

อิทธิพลของปัจจัยคัดสรรต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด

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

ศิริภรณ์ เหมะจุลิน* ดร.จรัสศรี อีระกุลชัย** ดร.ศรีสมร ภูมณสกุล***

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดและปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ที่มารับบริการตรวจหลังคลอดที่โรงพยาบาลรามารามิบัติ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558 จำนวน 110 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ ไม่มีโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด คลอดทารกครบกำหนด ทารกไม่มีความพิการแต่กำเนิด และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และสามารถอ่าน เขียนและพูดภาษาไทยได้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรบกวนการนอนหลับ แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ แบบวัดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า มารดาหลังคลอดมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีร้อยละ 54.5 และระดับปานกลางร้อยละ 45.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด คือ การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และการแสดงบทบาทการเป็นมารดา โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้ร้อยละ 72.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะว่า ควรส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดได้รับการสนับสนุนทางสังคม เปิดโอกาสให้มารดาหลังคลอดระบายความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ในระยะหลังคลอด และสนับสนุนให้มารดาหลังคลอดแสดงบทบาทการเป็นมารดาอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต/ การสนับสนุนทางสังคม/ ความวิตกกังวล/ การแสดงบทบาทการเป็นมารดา/มารดาหลังคลอด

*นักศึกษาปริญญาโทหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ โรงเรียนพยาบาลรามารามิบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารามิบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

**Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์โรงเรียนพยาบาลรามารามิบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารามิบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

***รองศาสตราจารย์สาขาวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ โรงเรียนพยาบาลรามารามิบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารามิบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

ABSTRACT

The purpose of this descriptive research was to determine the level of quality of life and predictors of quality of life among postpartum mothers. The purposive sample consisted of 110 six-week postpartum mothers who had postpartum check-up at Ramathibodi Hospital from March to July, 2015. The samples were selected purposely with the following criteria: 1) having no chronic diseases and complications during pregnancy, delivery and postpartum 2) giving a term infant with no congenital deformation and no postpartum complications 3) to be able to read, write and speak Thai. 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 54.5 % of the postpartum mothers had high level of quality of life and 45.5 % 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 72.8 % of the variance of quality of life among postpartum mothers ($p < .05$).

The findings suggested that for nursing practice, nurses should encourage postpartum mothers' husbands to support their wives to relief their anxiety and support them to do maternal role properly.

Key words: quality of life/ social support/ anxiety/ maternal role performance/ postpartum mothers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระยะหลังคลอดเป็นระยะที่มารดาต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตสังคม กล่าวคือ ในด้านร่างกายแม้จะเกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อกลับคืนสู่สภาวะปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ (Cunningham et al., 2014) แต่ก็ส่งผลให้มารดาต้องเผชิญกับอาการที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ เช่น เหนื่อยล้า เจ็บคัดตึงเต้านม ปวดแผลฝีเย็บ หรือแผลผ่าตัดคลอด เป็นต้น (Cheng & Li, 2008; Webb, Bloch, Coyne, Chung, Bennett & Culhane., 2008) ส่วนในด้านจิตสังคม มารดาหลังคลอดต้องเผชิญกับภาระหน้าที่อันหลากหลายตามพัฒนาการของมารดาหลังคลอด โดยเฉพาะการแสดงบทบาทการเป็นมารดาที่ต้องดูแลบุตรตลอดเวลา (Friedman, 1992) รวมทั้งต้องครองบทบาทในการเป็นภรรยา และการดูแลบุตรคนโตด้วยสำหรับมารดาครรภ์หลัง ซึ่งการที่มารดาหลังคลอดต้องรับผิดชอบบทบาทหน้าที่หลายประการ ทั้งที่ตนเองยังอยู่ในภาวะที่มีความอ่อนเพลีย หรือมีอาการไม่สบายต่างๆ ส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดความเครียดและวิตกกังวลเพิ่มขึ้นได้ (ปราณี พงศ์ไพบุลย์, 2550) ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคมดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของมารดาหลังคลอดหลายประการ ซึ่งมีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดด้วย (Hill, Aldag, Hekel, Riner, & Bloomfield, 2006; Huang, Tao, Liu, & Wu, 2011; Schytt, Lindmark, & Waldenstrom, 2005)

การศึกษาคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดในต่างประเทศพบว่า มารดาหลังคลอดมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดี (Bahrami, Karimian, Bahrami, & Bolbolhaghghi, 2014; Gjerdingen & Center, 2003) สำหรับในประเทศไทย ไม่พบว่ามีการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดที่อยู่ในภาวะปกติ พบเพียงการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยพบว่า มารดาส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (Kongyu, 2006) อย่างไรก็ตามการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดยังขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้านจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยสำคัญหลายประการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ชนิดของการคลอด จำนวนบุตรการรบกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดา และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น โดยปัจจัยด้านอายุ มีการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำกว่ามารดาหลังคลอดที่มีอายุน้อยกว่า (Akyn, Ege, Kocoalu, Demiroren, & Yilmaz, 2009) ซึ่งบางการศึกษากลับพบว่า มารดาหลังคลอดที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ามารดาหลังคลอดที่มีอายุน้อยกว่า (Choi, Gu, & Ryu, 2011) ปัจจัยด้านระดับการศึกษา มีการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดที่มีระดับการศึกษาสูงมีคุณภาพชีวิตดีกว่ามารดาหลังคลอดที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า (Kongyu, 2006) ในทางตรงข้ามบางการศึกษากลับพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด (Emmanuel, John, & Sun, 2012) ปัจจัยด้านรายได้ครอบครัว มีการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดที่มีเศรษฐกิจยากจน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำกว่ามารดาหลังคลอดที่มีเศรษฐกิจระดับปานกลางหรือระดับดี (Akyn et al., 2009) อย่างไรก็ตาม ในบางการศึกษากลับพบว่า รายได้ครอบครัวไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด (Kongyu, 2006) ปัจจัยด้านชนิดการคลอด มีการศึกษาพบว่า มารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอด มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอด (Sadat, Taeabi, Saberi, & Kalarhousi, 2013; Torkan, Parsay, Lamyian, Kazemnejad, & Montazeri, 2009)

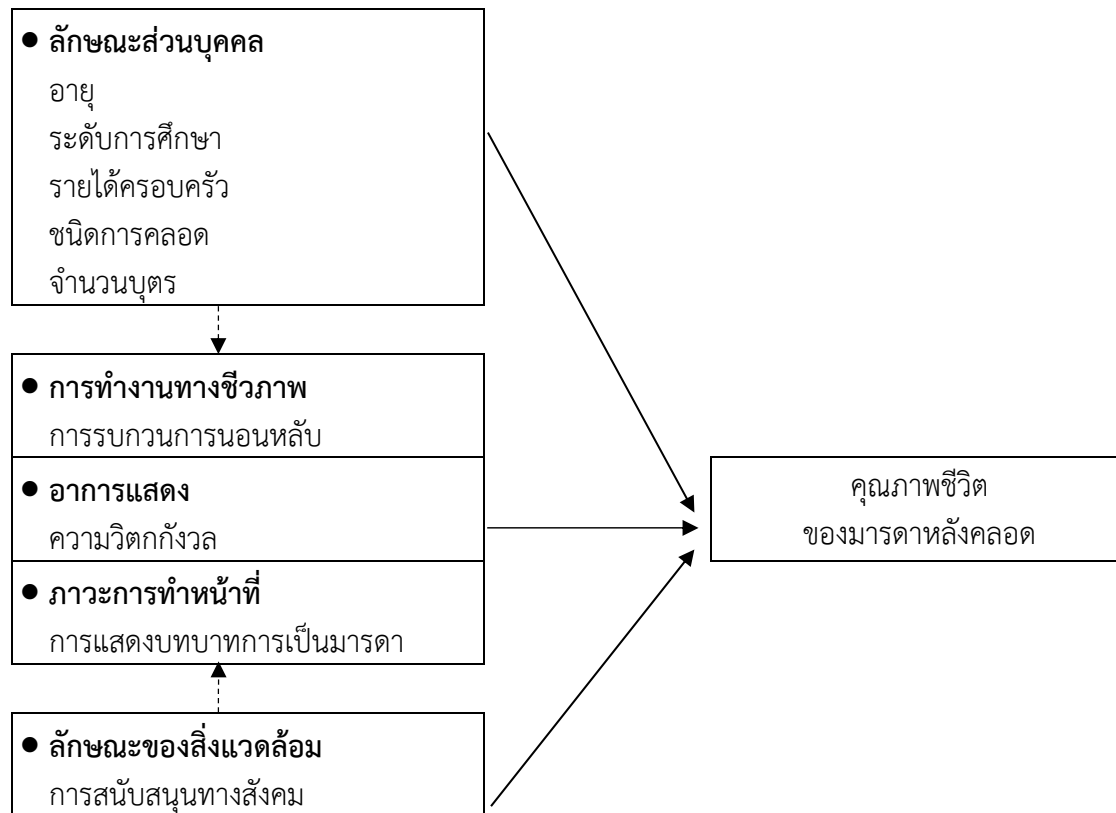
อย่างไรก็ตามบางการศึกษากลับพบว่า ชนิดการคลอดไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด (Huang et al., 2011; Nikpour, Abedian, Mokhber, Ebrahimzadeh, & Khani, 2011) ปัจจัยด้านจำนวนบุตร มีการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดที่มีบุตรหลายคน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำกว่ามารดาหลังคลอดที่มีบุตรเพียงคนเดียว (Akyn et al., 2009; Mortazavi, Mousavi, Chaman, & Khosravi, 2014) ซึ่งในบางการศึกษากลับพบว่า จำนวนบุตรไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด (Choi et al., 2011; Emmanuel et al., 2012) ปัจจัยด้านการนอนหลับ มีการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดที่มีความเหนื่อยล้ามากจากการนอนหลับไม่เพียงพอจะมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำ (Choi et al., 2011) สำหรับปัจจัยด้านความวิตกกังวล มีการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำ (Mishina, Takayama, Aizawa, Tsuchida, & Sugama, 2012) ส่วนปัจจัยด้านการแสดงบทบาทการเป็นมารดา มีการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดที่ไม่สามารถปรับตัวต่อการดำรงบทบาทการเป็นมารดาได้จะส่งผลให้เกิดความเครียดและขาดความมั่นใจในการดำรงบทบาทดังกล่าว ซึ่งมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดต่ำลงด้วย (Gjerdingen & Center, 2003) และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม มีการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยหรือไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Akyn et al., 2009; Webster, Nicholas, Velacott, Cridland, & Fawcett, 2011)

การศึกษาถึงปัจจัยต่างๆที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดยังมีจำนวนจำกัด และเป็นการศึกษาในต่างประเทศ อีกทั้งผลของการศึกษาบางการศึกษายังมีความขัดแย้งกันอยู่ ส่วนในประเทศไทย ยังไม่พบ

การศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดที่อยู่ในภาวะปกติ ซึ่งผลการศึกษาอาจมีความแตกต่างไปจากมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีโรคเรื้อรัง รวมถึงมารดาหลังคลอดต่างชาติ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดในภาวะปกติ ซึ่งคาดว่าผลจากการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดให้ดีขึ้นต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ (Conceptual Model of Health-Related Quality of Life) ของเฟอร์รานส์และคณะ (Ferrans et al., 2005) เป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งอธิบายไว้ว่าคุณภาพชีวิตของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล (characteristics of the individual) และลักษณะของสิ่งแวดล้อม (characteristics of the environment) ที่ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต ขณะเดียวกันทั้งสองปัจจัยดังกล่าวก็ส่งผลต่อปัจจัยการทำงานทางชีวภาพ (biological function) อาการแสดง (symptoms) ภาวะการทำงานที่ (functional status) และการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (general health perceptions) ด้วย ปัจจัยทั้งหมดนี้จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดตามกรอบแนวคิดของเฟอร์รานส์ และคณะ (Ferrans et al., 2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมโดยปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ชนิดการคลอด และจำนวนบุตร ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านการทำงานทางชีวภาพ ประกอบด้วย การรบกวนการนอนหลับ ปัจจัยด้านอาการแสดงประกอบด้วย ความวิตกกังวล และปัจจัยด้านภาวะการทำงานที่ ประกอบด้วย การแสดงบทบาทการเป็นมารดา ส่วนปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไปไม่ได้ศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากการศึกษาตัวแปรในปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วจะสะท้อนถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด ซึ่งมีได้อยู่ในภาวะเจ็บป่วย โดยกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้แสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

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

วิธีการดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ มารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ ที่มารับบริการตรวจหลังคลอดที่คลินิกวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลรามคำแหง ระยะเวลาเดือนมีนาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558 คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของโคเฮน (Cohen, 1988) คือ $n = \lambda / f^2$ โดยหาค่า λ จากการเปิดตารางที่ 9.4.2 ของโคเฮน ได้เท่ากับ 16.7 และคำนวณค่า f^2 จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีการศึกษาใกล้เคียงกับผู้วิจัย ได้เท่ากับ 1.586 เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้ $n = 105.29$ ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้จึงเก็บรวบรวมข้อมูลจากมารดาหลังคลอดจำนวน 110 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด (purposive sampling) ได้แก่ 1) ไม่มีโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด 2) คลอดทารกครบกำหนด ทารกไม่มี ความพิการแต่กำเนิด และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และ 3) สามารถอ่าน เขียน และพูดภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (demographic data form) ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ครอบครัว ชนิดการคลอด และจำนวนบุตร

2. แบบสอบถามการรบกวนการนอนหลับ (The General Sleep Disturbance Scale) ของลี (Lee, 1992) ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยจรัสศรี ธีระกุลชัย (Theerakulchai, 2004) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 8 ระดับ ค่าคะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-112 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดาหลังคลอดมีการรบกวนการนอนหลับมาก คะแนนรวมน้อยหมายถึง มารดาหลังคลอดมีการรบกวนการนอนหลับน้อย การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปใช้กับมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .77 และเมื่อนำไปใช้ในมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ จำนวน 110 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .81

3. แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State Trait Anxiety Inventory Form X-I) ของสปิลเบอร์เกอร์ กอร์ซุช และลูชท์เน (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970) ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยนิตยา คชภักดี สายฤดี วรกิจโกศาทร และมาลี นิสสัยสุข ในปี พ.ศ. 2526 (อ้างใน ชมชื่น สมประเสริฐ, 2526) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ ค่าคะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมน้อย หมายถึง มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวลต่ำ การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบประเมินไปใช้กับมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88 และเมื่อนำไปใช้ในมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ จำนวน 110 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86

4. แบบวัดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา (The Maternal Role Attainment Scale Form B) ของศรีสมร ภูมณสกุล และกอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2546) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา form B เนื่องจากแบบวัดดังกล่าวได้ถูกนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาหลังคลอด 4-6 สัปดาห์ ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาและมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ค่าคะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 23-115 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดาหลังคลอดแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้ดี คะแนนรวมน้อย หมายถึง มารดาหลังคลอดแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้ไม่ดี การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบวัดไปใช้กับมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84 และเมื่อนำไปใช้ในมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ จำนวน 110 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87

5. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (The Postpartum Support Questionnaire) ของลอกซ์ดอน และแมคบริดจ์ (Logsdon & McBride, 1994) ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดยพรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล (2540) ใช้ประเมินการรับรู้ของมารดาหลังคลอดต่อการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากคู่สมรส บุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นๆ ใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินเปรียบเทียบ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของ

ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 34 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ค่าคะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 34-170 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดาหลังคลอดได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ส่วนคะแนนรวมน้อย หมายถึง มารดาหลังคลอดได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย การหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบวัดไปใช้กับมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95 และเมื่อนำไปใช้ในมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ จำนวน 110 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95

6. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (The WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดยสุวัฒน์ มหัตถินรัตนกุล วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล และวนิดา พุ่มไพศาลชัย (2545) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ค่าคะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 26-130 คะแนน โดยคะแนน 26-60 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61-95 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง และคะแนน 96-130 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเนื้อหาของเครื่องมือนี้ เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของมารดาหลังคลอด และให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .96 การหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำเครื่องชี้วัดไปใช้กับมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 และเมื่อนำไปใช้ในมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ จำนวน 110 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่โครงการ/ รหัส ID 02-58-42 กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ วิธีการ และระยะเวลาในการวิจัย รวมถึงประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยจะมีการลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติของมารดาหลังคลอด และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. เข้าพบบกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกไว้ที่คลินิกวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลรามาธิบดี แนะนำตัวและเชิญเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที
3. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถาม หากพบการตอบข้อคำถามไม่ครบ ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความสมัครใจในการตอบแบบสอบถามจนครบถ้วนอีกครั้ง ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว จำนวนบุตร และชนิดการคลอด โดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนการรับกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดา การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด โดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ชนิดการคลอด จำนวนบุตร การรับกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดา การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

4. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของปัจจัยอายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ชนิดการคลอด จำนวนบุตร การรับกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล การแสดงบทบาทการเป็นมารดา การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเรื่องการแจกแจงเป็นแบบปกติ (normality) ของตัวแปรแต่ละตัว ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (homoscedasticity) ค่าความคาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นไม่มีความสัมพันธ์กันเอง และตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง ผลการทดสอบพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 17-39 ปี อายุเฉลี่ย 27.76 ปี (SD = 5.24) โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.5) มีอายุระหว่าง 20-34 ปี ด้านการศึกษา มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.8) มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี โดยมีระยะเวลาในการศึกษาเฉลี่ย 13.91 ปี (SD = 2.86) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.7 มีรายได้ครอบครัวอยู่ระหว่าง 15,000-30,000 บาทต่อเดือน โดยส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัว 30,000 บาทต่อเดือน (Mode = 30,000) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.6) คลอดบุตรคนปัจจุบันด้วยวิธีการคลอดทางช่องคลอด โดยมีบุตรตั้งแต่ 1 ถึง 4 คน มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 59.1) มีบุตร 1 คน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับกวนการนอนหลับเฉลี่ย 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) ซึ่งอยู่ในระดับดี และเมื่อแบ่งกลุ่มระดับคะแนนคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 กลุ่มคือ ระดับดีและปานกลาง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54.5) มีคะแนนคุณภาพชีวิตระดับดี และร้อยละ 45.5 มีคะแนนคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (ตารางที่ 1)

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา พบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และชนิดการคลอด ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) สำหรับตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ การแสดงบทบาทการเป็นมารดา ($r = .49, p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคม ($r = .75, p < .05$) ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือจำนวนบุตร ($r = -.22, p < .05$) การรับกวนการนอนหลับ ($r = -.37, p < .05$) และความวิตกกังวล ($r = -.57, p < .05$)

เมื่อวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษาต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และการแสดงบทบาทการเป็นมารดา สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตในมารดาหลังคลอดได้ร้อยละ 72.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรแรกที่สามารถอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้ถึงร้อยละ 56.6 ($F_{1, 108} = 141.026, p < .05$) ความวิตกกังวล เป็นตัวแปรที่สองที่สามารถอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 14.6 ($F_{1, 107} = 54.097, p < .05$) และการแสดงบทบาทการเป็นมารดา เป็นตัวแปรที่สามที่สามารถอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.6 ($F_{1, 106} = 6.313, p < .05$) ดังตารางที่ 2 ดังนั้น สมมติฐานการวิจัยจึงได้รับการสนับสนุนเพียงบางส่วน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนคุณภาพชีวิต (n = 110)

ระดับคะแนนคุณภาพชีวิต		จำนวน (คน)	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตที่ดี	(96 - 130 คะแนน)	60	54.5
คุณภาพชีวิตปานกลาง	(61 - 95 คะแนน)	50	45.5

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) (n = 110)

ขั้น	ตัวแปรทำนาย	R ²	R ² Change	S.E.	F Change	p-value
1	Constant = 47.419 การสนับสนุนทางสังคม	.566	.566	.036	141.026	<.001
2	Constant = 85.427 ความวิตกกังวล	.712	.146	.096	54.097	<.001
3	Constant = 57.437 การแสดงบทบาทการเป็นมารดา	.728	.016	.112	6.313	.013

การอภิปรายผล

ผลจากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่งหนึ่ง มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของมอร์ทาซาไว เมอาซาไว ชาแมน และโครสราไว (Mortazavi, Mousavi, Chaman, & Khosravi, 2014) ที่พบว่ามารดาในระยะ 8 สัปดาห์หลังคลอดส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.8) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี และการศึกษาของเจอร์ดินเจน และเซนเตอร์ (Gjerdingen & Center, 2003) ที่พบว่า มารดาในระยะหลังคลอดมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี รวมถึงการศึกษาของสมคิด คงอยู่ (Kongyu, 2006) ที่พบว่า มารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 51.9 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อสภาพชีวิต

ของตนเป็นไปตามเป้าหมายและความคาดหวังของตนเอง ตามการให้ความหมายของคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมเกินกว่าครึ่งหนึ่ง (Mean = 113.99, SD = 23.91) จากค่าคะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 34-170 คะแนน ซึ่งการมีคะแนนรวมมากแสดงให้เห็นว่า มารดาหลังคลอดได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก และที่สำคัญการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิต ซึ่งการที่มารดาหลังคลอดได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทั้งในด้านอารมณ์ การประเมินเปรียบเทียบ ข้อมูลข่าวสาร และสิ่งของ จะส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดความรู้สึกทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งทำให้มารดาหลังคลอดสามารถปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาได้ดี รวมทั้งร่างกายยังมีการฟื้นตัวเป็นไปอย่างปกติ (London, Ladewig, Ball, Bindler, & Cowen, 2011) ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่มีการรับรู้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่งหนึ่งมีบุตรเพียงคนเดียว ทำให้มีภาระหน้าที่ในการดูแลบุตรน้อยกว่าการที่มีบุตรหลายคน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเองอยู่ในระดับดี

เมื่อวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษาต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด พบว่าการสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และการแสดงบทบาทการเป็นมารดาสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้ร้อยละ 72.8 โดยการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรตัวแรกที่สามารถอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้ร้อยละ 56.6 ทั้งนี้อาจเนื่องจาก การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ การประเมินเปรียบเทียบ ข้อมูลข่าวสาร และสิ่งของช่วยให้มารดาหลังคลอดรู้สึกว่าได้ความรัก ความห่วงใยและความเอาใจใส่ มีเวลาในการนอนหลับพักผ่อนมากขึ้น รู้สึกคลายความวิตกกังวลหรือความเครียด ส่งผลให้มารดาหลังคลอดสามารถปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาได้ดี (Akin et al., 2009; Hung & Chung, 2001; London et al., 2011) รวมทั้งเกิดความรู้สึกในทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะหลังคลอด จึงส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีตามมาในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของเอ็มมานูเอล และคณะ (Emmanuel et al., 2012) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจของมารดาหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของเอคินและคณะ (Akin et al., 2009) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดร่วมกับปัจจัยอื่นๆ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความวิตกกังวล เป็นตัวแปรตัวที่สองที่มีอิทธิพลในการอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 14.60 อาจเนื่องจาก การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคมที่เกิดขึ้นในระยะหลังคลอด ซึ่งนับเป็นเหตุการณ์ใหม่ที่มารดาหลังคลอดจะต้องเผชิญและปรับตัวอย่างมาก ทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความวิตกกังวล (McKinney, James, Murray, & Ashwill, 2009) ทั้งนี้ ความวิตกกังวลดังกล่าวทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความรู้สึกในทางลบต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ทำให้มารดาหลังคลอดมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ไม่ดีตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของเพอร์ไรรา และคานาวาร์โร (Pereira & Canavarro, 2012) ที่พบว่า ความวิตกกังวลสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด โดยร่วมกับปัจจัยอาการแสดงออกทางร่างกายที่เกิดจากปัญหาทางจิตใจ (somatization) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การแสดงบทบาทการเป็นมารดา เป็นตัวแปรตัวที่สามที่มีอิทธิพลในการอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.60 อาจเนื่องจากในระยะหลังคลอด มารดาจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทที่สำคัญคือ การแสดงบทบาทการเป็นมารดา โดยเฉพาะการเลี้ยงดูบุตรซึ่งเป็นทารก

แรกเกิด ซึ่งหากมารดาหลังคลอดสามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้ดี จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกมั่นใจและภาคภูมิใจในตนเอง รวมถึงรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพึงพอใจในชีวิตของตนเอง (Ahn & Youngblut, 2007) ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ทำให้มารดาหลังคลอดมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีตามมา ในทางตรงข้าม หากมารดาหลังคลอดแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้ไม่ดีก็ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ ส่งผลให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ไม่ดีตามมาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของมอร์ทอาซาไว และคณะ (Mortazavi et al., 2014) ที่พบว่า การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งในการแสดงบทบาทการเป็นมารดา สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดร่วมกับปัจจัยอื่นๆ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับตัวแปรที่ไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ได้แก่ การรับกวน การนอนหลับ จำนวนบุตร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และชนิดการคลอด โดยการรับกวน การนอนหลับ ซึ่งแม้จะมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิต แต่ก็ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ทั้งนี้อาจเนื่องจาก การรับกวน การนอนหลับถูกบดบังจากการแสดงบทบาทการเป็นมารดา โดยการรับกวน การนอนหลับ ส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นในขณะที่มารดาหลังคลอดแสดงบทบาทการเป็นมารดาที่ต้องดูแลทารกแรกเกิด ตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้เมื่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดาถูกเลือกเข้าในสมการการทำนายการรับกวน การนอนหลับ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตน้อยกว่าจึงไม่ถูกเลือกเข้าสมการการทำนาย สำหรับจำนวนบุตรก็เช่นเดียวกัน เมื่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดาถูกเลือกเข้าในสมการการทำนาย จำนวนบุตรซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำกว่าจึงไม่ถูกเลือกเข้าสมการการทำนาย นอกจากนี้ การที่จำนวนบุตรมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากแม้ว่ามารดาหลังคลอดจะมีบุตรมาก แต่ในขณะเดียวกันก็ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากสามีหรือบุคคลในครอบครัว ในการแบ่งเบาภาระหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตรซึ่งส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีเวลาในการดูแลตนเอง และเวลาในการพักผ่อนมากขึ้น ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าลดลง ซึ่งส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีตามมาได้ ส่วนอายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวและชนิดการคลอด เป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีอายุใกล้เคียงกัน มีระดับการศึกษาที่ค่อนข้างสูง มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยซึ่งมากกว่ารายได้ครัวเรือนเฉลี่ยของประเทศไทย และคลอดบุตรคนปัจจุบันด้วยวิธีการคลอดทางช่องคลอด ส่งผลให้ข้อมูลที่ได้มีการกระจายน้อย ปัจจัยดังกล่าวนี้จึงไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ การเปิดโอกาสให้มารดาหลังคลอดได้ระบายความรู้สึกหรือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในระยะหลังคลอด และการส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดสามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสมทั้งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและขณะที่ติดตามเยี่ยมบ้านหลังคลอด

- 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.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- 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.
- 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., 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.
- Friedman, M. M. (1992). *Family nursing theory and practice* (3rd ed.). New Jersey: Appleton & Lange.
- 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.
- 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.
- 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.
- Kongyu, S. (2006). *Quality of life of postpartum mothers with HIV, Phetchaburri and Ratchaburi province*. Master's thesis, Mahidol University, Thailand.
- Lee, K. A. (1992). Self-reported sleep disturbances in employed women. *Journal of Sleep Research & Sleep Medicine*, 15, 493-498.
- 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.
- McKinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S. & Ashwill, J. W. (2009). *Maternal- child nursing* (3rd ed.). Canada: Saunders.

- 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. doi:10.1156/2014/156049
- 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.
- 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.
- 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.
- Sadat, Z., Taebi, M., Saberi, F., & Kalarhousi, 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., & Waldenstrom, U. (2005). Physical symptoms after childbirth: Prevalence and associations with self-rated health. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 112, 210-217.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Theerakulchai, J. (2004). *Factors related to fatigue and fatigue management among Thai postpartum women*. Doctoral dissertation, Chiang Mai 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.
- 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.
- World Health Organization. (1998). *WHOQOL user manual*. Geneva: World Health Organization.