ คลินิกวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ของเฟอร์รานส์ และคณะ (Ferrans et al., 2005) เป็นแนวทางในการศึกษา

นินยำนต้วแปร

คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด หมายถึง การรับรู้ของมารดาหลังคลอดที่มีต่อสภาพชีวิตของตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ตามเป้าหมาย และความคาดหวังในชีวิตของตนเอง ประเมินโดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งแปลโดยสุวัฒน์ มหัตนินรันคร์กุล และคณะ (2545) คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดาหลังคลอดมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี คะแนนรวมน้อย หมายถึง มารดาหลังคลอดมีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

ปัจจัยคัดสรร หมายถึง ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ซึ่งผู้วิจัยเลือกศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ชนิดการคลอด จำนวนบุตร การรบกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดา และการสนับสนุนทางสังคม โดยในแต่ละปัจจัยมีนิยามดังนี้

อายุ หมายถึง ระยะเวลาซึ่งมีหน่วยเป็นปี นับตั้งแต่ที่มารดาหลังคลอดเกิด จนถึงวันที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนปีในการศึกษาของมารดาหลังคลอด ตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาจนถึงการศึกษาระดับสูงสุดของมารดาหลังคลอด

รายได้ครอบครัว หมายถึง รายได้โดยรวมของมารดาหลังคลอดและคู่สมรสต่อเดือน มีหน่วยเป็นบาท

ชนิดการคลอด หมายถึง ชนิดการคลอดครั้งล่าสุดของมารดาหลังคลอด ซึ่งแบ่งออกเป็น การคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

จำนวนบุตร หมายถึง จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ของมารดาหลังคลอด ณ วันที่รวบรวมข้อมูล

การรบกวนการนอนหลับ หมายถึง การรับรู้ของมารดาหลังคลอดต่อสภาพการพักผ่อนนอนหลับของตนเองที่ถูกรบกวนทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรบกวนการนอนหลับของลี (Lee, 1992) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยจรัสศรี ธีระกุลชัย (Theerakulchai, 2004) คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดาหลังคลอดมีการรบกวนการนอนหลับมาก คะแนนรวมน้อยหมายถึง มารดาหลังคลอดมีการรบกวนการนอนหลับน้อย

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกตึงเครียด หวั่นไหว กระวนกระวายใจ ซึ่งเกิดจากการตอบสนองทางจิตใจของมารดาหลังคลอด ต่อสถานการณ์ในระยะหลังคลอด ซึ่งเปลี่ยนแปลงจากระยะก่อนคลอด ประเมินจากแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ

(State Trait Anxiety Inventory form X-I) ของสปีลเบิร์กเกอร์และคณะ (Spielberger et al., 1970) ซึ่งนิตยา คชภักดี สายฤดี วรกิจโกคาทร และมาลี นิสสัยสุข (2526) นำมาแปลเป็นภาษาไทย คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมน้อย หมายถึง มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวลต่ำ

การแสดงบทบาทการเป็นมารดา หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของมารดาหลังคลอดที่มีต่อการทำหน้าที่ในการเป็นมารดาของตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรซึ่งเป็นทารกแรกเกิด ประเมินโดยใช้แบบวัดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา (Form B) ซึ่งสร้างโดยศรีสมร ภูมณสกุล และกอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2546) คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดาหลังคลอดแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้ดี คะแนนรวมน้อย หมายถึง มารดาหลังคลอดแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้ไม่ดี

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของมารดาหลังคลอดต่อการได้รับการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนจากคู่สมรส บุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นๆ ในด้านอารมณ์ ด้านการประเมินเปรียบเทียบ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของ ประเมินโดยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ของล็อกซ์ดอน และคณะ (Logsdon et al., 1994) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยพรทิพย์ วงศ์วิเศษศิริกุล (2540) คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดาหลังคลอดได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระยะหลังคลอดมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง มารดาหลังคลอดได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระยะหลังคลอคน้อย

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ จำนวน 110 คน ที่มารับบริการตรวจหลังคลอดตามนัดที่คลินิกวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1. ไม่มีโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด
2. คลอดทารกครบกำหนด ทารกไม่มีความพิการแต่กำเนิด และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด
3. สามารถอ่าน เขียนและพูดภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (Demographic Data Form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ชนิดการคลอด และจำนวนบุตร

2. แบบสอบถามการรบกวนการนอนหลับ (The General Sleep Disturbance Scale) ของลี (Lee, 1992) แบบสอบถามนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยจรัสศรี ธีระกุลชัย (Theerakulchai, 2004) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ข้อที่มีความหมายในเชิงบวกคือข้อที่ 4, 10 และ 11 ซึ่งต้องกลับคะแนนก่อนนำไปวิเคราะห์ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 8 ระดับ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามนี้ไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย แล้วคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้เท่ากับ .77

3. แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Trait Anxiety Inventory Form X-I) ของสปีลเบอร์เกอร์ และคณะ (Spielberger et al., 1970) แบบประเมินนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยนิทยา คชภักดี สายฤดี วรกิจโกภาทร และมาลี นิสสัยสุข (2526) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ มีข้อที่มีความหมายในเชิงบวกคือ ข้อที่ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20 ซึ่งต้องกลับคะแนนก่อนนำไปวิเคราะห์ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ ผู้วิจัยนำแบบประเมินนี้ไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย แล้วคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้เท่ากับ .88

4. แบบวัดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา (The Maternal Role Attainment Scale) ของศรีสมร ภูมณสกุล และกอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2546) ในการวิจัยครั้งนี้เลือกใช้แบบวัดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา (Form B) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ผู้วิจัยนำแบบวัดนี้ไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย แล้วคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้เท่ากับ .84

5. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (The Postpartum Support Questionnaire) ของลอกซ์ดอน และคณะ (Logsdon et al., 1994) แบบวัดนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยพรทิพย์ วงศ์วิเศษศิริกุล (2540) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 34 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ผู้วิจัยนำแบบวัดนี้ไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย แล้วคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้เท่ากับ .95

6. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เครื่องชี้วัดนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2545) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ มีข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9 และ 11 ซึ่งต้องกลับคะแนนก่อนนำไปวิเคราะห์ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการดัดแปลงเนื้อหาในเครื่องมือนี้ และให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และเมื่อคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ .96 หลังจากนั้นนำแบบวัดนี้ไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย แล้วคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้เท่ากับ .93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากที่โครงการวิจัยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จากนั้นผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติการเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดและดำเนินการวิจัย โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติของมารดาหลังคลอด และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. เข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกไว้ แนะนำตัวและเชิญเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ จากนั้นมอบแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างและอธิบายถึงวิธีการในการตอบแบบสอบถามให้เป็นที่เข้าใจตรงกัน และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที
3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบในแบบสอบถาม และหากพบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบข้อคำถามไม่ครบ ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจนครบถ้วนและกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ จำนวนปีของการศึกษา รายได้ครอบครัว ชนิดการคลอด และจำนวนบุตรโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนนการรับกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดา การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด โดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ชนิดการคลอด จำนวนบุตร การรับกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดา การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)
4. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของอายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ชนิดการคลอด จำนวนบุตร การรับกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดา การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ ผู้วิจัยได้มีการปรับตัวแปรชนิดการคลอด ซึ่งอยู่ในระดับนามบัญญัติ (nominal scale) ให้อยู่ในระดับอันตรภาค (interval scale) โดยการกำหนดรหัสแบบ dummy coding ดังนี้ รหัส 0 หมายถึง ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง รหัส 1 หมายถึง คลอดทางช่องคลอด จากนั้นผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเรื่อง ข้อมูลของตัวแปรแต่ละตัวมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ (normality) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ค่าความแปรปรวนของตัวแปรตามสำหรับทุกค่าของผลรวมตัวแปรอิสระต้องเท่ากัน (homoscedasticity) ค่าความคาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง และตัวแปรอิสระทั้งหลายที่ใช้ศึกษาต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง พบว่า ผลการทดสอบเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นซึ่งสามารถทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามที่ต้องการศึกษาได้

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ จำนวน 110 ราย มีอายุระหว่าง 17-39 ปี อายุเฉลี่ย 27.76 ปี ($SD = 5.24$) โดยมีอายุอยู่ในช่วง 20-34 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 85.45) มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาดำรงระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 51.80) โดยมีระยะเวลาในการศึกษาเฉลี่ย 14 ปี ($Mean = 13.79$, $SD = 2.86$) กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ครอบครัวอยู่ระหว่าง 15,000-30,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด (ร้อยละ 52.70) โดยส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัว 30,000 บาทต่อเดือน ($Mode = 30,000$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.60) คลอดบุตรคนปัจจุบันด้วยวิธีการคลอดทางช่องคลอด มีบุตรตั้งแต่ 1-4 คน ซึ่งมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 59.10) มีบุตร 1 คน เมื่อพิจารณาคะแนนการรบกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดา การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรบกวนการนอนหลับเฉลี่ย 48.40 คะแนน ($SD = 17.36$) คะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 43.50 คะแนน ($SD = 7.70$) คะแนนการแสดงบทบาทการเป็นมารดาเฉลี่ย 102.34 คะแนน ($SD = 6.97$) คะแนนการสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ย 113.99 คะแนน ($SD = 23.91$) และคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย 96.49 คะแนน ($SD = 13.68$) และเมื่อพิจารณาระดับคะแนนคุณภาพชีวิตพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่ง (ร้อยละ 54.50) มีคะแนนคุณภาพชีวิตระดับดี ที่เหลือ (ร้อยละ 45.50) มีคะแนนคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนคุณภาพชีวิต ($n = 110$)

ระดับคะแนนคุณภาพชีวิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตที่ดี (96 - 130 คะแนน)	60	54.50
คุณภาพชีวิตปานกลาง (61 - 95 คะแนน)	50	45.50

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และชนิดการคลอด มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .07, .08, .06$, และ $-.11$ ตามลำดับ $p > .05$) ส่วนจำนวนบุตร การรบกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดา และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.22, -.37, -.57, .49$, และ $.75$ ตามลำดับ, $p < .05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) (n = 110)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. อายุ	1									
2. ระดับการศึกษา	-.31*	1								
3. รายได้ครอบครัว	-.38*	.47*	1							
4. ชนิดการคลอด	.16*	-.17*	-.15	1						
5. จำนวนบุตร	-.21*	-.28*	-.07	.16*	1					
6. การรบกวนการนอนหลับ	-.10	-.06	-.08	.02	.08	1				
7. ความวิตกกังวล	-.09	.06	.09	.18*	.08	.54*	1			
8. การแสดงบทบาท- การเป็นมารดา	.12	-.04	-.14	-.09	.02	-.12	-.31*	1		
9. การสนับสนุนทางสังคม	.13	.13	.08	.01	-.24*	-.25*	-.28*	.40*	1	
10. คุณภาพชีวิต	.07	.08	.06	-.11	-.22*	-.37*	-.57*	.49*	.75*	1

*p< .05

เมื่อวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษาต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และการแสดงบทบาทการเป็นมารดา สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตในมารดาหลังคลอดได้ร้อยละ 72.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรแรกที่สามารถอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้ถึงร้อยละ 56.60 ($F_{1, 108} = 141.026, p < .05$) ความวิตกกังวลเป็นตัวแปรที่สองที่สามารถอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 14.60 ($F_{1, 107} = 54.097, p < .05$) และการแสดงบทบาทการเป็นมารดา เป็นตัวแปรที่สามที่สามารถอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของมารดา

หลังคลอดได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.60 ($F_{1, 106} = 6.313, p < .05$) (ตารางที่ 3) ดังนั้น สมมติฐานการวิจัยจึงได้รับการสนับสนุนเพียงบางส่วน

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ($n = 110$)

ขั้น	ตัวแปรทำนาย	R ²	R ² Change	S.E.	F Change	Sig F
1	Constant = 47.419					
	การสนับสนุนทางสังคม	.566	.566	.036	141.026	.000
2	Constant = 85.427					
	ความวิตกกังวล	.712	.146	.096	54.097	.000
3	Constant = 57.437					
	การแสดงบทบาทการเป็นมารดา	.728	.016	.112	6.313	.013

การอภิปรายผล

ผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่งหนึ่งมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมอร์ทาซาไว และคณะ (Mortazavi et al., 2014) และการศึกษาของเจอร์ดิงเงน และเซนเตอร์ (Gjerdingen & Center, 2003) รวมถึงการศึกษาของสมคิด กองอยู่ (Kongyu, 2006) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อสภาพชีวิตของตนเป็นไปตามเป้าหมายและความคาดหวังของตนเอง รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมเกินกว่าครึ่งหนึ่ง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิต ซึ่งการที่มารดาหลังคลอดได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งในด้านอารมณ์ ด้านการประเมินเปรียบเทียบ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของ จะส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดความรู้สึกทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาได้ดี รวมทั้งร่างกายมีการฟื้นตัวเป็นไปอย่างปกติ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีตามมา นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เกินกว่าครึ่งหนึ่งมีบุตร 1 คน ซึ่งการมีบุตรคนเดียว จะทำให้มีภาระหน้าที่ในการดูแลบุตรน้อยกว่าการที่มีบุตรหลายคน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมี

การรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดี และแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีการศึกษาและรายได้ครอบคลุมที่ค่อนข้างสูง และคลอบคลุมทางช่องคลอด แต่กลับพบว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

เมื่อวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษาต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และการแสดงบทบาทการเป็นมารดาสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ได้ร้อยละ 72.80 โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรตัวแรกที่สามารถอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้ร้อยละ 56.60 ทั้งนี้เนื่องจาก การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้มารดาหลังคลอดรู้สึกว่าจะได้รับความรัก ความห่วงใยและความเอาใจใส่ มีเวลาในการนอนหลับพักผ่อนมากขึ้น รู้สึกคลายความวิตกกังวล หรือความเครียด ส่งผลให้มารดาหลังคลอดสามารถปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาได้ดี (Akýn et al., 2009; Hung & Chung, 2001; London et al., 2011) รวมทั้งเกิดความรู้สึกในทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะหลังคลอด จึงส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีตามมาในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของเอ็มมานูเอล และคณะ (Emmanuel et al., 2012) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจของมารดาหลังคลอดได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของเอคิน และคณะ (Akýn et al., 2009) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดร่วมกับปัจจัยอื่นๆ ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความวิตกกังวล เป็นตัวแปรที่สองที่มีอิทธิพลในการอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 14.60 อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคมที่เกิดขึ้นในระยะหลังคลอด ซึ่งนับเป็นเหตุการณ์ใหม่ที่มารดาหลังคลอดจะต้องเผชิญและปรับตัวอย่างมาก จึงทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความวิตกกังวล (McKinney et al., 2009) ทั้งนี้ ความวิตกกังวลจะทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความรู้สึกในทางลบต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นได้ ซึ่งทำให้มารดาหลังคลอดมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ไม่ดีตามมาสอดคล้องกับการศึกษาของเพอร์ไรรา และคานาวาร์โร (Pereira & Canavarro, 2014) ที่พบว่า ความวิตกกังวลสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด โดยร่วมกับปัจจัยอาการแสดงออกทางร่างกายที่เกิดจากปัญหาทางจิตใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การแสดงบทบาทการเป็นมารดาเป็นตัวแปรที่สามที่มีอิทธิพลในการอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.60 อาจเนื่องมาจาก มารดาหลังคลอดจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทที่สำคัญคือ การแสดงบทบาทการเป็นมารดา โดยเฉพาะการเลี้ยงดูบุตรซึ่งเป็นทารกแรกเกิด (Duvall, 1967) ซึ่งหากมารดาหลังคลอดสามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้ดี จะส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดความรู้สึกมั่นใจและภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพึงพอใจในชีวิต

ของตน ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีตามมา ในทางตรงข้าม หากมารดาหลังคลอดแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้ไม่ดีก็จะทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ ส่งผลให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของมอร์ทอาซาไว และคณะ (Mortazavi et al., 2014) ที่พบว่า การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งในการแสดงบทบาทการเป็นมารดา สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับตัวแปรที่ไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ได้แก่ การรบกวนการนอนหลับ จำนวนบุตร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และชนิดการคลอด โดยการรบกวนการนอนหลับ ซึ่งแม้จะมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิต แต่ก็ไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด อาจเนื่องจากการรบกวนการนอนหลับ ถูกดบังจากตัวแปรการแสดงบทบาทการเป็นมารดา และเมื่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดาถูกเลือกเข้าในสมการการทำนาย การรบกวนการนอนหลับ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตน้อยกว่าจึงไม่ถูกเลือกเข้าสมการการทำนาย สำหรับจำนวนบุตรก็เช่นเดียวกัน เมื่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดาถูกเลือกเข้าในสมการการทำนาย จำนวนบุตรซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำกว่าจึงไม่ถูกเลือกเข้าสมการการทำนาย ส่วนอายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และชนิดการคลอด เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่มีอายุใกล้เคียงกัน มีระดับการศึกษาที่ค่อนข้างสูง มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยซึ่งมากกว่ารายได้ครัวเรือนเฉลี่ยของประเทศไทย และคลอดบุตรคนปัจจุบันด้วยวิธีการคลอดทางช่องคลอด จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ไม่ค่อยแตกต่างกัน ข้อมูลที่ได้มีการกระจายน้อย จึงพบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติและไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดในกลุ่มตัวอย่างนี้ได้

สรุปผลการวิจัย

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ามารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด คือ การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และการแสดงบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้ร้อยละ 72.80 ดังนั้น พยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลมารดาหลังคลอดจึง

ควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม การลดความวิตกกังวล และการส่งเสริมการแสดงบทบาทการเป็นมารดา เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งอาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงในประชากรกลุ่มอื่นหรือมารดาหลังคลอดที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมและบริบทที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมให้สามีหรือบุคคลในครอบครัวให้การสนับสนุนทางสังคมแก่มารดาหลังคลอดอย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด และสนับสนุนให้มารดาหลังคลอดสามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม

ด้านการศึกษาพยาบาล

ผลการศึกษานี้เป็นประโยชน์ในการนำไปใช้เป็นแนวทางในการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล ในการประเมินคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดและการวางแผนการพยาบาลแก่มารดาหลังคลอดเพื่อส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ควรมีการศึกษาคูณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดรายด้าน
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
3. ควรมีการศึกษาคูณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดในระยะยาว

THE EFFECTS OF SELECTED FACTORS ON QUALITY OF LIFE AMONG POSTPARTUM MOTHERS

SIRIPORN HEMADHULIN 5636609 RAMY/M

M.N.S. (MIDWIFERY)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: JARATSRI THEERAKULCHAI, Ph.D.,
SRISAMORN PHUMONSAKUL, D.N.S.**EXTENDED SUMMARY****Significance of the Study**

The postpartum period is a stage in which mothers undergo physiological and psychosocial changes. Physiologically, the functions of various systems recover to pre-pregnancy conditions (Cunningham et al., 2014). At the same time, however, some organs affected by the delivery require mothers to experience uncomfortable symptoms such as fatigue, breast engorgement, perineal pain or cesarean section wound pain (Cheng & Li, 2008; Webb et al., 2008). Psychosocially, postpartum mothers are burdened with the numerous obligations according to the developmental tasks of postpartum mothers, particularly maternal role performance that demands constant infant care (Friedman, 1992) in addition to spousal roles and elder-child care by postpartum mothers. The fact that postpartum mothers bear many responsibilities while in a state of fatigue as uncomfortable symptoms cause increased stress and anxiety in postpartum mothers (Pongpaiboon, 2007). The aforementioned physiological and psychosocial changes affect the lives of postpartum mothers in many ways along with the perceived quality of life in postpartum mothers (Hill, Aldag, Hekel, Riner & Bloomfield, 2006; Huang, Tao, Liu & Wu, 2011; Schytt, Lindmark & Waldenström, 2005).

According to a foreign study conducted on the quality of life of postpartum mothers, postpartum mothers have moderate to high quality of life (Bahrami, Karimian, Bahrami & Bolbolhaghghi, 2014; Gjerdingen & Center, 2003). In Thailand, however, no studies have been found on the quality of life of postpartum mothers under normal conditions. Only one study was found to have been conducted in postpartum mothers with HIV. The majority of the subjects in the aforementioned study had a good quality of life (Kongyu, 2006). Nevertheless, the perceived quality of life of postpartum mothers should be dependent on several factors.

According to the literature review, a number of factors have been found to be correlated with the quality of life of postpartum mothers. These factors are age, educational level, family income, type of delivery, number of children, sleep disturbance, anxiety, maternal role performance and social support. However, studies on the correlations between the aforementioned factors and quality of life of postpartum mothers remain limited and conducted abroad. Furthermore, some studies are conflicting and no studies on the quality of life of normal postpartum mothers were found in Thailand. The findings of the aforementioned studies might have differences caused by mothers who encountered complications and foreign postpartum mothers. For the aforementioned reasons, the researcher is interested in studying the quality of life of normal postpartum mothers with the study aimed at the factors influencing the quality of life of postpartum mothers. It is believed that the findings of the present study will benefit nurses in promoting and improving quality of life for postpartum mothers in the future.

Conceptual Framework of the Study

In the present research, the researcher utilized the conceptual framework of the health-related quality of life of Ferrans and colleagues (Ferrans et al., 2005) as the conceptual framework for the study. The conceptual framework was developed based on the health quality of life concept of Wilson and Cleary (Wilson & Cleary, 1995). Ferrans and colleagues (Ferrans et al., 2005) explained that the quality of life of an individual depends on numerous related factors such as individual and environmental characteristics with direct impact on quality of life. At the same time,

both of the aforementioned factors influence biological functions, symptoms, functional status and general health perceptions, all of which also affect quality of life.

In the present study, the researcher chose to study the variables correlated with the quality of life of postpartum mothers based on the conceptual framework of Ferrans and colleagues (Ferrans et al., 2005) and the literature review. Individual characteristics were composed of age, educational level, family income, type of delivery and number of children, whereas environmental characteristics were composed of social support; biological function was composed of sleep disturbance; the symptom was anxiety; and functional status was maternal role performance. Health perceptions were not studied in the present study, because the study of the aforementioned factors reflected the health perception of healthy postpartum mothers. The conceptual framework of the study is shown in Figure 1.

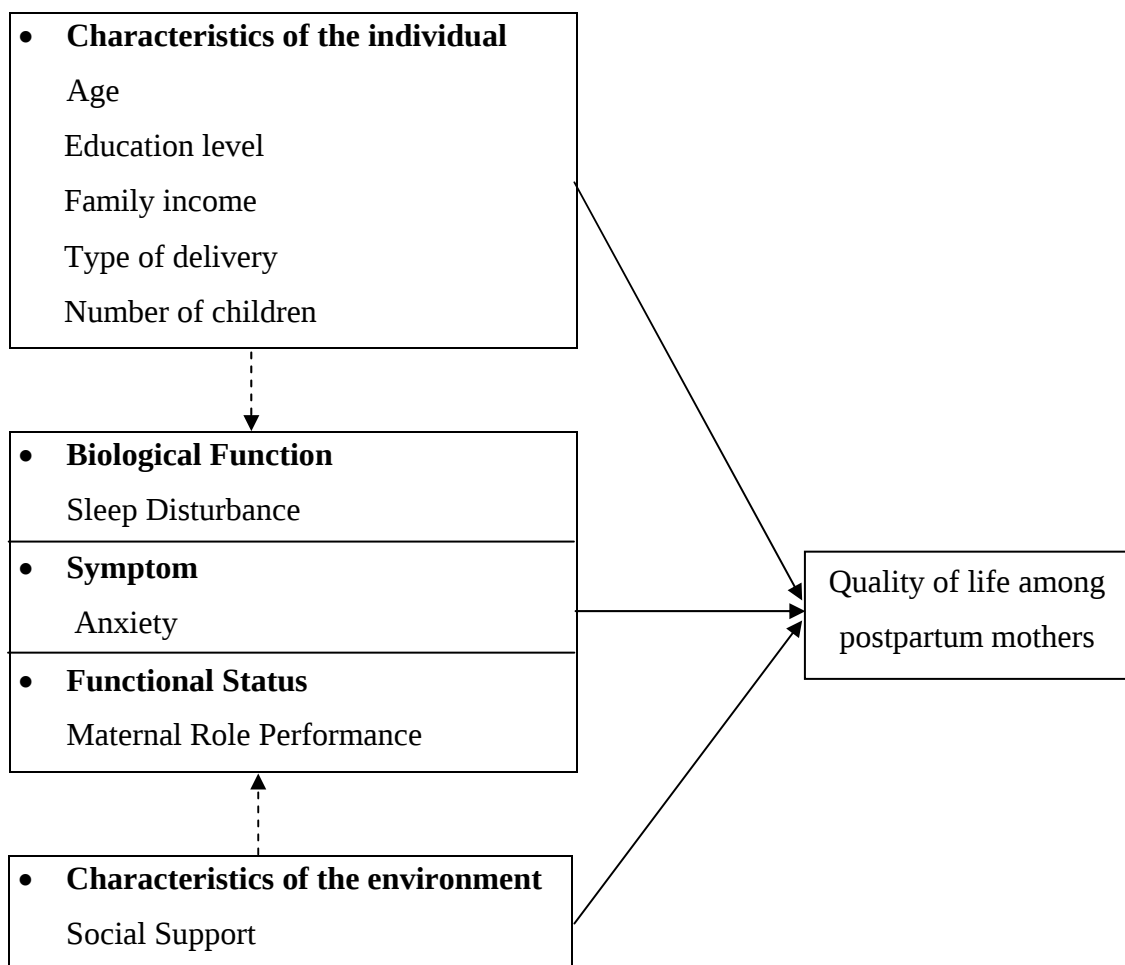


Figure 1: Conceptual Framework of the Study

Objectives of the Study

1. To investigate the level of quality of life among postpartum mothers.
2. To determine the effect of selected factors including age, education level, family income, type of delivery, number of children, sleep disturbance, anxiety, maternal role performance, and social support on quality of life among postpartum mothers.

Research Questions

1. What is the level of quality of life among postpartum mothers?
2. Can the selected factors, namely, age, education level, family income, type of delivery, number of children, sleep disturbance, anxiety, maternal role performance, and social support jointly predict the quality of life among postpartum mothers?

Research Hypothesis

The selected factors, namely, age, education level, family income, type of delivery, number of children, sleep disturbance, anxiety, maternal role performance, and social support will co-predict the quality of life among postpartum mothers.

Scope of the Study

The present research was conducted to study the quality of life and factors influencing the quality of life of postpartum mothers coming for postpartum health check-ups at the Family Planning Clinic, Ramathibodi Hospital, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, using the model of health-related quality of life of Ferrans and colleagues (Ferrans et al., 2005) as the conceptual framework for the study.

Definition of Terms

The quality of life among postpartum mothers means an awareness of postpartum mothers towards their own lives in the physical, mental, social and environmental aspects according to the and goals and expectations in life. It was evaluated by WHOQOL-BREF-THAI which was translated into Thai by Suwat Mahatnirunkul and colleagues (B.E. 2545) High score means the postpartum mothers have a high quality of life but low score means the postpartum mothers have poor quality of life.

Selected factors mean factors related to the quality of life among postpartum mothers. In this study, the researchers selected age, education level, family income, type of delivery, number of children, sleep disturbance, anxiety, maternal role performance and social support as the factors to study. Each factor is defined as follows.

Age refers to the period measured in years of postpartum mothers since they were born until the day they participated in this study.

Education level refers to the number of years of education that postpartum mothers attended from primary education to the highest degree they graduated.

Family income refers the overall income of postpartum mothers and couples per month (Baht).

Types of delivery refers to the latest delivery type of postpartum mothers which can be divided into 2 types: vaginal delivery and cesarean section.

Number of children refers to the number of children living after delivery of postpartum mothers on the date the data were collected.

Sleep disturbance refers to the awareness of postpartum mothers towards their sleep disturbance in both quantity and quality aspects. It was evaluated by using the General Sleep Disturbance Scale created by Lee (1992), which was translated into Thai and adapted by Jaratsri Theerakulchai (Theerakulchai, 2004). High score means postpartum mothers are disturbed during their sleep much. Low score means postpartum mothers are disturbed during their sleep less.

Anxiety refers to the tense, anxious, jittery feeling caused from the response of postpartum mothers' mind towards the situation in the postpartum period, which changed from the prenatal stage. It was evaluated by using the State Trait Anxiety Inventory form XI created by Spielberger and colleagues (1970). This form was translated into Thai by Nittaya Khodchapakdee, Sairudee Vorakitpokatorn and Malee Nissaisook (B.E. 2526). High score means postpartum mothers have high anxiety. Low score means have postpartum low anxiety.

Maternal role performance refers to the feelings or opinions of postpartum mothers towards the responsibility of being mothers to their newborn child. It was evaluated by using the Maternal Role Attainment Scale (Form B) created by Srisamorn Phumonsakul and Kobkul Phanchaoenworakul (B.E. 2546). High score means postpartum mothers do the maternal role but low score means postpartum mothers do not do the maternal role properly.

Social support refers to the awareness of postpartum mothers towards the support from their couples, family members or others in the aspects of emotion, evaluation, information and belongings. This aspect was evaluated by using the Postpartum Support Questionnaire created by Logsdon and colleagues (1994) which was translated into Thai by Pornthip Wongwisetsirikul (B.E. 2540). High score means postpartum mothers are aware of social support much but low score means postpartum mothers are aware of social support less.

Material and methods

The samples used in this research were 110 six-week postpartum mothers who received postnatal visits at family planning clinic at the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University from March 2015– July 2015. The samples were selected purposely with the following criteria.

1. The samples should not have chronic diseases and complications during pregnancy, delivery and postpartum.
2. The samples should give term infant with no congenital deformation and no postpartum complications.
3. The samples should read, write and speak Thai.

The instruments used in this study are

1. Demographic Data Form that were created by the researcher includes the contents of age, education level, family income, type of delivery and number of children.

2. The General Sleep Disturbance Scale created by Lee (1992) was translated into Thai and adapted by Jaratsri Theerakulchai (Theerakulchai, 2004). This questionnaire contains 16 positive and negative questions. The positive questions are in 4, 10 and 11. The score from those 3 questions must be reversed before analyzing. Answers were 8 levels of rating scale (Likert scale). The researcher took this questionnaire to trial with 10 qualified cases of postpartum mothers and measured Cronbach's alpha coefficient with the finding of .77.

3. State Trait Anxiety Inventory Form X-I created by Spielberger et al. (1970) was translated into Thai by Nittaya Khodchapakdee, Sairudee Vorakitpokatorn and Malee Nissaisook (B.E. 2526). This questionnaire contains 20 questions. The positive questions are in number 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 and 20. The score must be reversed before analyzing. Answers were 8 levels of rating scale (Likert scale). The researcher took this questionnaire to trial with 10 qualified cases of postpartum mothers and measured Cronbach's alpha coefficient with the finding of .88.

4. The Maternal Role Attainment Scale created by Srisamorn Phumonsakul and Kobkul Phancharoenworakul (B.E. 2546). In this study, the researcher used the Maternal Role Attainment Scale (Form B) which contains 23 questions. Answers were 5 levels of rating scale (Likert scale). The researcher took this questionnaire to trial with 10 qualified cases of postpartum mothers and measured Cronbach's alpha coefficient with the finding of .84.

5. The Postpartum Support Questionnaire created by Logsdon et al. (1994) was translated into Thai by Pornthip Wongwisetsirikul (B.E. 2540). It contains 34 questions and the answers were 5 levels of rating scale (Likert scale). The researcher took this questionnaire to trial with 10 qualified cases of postpartum mothers and measured Cronbach's alpha coefficient with the finding of .95.

6. WHOQOL-BREF-THAI is an indicator which was translated into Thai by Suwat Mahatnirunkul and colleagues (B.E. 2545). This questionnaire contains 20 questions. The negative questions are in number 2, 9 and 11. The score must be reversed before analyzing. Answers were 5 levels of rating scale (Likert scale). In this study, the researcher adapted the contents in the questionnaire and had them checked by the experts. When it was measured the Content Validity Index: CVI with the finding of .96, the researcher took this questionnaire to trial with 10 qualified cases of postpartum mothers and measured Cronbach's alpha coefficient with the finding of .93.

Data Collection

After the project was approved by the Human Research Ethics Committee at the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, the researchers then wrote a letter to the director of Ramathibodi Hospital asking for a permission to collect the data. Once it was approved, the researchers selected the samples purposely according to the criteria set previously and conducted the research on a schedule as follows.

1. The researcher checked the history of postpartum mothers and selected the samples according to the criteria.
2. The researcher introduced and invited the samples to participate in the study. When the samples were willing to participate in, the researcher provided the samples to sign the letter of consent. Then, questionnaires were provided and explained how to respond properly. It took about 30 minutes to finish the questionnaires.
3. When the samples finished doing the questionnaire, the researcher checked if there were any questions were not completed. If there were any, the samples were asked to finish them. Finally, the researcher thanked the samples for being a part of this study.

Data Analysis

The data collected were analyzed by research methods in statistics using the following programs.

1. Personal information including age, number of years of education, family income, type of delivery and number of children was analyzed by finding percentage, mean and standard deviation.

2. The testing scores of sleep disturbance, anxiety, maternal role performance, social support and quality of life among postpartum mothers were analyzed by finding range, mean, standard deviation and the score level of the quality of life among postpartum mothers.

3. The relationship among the factors of age, education level, family income, type of delivery, number of children, sleep disturbance, anxiety, maternal role performance, social support and quality of life among postpartum mothers were analyzed by finding Pearson's product moment correlation.

4. The analysis of age, education level, family income, type of delivery, number of children, sleep disturbance, anxiety, maternal role performance, social support and quality of life among postpartum mothers' prediction were conducted by Stepwise multiple regression analysis at the level of statistical significance. 05. Before the statistical analysis, the researchers adjusted the variable of type of delivery, which is in the nominal scale into the interval scale by assigning a dummy coding as code 0 represents cesarean section and code 1 represents vaginal delivery. The researchers then tested the basic terms of a multiple regression analysis as each variable was normally distributed, the independent variables and the dependent variable were linearly related, the variance of the dependent variable for all values of the independent variables sum must be equal, the errors occurred should be no autocorrelation and the independent variables of the study should be no multicollinearity with each other. It was found that the results followed the preliminary agreement which could be analyzed by using multiple regression statistic between independent variables and the dependent variables.

Results

The sample group for the study consisted of 110 six-week postpartum mothers aged 17-39 years with a mean age of 27.76 years (SD = 5.24). The majority of the subjects were aged from 20-34 years (85.45%). The educational level of over half of the sample group was below the bachelor's degree level (51.80%) over a mean educational period of 14 years (Mean = 13.79, SD = 2.86). The monthly family income of the majority of the sample group ranged from 15,000-30,000 baht (52.70%), whereby the majority of subjects earned 30,000 baht in family income per month (Mode = 30,000). The majority of the sample group (63.60%) most recently gave birth by vaginal delivery. The number of children ranged from 1-4, whereby over half of the subjects (59.10%) had only one child. When sleep disturbance, anxiety, maternal role performance, social support and quality of life were considered, the mean score of the sample group was 48.40 points (SD = 17.36) for sleep disturbance, 43.50 points for anxiety (SD = 7.70), 102.34 points for maternal role performance (SD = 6.97), 113.99 points for social support (SD = 23.91) and 96.49 points for quality of life (SD 13.68). Lastly, when considering quality of life, over half of the sample group (54.50%) had high quality of life while the remaining subjects had moderate quality of life (45.50%) (Table 1).

Table 1: Numbers and Percentages of Quality of Life Scores (n = 110)

Level of quality of life		Number (people)	Percentage
High quality of life	(96 - 130 points)	60	54.50
Moderate quality of life	(61 - 95 points)	50	45.50

Once the correlations between the studied variables were analyzed using Pearson's product moment correlation statistics, educational level, family income and type of delivery were found to be correlated with the quality of life of postpartum mothers without statistical significance ($r = .07, .08, .06$ and $-.11$, respectively, $p > .05$), while number of children, sleep disturbance, anxiety, maternal role performance and social support correlated with the quality of life of postpartum mothers with statistical significance ($r = -.22, -.37, -.57, .49$ and $.75$, respectively, $p < .05$) (Table 2).

Table 2 Correlation Coefficient between studied variables using Pearson's product moment correlation (n = 110)

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Age	1									
2. Education level	-.31*	1								
3. Family income	-.38*	.47*	1							
4. Type of delivery	.16*	-.17*	-.15	1						
5. Number of children	-.21*	-.28*	-.07	.16*	1					
6. Sleep disturbance	-.10	-.06	-.08	.02	.08	1				
7. Anxiety	-.09	.06	.09	.18*	.08	.54*	1			
8. Maternal role performance	.12	-.04	-.14	-.09	.02	-.12	-.31*	1		
9. Social support	.13	.13	.08	.01	-.24*	-.25*	-.28*	.40*	1	
10. Quality of life	.07	.08	.06	-.11	-.22*	-.37*	-.57*	.49*	.75*	1

*p < .05

Once the influence of the variables studied on the quality of life of postpartum mothers were analyzed using stepwise multiple regression analysis, social support, anxiety and maternal role performance were found to be able to describe the fluctuations in the quality of life of postpartum mothers by 72.80 percent with statistical significance at .05. Social support was the first variable capable of explaining the variance in the quality of life of the postpartum mothers and able to explain the aforementioned by up to 56.60 percent ($F_{1, 108} = 141.026$, $p < .05$). The second variable capable of explaining increased variances in the quality of life of postpartum mothers was anxiety by 14.60 percent ($F_{1, 107} = 54.097$, $p < .05$). Lastly, the third variable that capable of explaining the increased variances in the quality of life of

the postpartum mothers was maternal role performance by 1.60 percent ($F_{1, 106} = 6.313$, $p < .05$) (Table 3). Therefore, the research hypothesis was only partially supported.

Table 3 Analysis of the Predictive Factors of the Quality of Life of Postpartum Mothers by Stepwise multiple regression analysis (n = 110)

Step	Variables	R ²	R ² Change	S.E.	F Change	Sig F
1	Constant = 47.419					
	Social support	.566	.566	.036	141.026	.000
2	Constant = 85.427					
	Anxiety	.712	.146	.096	54.097	.000
3	Constant = 57.437					
	Maternal role performance	.728	.016	.112	6.313	.013

Discussion

According to the research findings, over half of the sample group scored high quality of life, which concurs with a study conducted by Mortazavi and colleagues (Mortazavi et al., 2014), a study conducted by Gjerdingen and Center (Gjerdingen & Center, 2003) and a study conducted by Somkid Kongyu (Kongyu, 2006). Accordingly, the aforementioned concurrence might have been caused by the fact that the sample group perceived their own living conditions as matching to their goals and expectations. In addition, over half of the sample group had mean social support scores, and social support was positively correlated to quality of life at a high degree. The fact that the postpartum mothers received emotional, appraisal, informational and instrumental support resulted in more positive attitudes toward the changes that occurred. This led to positive maternal role adaptation. Furthermore, the fact that their bodies recovered normally had caused the majority of the sample group to perceive high quality of life. Moreover, over half of the sample group in the present

study had only one child. Having only one child reduced childcare obligations in comparison to having many children. The sample group perceived high quality of life as a result. Lastly, although the majority of the sample group in the present study was composed of adults earning rather high family incomes and delivering vaginally, the aforementioned factors were found to be correlated with quality of life without statistical significance.

When analysis was conducted on the influence of the studied variables on the quality of life of postpartum mothers, social support, anxiety and maternal role performance were found to be able to co-predict the quality of life of the postpartum mothers by 72.80 percent. Social support was the first variable capable of explaining variances in the quality of life of postpartum mothers by 56.60 percent, possibly because social support aided postpartum mothers by making them feel they received love, care and attention. This gave the mothers more time for rest and relieved their anxiety or stress. As a result, the postpartum mothers achieved positive adjustments (Akýn et al., 2009; Hung & Chung, 2001; London et al., 2011). The positive attitudes that resulted from postpartum changes also caused the postpartum mothers to eventually perceive high quality of life. Concurrently, a study conducted by Emmanuel and colleagues (Emmanuel et al., 2012) found that social support could predict the physical and emotional quality of life of postpartum mothers with statistical significance and a study conducted by Akýn and colleagues (Akýn et al., 2009) found that social support could predict the quality of life of postpartum mothers jointly with other factors with statistical significance. The second variable influential in describing increased fluctuations in the quality of life of postpartum mothers was anxiety by 14.60 percent. This finding might have been due to the physiological and psychosocial changes that occurred in the postpartum period, which became new situations requiring postpartum mothers to encounter and quickly make adjustments. Therefore, the postpartum mothers experienced anxiety (McKinney et al., 2009). Anxiety produced negative feelings in the postpartum mothers toward the aforementioned changes and caused the postpartum mothers to perceive poor quality of life as a result. The aforementioned findings concurred with the study of Pereira and Canavarro (Pereira & Canavarro, 2014) which found that anxiety could co-predict the quality of life of postpartum mothers with physical symptoms resulting from emotional problems

with statistical significance. Maternal role performance was the third variable with influence in explaining increased variances in the quality of life of postpartum mothers by 1.60 percent. This finding might have been due to the fact that the postpartum mothers were required to encounter significant role changes such as maternal role performance, particularly regarding care for infant children (Duvall, 1967). The postpartum mothers with good maternal role performance had self confidence and pride leading to self value and life satisfaction. The aforementioned feelings caused postpartum mothers to subsequently perceive high quality of life. Conversely, however, postpartum mothers with poor maternal role performance feel discouraged and perceive poor quality of life. Concurrently, a study conducted by Mortazavi and colleagues (Mortazavi et al., 2014) found that breastfeeding, which is considered a role performed by mothers, was able to co-predict the quality of life of postpartum mothers with other factors with statistical significance.

Meanwhile, the variables that were unable to predict the variances in the quality of life of the postpartum mothers were sleep disturbance, number of children, age, educational level, family income and type of delivery. Although sleep disturbance was statistically correlated with quality of life, it was not influential over the quality of life of the postpartum mothers, possibly due to the fact that sleep disturbance was overshadowed by maternal role performance. Once maternal role performance was entered into the prediction equation, sleep disturbance, which had a lower correlation score with quality of life, and was not placed in the prediction equation. The findings were similar for number of children. When maternal role performance was entered into the prediction equation, number of children, which had a lower correlation score with quality of life, was not inserted into the prediction equation. Age, level of education, family income and type of delivery were correlated with the quality of life of postpartum mothers without statistical significance ($p > .05$). In addition, the fact that the majority of the sample group in the present study was composed of similarly aged mothers with rather high levels of education and higher mean family incomes than the average household income in Thailand and underwent vaginal delivery had produced similar perceptions of quality of life. The aforementioned low distribution of data caused the aforementioned factors to be correlated with the quality of life of the

postpartum mothers without statistical significance and unable to predict the quality of life of the postpartum mothers in the sample group

Conclusion

According to the findings of the present study, six-week postpartum mothers had a high mean quality of life. Furthermore, the factors influencing the quality of life of postpartum mothers were social support, anxiety and maternal role performance, which could jointly explain the variances in the quality of life of the postpartum mothers by 72.80 percent. Therefore, nurses caring for postpartum mothers should give importance to promoting social support, anxiety reduction and maternal role performance in order to improve the quality of life of postpartum mothers in the future.

Limitations

In the present research, the researcher used purposive sampling to obtain the sample group. And the majority of the subjects resided in Bangkok. Therefore, there might have been limitations in applying the research findings as a reference for other populations or postpartum mothers living in different environments and contexts.

Recommendations for the use of the findings

Nursing practices

Nurses should be aware of the importance of encouraging husbands or family members to support postpartum mothers properly. This could help ease the anxiety of postpartum mothers and support them to do maternal role properly.

Nursing education

The results of this study are suitable for teaching nursing students in terms of evaluating the quality of life among postpartum mothers and nursing plan for postpartum mothers to encourage them to have better quality of life.

Nursing research

1. There should be a study of quality of life among postpartum mothers in various aspects.
2. There should be a study comparing the quality of life among postpartum mothers who had vaginal delivery and cesarean section.
3. There should be a study of quality of life among postpartum mothers in the long term.

บรรณานุกรม

- กชภัท วงศ์ทองเกื้อ. (2554). ความวิตกกังวลหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นที่คลอดบุตรคนแรก. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กัญจน์ พัตติยะ. (2530). ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลและการปรับตัวต่อการเป็นมารดาในผู้ป่วยครรภ์แรกที่มาตัดคลอดทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกษรวิ ละม้ายสกุล. (2555). คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- จินตนา วัชรสินธุ์. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและการปรับตัวตามบทบาทการเป็นมารดาของหญิงครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์หา ว่องวัฒนกุล. (2552). อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม ต่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดา ในมารดาที่ทารกแรกเกิดมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการส่องไฟ. วิทยานิพนธ์ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชมชื่น สมประเสริฐ. (2526). ผลของการฝึกสมาธิต่อระดับความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิตติรัตน์ หมื่นศรีชัย. (2550). ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ. วิทยานิพนธ์ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงกมล ปิ่นเกลียว และเยาวลักษณ์ เสรีเสถียร. (2552). ความทุกข์ทรมานของสตรีหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. วารสารพยาบาลศาสตร์, 27(2), 18-38.
- ทัศนีย์ อินประเสริฐ และเสาวภา อินพา. (2553). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. การประชุมวิชาการ ประจำปี 2553, กรุงเทพมหานคร.
- นภัสนันท์ สุขเกษม. (2552). การดำรงบทบาทมารดาและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปราณี พงศ์ไพบูลย์. (2550). *การพยาบาลระยะหลังคลอด*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.

พรทิพย์ วงศ์พิเศษศิริกุล. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดากับอาการวิตกกังวล และซึมเศร้าภายหลังคลอดในมารดาที่มีบุตรคนแรก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิ่น. (บรรณาธิการ). (2555). *การสร้างเสริมสุขภาพเด็กทุกช่วงวัย*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา.

มาสุรีย์ ศรีพรหมมา, เขวลักษณ์ มากดี, เขวลักษณ์ จันทนสุรคน, พัชรวิพรรณ ฤทธิวรรณะ, อนุชิตา สุดสม, พวงแข เทียบทอง, ... ตติยาพร แสงกล้า. (2554). *หลักสูตร/ คู่มือค่ายครอบครัว*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

รวิวรรณ พงศ์พิฒพัชร. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

รัชดา วงษ์นิพนธ์. (2552). *ความเหนื่อยล้าในมารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิลาสินี ชาดะเมธิกุล และมิรา โครานา. (2548). *ศึกษาสภาวะการณ์การลาคลอดของแม่*. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.

วัชร เลอमानกุล และปารณีย์ มีแต้ม. (2548). การทดสอบคุณสมบัติของแบบสอบถาม SF-36 ภาษาไทยฉบับแปลใหม่. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 29 (1-2), 69-88.

ศรีสมร ภูมณสกุล และกอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. (2546). แบบวัดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา และการทดสอบคุณสมบัติทางด้านการวัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 21(3), 36-47.

ศรีสมร ภูมณสกุล, อรพรรณ สมบูรณ์ทรัพย์ และอุษา ศิริวัฒน์โชค. (2547). การพัฒนาแบบวัดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา: ฉบับปรับปรุงและคุณสมบัติทางด้านการวัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 22(1), 28-38.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2549). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

- สุปราณี สิทธิกานต์. (2545). *การปฏิบัติพัฒนกิจของมารดาหลังคลอด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2545). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)*. โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ ปีพ.ศ. 2545.
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา. (2545). *พระราชบัญญัติการศึกษาภาคบังคับ พ.ศ. 2545*. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). *สรุปผลที่สำคัญ การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์.
- อดิศา ศรีสมบุรณ์, เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร, จวีวรรณ อยู่สำราญ และวรรณฯ พาหุวัฒนกร. (2553). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดาต่อความสำเร็จในบทบาทการเป็นมารดาของมารดาวัยรุ่นที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์*, วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Ahn, S., & Youngblut, J. M. (2007). Predictors of women's postpartum health status in the first 3 months after childbirth. *Asian nursing research*, 1(2), 136-146.
- Akn, B., Ege, E., Koolu, D., Demirren, N., & Ylmaz, S. (2009). Quality of life and related factors in women, aged 15–49 in the 12-month post-partum period in Turkey. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 35(1), 86-93.
- Ansara, D., Cohen, M. M., Gallop, R., Kung, R., & Schei, B. (2005). Predictors of women's physical health problems after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26(2), 115-125.
- Astrachan-Fletcher, E., Veldhuis, C., Lively, N., Fowler, C., & Marcks, B. (2008). The reciprocal effects of eating disorders and the postpartum period: A review of the literature and recommendations for clinical care. *Journal of Women's Health*, 17, 227-239.
- Attrill B. (2002). The assumption of the maternal role: A developmental process. *Australian Midwifery Scholarship Foundation*, 15(1), 21-25.
- Bahrami, N., Karimian, Z., Bahrami, S. & Bolbolhaghighi, N. (2014). Comparing the postpartum quality of life between six to eight weeks and twelve to fourteen weeks after delivery in Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(7), 1-5.

- Britton, J. R. (2008). Maternal anxiety: Course and antecedents during the early postpartum period. *Depression and anxiety*, 25, 793-800.
- Buaphut, S. (2002). *Selected factors, self-esteem, social support, and maternal role adaptation of postpartal mothers*. (master's thesis), Mahidol University, Thailand.
- Carter, A. S., Baker, C. W., & Brownell, K. D. (2000). Body mass index, eating attitudes, and symptoms of depression and anxiety in pregnancy and the postpartum period. *Psychosomatic Medicine*, 62, 264-270.
- Cheng, C. Y., & Li, Q. (2008). Integrative review of research on general health status and prevalence of common physical health conditions of women after childbirth. *Women's Health Issues*, 18, 267-280.
- Choi, S. Y., Gu, H. J., & Ryu, E. J. (2011). Effects of fatigue and postpartum depression on maternal perceived quality of life (MAPP-QOL) in early postpartum mothers. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 17(2), 118-125.
- Choketaweepanich, P. (2000). *Relationships between personal factors, marital relationship, social support, and maternal role adaptation in postpartum period*. (master's thesis), Mahidol University, Thailand
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cronenwett, L. R. (1985). Network structure, social support, and psychological outcomes of pregnancy. *Nursing Research*, 34(2), 93-99.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe J. S., Hoffman, B. L., ... Sheffield, J. S. (2014). *Williams Obstetrics* (24th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Disornatiwat, P. (1998). *Factors affecting postpartum women's anxiety-depression in Ramathibodi hospital: Logistic regression analysis* (master's thesis), Mahidol University, Thailand.
- Duvall, E. M. (1967). *Family development* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Emmanuel, E., St John, W., & Sun, J. (2012). Relationship between social support and quality of life in childbearing women during the perinatal period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 41(6), E62-E70.

- Ferrans, C. E. (1996). Development of a conceptual model of quality of life. *An International Journal*, 10, 293-304.
- Ferrans, C. E. & Power, M. J. (1992). Psychometric assessment of the quality of life index. *Research in Nursing and Health*, 15, 29-38.
- Ferrans, C. E., & Power, M. J. (1985). Quality of life index: Development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*, 8, 15-24.
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37, 336-342.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (24th ed.). London: Sage.
- Flanagan, J. C. (1978). A research approach to improving our quality of life. *American Psychologist*, 31(8), 138-147.
- Friedman, M. M. (1992). *Family nursing theory and practice* (3rd ed.). New Jersey: Appleton & Lange.
- Gay, C. L., Lee, K. A. & Lee, S. Y. (2004). Sleep patterns and fatigue in new mothers and fathers. *Biological Research for Nursing*, 5, 311-318.
- Gilgeous, V. (1998). Manufacturing managers: Their quality of working life. *Integrated Manufacturing Systems*, 9(3), 173-181.
- Gjerdingen D. K. & Center, B. A. (2003). First-time parents' prenatal to postpartum change in health, and the relation of postpartum health to work and partner characteristics. *Journal of the American Board of Family Practice*, 16, 304-311.
- Gotay, C. C., Korn, E. L., McCabe, M. S., Moore, T. D. & Cheson, B. D. (1992). Quality of life assessment in cancer treatment protocols: Research issues in protocol development. *National Cancer Institute*, 84, 575-579.
- Hacker, E. (2009). Exercise and quality of life: Strengthening the connections. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(1), 31-39.
- Hauff, L. E., & Demerath, E. W. (2012). Body image concerns and reduced breastfeeding duration in primiparous overweight and obese women. *American Journal of Human Biology*, 24, 339-349.
- Hill, P. D., Aldag, J. C., Hekel, B., Riner G. & Bloomfield, P. (2006). Maternal postpartum quality of life questionnaire. *Journal of Nursing Measurement*, 14, 205-220.

- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Huang, K., Tao, F., Liu, L. & Wu, X. (2011). Does delivery mode affect women's postpartum quality of life in rural China? *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1534–1543.
- Hung, C. H., & Chung, H. H. (2001). The effects of postpartum stress and social support on postpartum women's health status. *Journal of advanced nursing*, 36, 676-684.
- Kang, M. J., Matsumoto, K., Shinkoda, H., Mishima, M., & Seo, Y. J. (2002). Longitudinal study for sleep-wake behaviours of mothers from pre-partum to post-partum using actigraph and sleep logs. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 56, 251-252.
- Kongyu, S. (2006). *Quality of life of postpartum mothers with HIV, Phetchaburri and Ratchaburi province* (master's thesis), Mahidol University, Thailand.
- Kor-Anantakul, O., Suwanrath, C., Lim, A., & Chongsuwiwatwong, V. (2008). Comparing complications in intended vaginal and caesarean deliveries. *Journal of Obstetrics & Gynecology*, 28(1), 64-68.
- Lally, J. R. (2003). Infant-Toddler Child Care in the United States: Where Has It Been? Where Is It Now? Where Is It Going? *Zero to Three Journal*, 24(1), 29-34.
- Lee, K. A. (1992). Self-reported sleep disturbances in employed women. *Journal of Sleep Research & Sleep Medicine*, 15, 493-498.
- Lee, K. A., Zaffke, M. E., & Mcenany, G. (2000). Parity and sleep patterns during and after pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 95(1), 14-18.
- Liu, S., Heaman, M., Kramer, M., Wen, S., Sauve, R., Marcoux, S., & Demissie, K. (2001). Risk of maternal postpartum readmission associated with type of delivery and diagnosis. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 15(4), A21.
- Logsdon, M. C., & McBride, A. B. (1994). Social support and postpartum depression. *Research in Nursing & Health*, 17, 449-457.
- London, M. L., ladewig, P. A., Ball, J. W., Bindler, R. C. & Cowen, K. J. (2011). *Maternal & child nursing care* (3rd ed.). New Jersey: Upper Saddle River.
- McGovern, P., Dowd, B., Gjerdingen, D., Gross, C. R., Kenney, S., Ukestad, L., ... Lundberg, U. (2006). Postpartum health of employed mothers 5 weeks after childbirth. *Annals of Family Medicine*, 4(2), 159-167.

- McKinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S. & Ashwill, J. W. (2009). *Maternal- child nursing* (3 rd ed.). Canada: Saunders.
- Mercer, R. T. (1981). A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. *Nursing Research*, 30(2), 73-77.
- Mercer, R. T. (1986). Predictors of maternal role attainment at one year post birth. *Western Journal of Nursing Research*, 8(1), 9-32.
- Mishina, H., Takayama, J. I., Aizawa, S., Tsuchida, N. & Sugama, S. (2012). Maternal childbearing anxiety reflects childrearing burden and quality of life. *Pediatrics International*, 54, 504-509.
- Mortazavi, F., Mousavi, S. A., Chaman, R., & Khosravi, A. (2014). Do maternal quality of life and breastfeeding difficulties influence the continuation of exclusive breastfeeding? *International Journal of Pediatrics*, 2014.
- Mortazavi, F., Mousavi, S. A., Chaman, R. & Khosravi, A. (2014). Maternal quality of life during the transition to motherhood. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(5), 1-7.
- Munro, B. H. (2005). *Statistical Methods for Health Care Research* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Nikpour, M., Abedian, Z., Mokhber, N., Ebrahimzadeh, S., & Khani, S. (2011). Comparison of quality of life in women after vaginal delivery and cesarean section. *Journal of Babol University of Medical Sciences*, 13(1), 44-50.
- Nyberg, K., & Sternhufvud, L. B. (2000). Mothers' and fathers' concerns and needs postpartum. *British Journal of Midwifery*, 8, 387-394.
- Okubo, N., Mitsunashi, Y., & Saito, K. (2000). Perineal laceration versus episiotomy: Disruption in postnatal women's daily life. *Journal of Japan Academy of Midwifery*, 14, 35-44.
- Pereira, A. T., Marques, M., Soares, M. J., Maia, B. R., Bos, S. C., Azevedo, M. H., ... Macedo, A. (2013). 1669—Correlates of postpartum anxiety. *European Psychiatry*, 28, 1.
- Pereira, M., & Canavarro, M. C. (2012). Quality of life and emotional distress among HIV-positive women during transition to motherhood. *The Spanish Journal of Psychology*, 15, 1303-1314.

- Perry, S. E. (2012). Postpartum physiology. In, Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, M.C. & Alden, K. R. (Ed.), *Maternity and women's health care* (pp. 478-487). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Rubin, R. (1967). Attainment of the maternal role: Part I. Processes. *Nursing Research*, 16, 237-245.
- Ruzevicius, J., & Akranaviciute, D. (2007). Quality of life and its components measurement. *Engineering Economic*, 2, 43-48.
- Sadat, Z., Taebi, M., Saberi, F., & Kalarhoudi, M. A. (2013). The relationship between mode of delivery and postpartum physical and mental health related quality of life. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18, 499.
- Schytt, E., Lindmark, G., & Waldenström, U. (2005). Physical symptoms after childbirth: Prevalence and associations with self-rated health. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 112, 210-217.
- Smith, M. P. (1989). Postnatal concerns of mothers: An update. *Midwifery*, 5(4), 182-188.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. (1970). *STAI manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Stuart, S., Couser, G., Schilder, K., O'Hara, M. W., & Gorman, L. (1998). Postpartum anxiety and depression: Onset and comorbidity in a community sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 420-424.
- Sword, W., & Watt, S. (2005). Learning needs of postpartum women: Does socioeconomic status matter? *Birth*, 32(2), 86-92.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Boston: Education.
- Theerakulchai, J. (2004). *Factors related to fatigue and fatigue management among Thai postpartum women* (Doctoral dissertation), Chiang Mai University, Thailand.
- Thompson, J. F., Roberts, C. L., Currie, M., & Ellwood, D. A. (2002). Prevalence and persistence of health problems after childbirth: Associations with parity and method of birth. *Birth*, 29(2), 83-94.

- Thongsawan, A. (2000). *The relationships among selected factors, postpartum support, infant temperament, and postpartum anxiety and depression* (master's thesis), Mahidol University, Thailand.
- Torkan, B., Parsay, S., Lamyian, M., Kazemnejad, A. & Montazeri, A. (2009). Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. *Biomed Central Pregnancy and Childbirth*, 9(1), 4.
- Tulman, L., Fawcett, J., Groblewski, L., & Silverman, L. (1990). Changes in functional status after childbirth. *Nursing Research*, 39(2), 70-75.
- Webb, D. A., Bloch, J. R., Coyne, J. C., Chung, E. K., Bennett, I. M., & Culhane, J. F. (2008). Postpartum Physical Symptoms in New Mothers: Their Relationship to Functional Limitations and Emotional Well-being. *Birth*, 35(3), 179-187.
- Webster, J., Nicholas, C., Velacott, C., Cridland, N., & Fawcett, L. (2011). Quality of life and depression following childbirth: Impact of social support. *Midwifery*, 27, 745-749.
- Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., & Brendle, J. R. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 295-311.
- Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *The Journal of the American Medical Association*, 273(1), 59-65.
- World Health Organization. (1998). *WHOQOL user manual*. Geneva: World Health Organization.
- Zeitlhofer, J., Schmeiser-Rieder, A., Tribl, G., Rosenberger, A., Bolitschek, J., Kapfhammer, G., ... & Kunze, M. (2000). Sleep and quality of life in the Austrian population. *Acta Neurologica Scandinavica*, 102, 249-257.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ อธิปไตยของปัจเจกบุคคลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด

ชื่อผู้วิจัย นางสาวศิริกรณ์ เหมะฐลิน

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ..... (ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

..... (พยาน)

..... (พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ..... (แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

ภาคผนวก ข

เอกสารแจ้งข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ อิทธิพลของปัจจัยคัดสรรต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด
ชื่อผู้วิจัย นางสาวศิริภรณ์ เหมาะะฐลิน
สถานที่วิจัย คลินิกฝากครรภ์และวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลรามาริบดี
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

1. นางสาวศิริภรณ์ เหมาะะฐลิน หมายเลขโทรศัพท์ 086-220-9881
E-mail address: siriporn.hem@student.mahidol.ac.th
2. ผศ.ดร.จรัสศรี ชีระกุลชัย หมายเลขโทรศัพท์ 022-020746
E-mail address: jaratsri.the@mahidol.ac.th
3. ผศ.ดร.ศรีสมร ภูมณสกุล หมายเลขโทรศัพท์ 022-020758
E-mail address: srisamorn.phu@mahidol.ac.th

ความเป็นมาของโครงการ

ระยะหลังคลอดเป็นระยะที่มารดาต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและการดำรงบทบาทหน้าที่ในการเป็นมารดาซึ่งต้องดูแลทารกแรกเกิดตลอด 24 ชั่วโมง จึงมีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า มารดาหลังคลอดมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับในระยะก่อนคลอดและเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดในระยะต่างกันพบว่า มารดาในระยะ 6-8 สัปดาห์หลังคลอด มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำกว่ามารดาในระยะ 12-14 สัปดาห์หลังคลอด ทั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ชนิดการคลอด จำนวนบุตร การรบกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดา

และการสนับสนุนทางสังคม สำหรับในประเทศไทย ยังไม่พบการศึกษาคูณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดในภาวะปกติ และถึงแม้จะมีการศึกษาในต่างประเทศอยู่บ้างแต่ก็ยังมีจำนวนไม่มากนัก ที่สำคัญมารดาหลังคลอดชาวไทย ซึ่งมีวัฒนธรรมที่แตกต่างจากมารดาหลังคลอดประเทศอื่นๆ การรับรู้คุณภาพชีวิตก็อาจแตกต่างกันไปด้วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาคูณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดในภาวะปกติ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคูณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด โดยเชื่อว่าผลจากการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นพื้นฐานในการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับคูณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมและพัฒนาคูณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดให้ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับคูณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนบุตร รายได้ ครอบครัว ชนิดการคลอด การรบกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาท การเป็นมารดาและการสนับสนุนทางสังคม ต่อคูณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายซึ่งศึกษาในมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งมีขั้นตอนในการปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาจากแฟ้มประวัติเกี่ยวกับการคลอดจากเวชระเบียนของท่าน เพื่อคัดเลือกท่านเข้ากลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์กำหนดไว้
2. ผู้วิจัยเข้าพบท่าน เพื่อแนะนำตัวและเชิญเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการ ระยะเวลา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างให้ท่านทราบ เมื่อท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะขอให้ท่านลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
3. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามแก่ท่าน และอธิบายถึงวิธีการในการตอบแบบสอบถามโดยละเอียด พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ท่านซักถามจนเป็นที่เข้าใจตรงกัน
4. ผู้วิจัยขอให้ท่านตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียงเพื่อให้ท่านสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที
5. เมื่อท่านตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมแบบสอบถามโดยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบในแบบสอบถามชุดนั้นๆ และหากพบว่าท่านตอบ

ข้อความไม่ครบ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบและให้ตอบแบบสอบถามจนครบถ้วนซึ่งถือว่าสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย และต่อผู้อื่น

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในขณะที่ท่านเข้ารับบริการตรวจหลังคลอดตามนัดที่คลินิกฝากครรภ์และวางแผนครอบครัว โดยท่านจะได้รับการดูแลรักษาตามปกติจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย ซึ่งผลการศึกษาที่ได้รับจะสามารถนำไปใช้ในการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะไม่เกิดผลข้างเคียงใดๆ กับท่าน เนื่องจากท่านยังคงได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ในคลินิกฝากครรภ์และวางแผนครอบครัวตามปกติ แต่อาจทำให้ท่านต้องใช้เวลาในการอ่านและตอบแบบสอบถามในขณะที่อยู่โรงพยาบาลรวมทั้งสิ้นประมาณ 30 นาที

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่านเป็นความลับ โดยผู้วิจัยจะไม่ระบุชื่อท่านลงในแบบสอบถาม และในการนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม สำหรับผู้ที่จะสามารถรับรู้ข้อมูลเหล่านี้ได้ นอกจากผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วต้องได้รับความยินยอมจากท่านก่อน

ถ้าท่านมีข้อสงสัยหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อธิการบดีและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

เบอร์โทร 02-201-1544

ภาคผนวก ก



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 201-1000

Documentary Proof of Ethical Clearance
Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

MURA2015/100

Title of Project (EC_580346)	The Effect of Selected Factors on Quality of Life among Postpartum Mothers
Protocol Number	ID 02-58-42
Principal Investigator	Miss. Siriporn Hemadhulin
Education Address	Ramathibodi School of Nursing Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University

The aforementioned project has been reviewed and approved by the Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

Signature of Chairman
Committee on Human Rights Related to
Research Involving Human Subjects


Prof. Pratak O-Prasertsawat, M.D.

Date of Approval

February 9, 2015

Duration of Study

5 Months



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 201-1000

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๘/๑๐๐

ชื่อโครงการ (EC_580346)	อิทธิพลของปัจจัยคัดสรรต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๒-๕๘-๔๒ ย
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวศิริภรณ์ เหมะธูลีน
สถานศึกษา	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติฯ เหล่านี้
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม ประสิทธิ์ ธิประสิทธิ์

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์)

วันที่รับรอง ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘

ระยะเวลาในการศึกษา ๕ เดือน

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบสอบถามการรบกวนการนอนหลับ
3. แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ
4. แบบวัดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา
5. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม
6. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดตอบข้อคำถามต่อไปนี้ โดยเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ()

1. อายุ ปี
2. ระดับการศึกษาสูงสุด
ท่านสำเร็จการศึกษาสูงสุดชั้น.....
3. จำนวนบุตร.....คน
4. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน บาท
5. บุตรคนปัจจุบันคลอดโดยวิธี
() ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
() คลอดทางช่องคลอด

แบบสอบถามเลขที่

แบบสอบถามการรบกวนการนอนหลับ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรบกวนการนอนหลับที่เกิดขึ้นกับท่าน โปรดวงกลมรอบตัวเลขในแต่ละข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด คำตอบจะไม่มีถูกหรือผิด

สิ่งต่อไปนี้เกิดขึ้นกับท่านบ่อยเพียงไร ในระยะหลังคลอด ที่ผ่านมา

ลำดับ	ข้อความ									
		ไม่เคยเลย							ทุกวัน	
1	ข่มตาให้หลับด้วยความยากลำบาก	0	1	2	3	4	5	6	7	
		ไม่เคยเลย							ทุกวัน	
2	มักตื่นนอนกลางดึก	0	1	2	3	4	5	6	7	
		ไม่เคยเลย							ทุกวัน	
3	มักตื่นก่อนเวลาอันควร	0	1	2	3	4	5	6	7	
.										
.										
.										
.										
.										
.										
		ไม่เคยเลย							ทุกวัน	
14	จับหลับตามเวลาที่กำหนดไว้ในเวลากลางวัน	0	1	2	3	4	5	6	7	
		ไม่เคยเลย							ทุกวัน	
15	มักจะง่วงนอนไม่เป็นเวลา	0	1	2	3	4	5	6	7	
		ไม่เคยเลย							ทุกวัน	
16	ดื่มกาแฟเพื่อให้หายง่วงนอนเวลากลางวัน	0	1	2	3	4	5	6	7	

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ

- คำชี้แจง** 1. ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ท่านจะใช้บรรยายเกี่ยวกับความรู้สึกของท่านเอง ในระยะหลังคลอด โปรดอ่านข้อความในแต่ละหัวข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางด้านขวาของข้อความ เมื่อท่านพิจารณาแล้วว่า ตรงกับความรู้สึกของท่าน ในระยะหลังคลอดมากที่สุด
2. ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด จึงขอให้ท่านเลือกคำตอบในแต่ละข้อที่ท่าน เห็นว่าเป็นระดับความรู้สึกที่เป็นจริงที่สุดของท่าน ในระยะหลังคลอด

เกณฑ์การเลือกตอบ

ไม่ตรงเลย	หมายถึง	ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงของท่านเลย
ตรงบ้างเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงของท่านบ้างเล็กน้อย
ตรงค่อนข้างมาก	หมายถึง	ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงของท่านค่อนข้างมาก
ตรงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่ตรงเลย	ตรง บ้างเล็กน้อย	ตรง ค่อนข้างมาก	ตรง มากที่สุด
1. ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ				
2. ข้าพเจ้ารู้สึกมีกำลังใจ				
3. ข้าพเจ้ารู้สึกดีถึงเครือข่าย				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
18. ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นตระหนก/ตกใจ				
19. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าเร่งรีบเกินไป				
20. ข้าพเจ้ารู้สึกแสบใส				

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบวัดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้ต้องการทราบถึงการปฏิบัติ ความรู้สึก และความคิดเห็นในการดำรงบทบาทมารดาของท่าน แบบสอบถามนี้จะมีข้อความให้ท่านอ่านเพื่อพิจารณาว่าท่านมีการปฏิบัติ ความรู้สึก ความคิดเห็นตรงกับข้อความในแต่ละข้อมากน้อยเพียงใด ดังนั้น คำตอบจึงไม่มีถูกผิด ขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความรู้สึก และความคิดเห็นหรือการกระทำที่เป็นจริงของท่านให้มากที่สุด ในระยะหลังคลอด

โปรดอ่านอย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ตรงช่องที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือการกระทำของท่านมากที่สุด ขอให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวและกรุณาตอบทุกข้อ การเลือกตอบขึ้นอยู่กับเกณฑ์ต่อไปนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	คือ	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการกระทำของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	คือ	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการกระทำของท่านมาก
ไม่แน่ใจ	คือ	เมื่อท่านไม่แน่ใจว่าข้อความตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือการกระทำของท่านหรือไม่
ไม่เห็นด้วย	คือ	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือการกระทำของท่านมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	คือ	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือการกระทำของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. การอุ้มและใกล้ชิดกับลูก เป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับฉัน					
2. ฉันรู้ว่าเสียงร้องของลูกแต่ ละเสียงหมายถึงอะไร					
3. ฉันเข้าใจสัญญาณที่ลูกสื่อ กับฉัน					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
21. การดูแลลูกอยู่ในความคิด ฉันก่อนสิ่งอื่นใด					
22. ฉันคิดว่าเพื่อลูกแล้ว ฉันทำได้ทุกอย่าง					
23. เมื่อกลับไปถึงบ้าน สิ่งแรกที่ฉันทำคือการตรงไป หาลูก					

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องเลือกที่ท่านพิจารณาแล้วเห็นว่าเป็นจริงกับท่านมากที่สุด คำตอบที่ได้จะไม่มีผิดหรือถูก

ในระยะเวลาหลังคลอดที่ผ่านมา ท่านได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่

ลำดับ	ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ฉันได้รับความช่วยเหลือเรื่องการจัดหาอาหารสำหรับครอบครัวในระหว่างที่ฉันต้องเลี้ยงลูก					
2	ฉันได้รับคำชมจากคนรอบข้างว่าฉันมีความสามารถมากกว่าการเป็นแม่คนเท่านั้น					
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
33	ฉันได้รับการแสดงความรักความห่วงใยจากสามีในระยะเวลาหลังคลอดเป็นอย่างดี					
34	ฉันได้รับคำชมจากคนอื่นๆ ว่าฉันเป็นแม่ที่มีความรับผิดชอบ และมีความสามารถในการเลี้ยงลูก					

แบบสอบถามเลขที่.....

เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่านในระยะเวลาหลังตลอดที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลยหรือรู้สึกไม่พอใจมากหรือรู้สึกแย่มาก
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง หรือรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยหรือรู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลางหรือรู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือรู้สึกแยระดับกลาง ๆ
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ หรือรู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอหรือรู้สึกเช่นนั้นมากที่สุดหรือรู้สึกว่าสมบูรณ์หรือรู้สึกพอใจมากหรือรู้สึกดีมาก

ข้อ ที่	ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่าน					
2	ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้สะดวก เนื่องจากมีอาการเจ็บแผล หรือคัดคั่งเต้านม					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวัน					
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเอง					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่าน เช่น การมีเพศสัมพันธ์					
26	ท่านมีคุณภาพชีวิตที่ดี					

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวศิริกรณ์ เหมะธูลิน
วัน เดือน ปีเกิด	23 เมษายน พ.ศ. 2531
สถานที่เกิด	จังหวัดสกลนคร ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม พ.ศ. 2550-2554 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2556-2559 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์)
ทุนวิจัย	วิทยานิพนธ์ได้รับทุนอุดหนุนบางส่วนจาก สมาคมศิษย์เก่า บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
ที่อยู่ปัจจุบัน	88 ซอยประชาสุขสันต์ ถนนกลางเมือง ตำบลหนองแสง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 48000
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2554 – ปัจจุบัน พนักงานมหาวิทยาลัย สายวิชาการ ตำแหน่งอาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม