



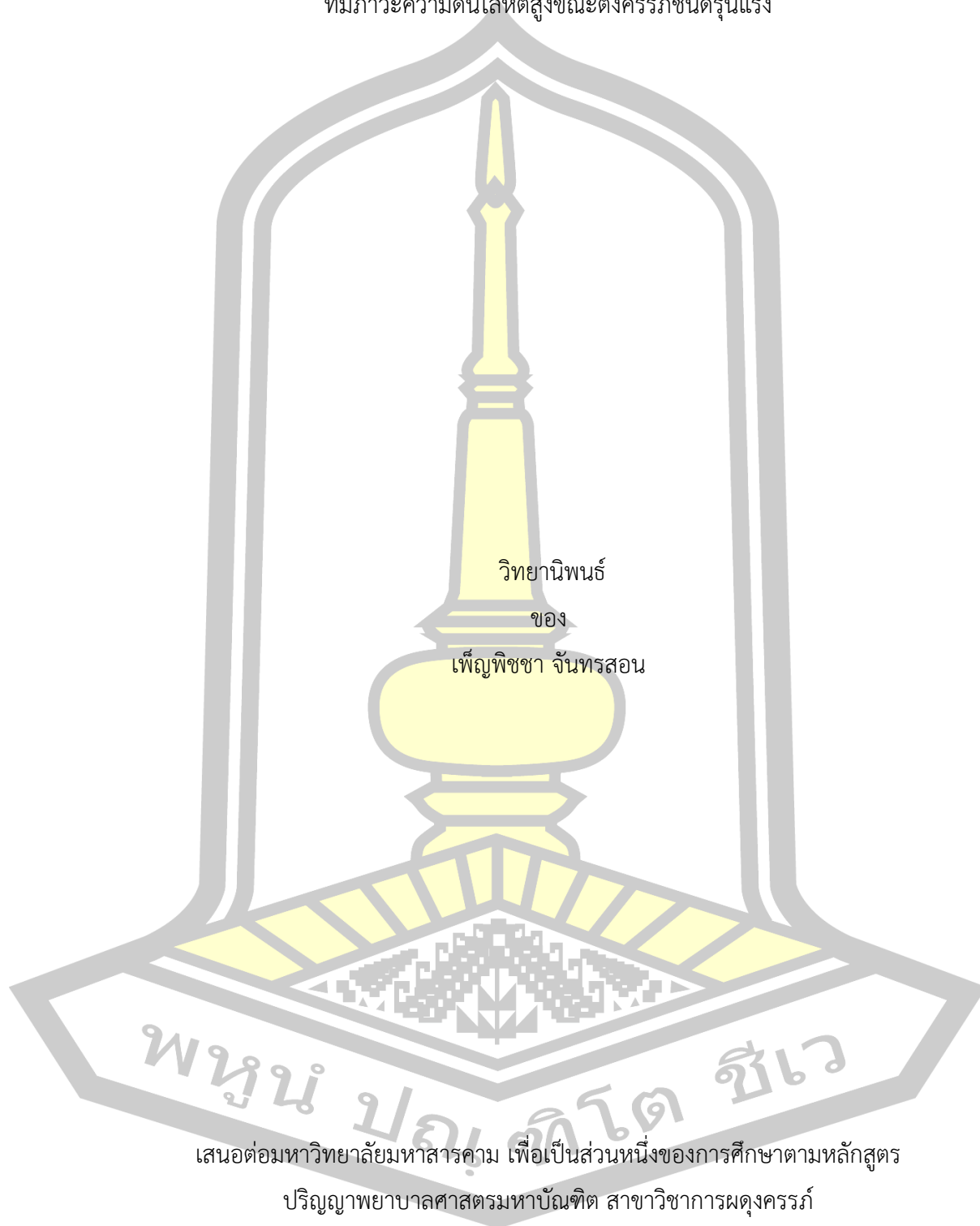
ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอด
ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง

วิทยานิพนธ์
ของ
เพ็ญพิชชา จันทรสอน

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์
มกราคม 2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอด
ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง



เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

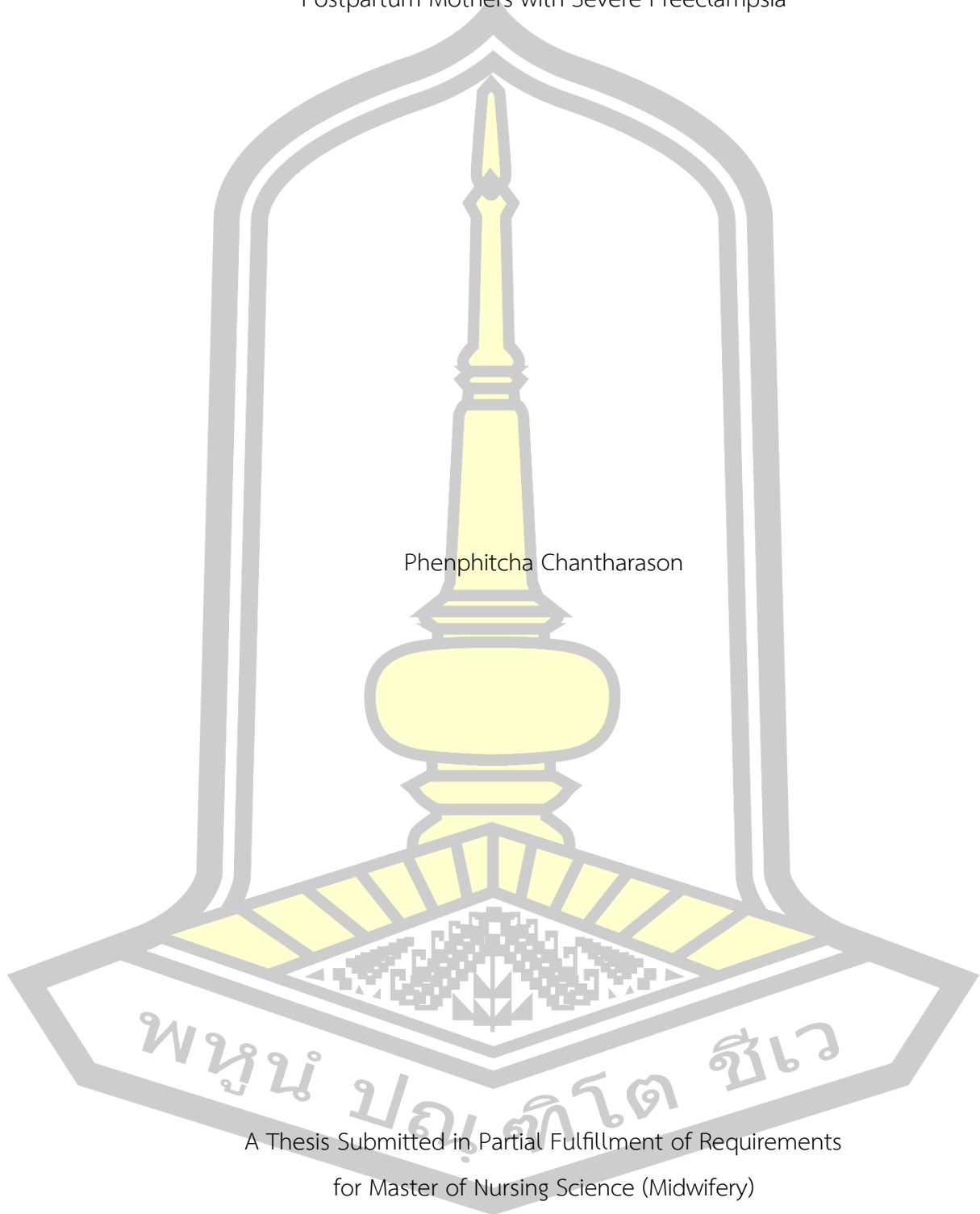
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์

มกราคม 2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Relationship between Stress, Fatigue and Maternal Role Attainment in
Postpartum Mothers with Severe Preeclampsia

Phenphitcha Chantharason



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Nursing Science (Midwifery)

January 2025

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวเพ็ญพิชชา
จันทร์สอน แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. บุญมี ภูด่านจัว)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผศ. ดร. กชพร สิงหะหล้า)

กรรมการ

(ผศ. ดร. อภิญญา วงศ์พิริยโยธา)

กรรมการ

(ผศ. ดร. จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล)

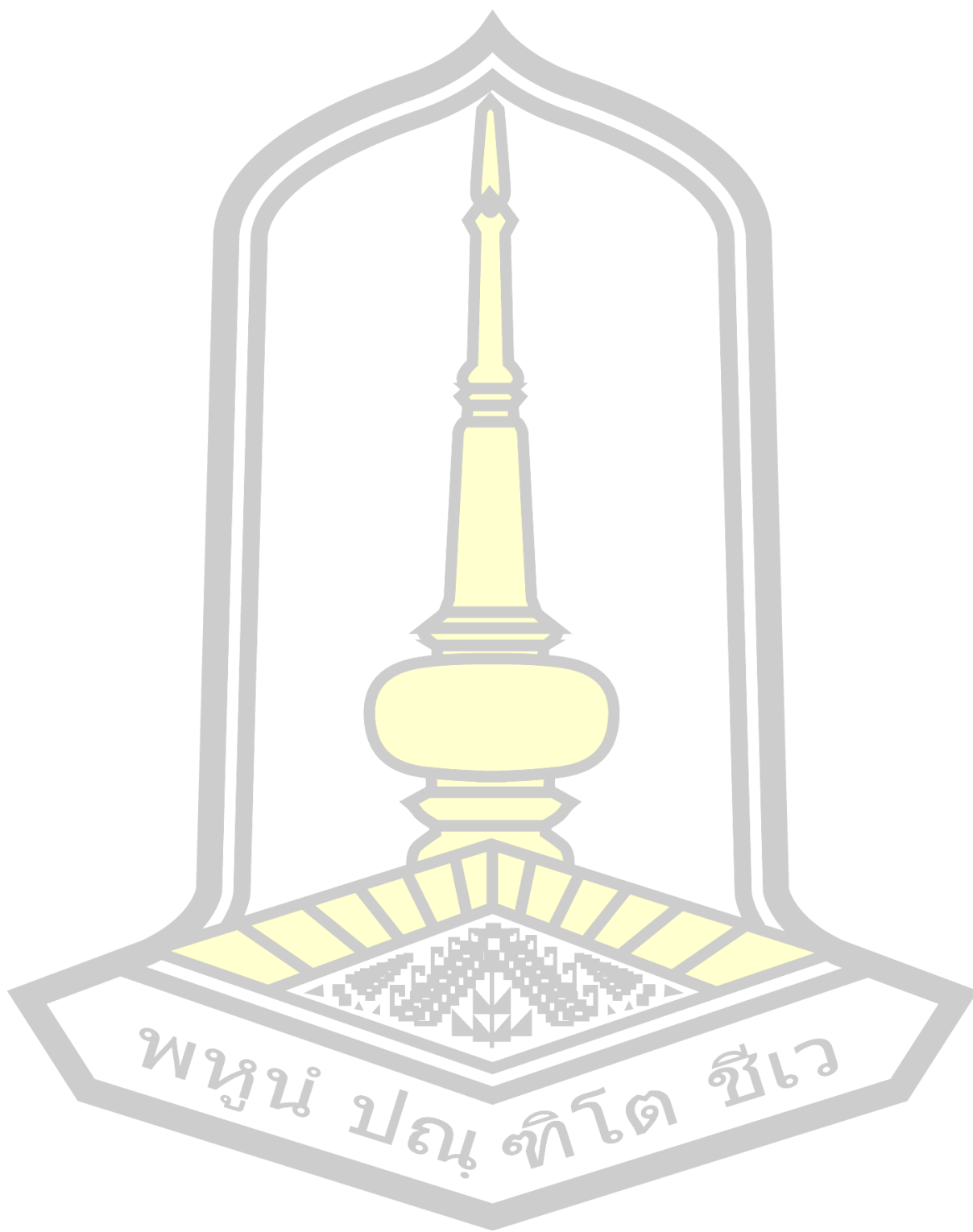
มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(ผศ. ดร. จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



พหุ ประยูร ทิธิต ชัยเว

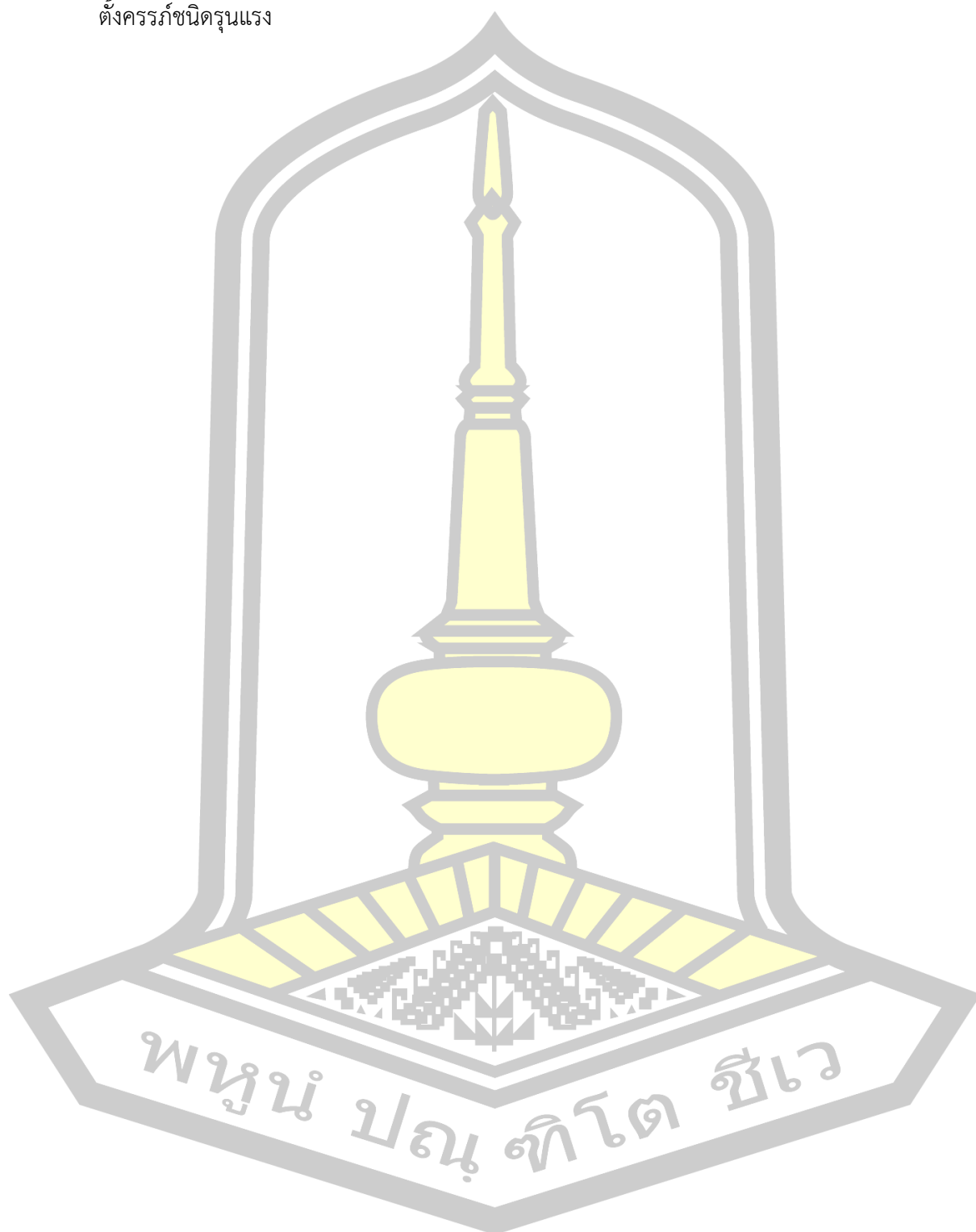
ชื่อเรื่อง	ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง		
ผู้วิจัย	เพ็ญพิชชา จันทรสอน		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บุญมี ภูดำนงัว ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กชพร สิงหะหล้า		
ปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	การผดุงครรภ์
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2568

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง จำนวน 53 ราย ที่มานอนพักรักษาตัว ณ แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินความเครียดในมารดาหลังคลอด แบบประเมินความเหนื่อยล้าของพิวจ์และคณะ ฉบับภาษาไทยโดย จรัสศรี ธีระกุลชัย และแบบประเมินการดำรงบทบาทมารดาหลังคลอด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่า มารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด = 19.41 (SD = 2.97) มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้า = 47.52 (SD = 8.74) มีการดำรงบทบาทมารดาอยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ยคะแนน การดำรงบทบาทมารดา = 118.66 (SD = 8.39) และความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับการดำรงบทบาทมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.296, p < .05$) สำหรับความเหนื่อยล้าไม่มีความสัมพันธ์กับการดำรงบทบาทมารดา ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนการพยาบาลเพื่อลดความเครียดและความเหนื่อยล้า และส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง

คำสำคัญ : ความเครียด, ความเหนื่อยล้า, การดำรงบทบาทมารดา, ภาวะความดันโลหิตสูงขณะ
ตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง

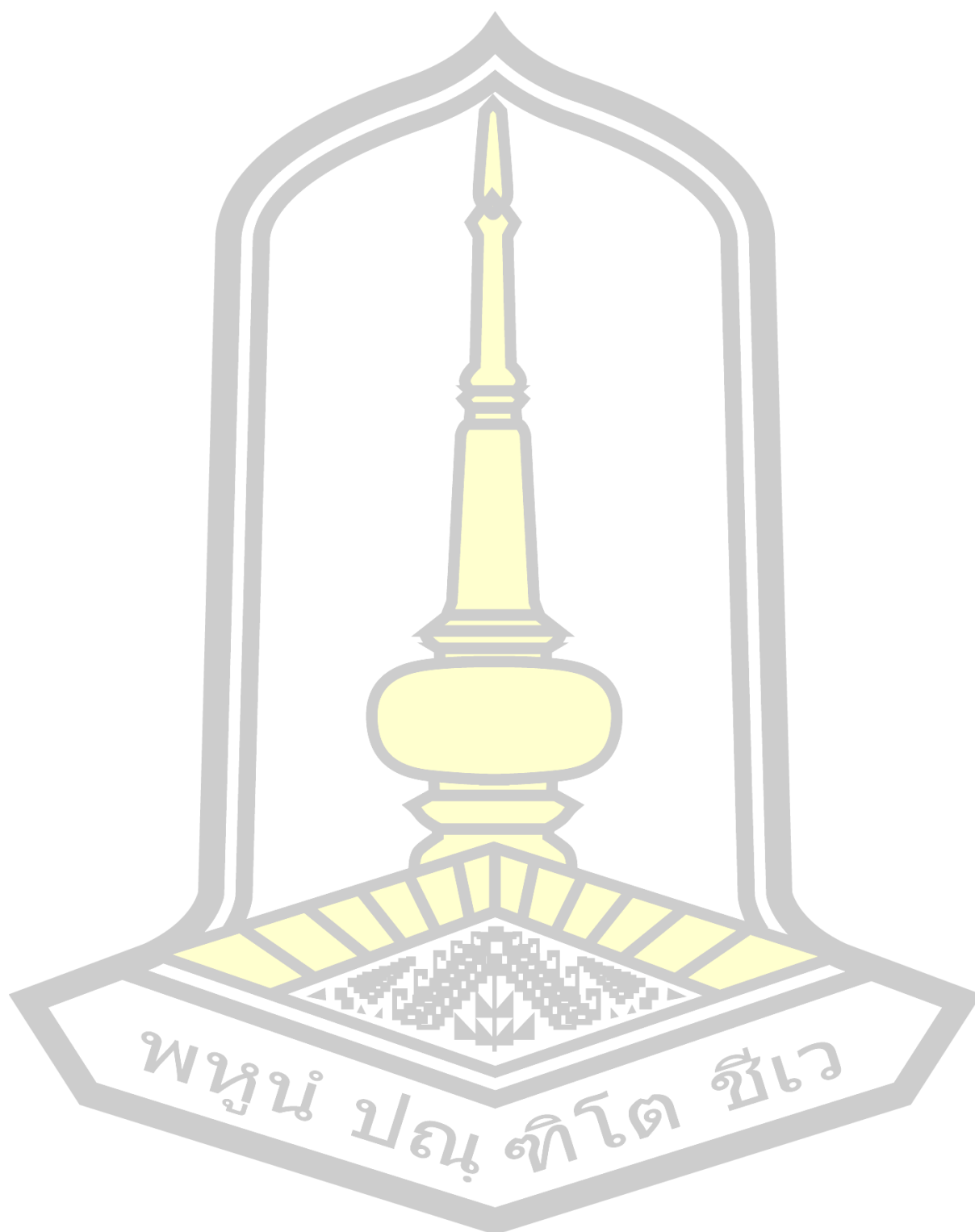


TITLE	The Relationship between Stress, Fatigue and Maternal Role Attainment in Postpartum Mothers with Severe Preeclampsia		
AUTHOR	Phenphitcha Chantharason		
ADVISORS	Assistant Professor Boonmee Phoodaangau , Ph.D. Assistant Professor Kochaporn Singhala , Ph.D.		
DEGREE	Master of Nursing Science	MAJOR	Midwifery
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2025

ABSTRACT

This descriptive correlational research aimed to study the relationship between stress, fatigue, and maternal role attainment of postpartum mothers with severe preeclampsia. The sample consisted of 53 postpartum mothers with severe preeclampsia who were admitted to the postpartum ward, Maharakham Hospital, Maharakham Province, between June and September 2024. The research instruments were the Postpartum Stress Assessment, the Fatigue Assessment by Pugh et al., the Thai version by Jaratsri Theerakulchai, and the Maternal Role Attainment Assessment. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman correlation coefficient. The results of the research found that postpartum mothers with severe preeclampsia had low levels of stress, with a mean stress score of 19.41 (SD = 2.97), low levels of fatigue, with a mean fatigue score of 47.52 (SD = 8.74), and high levels of maternal role attainment, with mean maternal role attainment score of 118.66 (SD = 8.39). Stress had a low level of negative relationship with maternal role attainment that was statistically significant ($r = -.296, p < .05$). Fatigue was not related to maternal role attainment. The results of this research can be used as basic information for nursing planning to reduce stress, fatigue and promote maternal role attainment of mother with severe preeclampsia.

Keyword : stress, fatigue, maternal role attainment, severe preeclampsia



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจากคณาจารย์ บุคคล และสถาบันหลายฝ่ายผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใจอย่างยิ่ง และขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญมี ภูด่านจัว และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กชพร สิงห์หล้า อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษา ให้ข้อคิด และช่วยตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ให้วิทยานิพนธ์มีความถูกต้องตามหลักและกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีเนื้อหากระชับ และชัดเจนยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ได้ให้คำแนะนำ และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาการพัฒนาระบบที่ได้ประสิทธิประสาทความรู้ในระหว่างการศึกษา และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่คอยช่วยเหลือในการประสานงานการทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วง

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานสูติกรรม ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและยินดีสละเวลาในการให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ให้สำเร็จลงได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และครอบครัวอันเป็นที่รักที่ให้โอกาสในการศึกษาต่อและสนับสนุนทุก ๆ ด้าน และเพื่อน ๆ ในหน่วยงานสูติกรรมที่คอยช่วยเหลือแลกเปลี่ยนแ่และคอยให้กำลังใจตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา คุณประโยชน์อันใดที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่บุพการี คณาจารย์ และท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในความสำเร็จนี้

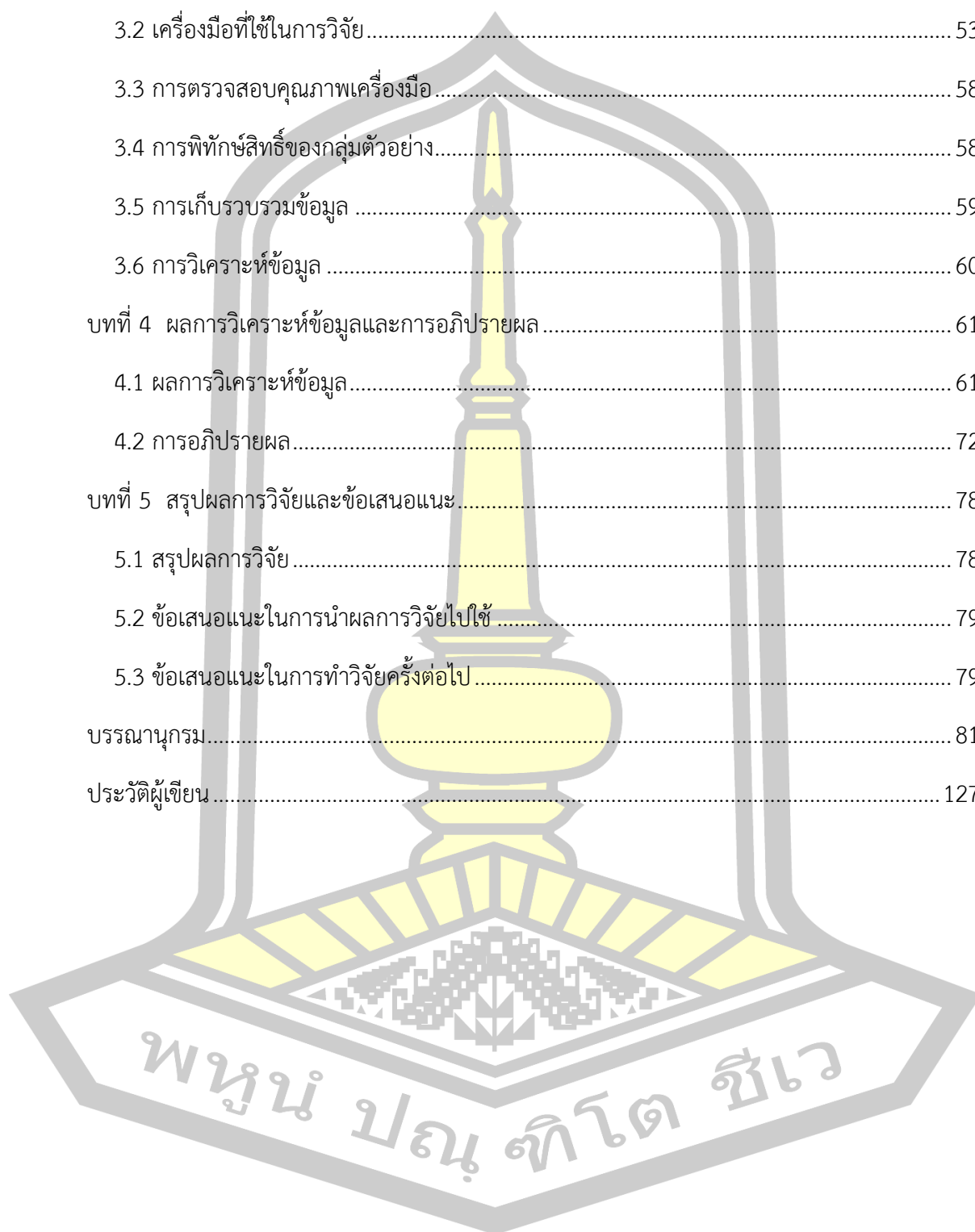
เพ็ญพิชชา จันทร์สอน

พญ. ปณ. ทิ. โต. ชี. เว

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฅ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญรูป.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
1.3 คำถามในการวิจัย.....	6
1.4 สมมติฐานการวิจัย.....	6
1.5 ขอบเขตการวิจัย.....	6
1.6 นิยามศัพท์.....	7
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
1.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
2.1 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์.....	11
2.2 ทฤษฎีการดำรงบทบาทมารดา (Maternal role attainment).....	21
2.3 ทฤษฎีความเครียด.....	31
2.4 แนวคิดความเหนื่อยล้า.....	37
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	52

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	52
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	53
3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	58
3.4 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	58
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	59
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	60
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล.....	61
4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
4.2 การอภิปรายผล.....	72
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	78
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	78
5.2 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	79
5.3 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	79
บรรณานุกรม.....	81
ประวัติผู้เขียน.....	127



สารบัญตาราง

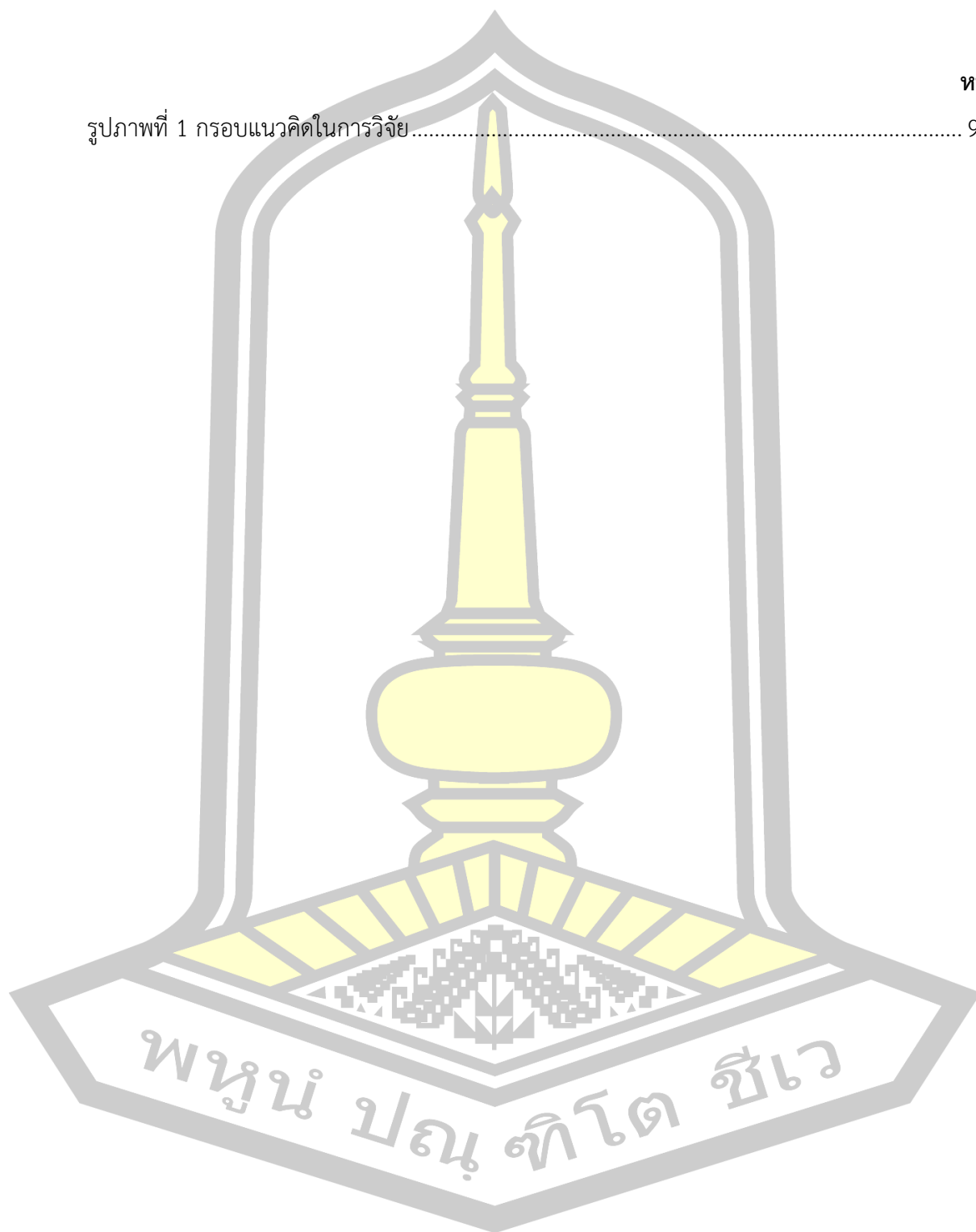
	หน้า
ตารางที่ 1 การวินิจฉัยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	13
ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ลักษณะครอบครัว และรายได้ของครอบครัว	61
ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์	64
ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด	68
ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลเกี่ยวกับทารกแรกเกิด.....	69
ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ของระดับความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดา ...	71
ตารางที่ 7 เมื่อจำแนกการดำรงบทบาทมารดาเป็นรายด้าน ได้แก่ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุตร ความสามารถในการแสดงพฤติกรรมความเป็นมารดา และความพึงพอใจในบทบาทมารดาพบว่า.....	71
ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดาของกลุ่มตัวอย่าง (n = 53).....	72



สารบัญรูป

หน้า

รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย..... 9



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดำรงบทบาทมารดา เป็นกระบวนการที่มารดาเรียนรู้พฤติกรรมการเป็นมารดาซึ่งประกอบด้วยระหว่างสติปัญญาและอารมณ์ และพัฒนาตามลำดับขั้นตอน ค่อยเป็นค่อยไปตามประสบการณ์ที่ได้รับ(Mercer, 1985) เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด และเกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดากับบุตร ประเมินความสำเร็จของการดำรงบทบาทมารดาได้จาก การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุตร ความสามารถในการแสดงพฤติกรรมการเป็นมารดา และความพึงพอใจในบทบาทมารดา (กรณิศศิริ หมุนทรัพย์, ฉวี เบาทรวง และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2562) การดำรงบทบาทมารดาได้สำเร็จ มีความสำคัญต่อการส่งเสริมพัฒนาการของมารดาให้ถึงจุดสูงสุด และต่อการสร้างเสริมสุขภาพของมารดาและทารก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในระยะหลังคลอด ที่มารดาได้แสดงบทบาทจริงในการดูแลบุตร และเป็นระยะที่แสดงให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่ามารดาสามารถยอมรับ และแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้หรือไม่ ดังนั้น การปรับตัวเพื่อดำรงบทบาทมารดาในระยะหลังคลอดจึงเป็นภาวะวิกฤติในชีวิตที่มารดาต้องเผชิญทั้งความท้าทาย (Mercer, 1995) และความเครียดในการบรรลุถึงวุฒิภาวะของการเป็นมารดา รวมถึงการรักษาสมดุลในชีวิตทั้งภาวะสุขภาพ การปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลบุตรเกิดใหม่ บทบาทหน้าที่ของการเป็นภรรยา และบทบาทหน้าที่อื่น ๆ ที่เคยเป็นอยู่ (กรณิศศิริ หมุนทรัพย์, ฉวี เบาทรวง และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2562) หากมารดาหลังคลอดสามารถปรับตัวเพื่อดำรงบทบาทมารดาได้สำเร็จ ย่อมมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุตร มีความรู้สึกผูกพัน มีความสามารถและความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรมการเป็นมารดาสามารถตอบสนองความต้องการของบุตรได้ (ปิยรัตน์ สมันตรัฐ, รัชดา พ่วงประสงค์, นพริบ จำปาเทศ, อรอนงค์ บัวลา และอรุษา ศิริ, 2567) และมีความพึงพอใจในบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งกระบวนการพัฒนาบทบาทมารดา ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมตัวเข้าสู่บทบาท (anticipatory stage) เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งมารดาจะมีการจินตนาการเกี่ยวกับการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดา 2) ระยะการทำบทบาทตามรูปแบบและความคาดหวังของบุคคลอื่น (formal stage) ระยะนี้เกิดขึ้นเมื่อทารกเกิด มารดาจะเลียนแบบพฤติกรรมจากผู้มีประสบการณ์หรือได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น 3) ระยะพัฒนาบทบาทมารดาที่เหมาะสมกับตนเอง (informal stage) ระยะนี้เกิดขึ้นในช่วง 1 เดือนแรกหลังคลอด มารดามีพัฒนาการเรียนรู้จากผู้อื่น และ 4) ระยะการรับบทบาทเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของตนเอง (personal or maternal identity

stage) โดยมารดารู้สึกกลมกลืนระหว่างความเป็นตนเองกับความเป็นแม่ (Mercer, 1985) อย่างไรก็ตาม การปรับตัวเพื่อดำรงบทบาทมารดาอาจมีความยากลำบาก หรือความล่าช้าในสตรีตั้งครรภ์ หรือมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน (Elochukwu & Oluchi, 2023) หรือต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติทั้งทางด้านร่างกาย พัฒนาการ และจิตสังคม เช่น มารดาที่มีบุตรคนแรก (กัญญาณัฐ สิทธิภา, 2558) มารดาวัยรุ่น (ปิยรัตน์ สมันตรัฐ, รัชดา พ่วงประสงค์, นพรีบ จำปาเทศ, อรอนงค์ บัวลา และอรษา ศิริ, 2567) มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (กนิษฐา แก้วดู, ฉวี เบาทรวง และนนทพร แสสนศิริพันธ์, 2562) เป็นต้น

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย มีอุบัติการณ์ถึงร้อยละ 5 - 10 ของการตั้งครรภ์ และเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก (Cunningham, Leveno, Bloom, Dashe, Hoffman, Casey & Spong, 2018) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ซึ่งทำให้สตรีตั้งครรภ์หรือมารดาหลังคลอดที่มีภาวะดังกล่าว มีเลือดออกในสมอง มีภาวะชัก มีภาวะน้ำท่วมปอด หัวใจวาย ไตวาย ตับวาย ภาวะเม็ดเลือดแดงแตก ระดับเอนไซม์ตับสูง และเกล็ดเลือดต่ำ (Thabet, Mahmoud dawoud, Ahmed Elnabawey, & Rabie kamel Goma, 2023) และภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด (Disseminated intravascular coagulation: DIC) ทารกเกิดก่อนกำหนด ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน และที่ร้ายแรงที่สุดคือ มารดาและหรือทารกอาจเสียชีวิต (สรารุณี ศิวโมกษธรรม และสิทธิชัย คำไสย์, 2567) ดังนั้น สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาให้เร็วที่สุด บางรายจำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์หรือคลอดก่อนกำหนด และบางรายจำเป็นต้องผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องฉุกเฉิน (จิตณัฐฐา สุทธิจางค์, ศศิกานต์ กาละ และสุรีย์พร กฤษเจริญ, 2559) ซึ่งก่อให้เกิดความเครียด และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อภาวะสุขภาพตนเองและทารก รวมถึงการได้รับการรักษาโดยการให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟตเพื่อป้องกันการชัก ซึ่งมีผลข้างเคียงของยาที่พบบ่อย คือ มีอาการร้อนวูบวาบวาบ (จิตณัฐฐา สุทธิจางค์ และคณะ, 2559) ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย และความเหนื่อยล้าจากการรักษาและจากกระบวนการคลอด ต่อเนื่องถึงในระยะหลังคลอด จากการสูญเสียพลังงาน การหดรั้วตัวของมดลูก การสูญเสียเลือด และการใช้ออกซิเจนที่เพิ่มขึ้น (Ream & Richardson, 1997) โดยเฉพาะในมารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ได้รับยาระงับความรู้สึก และมีความปวดหลังผ่าตัดคลอด ซึ่งมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดมักเกิดปัญหาในการปฏิบัติหน้าที่การเป็นมารดา เนื่องจากสภาพร่างกายหลังผ่าตัดยังไม่พร้อม มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดต้องใช้กระบวนการฟื้นคืนกลับสู่ภาวะสมดุลของร่างกายภายหลังคลอดนานกว่ามารดาที่คลอดปกติ จึงทำให้ปฏิบัติหน้าที่การเป็นมารดาได้ช้ากว่ามารดาที่คลอดปกติ (กรณิศศิริ หนูนทรัพย์, ฉวี เบาทรวง

และ นันทพร แสนศิริพันธ์, 2562; Sanli & Oncel, 2014) ทำให้มารดาต้องการความช่วยเหลือในการปรับตัวในช่วงเปลี่ยนผ่านสู่บทบาทการเป็นมารดา

นอกจากนี้ สตรีตั้งครรภ์ หรือมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงมักเกิดความเครียดกับภาวะสุขภาพของตนเองและสุขภาพของทารก ซึ่งอาจเกิดจากความรุนแรงของโรค การรักษา ผลข้างเคียงของยา ความรู้สึกไม่ปลอดภัย กลัวอันตราย และกลัวตาย (นันทพร แสนศิริพันธ์, 2560; Andersson, Rubertsson, & Hansson, 2021; Yuriah, Kartini, & Isnaeni, 2022) ดังนั้น มารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง จึงเผชิญกับความเครียดทั้งเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา และภาวะสุขภาพของตนเองและทารก และเผชิญกับความเหนื่อยล้า ทั้งที่เกี่ยวข้องกับโรค แผนการรักษา การสูญเสียเลือด สูญเสียพลังงาน ภาวะไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของยากันชัก วิธีการคลอด และการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจหลังคลอด ซึ่งอาจส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองลดลง และอาจทำให้มีการปรับตัวต่อบทบาทมารดาในระยะหลังคลอดได้ล่าช้าหรือลำบาก จึงต้องการการดูแลและความช่วยเหลือในช่วงเวลาดังกล่าว

การดำรงบทบาทมารดา เป็นกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาสะสมอย่างค่อยเป็นค่อยไป เป็นกระบวนการที่มารดามีปฏิสัมพันธ์กับบุตร มารดาต้องหล่อหลอมความรู้ ทักษะ และความสามารถ เพื่อพัฒนาเป็นเอกลักษณ์การเป็นมารดาของตนเอง เป็นกระบวนการเรียนรู้ภายในของแต่ละบุคคลให้ถึงวุฒิภาวะ โดยมีความครอบคลุมทั้งมิติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุตร (Mercer, 1995) ซึ่ง Mercer (2004) ได้ศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการการดำรงบทบาทมารดา ได้แก่ ปัจจัยด้านมารดา ปัจจัยด้านทารก และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยมารดาที่มีอายุมากจะมีความพร้อมต่อการเป็นมารดามากกว่ามารดาอายุน้อย เนื่องจากมีวุฒิภาวะมากกว่า ทำให้บุคคลสามารถปรับตัว และทนต่อการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ต่าง ๆ ของชีวิต ระดับการศึกษา เป็นสิ่งที่ช่วยทำให้บุคคลมีการพัฒนาทางสติปัญญา และมีความสามารถในการเรียนรู้ และการปรับตัว รายได้ของครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลมารดาที่มีรายได้ดีย่อมสามารถตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในชีวิตได้ดี ประสบการณ์การดูแลทารก ทำให้มารดามีโอกาสในการเรียนรู้ และคุ้นเคยต่อ การดูแลทารกมาก่อน ในขณะที่มารดาที่ขาดประสบการณ์จะมีความวิตกกังวล และไม่แน่ใจต่อบทบาทการเป็นมารดาของตน และไม่สามารถคาดเดาการตอบสนองและความต้องการของบุตรได้ ปัจจัยด้านทารก เช่น ภาวะอารมณ์ และพฤติกรรมของบุตรที่มีลักษณะเลี้ยงง่าย หรือเลี้ยงยาก ซึ่งจะมีผลต่อความเชื่อมั่นในการแสดงบทบาทของมารดา รวมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การสนับสนุนทางสังคม

นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา ได้แก่ ลำดับการมีบุตร วิธีการคลอด ความเครียด ความวิตกกังวล และความเหนื่อยล้า (กรณศิริ หมุนทรัพย์, ฉวี เบาทรวง และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2562) โดยในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์จำเป็นต้องได้รับยาป้องกันการชัก รวมถึงอาจช่วยคลอดโดยสูติศาสตร์หัตถการ หรือการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งเป็นสิ่งเร้าให้เกิดความเครียด และความเหนื่อยล้า โดยเฉพาะในช่วงที่นอนพักในโรงพยาบาล ร่างกายมารดาหลังคลอดยังไม่ฟื้นตัว หรือฟื้นตัวยังไม่เต็มที่ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมถึงการดูแลทารกแรกเกิดจากพยาบาลผดุงครรภ์ และครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่มารดาในระยะหลังคลอดได้ช้าหรือล่าช้ากว่ามารดาที่คลอดปกติ

ความเครียด เป็นผลของการมีปฏิสัมพันธ์สัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยผ่านกระบวนการรับรู้ของบุคคลนั้นว่าสิ่งนั้นเป็นอันตรายและคุกคามต่อตนเอง และมีการปรับตัวต่อสิ่งนั้น (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งความรุนแรงของโรค แผนการรักษา วิธีการคลอด ความปวด ภายหลังการผ่าตัดคลอด รวมถึงความไม่สุขสบายต่าง ๆ ภายหลังคลอด อาจส่งผลให้มารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงมีความเครียด เพราะอยู่ในสภาวะเป็นผู้ป่วย และเป็นมารดาหลังคลอดในการรับผิดชอบดูแลบุตรพร้อมกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อการปรับตัวต่อบทบาทมารดา ดังการศึกษาของปิยรัตน์ สมันตรัฐ, รัชดา พ่วงประสงค์, นพรัฐ ขำปาเทศ, อรอนงค์ บัวลา และอรชา ศิริ (2567) พบว่า ความเครียดระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทของมารดาวัยรุ่น และการศึกษาของรัตนา แทนไธสง (2560) ศึกษาในมารดาอายุมาก ในระยะ 24 - 48 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่าการปรับตัวต่อบทบาทมารดา มีความสัมพันธ์ทางลบระดับสูงกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ความเครียดอาจมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาในระยะหลังคลอดได้

นอกจากนี้ ความเหนื่อยล้า (fatigue) สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระยะของวงจรการมีบุตร ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด (Pugh & Milligan, 1995) เป็นอาการที่บุคคลรับรู้ถึงความรู้สึกหมดพลัง หมดเรี่ยวแรง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ความสามารถในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันไม่ปกติ มีประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (Pugh & Milligan, 1993) ซึ่งเป็นอีกภาวะหนึ่งที่พบมากในมารดาหลังคลอด เนื่องจากรมารดาหลังคลอดจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสถานการณ์ ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้า (Pugh & Milligan, 1993) อาการเหนื่อยล้าเกิดจากความไม่สมดุลกันระหว่างพลังงานที่ร่างกายได้รับกับพลังงานที่ใช้ไป และการที่ร่างกายและจิตใจเผชิญกับความเครียดเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ (Herdman, 2012) ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย

มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และพฤติกรรม (Ream & Richardson, 1997) โดยที่การพักผ่อนเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้อาการเหนื่อยล้าลดลง (Piper et al., 1998) ความเหนื่อยล้าด้านร่างกายเกิดจากพยาธิสภาพของโรค การปวดแผลผ่าตัด และความไม่สุขสบายต่าง ๆ สำหรับความเหนื่อยล้าด้านจิตใจ เกิดจากความเครียด กลัวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและทารก (จิตต์ณัฐา สุทธิจำนงค์ และคณะ, 2559) และสาเหตุด้านสถานการณ์ ได้แก่ การนอนหลับไม่เพียงพอ การดูแลทารก การขาดการสนับสนุนทางสังคม (Lee & Lee, 2007) ความเหนื่อยล้าดังกล่าวส่งผลกระทบกับการปรับตัวต่อการดำรงบทบาทมารดา ซึ่งสำคัญต่อการพัฒนาการของทารก (Stern et al., 2014) ดังนั้นหากมารดาหลังคลอดไม่ได้รับการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เหมาะสม จะทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ตามปกติลดลง รวมถึงการทำหน้าที่การเป็นมารดา และการเลี้ยงบุตรลดลง (Pugh & Milligan, 1993)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความเครียด และความเหนื่อยล้า ในระยะที่มารดาหลังคลอดยังนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 48 -72 ชั่วโมง ซึ่งเป็นระยะแสดงบทบาทตามรูปแบบ (formal stage) จะเริ่มเมื่อทารกคลอดออกมาแล้ว เป็นระยะเปลี่ยนผ่านของมารดาหลังคลอดที่จะพยายามเรียนรู้ ฝึกทักษะ แลกเปลี่ยน ซักถาม จากทีมสุขภาพเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง รวมถึงการฝึกทักษะการเป็นมารดา เช่น การอาบน้ำบุตร การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา เพื่อสามารถประเมินเกี่ยวกับความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดและการดูแลต่อเนื่องเมื่อมารดาหลังคลอดกลับไปพักฟื้นที่บ้าน

การดำรงบทบาทมารดา จึงเป็นกระบวนการที่มารดาต้องเรียนรู้ ต้องปรับตัวให้ตอบสนองความต้องการของบุตรได้ และพัฒนาให้กลมกลืนผสมผสานทั้งความคิด สติปัญญา และอารมณ์ระหว่างความเป็นตนเอง (self) กับความเป็นแม่ (motherhood) ให้เป็นเอกลักษณ์ของตนเอง (identity) พยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในทุกๆระยะทั้งขณะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรกหลังคลอดซึ่งมารดาได้เผชิญกับสถานการณ์จริง เป็นช่วงระยะเวลาของการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญทั้งที่เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพ ภาวะจิตใจ และการแสดงบทบาทมารดา ดังนั้น การประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการดำรงบทบาทมารดา และปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาจึงสำคัญ เพื่อลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรค และส่งเสริมปัจจัยที่สนับสนุนความสำเร็จของการดำรงบทบาทมารดา หากมารดาสามารถปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างมีความสุขและมีความมั่นใจในแต่ละระยะก็จะส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาต่อไป ซึ่งย่อมมีผลต่อพัฒนาการของตนเองและการเจริญเติบโตของบุตร จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับ การดำรงบทบาทมารดาในระยะแรก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำรงบทบาทมารดาของ

มารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงในขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ก่อนที่มารดาจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยคาดหวังผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา และการติดตามดูแลในระยะหลังคลอดต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง

1.3 คำถามในการวิจัย

1. ระดับความเครียด ระดับความเหนื่อยล้า และระดับการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงเป็นอย่างไร
2. ความเครียด ความเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์กับการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงหรือไม่ อย่างไร

1.4 สมมติฐานการวิจัย

1. ความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง
2. ความเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง

1.5 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงพรรณนา (descriptive correlation study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ศึกษาในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ที่นอนพักรักษา ณ แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

1.6 นิยามศัพท์

นิยามศัพท์ตามทฤษฎี

การดำรงบทบาทมารดา หมายถึง บทบาทในการปฏิบัติกรเป็นมารดา มีปฏิสัมพันธ์กับบุตร สามารถตอบสนองต่อความต้องการของบุตรได้เหมาะสม มีความพร้อมในการเรียนรู้เพื่อดูแลบุตร การมีสัมพันธ์ที่ดีกับบุตรความสามารถในการแสดงพฤติกรรมกรเป็นมารดา และความพึงพอใจในบทบาทมารดาโดยการดูแลด้วยความตั้งใจ เช่น การอาบน้ำ การให้นม การทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น (Mercer, 1985)

ความเครียด หมายถึง ความเครียดว่า เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก โดยผ่านกระบวนการรับรู้ของบุคคลซึ่งสามารถประเมินสิ่งที่ถูกหรือผิดได้ด้วยตนเอง ว่าสิ่งนั้นเป็นอันตรายและคุกคามชีวิตของตน (Lazarus & Folkman, 1984)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง เป็นอาการที่บุคคลรับรู้และประเมินว่าความสามารถลดลงทั้งในด้านร่างกาย และจิตใจ จนรู้สึกหมดเรี่ยวแรง และทำให้ความสามารถในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันไม่ปกติ และประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (Pugh & Milligan, 1993)

ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง (Severe preeclampsia) หมายถึง ภาวะ Preeclampsia ร่วมกับอาการหรืออาการแสดง และเกิดเมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ โดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Preeclampsia แล้วประเมินความรุนแรงของโรคเป็น Severe preeclampsia หรือ preeclampsia with severe feature (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563)

มารดาหลังคลอด หมายถึง มารดาหลังคลอดตรจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอดเป็นระยะเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ จนกลับเข้าสู่ภาวะปกติเหมือนก่อน ตั้งครรภ์ (ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒน์เสรี, 2562)

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

การดำรงบทบาทมารดา หมายถึง การกระทำ พฤติกรรม หรือการปฏิบัติกิจกรรมตอบสนองในด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาที่มีต่อตนเองและบุตรในระยะหลังคลอด ใน 3 ด้าน คือ การมีสัมพันธ์ที่ดีกับบุตร ความสามารถในการแสดงพฤติกรรมกรเป็นมารดา และความพึงพอใจในบทบาทมารดา ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบประเมินการปรับตัวต่อบทบาทมารดา เป็นแบบประเมินของรัตนา แทนไธสง (2560) โดยรัตนา แทนไธสง ดัดแปลงมาจากแบบวัดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา Form B ซึ่งสร้างขึ้นโดยศรีสมร ภูมณสกุล, อรพรรณ สมบูรณ์ทรัพย์ และอุษา ศิริวัฒน์โชค (2547)

ความเครียด หมายถึง ความรู้สึกตึงเครียด ความรู้สึกกดดัน จากสิ่งแวดล้อมภายนอกและสิ่งแวดล้อมภายใน โดยผ่านกระบวนการรับรู้ของบุคคลนั้น สามารถรับมือต่อการเปลี่ยนแปลงและความไม่สบายใจที่เกิดขึ้นได้จากการปรับตัวให้อยู่ในสถานะสมดุลต่อชีวิต ประเมินโดยใช้แบบประเมินความเครียดในมารดาหลังคลอด ของรัตนา แทนโรสง คัดแปลงมาจากแบบวัดความรู้สึกเครียด PSS-10 ฉบับภาษาไทย (Wongpakaran & Wongpakaran, 2010) แปลและเรียบเรียงมาจากแบบประเมิน Perceived Stress Scale ของ Cohen & Williamson (1988) โดยพัฒนามาจากแนวคิด Lazarus มาใช้ในการประเมินความเครียดในระยะหลังคลอด

ความเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกและการรับรู้ของบุคคลว่ารู้สึกหมดเรี่ยวแรงอย่างมาก ลดความสามารถทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ส่งผลต่อความสามารถในการทำงานการทํากิจวัตรประจำวัน ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ประเมินโดยใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้า (The Modified Fatigue Symptoms Checklist) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยจรัสศรี ธีระกุลชัย (Theerakulchai, 2004) แปลและเรียบเรียงจากแบบประเมินที่เป็นฉบับภาษาอังกฤษของพิวจ์ และคณะ (Pugh, et al., 1999)

ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง หมายถึง มารดาหลังคลอดที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Severe preeclampsia หรือ preeclampsia with sever feature ตั้งแต่ใน ระยะ ตั้งครรภ์ และในระยะคลอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาแมกนีเซียมซัลเฟต

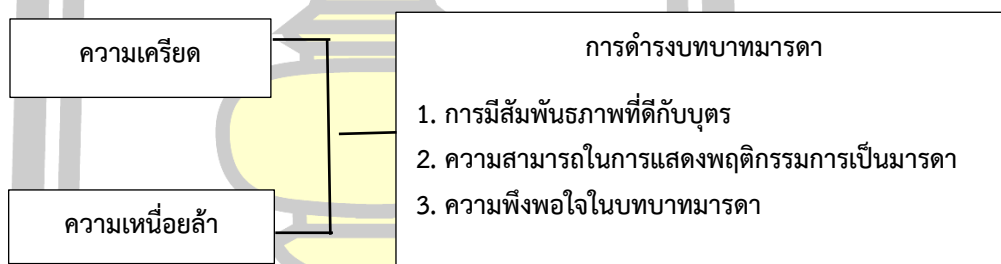
มารดาหลังคลอด หมายถึง มารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง (severe preeclampsia) และนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลช่วงระยะเวลา 48 -72 ชั่วโมงหลังคลอด

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานต่อการศึกษาวิจัยต่อไป เช่น การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแนวทางหรือวิธีการเพื่อบรรเทาความเครียดและความเหนื่อยล้า และการส่งเสริมการดำรงบทบาทมารดาในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง
2. พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อประเมินความเครียด และความเหนื่อยล้า ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดรู้สึกสุขสบาย สามารถฟื้นตัวได้เร็ว และสามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาได้เร็วที่สุด

1.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ ใช้แนวคิดการดำรงบทบาทมารดาของ Mercer (1995) ความเครียดใช้แนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) และความเหนื่อยล้าตามแนวคิดของ Pugh and Milligan (1993) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ซึ่งการดำรงบทบาทมารดา ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุตร 2) ความสามารถในการแสดงพฤติกรรมการเป็นมารดา และ 3) ความพึงพอใจในบทบาทมารดา และมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง อาจมีความเครียดในการทำหน้าที่บทบาทการเป็นมารดา เนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาได้เต็มที่ในการดูแลบุตร สำหรับความเหนื่อยล้า เป็นอาการที่มารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง มีการรับรู้ถึงความรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากพยาธิสภาพ และจากการรักษามีผลต่อการปรับตัวเพื่อดำรงบทบาทมารดา ถ้ามารดามีความเหนื่อยล้ามากอาจทำให้มารดาไม่สามารถทำหน้าที่ในการเป็นมารดาได้ตามปกติ ดังภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

พูน ปณ ทิโต ชีเว

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ผู้วิจัยได้ศึกษาและรวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

- 2.1 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
 - 2.1.1 ความหมายของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
 - 2.1.2 ชนิดของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
 - 2.1.3 อุบัติการณ์ของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
 - 2.1.4 พยาธิสรีรภาพของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
 - 2.1.5 ปัจจัยส่งเสริมการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
- 2.2 ทฤษฎีการดำรงบทบาทมารดา
 - 2.2.1 ความหมายและแนวคิดการดำรงบทบาทมารดา
 - 2.2.2 กระบวนการดำรงบทบาทมารดา
 - 2.2.3 การดำรงบทบาทมารดาในสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง
 - 2.2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำรงบทบาทมารดา
 - 2.2.5 เครื่องมือประเมินการดำรงบทบาทมารดา
- 2.3 ทฤษฎีความเครียด
 - 2.3.1 ความหมายของความเครียด
 - 2.3.2 การประเมินค่าเชิงการรู้คิด
 - 2.3.3 ชนิดของความเครียด
 - 2.3.4 ความเครียดในสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง
 - 2.3.5 เครื่องมือประเมินความเครียด
- 2.4 แนวคิดความเหนื่อยล้า
 - 2.4.1 ความหมายและแนวคิดความเหนื่อยล้า
 - 2.4.2 ความเหนื่อยล้าในสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง

2.4.3 ผลกระทบของความเหนื่อยล้าหลังคลอด

2.4.4 เครื่องมือการประเมินความเหนื่อยล้าหลังคลอด

2.1 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

2.1.1 ความหมายของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hypertensive disorders of pregnancy: HDP) คือ กลุ่มความผิดปกติ ซึ่งประกอบด้วยความดันโลหิตสูงเป็นหลัก และอาจพบหรือไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ ส่วนใหญ่เกิดจากการตั้งครรภ์ (Pregnancy induced hypertension: PIH) และพบได้ในระยะครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ ตามความเชื่อเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค คือ การตั้งครรภ์ชักนำให้เกิดความดันโลหิตสูง เนื่องจากพยาธิสภาพของรก (สุกัญญา ไชยราช, 2562) และส่วนน้อยเกิดจากความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่เป็นอยู่ก่อน (Chronic hypertension) (จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล, 2567) ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นความผิดปกติที่มักพบได้ในสตรีตั้งครรภ์ และภาวะนี้ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่รุนแรง ได้แก่ รกลอกตัวก่อนกำหนด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ตับและไตวาย และการเสียชีวิตของมารดาได้ (สุกัญญา ไชยราช, 2562; ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563) ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก รองจากการตกเลือด และการติดเชื้อ รวมถึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทารก เช่น การตายคลอด การบาดเจ็บ และการเสียชีวิตแรกคลอด (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563)

โดยราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (2563) ได้กำหนดเกณฑ์วินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ คือ ความดันโลหิต systolic 140 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า หรือความดันโลหิต diastolic 90 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า โดยวัด 2 ครั้ง ห่างกัน 4 ชั่วโมง หรือในกรณีที่ความดันโลหิต systolic 160 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า หรือความดันโลหิต diastolic 110 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า สามารถวัดซ้ำในช่วงเวลาสั้น (นาที) เพื่อให้ยาลดความดันโลหิตให้เร็วขึ้น หรือในกรณีที่ความดันโลหิต systolic สูงกว่าเดิม (baseline) 30 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิต diastolic สูงกว่าเดิม 15 มิลลิเมตรปรอท (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2560)

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีที่ตั้งครรภ์ เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์สามารถพัฒนาความรุนแรงของโรคไปสู่ภาวะชั๊กหรือ HELLP syndrome ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ มีหลักการที่สำคัญ คือ การควบคุมความดันโลหิต การป้องกัน การเกิดการชั๊ก และการสิ้นสุดการตั้งครรภ์เพื่อ

ความปลอดภัยต่อทั้งมารดาและทารก ดังนั้น สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต หรือมีอาการและอาการแสดงของภาวะชัก จึงต้องสิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563)

2.1.2 ชนิดของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

The National High Blood Pressure Education Program (NHBPEP) จำแนกประเภทของภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ (classification of hypertensive disorders of pregnancy) มี 4 ประเภท ดังนี้ (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, & Spong, 2018)

1. ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ (gestational hypertension) คือ ภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้วินิจฉัยเป็นครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ พบหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ และความดันโลหิตจะคืนสู่ภาวะปกติหลังคลอดไม่เกิน 12 สัปดาห์หลังคลอด และไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ

2. ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (chronic hypertension) คือ ภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้วินิจฉัยเป็นครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ สามารถพบก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ หรือเป็นภาวะความดันโลหิตสูงที่วินิจฉัยได้ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ และความดันโลหิตยังคงอยู่ยาวนานเกิน 12 สัปดาห์หลังคลอด

3. ภาวะครรภ์เป็นพิษระยะก่อนชัก (preeclampsia) คือ กลุ่มอาการของความดันโลหิตที่ได้วินิจฉัยเป็นครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ พบหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะมากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน ในเวลา 24 ชั่วโมง

ครรภ์เป็นพิษระยะชัก (eclampsia) คือ ภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีอาการชักร่วมด้วย โดยไม่สามารถทราบสาเหตุของการชักได้ เช่น ลมบ้าหมู หรือโรคทางสมอง เป็นต้น การชักสามารถเกิดได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยการชักสามารถเกิดได้ภายหลังคลอด 48 ชั่วโมง

4. ครรภ์เป็นพิษซ้อนทับกับความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (superimposed preeclampsia on chronic hypertension) คือ สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นความดันโลหิตสูงเรื้อรัง แล้วพบภาวะครรภ์เป็นพิษแทรกซ้อน มีความดันโลหิตสูงร่วมกับมีไข่ขาวรั่วในปัสสาวะ (proteinuria) หรืออาจตรวจพบเงื่อนไข (criteria) ของภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia)

สำหรับแนวทางการปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (2563) เรื่อง การดูแลความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์ ได้จำแนกชนิดของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็น 6 กลุ่ม ดังนี้

1. Preeclampsia
2. Gestational hypertension
3. HELLP syndrome
4. Eclampsia
5. Chronic hypertension (CHT) จากสาเหตุใดก็ตาม
6. Chronic hypertension (CHT) และมีภาวะ superimposed preeclampsia

รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวินิจฉัยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

ชนิด	ลักษณะ
1. Preeclampsia	<p>ความดันโลหิต Systolic 140 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า หรือความดันโลหิต Diastolic 90 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า โดยวัด 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง เมื่ออายุครรภ์เกิน 20 สัปดาห์ขึ้นไป ในสตรีที่เคยมีความดันโลหิตปกติ และพบโปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria) ร่วมด้วย คือ มีโปรตีน 300 มิลลิกรัมหรือมากกว่าในปัสสาวะที่เก็บ 24 ชั่วโมง หรือ protein:creatinine ratio ในปัสสาวะ 0.3 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือมากกว่า หรือการสุ่มตรวจปัสสาวะโดยใช้แถบตรวจปัสสาวะ (dipstick) พบมีระดับ 2+ หรือมากกว่า (ใช้เฉพาะกรณีที่ไม่สามารถตรวจด้วยวิธี quantitative)</p> <p>หรือในกรณีที่ไม่มี Proteinuria แต่ตรวจพบความดันโลหิตสูงในสตรีที่ความดันโลหิตปกติมาก่อน (new-onset) ร่วมกับการตรวจพบ new-onset ของกรณีใดกรณีหนึ่ง ดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thrombocytopenia: เกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตร - Renal insufficiency: ค่า serum creatinine มากกว่า 1.1 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ของ serum creatinine เดิมโดยไม่ได้มีโรคไตอื่น - Impaired liver function: มีการเพิ่มขึ้นของค่า liver

	<p>transaminase เป็น 2 เท่าของค่าปกติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปอดบวมน้ำ (Pulmonary edema) - อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นใหม่ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา และไม่ได้เกิดจากโรคอื่น หรือมีอาการทางสายตา (visual disturbances)
2. Gestational hypertension	<ul style="list-style-type: none"> - ความดันโลหิต Systolic 140 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า หรือ ความดันโลหิต Diastolic 90 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า เมื่ออายุครรภ์เกิน 20 สัปดาห์ขึ้นไป ในสตรีที่เคยมีความดันโลหิตปกติ และ ไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ - ความดันโลหิตกลับสู่ค่าปกติภายใน 12 สัปดาห์หลังคลอด - การวินิจฉัยครั้งสุดท้ายจะได้รับการตรวจภายหลังคลอดแล้วเท่านั้น
3. HELLP syndrome	<ul style="list-style-type: none"> - มีค่า Lactate dehydrogenase (LDH) มากกว่าหรือเท่ากับ 600 ยูนิตต่อลิตร - Aspartate aminotransferase (AST) และ Alanine aminotransferase (ALT) เพิ่มมากกว่า 2 เท่าของค่าปกติ - เกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 /ลูกบาศก์มิลลิเมตร
4. Eclampsia	<p>การชักในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยการชักนั้นไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น</p>
5. Chronic hypertension (CHT)	<ul style="list-style-type: none"> - ความดันโลหิตสูงที่ตรวจพบก่อนการตั้งครรภ์ หรือให้การวินิจฉัยก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ หรือ - ความดันโลหิตสูงที่ให้การวินิจฉัยหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ และความดันโลหิตยังคงสูงอยู่หลังคลอดเกิน 12 สัปดาห์
6. Chronic hypertension with superimposed preeclampsia	<ul style="list-style-type: none"> - สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูง และควบคุมความดันโลหิตได้ดีมาก่อน แล้วมีความดันโลหิตสูงขึ้น หรือต้องเพิ่มยาที่ใช้ในการควบคุมความดันโลหิต และ - มี Proteinuria ที่เกิดขึ้นใหม่ หรือมีการเพิ่มขึ้นของ Proteinuria หรือ มีลักษณะของ severe feature

ที่มา: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (2563)

ในอดีตภาวะ Preeclampsia จะจำแนกเป็น 2 ชนิด คือ Mild preeclampsia โดยมีค่าความดันโลหิต Systolic ไม่เกิน 160 มิลลิเมตรปรอท และหรือค่าความดันโลหิต Diastolic ไม่เกิน 110 มิลลิเมตรปรอท แต่มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ร่วมกับพบโปรตีนในปัสสาวะ และ Severe preeclampsia คือ ความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง มีค่าความดันโลหิต Systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท และหรือค่าความดันโลหิต Diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับพบโปรตีนในปัสสาวะ มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มีน้ำคั่งในปอด และมีปัสสาวะออกน้อยกว่า 500 ลูกบาศก์เซนติเมตรใน 24 ชั่วโมง เนื่องจากความรุนแรงของโรคหรือพยาธิสภาพของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว แม้ไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ ดังนั้น ในปัจจุบันจึงมีการประเมินความรุนแรงของโรคว่ามี “Severe feature” หรือไม่

โดยเมื่อแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็น Preeclampsia ควรมีการประเมินความรุนแรงของโรคว่ามี “Severe feature” หรือไม่ หากมีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ แพทย์จะให้การวินิจฉัยว่าเป็น “preeclampsia with severe feature” ดังนี้ (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563)

1. ความดันโลหิต Systolic 160 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิต Diastolic 110 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า เมื่อวัด 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง (เว้นแต่เริ่มยาลดความดันโลหิตก่อนหน้านี้แล้ว)
2. Thrombocytopenia: เกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 /ลูกบาศก์มิลลิเมตร
3. Impaired liver function: มีการเพิ่มขึ้นของค่า liver transaminase เป็น 2 เท่าของค่าปกติ หรือมีอาการปวดบริเวณใต้ชายโครงขวาหรือใต้ลิ้นปี่อย่างรุนแรง และอาการปวดไม่หายไป (severe persistence) ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา และไม่ใช้เกิดจากการวินิจฉัยอื่นหรือทั้ง 2 กรณี
4. Renal insufficiency: ค่า Serum creatinine มากกว่า 1.1 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือเพิ่มขึ้น 2 เท่าของ serum creatinine เดิมโดยไม่ได้มีโรคไตอื่น
5. Pulmonary edema
6. มีอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นใหม่ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา และไม่ได้เกิดจากโรคอื่น
7. มีอาการทางสายตา (visual disturbance)

กรณีที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็น Preeclampsia แต่ไม่มีลักษณะความรุนแรงดังกล่าวข้างต้น แพทย์จะให้การวินิจฉัยว่าเป็น “Preeclampsia without severe feature” นอกจากนี้ ในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Gestational hypertension ที่มีความดันโลหิต

Systolic 160 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า หรือความดันโลหิต Diastolic 110 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า ควรให้การวินิจฉัยเป็น “Preeclampsia with severe feature” ดังนั้น ในปัจจุบัน จึงใช้การประเมินความรุนแรงของโรค (severe feature) เพื่อเป็นการวินิจฉัยและให้การรักษาได้เร็วขึ้น อย่างไรก็ตาม ในบางโรงพยาบาล ยังปรากฏการวินิจฉัย หรือการเก็บรวบรวมข้อมูลสถิติเป็น severe preeclampsia ดังนั้น ในการวิจัยนี้ จึงปรากฏใช้คำ 2 คำสลับกันไปมา คือ severe preeclampsia หรือ preeclampsia with severe feature

2.1.3 อุบัติการณ์ของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

อุบัติการณ์ของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ พบถึงร้อยละ 5-10 ของการตั้งครรภ์ และเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุการเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 16 ของมารดาทั่วโลก รองจากการตกเลือด และการติดเชื้อ (Cunningham et al., 2018) ในทวีปเอเชีย พบว่า ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นสาเหตุการตายของมารดาร้อยละ 5-10 (Youssef, 2019) สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2562 พบว่า อัตราการตายที่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เท่ากับ 22 รายต่อการเกิดมีชีพแสนคน โดยพบว่าภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 รองจากภาวะตกเลือดหลังคลอด (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2562) และจากรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการส่งเสริมสุขภาพแม่และอนามัยสิ่งแวดล้อม ประจำปีงบประมาณ 2565 ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2565) ในปี พ.ศ. 2561 – 2565 พบอัตราส่วนการตายของมารดาไทย คือ 19.9, 22.5, 22.9, 39.8 และ 25.86 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ ซึ่งเกินเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน และจำแนกร้อยละสาเหตุการตายของมารดาไทย ในเดือนตุลาคม 2564 – กันยายน 2565 พบว่า มารดาไทยตายจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 10 รองจากสาเหตุการการตายที่ไม่ได้เกิดจากการตั้งครรภ์โดยตรง ร้อยละ 32 การตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 16 และการตายจากภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ทางสูติศาสตร์ ร้อยละ 14 ตามลำดับ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2565)

ข้อมูลของโรงพยาบาลชิระภูเก็ ระหว่างปี พ.ศ. 2560 – 2563 พบว่าจากจำนวนผู้คลอด 19,231 คน เป็นสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ จำนวน 429 คน คิดเป็นร้อยละ 2.23 ในจำนวนนี้เป็นสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง จำนวน 323 คน คิดเป็นร้อยละ 75.3 ของสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ทั้งหมด (วิลาวรรณ ทรงยศ, 2565) สำหรับเขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วยจังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ มีรายงานเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ดังนี้

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในปี พ.ศ. 2563-2565 พบอุบัติการณ์ร้อยละ 7.3, 10.2 และ 8.01 ตามลำดับ (งานห้องคลอด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด, 2565) โรงพยาบาลขอนแก่น พบอุบัติการณ์ร้อยละ 9.43 , 10.93 และ 11.17 ตามลำดับ (งานห้องคลอด โรงพยาบาลขอนแก่น, 2565) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปี พ.ศ. 2565 พบอุบัติการณ์ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 1.37 (งานห้องคลอด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2565) และในโรงพยาบาลมหาสารคาม พบอุบัติการณ์ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ในปี พ.ศ. 2563 – 2565 ร้อยละ 112, 87 และ 86 ตามลำดับ โดยในจำนวนผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์จำแนกเป็นผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ถึงร้อยละ 13.44, 10.44 และ 10.32 ตามลำดับ (งานห้องคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม , 2565)

ดังนั้น ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ยังมีแนวโน้มพบมากขึ้น โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น เลือดออกในสมอง รกคลอดตัวก่อนกำหนด หากได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว และได้รับการดูแลที่เหมาะสมจะลดการเสียชีวิตได้

2.1.4 พยาธิสรีรภาพของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่พบได้บ่อยในขณะตั้งครรภ์ และมีพยาธิสภาพรุนแรง (ภัทรวรรณ หลิมศิริ, 2559; จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล , 2567) ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 4.6 ของสตรีตั้งครรภ์ทั่วโลก (Abalos, Cuesta, Grosso, Chou & Say , 2013) แม้ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิด preeclampsia แต่การศึกษาวิจัยในช่วงหลังมีความเห็นตรงกันว่าพยาธิสภาพหลักของภาวะครรภ์เป็นพิษนั้นอยู่ที่รก และได้มีการแบ่งระยะของการดำเนินโรคออกเป็นสองระยะ เพื่อให้ง่ายต่อความเข้าใจในการเกิดพยาธิสภาพ ดังนี้

- **ระยะแรก** คือ มีความผิดปกติของการฝังตัวของรก (Abnormal placentation) ซึ่งจะไม่แสดงอาการทางคลินิก ระยะนี้มักเกิดขึ้นตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์

- **ระยะที่สอง** เกิดในช่วงครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ คือ มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของเนื้อเยื่อบุโพรงหลอดเลือด (Endothelial dysfunction) หรือการเกิดพยาธิสภาพที่หลอดเลือดฝอยทั่วร่างกาย ทำให้กระบวนการสร้างหลอดเลือดใหม่ที่รกเสียไป เลือดไปเลี้ยงรกไม่พอ เกิดภาวะรกขาดเลือด เกสเลือดจับกลุ่มกันก่อให้เกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะทุกระบบในร่างกาย อาการทางคลินิกที่แสดงให้เห็น ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ภาวะโปรตีนในปัสสาวะ และอาการตามระบบต่าง ๆ ของร่างกาย

อย่างไรก็ตาม ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิด Preeclampsia จะเกี่ยวเนื่องกับพยาธิสภาพ 4 ประการ ได้แก่

1) ปัจจัยระบบภูมิคุ้มกันของมารดา (Immunologic factors) เกิดความผิดปกติในการปรับตัวของระบบภูมิคุ้มกันมารดาเป็นตัวละครสำคัญทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ สันนิษฐานว่าระบบภูมิคุ้มกันของมารดาพยายามที่จะต่อต้านสารพันธุกรรมที่ไม่เข้ากันซึ่งเป็นของบิดา ที่จะเข้าสู่กระแสเลือดได้จากรกและทารกในครรภ์ สิ่งที่สนับสนุน คือ พบว่าอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงสูงขึ้น ในสตรีที่ตั้งครรภ์เป็นครั้งแรกหรือการตั้งครรภ์บุตรคนแรกของสามีนั้น เว้นช่วงห่างจากการตั้งครรภ์ก่อนหน้านั้น หรือการตั้งครรภ์โดยการทำ intracytoplasmic sperm injection (Cunningham et al., 2018)

2) ความผิดปกติของการเจริญเติบโตของรก (Abnormal placentation) รกมีส่วนสำคัญในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์อาการของโรคจะหายไปทั้งหมดหรือดีขึ้นภายหลังการคลอดรก พบว่ามีความผิดปกติหลอดเลือดแดง (spiral arterioles) มีการเปลี่ยนแปลงให้การไหลเวียนเลือดให้มากกว่าก่อนตั้งครรภ์เพื่อเลี้ยงรกและทารกในครรภ์ (remodeling of spiral arteriole) ซึ่งเกิดจากการฝังตัวของเซลล์รก cytotrophoblast ที่ผิดปกติไปยังหลอดเลือดแดง spiral arterioles ในชั้นกล้ามเนื้อดลูกได้ต้น ทำให้หลอดเลือดแดงตีบตัน เมื่อเทียบกับการตั้งครรภ์ปกติ การเจริญเติบโตที่ไม่สมบูรณ์ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนขาดเลือดไปเลี้ยงรก ส่งผลให้เกิดสารที่ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบหลอดเลือดเข้าสู่ระบบไหลเวียนโลหิต ทำให้อวัยวะอื่น ๆ ทั่วร่างกายมีอาการและแสดงอาการของโรคความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ได้ในหลายระบบของร่างกาย (Cunningham et al., 2018)

3) ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic factors) โรคความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับพันธุกรรมจากการศึกษาของ Gudeta & Regassa (2019) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการคลอดบุตรซึ่งมีประวัติครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์มากกว่าสตรีที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ถึง 5 เท่า (AOR = 5.25 ที่ 95%CI = (1.39 - 19.86)

4) การทำงานที่ผิดปกติของเยื่อหลอดเลือด (Endothelial dysfunction) พบว่ามีความผิดปกติของเยื่อหลอดเลือดทั่วร่างกาย ส่งผลให้มีสารกระตุ้นการบีบตัวของหลอดเลือดหลายชนิดเพิ่มมากขึ้นในกระแสเลือด ร่วมกับมีการสร้างที่ลดลงของสารกระตุ้นการขยายตัวของหลอดเลือดหลายชนิดในกระแสเลือด เกิดการรั่วของน้ำและสารต่าง ๆ ไปในเนื้อเยื่อมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (thrombosis) เป็นผลให้เกิดอาการต่าง ๆ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ตรวจพบปัสสาวะในโปรตีน อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ บวมหน้า และอาการต่าง ๆ ที่เกิดจากหลอดเลือดในอวัยวะอื่นทั่วร่างกาย (Cunningham et al., 2018)

สรุปการเกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะทุกระบบในร่างกาย ดังนี้

1. Renal system จากการที่ปริมาณการไหลเวียนที่ไต่ลดลง ประกอบกับมีการทำลายของชั้นเยื่อหลอดเลือดในไต ทำให้เกิดการคั่งของน้ำในเนื้อเยื่อ ทำให้เกิดโปรตีนรั่ว ปัสสาวะออกน้อย ระดับซีรัม ครีเอตินิน (Creatinine) ในเลือดสูงขึ้น และเกิดอาการบวม น้ำของอวัยวะต่าง ๆ

2. Cardiopulmonary system ให้ plasma albumin ลดลง และสารน้ำในระบบไหลเวียนโลหิตรั่วออกไปคั่งตามเนื้อเยื่อต่าง ๆ ทำให้เกิดภาวะน้ำท่วมปอด

3. Hematologic and coagulation system เกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำเฉียบพลัน เม็ดเลือดแตก มีภาวะแข็งตัวในหลอดเลือดแบบแพร่กระจายหลอดเลือดหดรężทำให้เกิดความดันโลหิตสูง น้ำรั่วออกนอกหลอดเลือด ทำให้เกิดอาการบวม และมีปัจจัยการแข็งตัวของเลือดชนิดอื่น ๆ ลดลง

4. Hepatic system มีภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ (disseminated intravascular coagulopathy : DIC) จากการที่เอนไซม์ตับเพิ่มมากขึ้น จึงมีอาการปวดใต้ชายโครงขวา หรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ คลื่นไส้อาเจียน เกิดภาวะตับแตก

5. Neurological system เยื่อหลอดเลือดถูกทำลาย ทำให้เกิดการแตกของหลอดเลือดฝอย และหลอดเลือดหดรężจึงเกิดสมองบวม อาจพบอาการปวดศีรษะระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือมีชักเกร็ง ชักกระตุก

6. Visual system จากการหดตัวของหลอดเลือดที่จอตา ทำให้เกิด retinal edema เกิดอาการตาพร่ามัว การมองเห็นผิดปกติ

7. Placenta and uterus จากการหดตัวของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีตันเลือดไปเลี้ยงรกไม่พอ มีผลให้เกิดภาวะทารกโตช้า ในครรภ์บางรายอาจเกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (นันทพร แสนศิริพันธ์ และฉวี เบาทรวง, 2560)

2.1.5 ปัจจัยส่งเสริมการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยส่งเสริมการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ต่อมารดา ทั้งในระยะการตั้งครรภ์ ระยะก่อนคลอด และระยะหลังคลอด มีดังนี้

1) ปัจจัยเสี่ยงด้านปัจจัยบุคคล

1. มีโรคประจำตัวก่อนตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะมารดาที่มีโรคต่าง ๆ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคแพ้ภูมิคุ้มกันตัวเอง (Systemic lupus erythematosus: SLE) และโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD)

(Bartsch, Medcal, Park, & Ray, 2016) จากการศึกษา Gudeta and Regassa (2019) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ร้อยละ 6.5 ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จะมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย

2. อายุและการตั้งครรภ์ พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และมากกว่า 35 ปี มีความเสี่ยงต่อ Preeclampsia (Cunningham et al., 2018) จากการศึกษาของ สมพาน ศรีสวัสดิ์ และนิลกุล รุจิรประเสริฐ (2563) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 19 ปี และมากกว่า 35 ปี มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 3.52 เท่า (95% CI 1.32 – 9.37) และ 4.88 เท่า (95% CI 2.53 – 9.41) ตามลำดับ รวมทั้งสตรีที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกอาจทำให้เกิดความเครียดทางจิตใจ และเหนื่อยล้าทางกายทำให้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (Hinkosa, Tamene & Gebeyehu, 2020)

3. ดัชนีมวลกาย (Body mass index: BMI) จากการศึกษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือมีภาวะอ้วนมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และอาจเกิดความเครียดต่าง ๆ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (สุชาติ เตชวาทกุล, 2558) จากการศึกษาของสมพาน ศรีสวัสดิ์ และนิลกุล รุจิรประเสริฐ (2563) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก/ตรม. มีความเสี่ยงเป็น 4.86 เท่า (95% CI 2.21 – 10.71)

2) ปัจจัยเสี่ยงด้านประวัติครอบครัว

1. มีประวัติคนในครอบครัวเป็นความดันโลหิตสูง (Gudeta & Regassa, 2019) จากการศึกษาของ Gudeta and Regassa (2019) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการคลอดบุตรซึ่งมีประวัติครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์มากกว่าสตรีที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ถึง 5 เท่า (AOR = 5.25 ที่ 95% CI = (1.39 - 19.86))

3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์

1. ครรภ์แฝด จากการศึกษาของ Hinkosa, Tamene and Gebeyehu (2020) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีทารกมากกว่า 1 คน มีความสัมพันธ์กับการเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (AOR = 3.78 ที่ 95% CI = (1.52 - 9.39))

2. การผ่าตัดคลอด จากการศึกษาของไพลิน แซ่มเจริญ ภัทรวดี ผลโลก และปรีชาติ เทวพิทักษ์ (2566) ได้ศึกษาสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Preeclampsia พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงมีการคลอดโดยการผ่าตัดทางหน้าท้องมากที่สุด 263 ราย (73.3%) จากผลการศึกษาเห็นได้ว่าภาวะความดันโลหิตสูงส่งผลต่อการเพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

จากปัจจัยต่าง ๆ จะเห็นได้ว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจากการดำเนินโรค มีพยาธิสภาพ มีความไม่สุขสบายมีผลต่อความเหนื่อยล้าที่อาจเพิ่มขึ้น อาจมีความเครียดจากโรคมามากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สตรีตั้งครรภ์

กลุ่มที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงมีคุณภาพชีวิตไม่ดี อาจจะมีผลต่อการดำรงบทบาทมารดาได้ จึงต้องการศึกษาความเครียด ความเหนื่อยล้า มีผลต่อการดำรงบทบาทมารดามากน้อยเพียงใด

2.2 ทฤษฎีการดำรงบทบาทมารดา (Maternal role attainment)

ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา เป็นพัฒนาการที่สำคัญของมารดาที่เกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดา และทารก มีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตของทารก และเป็นกระบวนการที่มารดามีการเรียนรู้พฤติกรรม และแสดงบทบาทมารดา รวมถึงความสามารถของการเป็นมารดาในบทบาทต่าง ๆ ได้อย่างมีความสุข (Mercer, 2004)

2.2.1 ความหมายและแนวคิดการดำรงบทบาทมารดา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการให้ความหมาย ดังนี้ การดำรงบทบาทมารดา (Turner & Helms, 1983) หมายถึง การดูแลงานในบ้าน และการเลี้ยงดูบุตร การสร้างสัมพันธภาพกับบุตรและดำรงบทบาทต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องในการดำรงชีวิตและการสร้างสัมพันธภาพ

การดำรงบทบาทมารดา (Mercer, 1985) หมายถึง เป็นกระบวนการที่มารดามีปฏิสัมพันธ์กับบุตร เรียนรู้ในการทำบทบาทมารดา สามารถตอบสนองต่อความต้องการของบุตรได้อย่างเหมาะสมการมีสัมพันธ์ที่ดีกับบุตร ความสามารถในการแสดงพฤติกรรมการเป็นมารดา และความพึงพอใจในบทบาทมารดาโดยการดูแลด้วยความตั้งใจ เช่น การอาบน้ำ การให้นม การทำความสะอาดร่างกาย

การดำรงบทบาทมารดา (Mercer, 1995) เป็นกระบวนการที่มารดามีปฏิสัมพันธ์กับทารก และเรียนรู้การทำบทบาทโดยผ่านกระบวนการภายในของมารดา ซึ่งได้แก่ ประสบการณ์ของมารดา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการปรับบทบาทให้สอดคล้องกับสถานการณ์แวดล้อมและความต้องการของคู่บทบาท คือ ทารก

การดำรงบทบาทมารดา (Neeson & May, 1986) หมายถึง การยอมรับการเกิดมาของบุตร และสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อให้คนในครอบครัวยอมรับการมีสมาชิกใหม่

การดำรงบทบาทมารดา (Bobak, Lowdermilk, & Jensen, 1995) หมายถึง การดำรงบทบาทมารดาในระยะหลังคลอด ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพกับบุตร การป้องกันการให้การดูแลบุตร ซึ่งแสดงออกถึงความตั้งใจต้องการเรียนรู้ในการปฏิบัติเลี้ยงดูบุตร

การดำรงบทบาทมารดา (Lowdermilk & Perry, 2006) หมายถึง บทบาทในการเป็นมารดาในระยะหลังคลอดมารดาต้องเรียนรู้ทักษะในการดูแลบุตร เข้าใจพฤติกรรมแสดงออกของบุตร และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของบุตรได้

การดำรงบทบาทมารดา จึงสามารถสรุปได้ คือ การกระทำ พฤติกรรม การยอมรับ การเกิดมาของบุตร และมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อบุตร หรือการปฏิบัติกิจกรรมตอบสนองในด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาที่มีต่อตนเองและบุตรในระยะหลังคลอดใน 3 ด้าน คือ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุตร ความสามารถในการแสดงพฤติกรรมการเป็นมารดา และความพึงพอใจในบทบาทมารดา

2.2.2 กระบวนการดำรงบทบาทมารดา

นักทฤษฎีหลายคน ได้อธิบายเกี่ยวกับกระบวนการดำรงบทบาทมารดา ดังนี้ Rubin (Rubin, 1967 cited in Silbert-Flagg & Pilliteri, 2018) เป็นบุคคลแรกที่ศึกษาและอธิบายการดำรงบทบาทมารดา โดยการสังเกตพฤติกรรมของมารดาหลังคลอด โดยเฉพาะการสัมผัสของมารดาต่อบุตร ได้แบ่งกระบวนการต่อเนื่องระยะยาว ตั้งแต่ระยะตั้งครภ์ จนถึงระยะหลังคลอด ได้มีขั้นตอนกระบวนการของการดำรงบทบาทมารดาทั้งหมด 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะที่ 1 Taking in phase (dependent phase) เป็นระยะ 24 ชั่วโมงแรก (1-2 วัน) มารดาต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง (dependent behavior) ยอมรับความช่วยเหลือผู้อื่น เป็นช่วงที่มารดาเหนื่อยล้าจากการคลอด มีความไม่สุขสบาย ได้แก่ ปวดมดลูก เต้านมคัดตึง ปวดแผลฝีเย็บ และมีภาวะความเครียดไม่แน่ใจตนเองในการดูแลทารก และต้องการเรียนรู้บทบาทหลังคลอดมากกว่าคิดถึงความต้องการของบุตร ดังนั้นการช่วยเหลือของบุคลากรสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ

2. ระยะที่ 2 Taking-hold phase (dependent – independent phase) เป็นระยะพึ่งพาผู้อื่นและเป็นอิสระ เป็นระยะ 3-10 วันหลังคลอด มีความต้องการรับผิดชอบ ต้องการเลี้ยงดูทารกและการยอมรับจากบุคคลอื่น กระตือรือร้นมีความต้องการเรียนรู้และดูแลตนเอง ทารกและครอบครัว

3. ระยะที่ 3 Letting-go phase (interdependent phase) เป็นระยะที่ออกจากโรงพยาบาลและกลับมาอาศัยที่บ้าน เป็นระยะ 2 สัปดาห์ ทำหน้าที่พึ่งพาตนเอง รวมทั้งการเป็นมารดาอย่างเต็มที่ และเป็นระยะเริ่มปรับตัวต่อบทบาทใหม่ได้ดีขึ้น ยอมรับการเปลี่ยนแปลงก่อนมีบุตร มารดาต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกในครอบครัวที่มีเพิ่มขึ้น ปรับตัวในการดูแลบุตร กิจกรรมทางสังคม และการทำงานบ้าน

ต่อมา Mercer (1995 cited in Murry, McKinney, Holub, & Johes, 2019) ได้ขยายแนวคิดของ Rubin โดยศึกษาความสำเร็จของการดำรงบทบาทมารดาในระยะ 1 ปีหลังคลอด ได้อธิบายเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาบทบาทการดำรงบทบาทมารดา โดยให้สอดคล้องกันระหว่างบทบาทมารดาและบทบาทอื่น ๆ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายในการดูแลบุตร และปฏิบัติหน้าที่ให้บรรลุ มี 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมตัวสู่บทบาทการเป็นมารดา (anticipatory stage) เป็นระยะเริ่มต้นระหว่างตั้งครรภ์ เป็นระยะที่สตรีค้นหาแบบอย่างการเป็นมารดา เมื่อมารดามีการเตรียมพร้อมทางด้านจิตสังคม เพื่อเข้ารับบทบาทใหม่ โดยความคาดหวังของสังคม เรียนรู้ในบทบาทการเป็นมารดา โดยการเรียนรู้บทบาทของมารดาตนเอง หรือการจินตนาการว่าตนเองเป็นแม่

2. ระยะแสดงรูปแบบตามบทบาทของผู้อื่น และความคาดหวังของบุคคลอื่น (formal stage) เริ่มเกิดขึ้นในระยะแรกหลังคลอดจนถึง 2 สัปดาห์ มารดาฝึกฝนเรียนรู้หน้าที่จากบุคคลใกล้ชิด เช่น สามี ญาติ บุคคลกรทางสุขภาพ หรือบุคคลที่เคยผ่านการเลี้ยงบุตร โดยผ่านการสอนหรือการชี้แนะจากบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้มารดามีความรู้ มีพฤติกรรมที่เหมาะสมตามความคาดหวังของตนเองและสังคม และทำพฤติกรรมซ้ำๆ เช่น การให้นมบุตร การอาบน้ำบุตร และการดูแลรักษาความสะอาดบุตร เป็นต้น ซึ่งระยะนี้จะสอดคล้องกับการจำลองบทบาทตามกระบวนการของรูบิน (Rubin, 1967)

3. ระยะบทบาทเป็นของตัวเอง (informal stage) เป็นระยะ 2 สัปดาห์ถึง 1 เดือนหลังคลอด เป็นระยะพัฒนารูปแบบบทบาทการเป็นมารดาตามบริบทของตนเองตามประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นหลัก ซึ่งเรียนรู้ด้วยตนเอง ไม่ได้เกิดจากการแนะนำจากบุคคลอื่น และปรับให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิต โดยมารดาจะกระทำตามบทบาทการเป็นมารดาที่ตอบสนองต่อความต้องการของบุตรได้ดี

4. ระยะรับรู้บทบาทในการเป็นส่วนหนึ่งของตนเอง (personal stage) เป็นระยะเกิดขึ้น 1 เดือน ถึง 4 เดือนแรกหลังคลอด เป็นระยะที่มารดาค้นพบรูปแบบการทำบทบาทมารดาที่เหมาะสมกับตนเองและปรับตัวได้ มีความรู้สึกมั่นใจและสามารถแสดงบทบาทนั้นเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง ร่วมกับบทบาทอื่น ๆ ได้อย่างมีความสุข

ทั้งนี้ Mercer (1995) ได้เสนอองค์ประกอบของความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา มี 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1. สัมพันธภาพที่ดีกับบุตร (attached to the infant) เป็นกระบวนการทางด้านจิตใจเกิดขึ้นตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด ซึ่งระยะตั้งครรภ์เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างความผูกพันกับบุตรและพัฒนาต่อเนื่องไปที่ละขั้นตอน เริ่มตั้งแต่วางแผนการตั้งครรภ์ สามารถยอมรับการมีบุตรในครรภ์เป็นส่วนหนึ่งของมารดา และจะชัดเจนยิ่งขึ้นเมื่อทารกในครรภ์มีการเคลื่อนไหว มีการพัฒนาตามอายุครรภ์ และเกิดขึ้นรวดเร็วในระยะหลังคลอด มีการพัฒนาควบคู่กับบทบาทการเป็นมารดา แสดงถึงความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา (ฉวี เบาทรวง, 2561) และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุตรให้ประสบความสำเร็จ มารดาควรมีความมั่นคงทางอารมณ์ ได้รับการสนับสนุนจากสามี และครอบครัว มีทักษะในการเลี้ยงดูบุตร มีความสามารถในการติดต่อมีความใกล้ชิดบุตร จะทำให้ประสบความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา

2. ความสามารถและความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรมความเป็นมารดา (competence/acquiring skills) เป็นความสามารถและทักษะในการตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ของบุตร มีปฏิสัมพันธ์กับบุตรเพื่อพัฒนาการที่ดีของบุตรและการส่งเสริมการเจริญเติบโตของบุตร ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมความเป็นมารดา ทักษะที่มารดาสามารถปฏิบัติได้จริง ประกอบด้วย ทักษะการเคลื่อนไหว (motor skill) เป็นพัฒนาการพื้นฐานในการเรียนรู้ในการใช้ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย การรู้คิดหรือทักษะทางด้านการคิด (cognitive skill) เป็นการใช้ความรู้ ทฤษฎี หลักการ แนวคิด และกระบวนการต่าง ๆ และเป็นความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์ ในการคิดวิเคราะห์และแก้ปัญหา ในการเผชิญสถานการณ์ใหม่ ๆ ซึ่งทักษะทางด้านการคิดเป็นความสามารถ และเป็นพฤติกรรมที่มารดาแสดงออกมา เช่น ทักษะการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การอาบน้ำ การตอบสนองความต้องการของบุตร และการสังเกตพฤติกรรมแสดงออกของบุตร เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของบุตรได้อย่างเหมาะสม

3. ความพึงพอใจในบทบาทการเป็นมารดา (gratification/satisfaction in the role) เป็นความรู้สึกของมารดาที่มีความสบายใจ ความพึงพอใจ ความยินดีในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุตร และการประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตามพันธกิจของบทบาทในการเป็นมารดา มีความภาคภูมิใจที่ได้กระทำบทบาทมารดา

ดังนั้น ระยะเวลาแรกหลังคลอดเป็นช่วงสำคัญในการดำรงบทบาทมารดาจากการศึกษาในกระบวนการของการพัฒนาครั้งนี้ศึกษาในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงช่วงระยะเวลา 48-72 ชั่วโมง ซึ่งตรงกับระยะแสดงรูปแบบตามบทบาทของผู้อื่น และความคาดหวังของบุคคลอื่น (formal stage) เริ่มเกิดขึ้นในระยะแรกหลังคลอดจนถึง 2 สัปดาห์ โดยมารดาจะผ่านการสอน การชี้แนะ จากบุคคลใกล้ชิด หรือบุคลากรทางสุขภาพ (Mercer, 1995)

ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิด Mercer (1985) มาใช้เนื่องจากครอบคลุมทุก 3 ด้าน ได้แก่ สัมพันธภาพที่ดีกับบุตร ความสามารถและความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรมความเป็นมารดา และความพึงพอใจในบทบาทการเป็นมารดา เมื่อมารดามีการรับรู้ในบทบาทมารดาที่ดี จะแสดงพฤติกรรมในบทบาทมารดาได้อย่างเหมาะสม ทำให้ประสบความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา และมีเจตคติที่ดีต่อหน้าที่ (Bryanton & Sibai, 2008) โดยมารดาผู้ศึกษากลมกลืนระหว่างความเป็นตนเองกับความเป็นแม่ (Mercer, 1985) อย่างไรก็ตาม การปรับตัวเพื่อดำรงบทบาทมารดาอาจมีความยากลำบาก หรือความล่าช้าในสตรีตั้งครรภ์ หรือมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน (Elochukwu & Oluchi, 2023) ดังนั้นหากมารดามีการดำรงบทบาทมารดาไม่เหมาะสมขาดความมั่นใจ หรือไม่สามารถบรรลุในบทบาทมารดาในช่วงหลังคลอดได้ อาจทำให้มารดาเกิดความเหนื่อยล้าและความเครียดตามมาได้

2.2.3 การดำรงบทบาทมารดาในสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง

จากแนวคิดของ Mercer (1995) มารดาหลังคลอดต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ซับซ้อนขึ้นเรื่อย ๆ เป็นช่วงเวลาเปลี่ยนอัตลักษณ์ใหม่ ต้องการข้อมูลและความช่วยเหลือ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด เพราะความช่วยเหลือและการดูแลที่ได้รับอาจส่งผลกระทบยาวต่อมารดาและทารก ดังนั้นมารดาต้องเข้าใจการดำรงบทบาทมารดา ยิ่งในภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ซึ่งทำให้สตรีตั้งครรภ์หรือมารดาหลังคลอดที่มีภาวะดังกล่าว มีเลือดออกในสมอง มีภาวะชัก มีภาวะน้ำท่วมปอด หัวใจวาย ไตวาย ตับวาย ภาวะเม็ดเลือดแดงแตก ระดับเอนไซม์ตับสูง และเกล็ดเลือดต่ำ (Thabet, Mahmoud dawoud, Ahmed Elnabawey, & Rabie kamel Goma, 2023) และภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด (Disseminated intravascular coagulation: DIC) ทารกเกิดก่อนกำหนด ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน และที่ร้ายแรงที่สุดคือ มารดาและหรือทารกอาจเสียชีวิต (สรวาภูมิ ศิวโมกษธรรม และสิทธิชัย คำไสย, 2567) และพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีผลกระทบต่อด้านจิตใจมักเกิดความเครียดกับภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากการรักษา การดำเนินโรค ผลข้างเคียงของยา และผลกระทบต่อทารกในครรภ์ (นันทพร แสนศิริพันธ์, 2560) เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (ไพลิน แซ่มเจริญ ภัทรวดี ผลโภาค และปริชาติ เทวพิทักษ์, 2566) และการรับรู้ถึงผลกระทบที่อาจส่งผลกระทบต่อตนเองและทารกในครรภ์เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยไม่ได้คาดคิดมาก่อน ทำให้ตนเองรู้สึกไม่ปลอดภัย ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความเครียดไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าของกล้ามเนื้อ ระบบไหลเวียนเลือด ส่งผลให้ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งคุกคามต่าง ๆ จากภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง (มลิวลัย รัตยาและคณะ, 2565)

รวมถึงส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมไม่ว่าจะบทบาทการเป็นผู้ป่วย และบทบาทมารดา (กนกวรรณ ฉันทนะมงคล, 2555) จากการศึกษาของ Stern et al. (2014) ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 3 กลุ่มพบว่า สตรีตั้งครรภ์กลุ่ม Severe preeclampsia มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิตัญญา สุทธิจำนงค์ และคณะ (2559) ได้ศึกษาเกี่ยวกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล ได้รับการผ่าตัดคลอด ได้รับยากันชักยาแมกนีเซียมซัลเฟต ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพราะสตรีตั้งครรภ์รักษาด้วยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดและใส่สายสวนปัสสาวะ มีความยากลำบากในการดูแลตนเอง สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงต้องมีการปรับแผนในการดำเนินชีวิตของตนเองซึ่งมีผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัว มีความเครียด ความวิตกกังวล ด้านบทบาทหน้า

ที่เปลี่ยนแปลงไป (กนกวรรณ ฉันทนะมงคล, 2559) ซึ่งสอดคล้องจากการศึกษาของ Lobel and Deluca (2007) พบว่ามารดาที่ไม่สามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาได้ ทำให้มารดาขาดความมั่นใจ มีผลกระทบต่อการศึกษาปฏิบัติบทบาทหน้าที่การเป็นมารดา การสร้างสัมพันธภาพกับบุตร การเรียนรู้ พฤติกรรมการตอบสนองของบุตรล่าช้า และเกิดความล้มเหลวในการเลี้ยงบุตรด้วยน้ำนม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ยังไม่พบการศึกษาในมารดาหลังคลอด ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง แต่พบการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียง เช่น มารดามีภาวะซึมเศร้า (สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, สุภาพักตร์ หาญกล้า, อัญชลี อ้วนแก้ว, กิ่งแก้ว สิทธิ และธรรมวรรณ บุรณสรณ์ , 2565) และมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (กนิษฐา แก้วดู, 2562; กรณ์ศิริ หนูนทรัพย์, 2562) จากการศึกษาของกรณ์ศิริ หนูนทรัพย์ (2562) ได้ศึกษาความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่หลังคลอดของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง จำนวน 85 พบว่า มารดาร์้อยละ 82.35 มีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในการเป็นมารดาในระดับสูง และจากการศึกษาของกนิษฐา ดูแก้ว (2562) ได้ศึกษาในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 102 ราย พบว่า มารดาร์้อยละ 90.20 มีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในการเป็นมารดา อยู่ในระดับมาก

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่า การดำรงบทบาทมารดาที่มีความสำคัญต่อมารดาหลังคลอด หากมารดาหลังคลอดสามารถปรับตัวได้ดีย่อมประสบความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา และจะทำให้เกิดผลด้านบวกต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตร และความพึงพอใจในบทบาทการเป็นมารดา

2.2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำรงบทบาทมารดา

ในระยะหลังคลอดการดำรงบทบาทของมารดาจะพัฒนาไปได้อย่างต่อเนื่องได้ช้า หรือเร็วขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง ดังนี้

- 1) อายุ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะทางด้านอารมณ์ ทำให้บุคคลสามารถปรับตัว ต่อสภาพแวดล้อมและเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม มีความรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนได้กระทำ (ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี, 2562) และมีผลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา ในมารดา วัยรุ่น มีความพร้อมของด้านร่างกายและด้านจิตใจน้อยกว่ามารดาผู้ใหญ่ (Mercer, 1981) จากการศึกษาของราตรี คงเจริญ (2553) ได้ศึกษาปัจจัยด้านการเป็นมารดากับการดำรงบทบาท มารดาของวัยรุ่นหลังคลอดที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการดำรงบทบาท มารดาของวัยรุ่นหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = .494$) จากการศึกษาซานลิ และออนเซล (Sanli & Oncel, 2014) พบว่ามารดาที่มีอายุมากจะมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ ในระยะหลังคลอดสูงกว่ามารดาที่มีอายุน้อย และจากการศึกษารัตนา แทนโรสง (2560)

ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดำรงบทบาทมารดา ในมารดาหลังคลอดอายุมาก พบว่ามารดาหลังคลอดอายุมากมีความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาได้ดี ร้อยละ 52.76 ดังนั้นมารดาที่มีอายุมากขึ้นจะมีความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ มีความเป็นผู้ใหญ่มากขึ้น จึงสามารถจัดการสิ่งต่าง ๆ ได้ดีขึ้นตามประสบการณ์ที่ผ่านไปตามเวลา

2) ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่สามารถกำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหาได้ มารดาที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการรับรู้สามารถเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้มากกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำ (ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี, 2562) จากการศึกษาของราตรี คงเจริญ (2553) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยด้านการเป็นมารดากับการดำรงบทบาทมารดาของวัยรุ่นหลังคลอดที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการดำรงบทบาทมารดาของวัยรุ่นหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามีการดำรงบทบาทมารดาได้ดีกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า Hung (2001) พบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาสูงมีการเปลี่ยนแปลงต่อการดำรงบทบาทมารดาได้ดีกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาซานลิและออนเซล (Sanli & Oncel, 2014) พบว่าระยะ 6 สัปดาห์และระยะ 3 เดือนหลังคลอดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ การเป็นมารดาไม่แตกต่างกัน และระยะที่ 6 เดือนหลังคลอด พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่การเป็นมารดาที่จบระดับอุดมศึกษามีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่การเป็นมารดาดีกว่าในระดับอื่น ๆ

3) ฐานะทางเศรษฐกิจ พบว่าจากการศึกษาของ Ahmadpour, Jahanfar, Bieyabanie and Mirghafourvand (2022) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงบทบาทมารดาของสตรีหรือهران กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอด จำนวน 564 คน พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อบทบาทมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพบว่ามารดาที่มีรายได้ไม่เพียงพอเมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่มีรายได้เพียงพอ พบว่ามารดาที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีการดำรงบทบาทมารดาต่ำกว่ามารดาที่มีรายได้เพียงพอ จากการศึกษาของเมอร์เซอร์ (Mercer, 1981) พบว่าครอบครัวที่มีรายได้เพียงพอมารดาจะมีความเครียดต่ำ ทำให้สามารถดำรงบทบาทมารดาได้ดี และจากการศึกษาซึ่งจากการศึกษาของจรัสศรี ธีระกุลชัย (Theerakuntchai, 2004) พบว่า มารดาที่ได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวในระยะหลังคลอด ได้แก่ สามีช่วยเหลือทำงานบ้าน สามีหารายได้เลี้ยงครอบครัว ทำให้มารดามีความเหนื่อยล้าในระยะหลังคลอดลดลงสามารถทำหน้าที่มารดาได้ดีขึ้น

4) ภาวะสุขภาพมารดา การผ่าตัดคลอด ความไม่สุขสบาย ความเหนื่อยล้า การติดเชื้อ และการมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ที่มีความสัมพันธ์ต่อการจำกัดการเคลื่อนไหว และความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของมารดาจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเลี้ยงดูทารก และส่งผลกระทบต่อการใช้คุณค่าในตนเอง

ทำให้มารดาขาดความมั่นใจ มีความยากลำบากในการปรับตัว (ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี, 2562) จากการศึกษาของเมอร์เซอร์และเฟอร์เครติส (Mercer & Ferketish, 1994) ได้ศึกษาการเปรียบเทียบสัมพันธภาพระหว่างมารดากับบุตรต่อการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง และหญิงตั้งครรภ์ที่มีกลุ่มความเสี่ยงต่ำ ระยะหลังคลอด 1 เดือน 4 เดือน และ 8 เดือน พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงมีความผูกพันกับบุตรต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำในระยะแรกหลังคลอด แต่ในระยะ 8 เดือนหลังคลอดไม่พบความแตกต่าง และจากการศึกษาของดราวารรณ กำเสียงใส (2539) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด กับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ พบว่าระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.464, p < .01$)

5) การสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการดำรงบทบาทมารดา เพราะมารดาหลังคลอดมีอาการเหนื่อยล้าจากการคลอด และยังต้องการการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างในการดูแลตนเองและทารก ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยลดความเหนื่อยล้าในมารดาหลังคลอดได้ (Taylor & Johnson, 2013) จากการศึกษาของมลิวีย์ รัตยา, เบญจวรรณ ละหุการ และจิราพร คงเมือง (2565) กล่าวถึงการจัดการโดยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและผู้อื่นของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ มีความสามารถผ่านภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับตัวเองได้โดยได้รับการช่วยเหลือต่าง ๆ จากสามี ครอบครัว และเจ้าหน้าที่ ทั้งการให้กำลังใจ ให้คำแนะนำในการดูแลตนเองและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค จะสามารถปรับตัว ผ่านพ้นวิกฤตที่ต้องเผชิญ และสามารถดำรงชีวิตได้ดีขึ้น และการศึกษาของนิตาสชล สุขแก้ว, วรางคณา ชัชเวช และสุรีย์พร กฤษเจริญ (2564) พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากญาติและสามีมีส่วนสำคัญมาก ช่วยทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง และสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองและทารกได้ดียิ่งขึ้น

6) ความเหนื่อยล้า นับเป็นระยะวิกฤตในการพัฒนาบทบาทการเป็นมารดา โดยเฉพาะมารดาครรภ์แรก สามารถเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และจิตใจ อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้มารดาปรับตัวไม่ได้จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เพราะมารดาต้องปรับตัวเพื่อเตรียมรับบทบาทใหม่ หากมารดาปรับตัวไม่ได้ก็จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าตามมา (ปิยนุช บุญเพิ่ม, 2557) มารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่พบว่ามารดามีความเหนื่อยล้า ร่างกายเกิดการเจ็บป่วยและฟื้นตัวช้าในช่วงหลังคลอด และมารดาจะมีความรู้สึกเหนื่อยล้าอย่างมากในด้านร่างกาย และจิตใจ (Parks et al., 1999) จากการศึกษาของรัตนา แทนไธสง (2560) พบว่าการดำรงบทบาท

มารดาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า มารดาที่ดำรงบทบาทได้ไม่ดีจะมีความเหนื่อยล้าสูง

7) ความเครียด เป็นกลุ่มอาการที่ทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาต่อการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ส่งผลให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความคิด และทางด้านพฤติกรรม เป็นผลทำให้ร่างกายและจิตใจขาดความสมดุล (Selye, 1976) จากการศึกษาของอนลินี สิทธิบุญมา , กรรณิการ์ กันธะรักษา และบังอร ศุภวิฑิตพัฒนา (2558) ได้ศึกษาความเครียดของผู้เป็นมารดาครรภ์แรก พบว่า มารดาหลังคลอดครรภ์แรกมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.71 เนื่องจากตั้งครรภ์แรกต้องมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา และจากการศึกษารัตนา แพนไฮสง (2560) พบว่าการปรับตัวต่อบทบาทมารดา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ($r = 0.72, p < 0.001$)

จากปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่าความเครียด และความเหนื่อยล้าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดำรงบทบาทมารดาหลังคลอด และอาจจะมีผลต่อการดำรงบทบาทมารดา ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถวางแผนเพื่อให้การพยาบาลและการดูแลได้ ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเครียดความเหนื่อยล้าและการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง เพราะ เป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้ร่างกายและจิตใจขาดความสมดุลและอาจเป็นสาเหตุต่อการดำรงบทบาทมารดาได้

2.2.5 เครื่องมือประเมินการดำรงบทบาทมารดา

Mercer (1995) ได้ระบุเกี่ยวกับความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาสามารถวัดได้จาก สัมพันธภาพที่ดีกับบุตร ความสามารถความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรมการเป็นมารดา และความพึงพอใจในบทบาทการเป็นมารดา โดยจากการทบทวนวรรณกรรม พบเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการดำรงบทบาทมารดา มีดังนี้

1) แบบ ประเมิน ความรู้สึกต่อบุตร (Feel about the baby, FAB) เป็นแบบประเมินสร้างขึ้นโดย ลาฟเฟอร์ (Laifer, 1977 cited in Mercer, 1985) เป็นแบบประเมินตนเองด้านความรู้สึก ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ แบ่งเป็นมาตรวัด 4 ระดับ ดังนี้ ระดับ 4 คือ ทุกครั้ง และระดับ 1 คือ ไม่เคย ลักษณะคำถาม เช่น “ฉันรู้สึกว่าการดูแลบุตรของฉันน่าเหนื่อยล้า” และ “ฉันเคยรู้สึกไม่สนใจบุตรของฉัน” เป็นต้น ใช้เพื่อวัดความรู้สึกที่มีต่อบุตร การสะท้อนถึงพัฒนาการของการเป็นมารดาในระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด ซึ่งลาฟเฟอร์นำแบบประเมินมาใช้ พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .51 ในระยะหลังคลอด 1 เดือน .65 ระยะหลังคลอด 4 เดือน .64 ระยะหลังคลอด 8 เดือน และ .61 ระยะหลังคลอด 12 เดือน

2) แบบประเมินความพึงพอใจในบทบาทมารดา (Gratification in the mothering role, GRAT) เป็นแบบประเมินสร้างโดย รัสเซลล์ (Russell, 1974 cited in Mercer, 1985) ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็นมาตรวัด 5 ระดับ ดังนี้ ระดับ 5 คือ พึงพอใจมากที่สุด และระดับ 1 คือ ไม่พึงพอใจ ลักษณะคำถาม เช่น “ฉันรู้สึกใกล้ชิดกับครอบครัว” และ “ฉันภูมิใจที่ได้เห็นบุตรเติบโต” เป็นต้น ซึ่งแบบประเมินใช้วัดความพึงพอใจ และความคาดหวังในบทบาทการเป็นมารดา

3) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมมารดา (Interview-rated Maternal Behavior , MABE) เป็นแบบประเมินสร้างโดย แบงก์ (Bank, 1964 cited in Mercer, 1985) ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ เพื่อวัดพฤติกรรมของมารดา เช่น ความเอาใจใส่ ความพึงพอใจในพัฒนาการบุตร และความวิตกกังวล เป็นต้น ใช้การสัมภาษณ์ โดยให้มารดาตอบตามความจริง

4) แบบประเมินการปรับบทบาทต่อการเป็นมารดา เป็นแบบประเมินที่สร้างโดย ซีฮาน (Sheehan, 1981) ใช้ในมารดาหลังคลอด ซึ่งอัจฉราวตี ศรียะศักดิ์ (2539) ได้ดัดแปลงเป็นภาษาไทยสำหรับใช้ในมารดาหลังคลอด โดยมีข้อความจำนวน 40 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วน มี 4 ระดับ วัดตามความรู้สึกของผู้ตอบคำถาม ออกแบบเพื่อวัดการรับรู้ต่อบทบาทมารดา เน้นการสอบถามมุมมอง ทศนคติการเป็นมารดา

5) แบบประเมินวัดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา เป็นแบบประเมินที่ศรีสมร ภูมณสกุล และกอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2547) ได้พัฒนาตามกรอบแนวคิดของเมอร์เซอร์ (Mercer, 1981, 1995 อ้างถึงใน ศรีสมร ภูมณสกุล และกอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2547) จำนวน 34 ข้อ เป็นแบบวัดการรับรู้ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา 3 ด้าน คือ ความสามารถในการปฏิบัติบทบาทมารดา สัมพันธภาพระหว่างมารดากับบุตร และความพึงพอใจในการดำรงบทบาทมารดา แบ่งออกเป็น 2 ฉบับที่ยาวแตกต่างกัน คือ แบบเอ (From A) จำนวน 18 ข้อ มีข้อความด้านลบ 4 ข้อ ได้แก่ 1, 2, 3 และ 5 และแบบบี (From B) จำนวน 23 ข้อ เป็นข้อความด้านบวกทั้งหมด โดยข้อความสะท้อนถึงองค์ประกอบเดียวกันแบบคู่ขนาน ไม่มีความซ้ำซ้อน เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Likert Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยนำไปทดสอบพบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคแบบเอเท่ากับ .70 และแบบบีเท่ากับ .89 พบว่าแบบสอบถามแบบบี มีความตรงความเป็นจริงมากกว่าแบบเอและพบว่าแบบบีมีการวัดคุณสมบัติด้านการวัดได้ดีกว่าแบบเอ และรัตนา แทนไธสง (2560) ได้ดัดแปลงแบบประเมินการปรับตัวต่อบทบาทมารดาจากแบบวัดความสำเร็จในการปรับบทบาทมารดา Form B ซึ่งสร้างขึ้นโดยศรีสมร ภูมณสกุล, อรพรรณ สมบูรณ์ทรัพย์ และอุษา ศิริวิวัฒนโชค (2547) ซึ่งรัตนา แทนไธสง (2560) ได้นำมาดัดแปลงใช้กับมารดาหลังคลอดขณะอยู่โรงพยาบาล และคัดเลือกเฉพาะข้อความ

ที่สอดคล้องกับมารดาหลังคลอด จึงเหลือข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการปรับตัวต่อบทบาทมารดาของรัตนา แทนโรสง (2560) มาดัดแปลงใช้ในมารดาหลังคลอด เนื่องจากแบบประเมินมีค่าความเที่ยงโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.94 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคสูงเหมาะสมสำหรับนำไปใช้ ดังนั้นผู้วิจัยได้นำแบบประเมินไปดัดแปลงเป็นแบบประเมินการดำรงบทบาทมารดาในระยะหลังคลอดและเพิ่มข้อคำถามจากจำนวน 18 ข้อ เป็น 28 ข้อ ซึ่งคำถามเป็นข้อความด้านบวกทั้งหมด แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพที่ดีกับบุตร ความสามารถและความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรมความเป็นมารดา และความพึงพอใจในบทบาทการเป็นมารดา เพื่อให้สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้พร้อมนำไปตรวจสอบความตรงและความเที่ยงก่อนนำมาศึกษา ดังรายละเอียดในบทที่ 3

2.3 ทฤษฎีความเครียด

2.3.1 ความหมายของความเครียด

ความเครียด เป็นกลไกตามธรรมชาติของมนุษย์ เพื่อใช้ตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ และความเครียดสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน โดยความเครียดมีความหมาย ดังนี้

เซลเย (Selye, 1973) ได้ให้ความหมายของ ความเครียดว่า เป็นการตอบสนองไม่เฉพาะเจาะจงต่อสิ่งที่มากระทบต่อร่างกาย ซึ่งกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาในร่างกายต่างกันและมีผลไม่เหมือนกัน แต่มีปฏิกิริยาที่เหมือนกัน คือ การปรับตัวเพื่อให้เกิดภาวะสมดุล

ลาซารัส และโพลคแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่า เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก โดยผ่านกระบวนการรับรู้ของบุคคลซึ่งสามารถประเมินสิ่งที่ถูกหรือผิดได้ด้วยตนเอง ว่าสิ่งนั้นเป็นอันตรายและคุกคามชีวิตของตน

ฟิงค์ (Fink, 2016) ได้ให้ความหมายของ ความเครียดว่า การที่บุคคลมีเงื่อนไขที่แตกต่างกัน ในสถานการณ์ที่แตกต่างกันทำให้ถูกกระตุ้นต่อสิ่งเร้า และเกิดความวิตกกังวลจากการควบคุมสิ่งนั้นไม่ได้

ฉวีวรรณ สัตยธรรม และคณะ (2556) ได้ให้ความหมายของ ความเครียดว่า เกิดจากการมีสิ่งเร้าภายนอกเข้ามากระตุ้นภายในร่างกาย ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง และเกิดการปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุล และการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นอาจเป็นสิ่งที่ถูกหรือผิด และเกิดปฏิกิริยาที่มีผลแตกต่างกัน

จากความหมายที่กล่าวมาทั้งหมด สรุปได้ คือ ความเครียด หมายถึง ความรู้สึกถึง ความเครียด ความรู้สึกกดดัน จากสิ่งแวดล้อมภายนอกและสิ่งแวดล้อมภายใน โดยผ่านกระบวนการรับรู้ของบุคคลนั้น สามารถรับมือต่อการเปลี่ยนแปลงและความไม่สบายใจที่เกิดขึ้นได้จากการปรับตัวให้อยู่ในสภาวะสมดุลต่อชีวิต

บุคคลเมื่อตกอยู่ในสภาพหรือสถานการณ์การที่คลุมเครือหรือเกิดเหตุการณ์ซับซ้อน จะมีโอกาสเกิดความไม่แน่นอนและเกิดความเครียดทางจิตใจได้สูง ซึ่งการไม่ทราบถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลเกิดความสับสนทำให้ความสามารถและการตัดสินใจลดลง หากมารดาที่มีความเครียดระดับต่ำ จะทำให้การดำรงบทบาทมารดาเป็นไปได้อย่างเหมาะสม และความเครียดระดับต่ำเป็นผลดีต่อบุคคล เป็นระดับที่ทำให้บุคคลมีแรงจูงใจ กระตือรือร้นทำให้สามารถเผชิญปัญหาต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาได้ดี (Lazarus & Folkman, 1984)

การทำวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นิยามความเครียดตามแนวคิดของ ลาซารัส และโพล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เนื่องจากการมีปฏิกริยาต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอาจส่งผลต่อการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอด

2.3.2 การประเมินค่าเชิงการรู้คิด

ลาซารัสและโพล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้อธิบาย เกี่ยวกับบุคคลเผชิญเหตุการณ์ความเครียดจะมีกลไกเผชิญปัญหา มี 3 อย่าง ซึ่งมีความหมายและกระบวนการจัดการ (Coping Process) ได้แก่

1. การประเมินค่าปฐมภูมิ (Primary Appraisal) เป็นการประเมินค่าจากความรู้เบื้องต้น เพื่อสังเกตสิ่งเร้าที่ส่งผลต่อความเครียด มีระดับความรุนแรงมากหรือน้อยแค่นั้นเกินความสามารถหรือเกินขีดจำกัดของตนหรือไม่ เช่น สังเกตความเครียดนั้นง่ายหรือยาก ถ้าเป็นเรื่องง่ายก็จะมีเครียดน้อย แต่ถ้าสิ่งนั้นยากจะทำให้เกิดความเครียดสูง เช่น การเจ็บป่วย การเสียชีวิต หรือการสูญเสียคุณค่าในตนเอง

2. การประเมินค่าทุติยภูมิ (Second Appraisal) เป็นแม่แบบหรือวิธีของการจัดการ (Coping Model) คือสิ่งที่บุคคลนำมาใช้ต่อสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดเพื่อจัดการความเครียดให้ลดลงหรือหมดลงไป เช่น การสนับสนุนทางสังคม หรือการแสวงหาความรู้ เพื่อให้เกิดความสมดุลต่อบุคคล

3. การประเมินค่าใหม่ (Reappraisal) เป็นการประเมินค่าหรือการรับข้อมูลใหม่แล้วป้อนผลกลับ (Feedback) จากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่ทำให้เกิด

ความเครียด สิ่งนี้อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการประเมินค่าปฏิกิริยา อาจมีผลต่อการเกิดอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลในการเลือกใช้ทักษะที่เหมาะสมเพื่อจัดการกับสถานการณ์นั้น ๆ ได้ดีขึ้น

ดังนั้น การรับรู้ความเครียดของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันเนื่องจากประสบการณ์ ลักษณะส่วนบุคคล หรือสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันถึงอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน บุคคลหนึ่งอาจเกิดความเครียดมาก หรืออีกบุคคลไม่เกิดความเครียด ขึ้นอยู่กับปัจจัยและการเผชิญปัญหาของบุคคลเหล่านั้น

2.3.3 ชนิดของความเครียด

ภาวะเครียดสามารถแบ่งออกได้ 2 ประเภท ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่บุคคลรู้สึกเครียด มีความเครียดเป็นบางครั้ง หรือเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน และตลอดเวลาดังนี้ (วาทีณี สุขมาก, 2556)

1. ภาวะเครียดชนิดเฉียบพลัน (acute stress) คือ ความเครียดที่เกิดขึ้นทันที และร่างกายตอบสนองต่อความเครียดนั้นทันที โดยมีการหลั่งฮอร์โมนความเครียดออกมา เมื่อความเครียดหายไปร่างกายก็จะกลับคืนสู่ภาวะปกติ ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดหลัง เป็นต้น สามารถพบเจอความเครียดชนิดนี้ได้ในชีวิตประจำวัน

2. ภาวะเครียดชนิดเรื้อรัง (chronic stress) คือ ความเครียดที่เกิดขึ้นทุกวัน และร่างกายไม่สามารถแสดงออกหรือตอบสนองต่อความเครียดนั้น ซึ่งนานไปจะเกิดการสะสมเป็นความเครียดเรื้อรัง

การศึกษากการวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ พบได้ว่าเป็นความเครียดชนิดเฉียบพลัน ซึ่งความเครียดดังกล่าวเกิดจากการที่มารดาต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยไม่ได้คาดคิดมาก่อน ทำให้ตนเองรู้สึกไม่ปลอดภัยจากโรคภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อตรงทางด้านจิตใจ อย่างไรก็ตามหากมารดาเกิดความเครียดซ้ำจะส่งผลต่อได้ในระยะยาว

2.3.4 ความเครียดในสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง

2.3.4.1 ผลกระทบของความเครียดในสตรีที่เป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง

1) ผลกระทบด้านร่างกาย

สตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงที่มีความเครียด ในระดับสูงจะกระตุ้นให้ต่อมหมวกไตส่วนในหลั่งฮอร์โมน epinephrine, nor-epinephrine ซึ่งจะกระตุ้นให้ต่อมหมวกไตส่วนนอกหลั่งฮอร์โมน cortisol ส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะระบบหัวใจและหลอดเลือด ฮอร์โมน จะทำให้

หัวใจเต้นเร็วขึ้น เลือดสูบฉีดมากขึ้น ผั่งหลอดเลือดหดเกร็งขึ้น หัวใจเต้นแรง ใจสั่น ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้น (Neuman & Fawcett, 2011) โดยทั่วไปมารดาจะมีความเครียดระดับสูง 2-3 วันแรกและจะค่อย ๆ ลดลง จนถึงระยะ 6 สัปดาห์ เมื่อร่างกายเริ่มฟื้นฟูกลับเข้าสู่ภาวะปกติ ความเครียดจะลดลงมาก (Hung, 2001) จากการศึกษาของสตรีรึตัน ธาดากานต์, ทศนีย์ พุกษาชีวะ และอดิเทพ เชาว์วิศิษฐ์ (2553) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่รับรู้การมีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ จะมีความรู้สึกกลัว เริ่มตระหนักถึงอันตรายที่เกิดขึ้นกับร่างกายตนเอง และทารก เช่น กลัวการผ่าตัดคลอด กลัวการชัก

ดังนั้นในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นความดันโลหิตสูง และเกิดความเครียด จะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นกว่าเดิม เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย ได้แก่ ภาวะชัก ทารกขาดออกซิเจนในครรภ์ และหัวใจตีบทำให้หัวใจขาดเลือดได้ (Cunningham et al., 2018) นอกจากนี้ความเครียดยังส่งผลต่อระบบอื่น ๆ อีกด้วย ได้แก่ ระบบย่อยอาหาร จะทำให้ความอยากอาหารลดลง คลื่นไส้ อาเจียนเกิดแผลในกระเพาะอาหาร ระบบทางเดินหายใจทำให้อัตราการหายใจเร็ว และระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดต้นคอ หลัง และศีรษะ อาการนอนไม่หลับ จนทำให้เกิดความเหนื่อยล้า (มลิวลัย รัตยา และคณะ, 2565)

2) ผลกระทบด้านจิตใจ

การเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง เป็นภาวะที่เป็นแรงกดดันจากภายนอกและภายในร่างกาย สตรีที่เป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง จะรับรู้และแปลความหมายของเหตุการณ์ที่เข้ามาในชีวิตนั้นเป็นแรงกดดันไปในทางลบ เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนกับภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เนื่องจากโรคมืดความซับซ้อนในการดูแลรักษา ไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นได้ในขณะตั้งครรภ์ ทำให้ตัดสินใจเหตุการณ์ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตราย เพราะในสถานการณ์ที่มีความคลุมเครือ ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้น ดังนั้นเมื่อสตรีที่เป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ทำให้เกิดความวิตกกังวล ไม่สบายใจเป็นแรงกดดันภายในจิตใจ เกิดความเครียดในระดับสูงขึ้น ดังการศึกษาของ Giurgescu, Penckofer, Maurer, and Bryant (2006) พบว่า สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง รวมถึงสตรีที่เป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ที่มีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนระดับสูงจะมีความเครียดในระดับสูง และเลือกใช้การจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม และการศึกษาของจิตณัฐา สุทธิจางค์ และคณะ (2559) สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลมีความไม่สุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เกิดจากพยาธิสภาพของโรค วิธีการดูแลรักษา สภาพแวดล้อม ที่เปลี่ยนแปลง และต้องพบเจอบุคคลที่ไม่คุ้นเคยทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลกับสิ่งที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของมลิวลัย รัตยา และคณะ (2565) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนความดัน

โลหิตสูงจากการตั้งครรภ์มาก่อน จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ มีความวิตกกังวลกับสิ่งที่ยังมาไม่ถึง กลัวตัวเองเป็นอันตราย และกลัวลูกในท้องเกิดอันตราย นำมาซึ่งความเครียด นอกจากนี้ความเครียดก็จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ บางรายอาจจะต้องได้รับการบำบัดรักษาทางด้านจิตใจ ฟันฟูสภาพทางกาย ตลอดจนการหาที่ยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณร่วมด้วย (วารสารณ์ คงสุวรรณ และสิริวรรณ คงทอง, 2556)

3) ผลกระทบด้านครอบครัว

ความเครียดมีผลต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของสตรีที่เป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง เพราะต้องเปลี่ยนจากสตรีตั้งครรภ์ปกติที่มาฝากครรภ์ตามนัดเป็นผู้ป่วย ถูกจำกัดกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ต้องได้รับยา และผลข้างเคียงของยาที่ใช้รักษา ต้องได้รับการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์มากกว่าปกติ จนเกิดความเครียด รวมทั้งวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและความปลอดภัยของทารกในครรภ์ (พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, 2560) ถ้าสตรีที่เป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง มีความเครียดในระดับสูงเป็นระยะเวลาานาน จะทำให้ไม่สามารถปรับตัวและปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทได้อย่างเหมาะสม เช่น บทบาทหน้าที่ของภรรยา มารดา ลูกสะใภ้ หรือบุตร จากการศึกษาที่สตรีตั้งครรภ์ต้องหยุดงานหรือออกจากงานทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการต้องรักษาตนเอง สามีจะเกิดความรู้สึกวิตกกังวลและความเครียดจากการดูแลภรรยาซึ่งไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมือนเดิม ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างสตรีตั้งครรภ์และสามีลดลง เกิดปัญหาของครอบครัวตามมาได้ (Maloni & Kutil, 2005)

จะเห็นได้ว่า ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม รวมถึงส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ดังนั้น สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงควรได้รับการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม เพื่อให้มีการดำรงบทบาทมารดาได้ดียิ่งขึ้น

2.3.5 เครื่องมือประเมินความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้รวบรวมเครื่องมือที่ใช้ประเมินความเครียดในมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง 4 เครื่องมือ ดังนี้

1) แบบประเมินความเครียด Health Opinion Survey (HOS) สร้างขึ้น โดย MC Millian (1954) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย บรรจง สืบสมาน (2520 อ้างถึงใน สุภาภรณ์ ทัศนพงศ์, 2550) ข้อคำถามมีทั้งหมด 20 ข้อ และเน้นผลกระทบของความเครียดต่ออาการทางด้านร่างกาย แบบประเมินเป็นชนิดมาตราเรียงอันดับ ใช้คัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน การแปลผลคะแนนสูงแสดงว่ามีความเครียดมาก ส่วนคะแนนต่ำแสดงว่ามีความเครียดน้อยเนื่องจาก

แบบประเมินนี้สร้างมาสำหรับประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต และลักษณะข้อคำถามเน้นที่ผลกระทบไม่ใช่ลักษณะอาการของความเครียด จึงไม่เหมาะสำหรับการประเมินมารดาหลังคลอด

2) แบบประเมินความเครียดของ Hung (The Hung Postpartum Stress Scale ; Hung PSS) Hung, Lin, Stocker and Yu (2011) เป็นแบบประเมินที่สร้างโดย ฮัง ชาวไต้หวัน เมื่อปี 1993 และปัจจุบันยังไม่มีฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดยข้อคำถามจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยกระตุ้นความเครียดในมารดาหลังคลอด ซึ่ง Hung รวบรวมข้อมูลจากมารดาหลังคลอดและการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเครียดในมารดาหลังคลอด แบบประเมินมีทั้งหมด 62 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การปรับบทบาทมารดา การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และการขาดการสนับสนุนทางสังคม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 อันดับ (1 หมายถึง ไม่มีอาการนั้นเลย และ 5 หมายถึง มีอาการนั้นเป็นประจำ) แบบประเมินสามารถใช้ได้ทั้งในมารดาที่มีความเสี่ยงต่ำและความเสี่ยงสูงทางสูติศาสตร์ ทั้งในมารดาหลังคลอดระยะแรกและระยะหลัง จากการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือพบว่า มีความตรงเชิงโครงสร้าง (Content validity) ที่ดี มีค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของด้านการปรับบทบาทมารดา เท่ากับ 0.93 ส่วนด้านการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเท่ากับ 0.85 มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยรวม (Conbarch's Alpha) = 0.95 เนื่องจากข้อคำถามในแบบประเมินจะเกี่ยวกับลักษณะสาเหตุของความเครียดในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด และมีจำนวนข้อคำถามมากเกินไป

3) แบบวัดการรับรู้ความเครียด (the Post-Delivery Perceived Stress Inventory; PDPSI) สร้างโดย Razurel et al. (2014) ยังไม่มีฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย แบบประเมินมีคำถามทั้งหมด 16 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ สัมพันธภาพกับบุตร การคลอด ความเหนื่อยล้าหลังการคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และสัมพันธภาพกับผู้ดูแล แบบประเมินเป็นแบบมาตราเรียงอันดับ 5 อันดับ (1 หมายถึง ไม่มี, 2 หมายถึง เล็กน้อย, 3 หมายถึง ปานกลาง, 4 หมายถึง มาก และ 5 หมายถึง มากที่สุด) แบบประเมินมีค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของแต่ละด้าน เท่ากับ 0.7, 0.75, 0.7, 0.75 และ 0.6 ตามลำดับ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยรวม (Conbarch's Alpha) = 0.84 เนื่องจากแบบประเมินเน้นที่ผลกระทบของความเครียด 5 ด้านดังกล่าว ซึ่งซ้ำซ้อนกับความเหนื่อยล้า และมีค่าความสอดคล้องภายในบางหัวข้อที่ต่ำ จึงไม่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

4) แบบวัดความรู้สึกเครียดฉบับภาษาไทย (Thai version of Perceived Stress Scale-10; T-PSS-10) ซึ่ง Wongpakaran and Wongpakaran (2010) ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยจากแบบประเมิน Perceived Stress Scale ของ Cohen & Williamson (1988) ที่สร้างโดยอาศัยแนวคิดของลาซาลัส (Lazalus as cited in et al., 1983) โดยใช้ประเมินความเครียดใน 1 เดือนที่ผ่านมา เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ

ดังนี้ คือ 0 ไม่เคย ถึง 4 บ่อยมาก มีคะแนน 0 – 40 คะแนน ซึ่งการศึกษาของกรณีศิริ หนุพันธ์ (2558) ได้นำแบบประเมินไปใช้ในมารดาหลังคลอดที่ระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.82 และรัตนา แทนโรสง (2560) ได้นำแบบวัดความรู้สึกเครียดฉบับภาษาไทยมาดัดแปลงเป็นแบบประเมินความเครียดในมารดาหลังคลอด ไปใช้ในมารดาหลังคลอดที่นอนรักษาตัวอยู่โรงพยาบาล ระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังคลอด โดยตัดข้อความในประโยคคำว่า “ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาออก” มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.86

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินความเครียดในมารดาหลังคลอด มาใช้ในการประเมินความเครียดของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีรายละเอียดครอบคลุมลักษณะของความเครียด แบบประเมินไม่ยาวเกินไป และการนำมาใช้ในการประเมินความเครียดในมารดาหลังคลอดที่ผ่านมาพบว่ามีค่าความเชื่อมั่นที่ดีและใช้ประเมินมารดาหลังคลอดที่นอนรักษาตัว ระยะ 24-48 ชั่วโมง ดังนั้น แบบประเมินความเครียดในมารดาหลังคลอด จึงเหมาะในการศึกษาความเครียดในมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ระยะ 48-72 ชั่วโมง ผู้วิจัยจึงได้นำแบบประเมินมาใช้ และได้นำไปทดสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ ดังรายละเอียดในบทที่ 3

2.4 แนวคิดความเหนื่อยล้า

2.4.1 ความหมายและแนวคิดความเหนื่อยล้า

จากการทบทวนวรรณกรรมคำว่า “fatigue” พบว่า ในประเทศไทยมีการใช้คำสลับกันไปมา เช่น ความเหนื่อยล้า อากาการเหนื่อยล้าและความอ่อนล้า เป็นต้น แต่มีความหมายที่สอดคล้องกัน ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัย จะใช้คำว่า ความเหนื่อยล้า เนื่องจากเป็นคำที่พบได้บ่อยในวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีผู้ให้ความหมายของความเหนื่อยล้า ดังนี้

Piper (1993) ได้กล่าวว่า ความเหนื่อยล้ามีการให้ความหมายที่หลากหลายตามมุมมองของศาสตร์แต่ละสาขา อย่างไรก็ตาม ความเหนื่อยล้า เป็นการรับรู้หรือความรู้สึกของแต่ละบุคคล ดังนั้น การประเมินที่ดีที่สุด คือ การประเมินด้วยตนเองของบุคคลนั้น ๆ (best measured by self - report) ซึ่งผู้รับบริการอาจประเมินตนเองว่ามีความเหนื่อยล้าระดับน้อย ปานกลาง หรือรุนแรง หรือให้เลือกรูปตัวเลข 0 – 10 ซึ่งตัวเลขที่มากขึ้น หมายถึงระดับความรุนแรงที่เพิ่มขึ้น โดยความเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกสูญเสียพลังงาน โดยความรู้สึกสูญเสียพลังงานนั้นครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และเป็นความรู้สึกเหนื่อยล้าที่ไม่สัมพันธ์กับความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ

(feeling of lack of energy and tiredness not related to muscle weakness) และมันกระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการปฏิบัติทางด้านร่างกาย

Piper (1993) ให้ความหมายของ ความเหนื่อยล้าว่า เป็นอาการที่บุคคลรับรู้และประเมินว่า ความสามารถลดลงในด้านร่างกายและจิตใจ จนรู้สึกหมดเรี่ยวแรง และทำให้ความสามารถในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันไม่ปกติ และประสิทธิภาพในการทำงานลดลง โดย Piper (1993) ได้กล่าวถึงกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความเหนื่อยล้า โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยและได้รับการรักษา เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคพาร์กินสัน Multiple sclerosis Systemic lupus erythematosus (SLE) กลุ่มที่ผ่าตัด รวมถึงในสตรีตั้งครรภ์ และมารดาหลังคลอด ซึ่ง Piper กล่าวถึงความเหนื่อยล้าในสตรีตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดว่าเป็นปัญหาที่พบทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยมีการศึกษาที่พบว่า ผู้หญิงภายหลังคลอด 18 เดือนยังพบความเหนื่อยล้าถึงร้อยละ 52

The North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 1988; 2001-2002) นิยาม ความเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกเหนื่อยล้าอย่างท่วมท้นและลดความสามารถในการทำงานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (an overwhelming sustained sense of exhaustion and decreased capacity for physical and mental work) เป็นประสบการณ์ของความเหนื่อยล้าที่ไม่สามารถหายหรือดีขึ้นได้ด้วยการพักผ่อน

Ream and Richardson (1996) ได้ให้ความหมายของ ความเหนื่อยล้า คือ การที่บุคคลรับรู้ถึงความเหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า จนกระทั่งหมดแรง ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง

Pugh and Milligan (1993) ได้ให้ความหมายของ ความเหนื่อยล้าว่า เป็นอาการที่บุคคลรับรู้และประเมินว่า ความสามารถในด้านร่างกายและจิตใจลดลง จนรู้สึกหมดเรี่ยวแรง ทำให้ความสามารถในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันไม่ปกติ และประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (Pugh & Milligan ,1993)

Lee (2001) ได้ให้ความหมายของ ความเหนื่อยล้าว่า คือ การรับรู้ของบุคคลว่าเหน็ดเหนื่อย และมีการสูญเสียพลังงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างพลังงานที่สำรองไว้กับพลังงานที่เสียไป โดยมีสาเหตุการสูญเสียพลังงานจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก

Herdman (2012) ได้ให้ความหมายของ ความเหนื่อยล้าเกิดจากความไม่สมดุลกันระหว่างพลังงานที่ร่างกายได้รับกับพลังงานที่ร่างกายใช้ไป และการที่ร่างกายและจิตใจเผชิญกับความเครียดเป็นเวลานาน ทำให้ร่างกายเกิดความรู้สึกอ่อนล้าทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ความเหนื่อยล้า เป็นอาการที่บุคคลรับรู้ว่ารู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนล้า เพลีย อย่างมาก เป็นปฏิกิริยาที่แสดงออกถึงการ

ใช้พลังงานจนถึงขีดจำกัด ทำให้ความสามารถในการทำงานไม่ปกติทั้งทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ลดลง

จากความหมายที่กล่าวมาทั้งหมด สรุปได้ คือ ความเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกและการรับรู้ของบุคคลว่ารู้สึกหมดเรี่ยวแรงอย่างมาก ลดความสามารถทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ส่งผลต่อความสามารถในการทำงานการทํากิจวัตรประจำวัน ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง

แนวคิดความเหนื่อยล้า ที่สำคัญมี 2 แนวคิด คือ แนวคิดของไปเปอร์ (Piper, 1986) และแนวคิด Pugh and Milligan (1993) รายละเอียดดังนี้

2.4.2.1 แนวคิดของไปเปอร์ (Piper, 1986; Piper, 1993)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกสูญเสียพลังงาน โดยความรู้สึกสูญเสียพลังงานนั้นครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และเป็นความรู้สึกเหนื่อยล้าที่ไม่สัมพันธ์กับความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ และมันกระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการปฏิบัติทางด้านร่างกาย การรับรู้และอาการแสดงของอาการเหนื่อยล้ามี ทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านพฤติกรรม (Behavioral) 2) ด้านการรับรู้ Perception) 3) ด้านชีวเคมี (Biochemical) และ 4) ด้านร่างกาย (Physiological) ส่วนใหญ่ใช้แนวคิดความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือเฉียบพลัน อย่างไรก็ตาม Piper (1993) ได้กล่าวว่า พยาธิสภาพของความเหนื่อยล้ายังไม่สามารถกำหนดได้ชัดเจนแต่การเปลี่ยนแปลงแบบแผนทางชีวภาพและจิตสังคม ส่งผลต่ออาการและอาการแสดงของความเหนื่อยล้า จำแนกเป็น 14 ปัจจัย ดังนี้ Piper et al. (1987 อ้างถึงใน วิลาวรรณ์ ดินสอดแก้ว, 2554)

1) การสะสมของเสียจากการเผาผลาญ (accumulation of metabolites)

การทำงานของกล้ามเนื้อที่มากเกินไปและทำงานติดต่อกันนานเกินไป เช่น การออกกำลังกายหรือออกแรงมากเกินไปจะทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญสารอาหารมากขึ้นเพื่อนำมาสร้างพลังงานรวมทั้งมีการดึงพลังงานที่เก็บสะสมไว้ออกมาเผาผลาญด้วย ทำให้เกิดการสะสมของกรดแลคติกมากขึ้นส่งผลให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง เกิดความเหนื่อยล้าและกลไกที่เป็นไปได้อีกกลไกหนึ่งคือ การเกิดความเหนื่อยล้าเกี่ยวข้องกับการเพิ่มไฮโดรเจนไอออนโดยไฮโดรเจนไอออนจะไปขัดขวางการทำงานของกล้ามเนื้อคือไปแย่งแคลเซียมไอออนในการจับกับโทรโปนิน (troponin) ในขั้นตอนปฏิกิริยาแอกติน - ไมโอซิน (actin - myocin interactions) ส่งผลให้แรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง เกิดความเหนื่อยล้าได้ Piper et al. (1987 อ้างถึงใน วิลาวรรณ์ ดินสอดแก้ว, 2554)

2) แบบแผนการเปลี่ยนแปลงพลังงานและสารที่ให้พลังงาน (Change in energy and energy substrate patterns)

การเปลี่ยนแปลงพลังงานและสารที่มีความสำคัญในการสร้างพลังงาน ซึ่งได้แก่ ไกลโคเจน โปรตีน และไขมัน ทั้งชนิดและจำนวนรวมถึงระยะเวลาที่มีอิทธิพลต่อการ

ทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของบุคคลและก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า Piper et al. (1987 อ้างถึงใน วิชาวิทย์ ดินสอดแก้ว, 2554)

3) แบบแผนการทำกิจกรรมและการพักผ่อน (activity/rest Patterns) แบบแผนการทำกิจกรรมและการพักผ่อนมีบทบาทสำคัญต่อบุคคลเนื่องจากเป็นได้ทั้งสาเหตุของความเหนื่อยล้าและสามารถป้องกันหรือลดความเหนื่อยล้าได้ (Piper et al., 1987; Piper, 1993) เนื่องจากกล้ามเนื้อที่ไม่ได้มีการเคลื่อนไหว หรือไม่ได้ออกกำลังกายจะมีประสิทธิภาพในการใช้ออกซิเจนลดน้อยลงทำให้กล้ามเนื้อที่ไม่มีการเคลื่อนไหวหรือการขาดออกกำลังกายเหล่านั้นมีความต้องการออกซิเจนลดน้อยลงทำให้กล้ามเนื้อที่ไม่มีการเคลื่อนไหวหรือขาดการออกกำลังกายเหล่านั้นมีความต้องการออกซิเจนในปริมาณที่มากกว่าปกติเพื่อคงไว้ซึ่งการทำงาน ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ง่าย (Piper, 1993)

4) แบบแผนการหลับและการตื่น (Sleep/ Wake Patterns) การนอนหลับและตื่นมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า เนื่องจากการนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอในช่วงกลางคืนจะทำให้ง่วงนอนมากในช่วงกลางวันและนำไปสู่ความเหนื่อยล้า (Piper, 1993)

5) แบบแผนของโรค (Disease pattern) เมื่อร่างกายเกิดพยาธิสภาพอาจมีผลทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญอาหาร และมีการดึงพลังงานที่สะสมไว้มากใช้ในการสร้างพลังงานมากขึ้น เพื่อซ่อมแซมส่วนสึกหรอหรือให้กลับสู่ภาวะปกติ ขบวนการดังกล่าวอาจทำให้มีการสะสมของเสียมากขึ้น นอกจากนี้พยาธิสภาพของโรคอาจทำให้มีการสะสมของเสียมากขึ้น นอกจากนี้พยาธิสภาพของโรคอาจทำให้เกิดการขาดสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัย มีการสร้างสารหรือฮอร์โมนที่ส่งเสริมการสร้างพลังงานลดลง หรือมีการขนส่งอาหารและออกซิเจน เพื่อสร้างพลังงานที่เนื้อเยื่อได้ไม่ดี ภาวะดังกล่าวส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อและพลังงานสะสมในกล้ามเนื้อลดลงทำให้เกิดความเหนื่อยล้า (Piper, 1993)

6) แบบแผนการรักษา (Treatment patterns) การรักษาของผู้ป่วยแต่ละบุคคลอาจเป็นผลให้เกิดความเหนื่อยล้า เช่น สภาพร่างกาย โรคของบุคคล การใช้ยาเคมีบำบัด การให้ยา Epoetin - alpha กระตุ้นการสร้างเซลล์เม็ดเลือดแดงทำให้เกิดการแบ่งตัว ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Piper, 1993)

7) แบบแผนอาการแสดงของโรค (Symptom patterns) อาการแสดงของโรคเป็นสาเหตุให้เบกตความเหนื่อยล้า เช่น อาการร้อนวูบวาบ ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน การยับยั้ง Melatonin จะทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานมากขึ้น รวมถึงการพักผ่อนน้อย วิตกกังวล หรือเครียด ซึ่งจะนำไปสู่ความเหนื่อยล้าได้ (Piper, 1993)

8) แบบแผนการใช้ ออกซิเจน (Oxygen patterns) ปัจจัยต่างๆที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือรบกวนความสามารถที่จะดำรงไว้ซึ่งความเพียงพอของระดับออกซิเจนในปอดหรือในกระแสเลือดไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตามส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ เช่น อาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรค เกี่ยวกับระบบหายใจ ภาวะช็อค หรือเกิดจากการที่กล้ามเนื้อทำงานมากหรือนานเกินไปเป็นผลทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ Piper et al. (1987 อ้างถึงใน วิลาวรรณย์ ดินสอดแก้ว, 2554)

9) แบบแผนการเปลี่ยนแปลงการควบคุมการสื่อสารประสาท (Changes in regulation/ transmission patterns) การเกิดเปลี่ยนแปลงการสื่อสารประสาทในร่างกาย ได้แก่ ซีโรโทนิน (Serotonin) มีการยับยั้งการสื่อสารประสาท serotonergic ซึ่งทำหน้าที่เป็นสารสื่อประสาท ซึ่งมีบทบาทหลายหน้าที่เช่น การควบคุมความหิว อารมณ์ และความโกรธ หรือการหลั่งสารไซโตไคน์ (Cytokine) ในเม็ดเลือดขาวส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางของกล้ามเนื้อทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Piper, 1993)

10) แบบแผนสภาพจิตใจ (Psychological patterns) พบว่าความวิตกกังวล ความซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ให้เกิดความเหนื่อยล้าทางลบ (Piper, 1993)

11) แบบแผนทางสังคม (Social patterns) การสนับสนุนทางสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ และฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นแบบแผนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้า Piper et al. (1987 อ้างถึงใน วิลาวรรณย์ ดินสอดแก้ว, 2554)

12) แบบแผนสภาพแวดล้อม (Environmental patterns) เกิดจากปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมต่างๆ มีผลต่อความเหนื่อยล้าได้ เช่น การอยู่ในสถานที่ที่มีแสงหรือเสียง หรืออยู่ในอากาศที่ร้อนเกินไปจะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Piper, 1993)

13) แบบแผนสภาพเหตุการณ์ในชีวิต (Life event patterns) การเปลี่ยนแปลงสภาพเหตุการณ์ในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับ การเจริญเติบโตและพัฒนาการ (growth and development) รวมถึงการเปลี่ยนแปลงชีวิตเพื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่เต็มตัว ได้แก่ การแต่งงานมีครอบครัว การตั้งครรรภ์ การหย่าร้าง มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า Piper et al. (1987 อ้างถึงใน วิลาวรรณย์ ดินสอดแก้ว, 2554)

14) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Innate host factors) พบว่าปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ และโรคประจำตัว ในผู้ป่วยบางรายเพศอาจเป็นปัจจัยเสี่ยง โดยเพศอาจเป็นปัจจัย ผู้หญิงมีแนวโน้มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งมีความเหนื่อยล้ามากกว่าผู้ชาย (Piper, 1993)

ทั้งนี้ Piper (1993) ได้กล่าวถึงความเหนื่อยล้าส่งผลทั้งต่อภาวะไม่สมดุลของอารมณ์ (mood disturbances) เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิตลดลง และความสามารถในการปฏิบัติงานลดลง และการวิจัยครั้งนี้ศึกษามารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

ชนิดรุนแรงที่มีพยาธิสภาพ การได้รักษาด้วยยากันชัก และไม่ได้เตรียมตัวต่อภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น อาจเป็นสาเหตุ ที่ทำให้มารดาเกิดความเหนื่อยล้าได้

2.4.2.2 แนวคิดความเหนื่อยล้าของ Pugh and Milligan (1993) ได้ให้ความหมายของความเหนื่อยล้าว่า เป็นอาการที่บุคคลรับรู้และประเมินว่า ความสามารถลดลงในด้านร่างกายและจิตใจ จนรู้สึกหมดเรี่ยวแรง และทำให้ความสามารถในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันไม่ปกติ และประสิทธิภาพในการทำงานลดลง

แนวคิดความเหนื่อยล้ามีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากส่งผลกระทบต่อความเหนื่อยล้าในวงจรการมีบุตร และอาการเหนื่อยล้ามักเกิดขึ้นในสตรีระยะตั้งครรภ์ สตรีรอคลอด และสตรีหลังคลอด รวมทั้งสตรีที่ยังให้น้ำนมบุตร (Pugh & Milligan, 1993) โดยพิวจ์และมิลลิแกน ได้ศึกษาปัจจัยความเหนื่อยล้าในมารดาหลังคลอด แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physiology factors) การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระ ได้แก่ การสูญเสียเลือดช่วงระยะหลังคลอด น้ำหนักลดลง ระบบในร่างกายเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน พยาธิสภาพที่เกิด เช่น ภาวะช็อค ภาวะติดเชื้อ ภาวะตกเลือดหลังคลอด หรือการขาดพลังงานต่างๆ เช่น การขาดสารอาหาร ภาวะขาดน้ำ และวิธีการให้นมทารก

2. ด้านจิตใจ (Psychological factors) การเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียด ความรู้สึกด้านลบ ปฏิกริยาที่เปลี่ยนแปลงต่อบทบาทมารดา และการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของมารดา

3. ด้านสถานการณ์ (Situational) การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ได้แก่ แบบแผนการดำเนินชีวิต สถานภาพทางเศรษฐกิจ สถานภาพ อาชีพ แรงสนับสนุนทางสังคม การถูกรบกวนการนอนหลับ การออกกำลังกาย และมีบุตรที่เลี้ยงยาก รวมถึงลักษณะส่วนบุคคล เช่น จำนวนการตั้งครรภ์ อายุ การศึกษา สถานะทางครอบครัว เป็นสาเหตุที่ทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความเหนื่อยล้าได้

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาความเหนื่อยล้า นิยามตามแนวคิดของ พิวจ์และมิลลิแกน (Pugh & Milligan, 1993) จากการที่มารดารู้และประเมินถึงความเหนื่อยล้า หมดเรี่ยวแรง อ่อนเพลีย ของตนเองได้ จะทำให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หากมารดาไม่สามารถจัดการความเหนื่อยล้าของตนเองได้ อาจส่งผลทางด้านจิตใจและด้านร่างกาย พร้อมทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของมารดาลดลง ดังนั้นมารดาในกลุ่มนี้ต้องได้รับการช่วยเหลือเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตประจำวัน และขจัดความเหนื่อยล้าได้เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพในระยะยาวตามมา

2.4.2 ความเหนื่อยล้าในภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง

ระยะหลังคลอด 6 สัปดาห์ เป็นระยะที่ทุกระบบในร่างกายปรับตัวเพื่อกลับสภาพเดิมเหมือนในระยะก่อนตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ระยะนี้เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการปรับบทบาทของการเป็นมารดาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของมารดาหลังคลอด พบว่า ระยะหลังคลอดเป็นช่วงเวลาที่มารดามีความอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า จากการตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด ต้องการพักผ่อนเพื่อฟื้นฟู และซ่อมแซมร่างกายให้กลับคืนสู่สภาวะที่ปกติ มารดาหลังคลอดจะรับรู้ถึงความอ่อนเพลียเหนื่อย ไม่มีแรงจากการที่พลังงานในร่างกายลดลง (Pugh & Milligan, 1993) ด้วยความเหนื่อยล้า นั้นถูกสะสมมาตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ และระยะคลอด สำหรับในระยะหลังคลอด ความเหนื่อยล้ามักพบได้สูงในระยะ 1 เดือนหลังคลอด และจะลดลงเรื่อย ๆ จนถึง 3 เดือนหลังคลอด (Henderson et al., 2019) พิวจ์และมิลลิแกน (Pugh & Milligan, 1993) ได้ศึกษาสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าในมารดาหลังคลอดส่วนใหญ่พบว่า มีปัจจัยหลักๆ 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสถานการณ์ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านร่างกาย (Physiology factors) มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายแล้วยังมีการเปลี่ยนแปลงจากพยาธิสภาพของภาวะความดันโลหิตสูงอีกด้วย โดยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและพยาธิสภาพตามระบบ (Cunningham et al., 2018) ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงานของไต จากการไหลเวียนของไตที่ลดลงรวมถึงมีการทำลายชั้นเยื่อหลอดเลือดในไตเกิด glomerular capillary endotheliosis ส่งผลให้ glomerular infiltration rate ลดลง ทำให้ปริมาณปัสสาวะลดลง ระดับ creatinine และ serum uric acid เพิ่มขึ้นและมีความดันในเซลล์ลดลง ทำให้เกิดการคั่งของน้ำในเนื้อเยื่อ และเกิดอาการบวมตามอวัยวะต่างๆ (ดวงสิทธิ์ วัฒนการา และชาญชัย วันทนาศิริ, 2553) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในขณะตั้งครรภ์ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Pugh & Milligan, 1995)

2) การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด จากพยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดหลอดเลือดหดตัวไปทั่วร่างกายเยื่อหุ้มหัวใจและหลอดเลือด ทำให้การซึมผ่านของสารน้ำและออกนอกหลอดเลือด ทำให้สารน้ำในระบบไหลรั่วไปคั่งในเนื้อเยื่อๆ ปริมาณเลือดในร่างกายจึงลดลงเกิดภาวะเลือดข้น เลือดมีความหนืดมากขึ้น ในมารดาที่เป็น Pre-eclampsia ที่มีการสูญเสียเลือดจำทำให้ความดันโลหิตลดลงต่ำได้เร็ว และในรายที่ได้รับสารน้ำมากในปริมาณมากเกินไป จะเกิดภาวะน้ำท่วมปอดได้ (Pulmonary edema) โดยจะมีอาการหายใจลำบาก (dyspnea) (ดวงสิทธิ์ วัฒนการา และชาญชัย วันทนาศิริ, 2553) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงส่งผลให้มารดาที่มีความเหนื่อยล้าได้มากขึ้น (Pugh & Milligan, 1995)

3) การเปลี่ยนแปลงของระบบโลหิตวิทยาและปัจจัยการแข็งตัวของเลือด ในหญิงตั้งครรภ์มีปริมาณของเลือดเพิ่มขึ้น โดย Plasma Volume เพิ่มร้อยละ 50% แต่มีจำนวนเม็ดเลือดแดงลดลงเรื่อยๆในระหว่างช่วงตั้งครรภ์ (Soma et al., 2016) มารดาที่เป็นความดันโลหิตสูง อาจพบภาวะเกล็ดเลือดต่ำ และอาจพบการแตกของเม็ดเลือดแดง นำไปสู่ภาวะ hemoglobinemia และ hyperbilirubinemia (ดวงสิทธิ์ วัฒนารา และชาญชัย วันทนาศิริ, 2553) การที่ร่างกายได้เพิ่มปริมาณเลือดและผลิตเม็ดเลือดแดงนั้นทำให้เกิดการใช้พลังงาน การใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Pugh & Milligan, 1995; Piper, 1986)

2. ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors) การเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียด ความรู้สึกด้านลบ ปฏิกริยาที่เปลี่ยนแปลงต่อบทบาท มารดา และการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของมารดา

3. ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational) การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ได้แก่ แบบแผนการดำเนินชีวิต สถานภาพทางเศรษฐกิจ สถานภาพ อาชีพ แรงสนับสนุนทางสังคม การถูกรบกวนการนอนหลับ การออกกำลังกาย และมีบุตรที่เลี้ยงยาก รวมถึงลักษณะส่วนบุคคล เช่น จำนวนการตั้งครรภ์ อายุ ระดับการศึกษา สถานะทางครอบครัว เป็นสาเหตุที่ทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความเหนื่อยล้าได้ (Pugh & Milligan, 1993) ระยะเวลาของการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และวิธีการคลอด (Kilic, Ozorhan, Apay, Capik, Agapinar, & Ozkan, 2015) ซึ่ง Kilic และคณะ (2015) ศึกษาเปรียบเทียบระดับความเหนื่อยล้าของมารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอด และโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พบว่า มารดาหลังคลอดทั้ง 2 กลุ่ม มีความเหนื่อยล้าระดับปานกลาง กลุ่มที่คลอดทางช่องคลอดมีคะแนนความเหนื่อยล้าเฉลี่ย 59.5 ± 25.2 และกลุ่มที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีคะแนนความเหนื่อยล้าเฉลี่ย 71.2 ± 22.8 การศึกษาของ เฮนเดอร์สัน และคณะ (Henderson, Alderdice, & Redshaw, 2019) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของมารดาหลังคลอดในประเทศอังกฤษ ช่วงระยะ 10 วันหลังคลอด 1 เดือน และ 3 เดือนหลังคลอด จำนวน 10,000 คน ซึ่งมารดาที่ตอบแบบสอบถามกลับมามีจำนวน 4,578 คน คิดเป็นร้อยละ 47 พบว่า มารดาหลังคลอดจะมีความเหนื่อยล้ามากใน 10 วัน และลดลงตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 38.8 , 27.1 และ 11.4 ตามลำดับ และพบว่า อายุของมารดา จำนวนการตั้งครรภ์ การศึกษา ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล การนอนหลับ และการให้นมทารก มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าในมารดาหลังคลอด การศึกษาของจรัสศรี ธีระกุลชัย และคณะ (2543) ศึกษาความเหนื่อยล้าของมารดาในระยะหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอดระยะ 12 และ 24 ชั่วโมง จำนวน 200 คน พบว่า มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่มีคะแนนความเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.5 และ 70.5 ตามลำดับ การศึกษาของรัชดา วงษ์นิพนธ์ (2552) ศึกษาความเหนื่อยล้าในมารดาหลังคลอดที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง จำนวน 120 คน พบว่ามารดาหลังคลอดมีความเหนื่อยล้าระดับปานกลางในขณะนอนรักษาตัว

อยู่โรงพยาบาล ร้อยละ 68.3 และการศึกษาของ อรุณี ศรีสุยง (2556) ศึกษาความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าของมารดาครรภ์แรกทีคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ในระยะ 24 และ 48 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่า มารดาครรภ์แรกทีคลอดปกติมีคะแนนความเหนื่อยล้าเฉลี่ย 56.53 ± 14.42 และ 43.40 ± 13.47 คะแนนในระยะ 24 และ 48 ชั่วโมงหลังคลอด ตามลำดับเป็นความเหนื่อยล้าในระดับเล็กน้อยทั้ง 2 ระยะหลังคลอด สำหรับมารดาครรภ์แรกทีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบฉุกเฉินมีคะแนนความเหนื่อยล้าเฉลี่ย 85.81 ± 12.83 และ 65.42 ± 13.41 คะแนน ในระยะ 24 และ 48 ชั่วโมงหลังคลอด ตามลำดับ เป็นความเหนื่อยล้าในระดับปานกลางทั้ง 2 ระยะหลังคลอด และการศึกษาของ Gardner (1991) ในมารดาหลังคลอด 35 ราย พบว่า ค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าในระยะ 2 วัน 2 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์หลังคลอด คือ 4.60, 3.96 และ 3.51 ตามลำดับ แสดงว่าความเหนื่อยล้าในระยะหลังคลอดลดลงตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น

ซึ่งในมารดาหลังคลอดทีมีภาวะความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่พบว่ามีมารดาหลังคลอดมีความเหนื่อยล้า ร่างกายเกิดการเจ็บป่วยและฟื้นตัวช้าในช่วงหลังคลอด และมารดาจะมีความรู้สึกเหนื่อยล้าอย่างมากในด้านร่างกายและจิตใจ (Parks et al., 1999) สำหรับมารดาหลังคลอดทีมีภาวะความดันโลหิตสูง ความเหนื่อยล้าด้านร่างกายเป็นผลจากการพยาธิสภาพและการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (Magnesium Sulfate) การได้แมกนีเซียมซัลเฟต สามารถลดการหายใจ ส่งผลต่ออัตราการหายใจ (เมธา ทรงธรรมวัฒน์ และศรีสุตา ทรรธรรมวัฒน์, 2562) และในระยะหลังคลอด มีการให้แมกนีเซียมซัลเฟตอย่างต่อเนื่องครบ 24 ชั่วโมง (ฉวี เบาทรวง, 2561) จากการศึกษาของ Duley, Gülmezoglu, Henderson and Chou (2010) ได้ศึกษา ยาแมกนีเซียมและยากันชักอื่น ๆ ในสตรีตั้งครรภ์ทีมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง พบว่าสตรีทีได้รับยาแมกนีเซียมมีผลข้างเคียงจากยา มีอาการร้อนวูบวาบ (RR 5.26, 95% CI 4.59) เป็นอาการทีพบได้บ่อยขณะให้ยา ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย และเหนื่อยล้าทางกาย (มลิวัลย์ รัตยา, เบญจวรรณ ละหุการ และจิราพร คงเมือง, 2565) มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และพฤติกรรม (Ream & Richardson, 1997) สตรีตั้งครรภ์ทีได้รับยากันชักทำให้อาจเกิดการเคลื่อนไหว ต้องการการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน และต้องการบรรเทาจากความไม่สุขสบายจากการรักษาด้วยยากันชัก ยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSo₄) และส่วนใหญ่พบว่ามีมารดาทีมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดทางหน้าท้อง (ดวงกมล ปิ่นแก้ว, 2552) ทำให้อาจมีความเหนื่อยล้าหลังคลอด มีโอกาสได้รับอันตรายจากการผ่าตัดคลอด ไม่ว่าจะเป็นการตกลือดหลังคลอด หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก และไม่สุขสบายจากการปวดแผล เป็นต้น (อรุณี ศรีสุยง, 2556)

2.4.3 ผลกระทบของความเหนื่อยล้าหลังคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเหนื่อยล้าหลังคลอดส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกดังนี้

2.4.3.1 ผลกระทบต่อมารดาหลังคลอด

ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อมารดาในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลตนเองลดลง การแสดงบทบาทมารดาลดลง สุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพหลังคลอดไม่ดี มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด กระบวนการคิดและการตัดสินใจลดลง และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลตนเองลดลง ความเหนื่อยล้าทำให้มารดาเกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติหน้าที่ ความสามารถในการดูแลตนเองและการดูแลทารกลดลงและไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเห็นได้จากการศึกษาของ Rychnovsky (2007) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าในมารดาหลังคลอด จำนวน 109 ราย ที่หน่วยบริการด้านการแพทย์ของค่ายทหาร ในเขตทิศตะวันตกเฉียงใต้ของสหรัฐอเมริกาพบว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของมารดาหลังคลอดระยะ 6 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยพบว่า มารดาร้อยละ 75 ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเต็มที่ ได้แก่ การรับผิดชอบภาระงานบ้าน การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการดูแลตนเองและทารก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Webb et al. (2008) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมของมารดาหลังคลอด จำนวน 1,323 รายในสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่าความเหนื่อยล้าเป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อการเกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาหลังคลอดถึงร้อยละ 30.4

2) การแสดงบทบาทมารดาลดลง นอกจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ที่ลดลงแล้ว พบว่า ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น จะเป็นอุปสรรคในการดูแลทารก ทำให้มารดาที่มีความสามารถในการแสดงบทบาทมารดาลดลง (Dunning & Giallo, 2012) ซึ่งเห็นได้จากการศึกษาของ Lai et al. (2015) ที่ศึกษาความเหนื่อยล้าของมารดาหลังคลอดอายุมาก กิจกรรมการดูแลทารก และความผูกพันระหว่างมารดากับทารก ระหว่างมารดาที่คลอดทางช่องคลอดและมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องชาวญี่ปุ่นขณะที่อยู่โรงพยาบาล จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่าความเหนื่อยล้าหลังคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยากในการดูแลทารกแต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผูกพันระหว่างมารดากับทารกในมารดาทั้งสองกลุ่ม และจากการศึกษาของ Cooklin, Giallo, and Rose (2012) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้าของบิดามารดาชาวออสเตรเลียกับประสบการณ์และพฤติกรรมในการเลี้ยงดูบุตรช่วงอายุ 0-5 ปี จำนวน 1,276 ราย

ที่ประเทศออสเตรเลีย พบว่าความเหนื่อยล้าของมารดาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในบทบาทการดูแลบุตรและมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลบุตร

3) สุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพหลังคลอดไม่ดี มารดาที่มีความเหนื่อยล้าจะรู้สึกไม่สุขสบาย เช่น เมื่อยล้า นอนตาและขา ปวดศีรษะ ปวดไหล่และหลัง รู้สึกกระหายน้ำ แขนขาอ่อนเป็นต้น และรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพไม่แข็งแรง (Pugh & Milligan, 1993) ดังเช่นการศึกษาของ Parks et al. (1999) ที่ทำการศึกษาความเหนื่อยล้าและภาวะสุขภาพของมารดาในระยะ 18 เดือนหลังคลอด พบว่า มารดาที่มีความเหนื่อยล้าจะมีการเจ็บป่วยบ่อยกว่ามารดาที่ไม่มีความเหนื่อยล้า

4) มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในระยะหลังคลอดมารดาต้องมีการปรับตัวหลายอย่างต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น หากมารดาที่มีความเหนื่อยล้าจำทำให้ความสามารถในการแสดงบทบาทมารดาและการดูแลทารกลดลง มารดาไม่สามารถปฏิบัติภารกิจของตนเองได้อย่างเต็มที่ส่งผลให้มารดาเกิดความเครียดต่อการเป็นมารดาได้ (Dunning & Giallo, 2012) และอาจพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เห็นได้จากการศึกษาของ Corwin et al. (2005) ที่ทำการศึกษาผลของความเหนื่อยล้าหลังคลอดต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดา จำนวน 42 รายในสหรัฐอเมริกา พบว่าความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยความเหนื่อยล้าในระยะ 7, 14 และ 28 วันหลังคลอด สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะ 28 วันหลังคลอดได้ร้อยละ 29, 49 และ 59 ตามลำดับ

5) กระบวนการคิดและการตัดสินใจลดลง มารดาที่มีความเหนื่อยล้าจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ และความคิด โดยจะมีอารมณ์หงุดหงิด หลงลืมง่าย ความอดทนในเรื่องต่าง ๆ ลดลง กระบวนการคิดและการรับรู้ช้า และขาดสมาธิทำให้มารดาขาดความมั่นใจและมีความสามารถในการตัดสินใจลดลง (Runquist, 2007) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพ ในการทำงานได้

6) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นส่งผลให้มารดา รู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง และต้องการพักผ่อนมากขึ้น จึงเป็นอุปสรรคในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Runquist, 2007) ส่งผลให้มารดามีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลงและมีปฏิสัมพันธ์กับคู่สมรสลดลงด้วย

7) ภาวะช็อคและการสูญเสียเลือดจากการคลอด มารดาที่มีภาวะช็อคจะมีระดับฮีโมโกลบินในกระแสเลือดน้อย ทำให้การลำเลียงออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายลดลง และร่างกายเกิดการเผาผลาญโดยไม่ใช้ออกซิเจน ทำให้เกิดการกรดแลคติกคั่งและเกิดความเหนื่อยล้าตามมา (กนกวรรณ ตีลกสกุลชัย และชัยเลิศ พิชิตพรชัย, 2552) และการสูญเสียเลือดจากการคลอด พบว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอดจะมีการสูญเสียเลือด 300- 500 มิลลิลิตร และมารดาที่ผ่าตัดคลอดส่วนใหญ่จะมีการสูญเสียเลือด 500-1,000 มิลลิลิตร (Blackburn, 2013) จากการศึกษาของ อรุณี ศรีสุยี่ง

(2556) ได้เปรียบเทียบความเหนื่อยล้าในมารดาหลังคลอดระหว่างมารดาที่คลอดปกติและมารดาผ่าตัดคลอดทางช่องคลอด ในระยะ 24 และ 48 ชั่วโมง พบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีระดับความเหนื่อยล้ามากกว่ามารดาที่คลอดปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lai et al. (2015) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าของมารดาที่คลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของชาวญี่ปุ่น ขณะรักษาตัวที่โรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความเหนื่อยล้าสูงกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด ดังนั้น หากมารดามีภาวะชืดหรือสูญเสียเลือดในการคลอดปริมาณมากส่งเสริมให้มารดาเกิดความเหนื่อยล้าได้

2.4.5.2 ผลกระทบต่อทารก

ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นนอกจากจะส่งผลกระทบต่อมารดาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อทารกด้วย ดังนี้

1) ทารกมีพัฒนาการล่าช้า เนื่องจากมารดาที่มีความเหนื่อยล้าหลังคลอดจะขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีความสามารถในการแสดงบทบาทมารดาและการส่งเสริมพัฒนาการทารกลดลง ทำให้ทารกได้รับการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ และมีพัฒนาการล่าช้าตามมา ซึ่งเห็นได้จากการศึกษาของ Parks et al. (1999) ที่ทำการศึกษาผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อภาวะสุขภาพของมารดาและพัฒนาการของทารกในระยะ 18 เดือนหลังคลอด พบว่ามารดาที่มีความเหนื่อยล้าอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ทารกมีพัฒนาการในด้านการประสานงานระหว่างสายตากับมือและพัฒนาการด้านร่างกายช้ากว่าทารกที่มารดาไม่มีความเหนื่อยล้า

2) ทารกได้รับนมแม่น้อยลง มารดาที่มีความเหนื่อยล้านอกจากจะมีการดูแลและการกระตุ้นพัฒนาการทารกน้อยลงแล้ว ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นยังเป็นอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อีกด้วย ซึ่ง Rychnovsky (2007) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้ากับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่าความเหนื่อยล้าในมารดาหลังคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนะยะ 2 วันและ 2 สัปดาห์หลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และยังพบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวลดลงจากร้อยละ 53.2 เป็นร้อยละ 29.4 และ 12.8 ที่ระยะ 2 วัน 2 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์หลังคลอด ตามลำดับ

เนื่องจากมารดาหลังคลอดจะมีความเหนื่อยล้าระดับสูงในระยะ 1-2 วันแรกที่อยู่โรงพยาบาล หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกได้ ดังนั้น จึงควรมีการประเมินความเหนื่อยล้าตั้งแต่ช่วงแรกหลังคลอด ซึ่งการประเมินในระยะ 48 ชั่วโมงหลังคลอดหรือก่อนจำหน่ายมารดากลับบ้าน จะทำให้ทราบถึงระดับความเหนื่อยล้าของมารดา และสามารถวางแผนการดูแลและติดตามได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในระยะต่อมาได้

2.4.6 เครื่องมือการประเมินความเหนื่อยล้าหลังคลอด

การประเมินความเหนื่อยล้าสามารถประเมินได้ทั้งจากการสังเกตพฤติกรรมของมารดาหลังคลอด ที่ปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจน เช่น หงุดหงิด สีหน้าอิดโรย หายใจสั้น ขาดความกระตือรือร้น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม การเคลื่อนไหวร่างกายช้า ง่วงนอนตลอดเวลา เป็นต้น (อรุณี ศรีสุขขิง, 2556) รวมถึงสามารถประเมินได้จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความเข้มข้นของเลือด ระดับไทรอยด์ฮอร์โมน การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท และสารประกอบชีวเคมีในร่างกาย เป็นต้น และการประเมินด้วยความรู้สึกหรือการรับรู้ถึงความเหนื่อยล้า (กรณศิริ หนูนทรัพย์, 2558) อย่างไรก็ตาม วิธีการประเมินความเหนื่อยล้าที่ดีที่สุด คือ จากการที่มารดาหลังคลอดประเมินการรับรู้หรือความรู้สึกเหนื่อยล้าด้วยตนเอง (Piper, 1993) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการพัฒนาเครื่องมือต่าง ๆ เพื่อมาประเมินความเหนื่อยล้า ดังนี้

1) **The Postnatal Accumulated Fatigue Scale (PAFS)** เป็นแบบประเมินที่พัฒนามาจาก The Self-diagnosis Checklist for Assessment of Worker's Accumulated Fatigue ซึ่งยังไม่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 13 ข้อ โดยเนื้อหาเกี่ยวกับอาการแสดงของความเหนื่อยล้า 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (เช่น รู้สึกเหนื่อยตอนตื่นนอน) ด้านอารมณ์ (เช่น รู้สึกหงุดหงิด) และด้านการรู้คิด (เช่น ขาดสมาธิ) ทั้งนี้มีการทดสอบหาค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) จากมารดาหลังคลอดขณะอยู่โรงพยาบาล พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเนื้อหา ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านการรู้คิด เท่ากับ .83, .74 และ .69 ตามลำดับ ในการใช้แบบประเมิน ผู้ถูกประเมินสามารถเลือกตอบได้ตามความรู้สึก 3 ระดับ ได้แก่ รู้สึกน้อยมาก = 0 คะแนน รู้สึกบางครั้ง = 1 คะแนน และ รู้สึกบ่อย = 3 คะแนน โดยมีคะแนนรวม 0- 39 คะแนน ถ้าคะแนนสูงแสดงว่ามีความเหนื่อยล้ามากจากการนำไปใช้ที่ผ่านมา พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .85 - .88 (Iwata et al., 2015; Mori et al., 2015; Tsuchiya et al., 2015) แม้ว่าแบบประเมินนี้จะมีจำนวนข้อคำถามไม่มาก และรายละเอียดในการประเมินครอบคลุมอาการของความเหนื่อยล้าแต่มีค่าความสอดคล้องภายในบางหัวข้อของแบบประเมินยังต่ำ และยังไม่ได้รับการแปลเป็นภาษาอังกฤษและภาษาไทย (แบบประเมินเป็นภาษาญี่ปุ่น) จึงไม่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

2) Multidimensional Assessment of Fatigue (MAF) (Fairbrother, Hutton, Stoll, & Hall, 2008) เป็นแบบประเมินความเหนื่อยล้าและผลกระทบของความเหนื่อยล้า ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จากความรู้สึกของผู้ถูกประเมิน ได้แก่ ระดับความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ผลกระทบหรือการรบกวนที่เกิดขึ้นจากความเหนื่อยล้าต่อการดำเนินชีวิตและกิจวัตรประจำวัน มีทั้งหมด 16 ข้อคำถาม โดยข้อ 1-14 จะให้คะแนนเป็นมาตราส่วนเรียงอันดับ จาก 0 (ไม่มีอาการ) จนถึง 10 (มีอาการมากที่สุด) ส่วนข้อ 15-16 จะเป็นคำถามแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก (multiple choices) ซึ่งตัวเลือกแต่ละตัวมีค่าเท่ากับ 2.5 คะแนน (รวม 10 คะแนน) การรวมคะแนนที่ได้จะคำนวณออกมาเป็นค่า A global fatigue index (GFI) จากคำตอบในข้อ 1-15 โดยไม่รวมคำตอบจากข้อ 16 เนื่องจากเป็นการสอบถามถึงระดับความรุนแรงของความเหนื่อยล้าที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งค่า GFI ที่ได้คำนวณจากผลรวมของคะแนนในข้อ 1-3 บวกกับค่าเฉลี่ยของคะแนนในข้อ 4-14 และคะแนนในข้อ 15 โดย GFI มีค่าระหว่าง 0-50 มีค่าจุดตัดของคะแนน (cut off score) ที่บ่งบอกว่ามีอาการของความเหนื่อยล้า อยู่ที่ 28 ถ้าค่ายังสูงแสดงว่ามีความเหนื่อยล้าระดับสูง เนื่องจากเนื้อหาในแบบประเมินนี้ไม่ได้เป็นการคัดกรองลักษณะอาการของความเหนื่อยล้า แต่เป็นการประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเหนื่อยล้าของผู้ถูกประเมิน และแบบประเมินไม่ได้ถูกสร้างมาเฉพาะสำหรับใช้ในมารดาหลังคลอด ผู้วิจัยจึงไม่นำใช้ในการศึกษาครั้งนี้

3) Modified Fatigue Symptom Checklist (MFSC) (Pugh et al., 1999) ซึ่ง Milligan ได้แปลจากภาษาญี่ปุ่นเป็นภาษาอังกฤษและดัดแปลงมาจาก The Fatigue Symptoms Checklist (FSC) ของ Yoshitake (1971) เมื่อปี 1989 และทดสอบความน่าเชื่อถือโดยนำไปประเมินความเหนื่อยล้าในมารดาหลังคลอดทันที มารดาหลังคลอด 6 วัน และมารดาหลังคลอด 3 เดือน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .82, .95 และ .82 ตามลำดับ เครื่องมือนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ซึ่งครอบคลุมอาการเหนื่อยล้าทางกายและจิตใจ ผู้ถูกประเมินสามารถเลือกตอบได้ตามความรู้สึก 4 ระดับ ได้แก่ ไม่รู้สึกเลย = 1 คะแนน รู้สึกเล็กน้อย = 2 คะแนน รู้สึกปานกลาง = 3 คะแนน และรู้สึกมาก = 4 คะแนน คะแนนรวมทั้งสิ้นตั้งแต่ 30-120 คะแนน ต่อมา จรัสศรี ชีระกุลชัย (2547) ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย มีการแปลกลับและตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา และใช้ประเมินความเหนื่อยล้าในมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 หลังจากนั้นได้มีผู้นำไปศึกษาและประเมินความเหนื่อยล้าในมารดาทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด พบว่า แบบประเมินนี้มีค่าความเชื่อมั่นที่ดี คือ ตั้งแต่ .88-.93

(รัชดา วงษ์นิพนธ์, 2552; ชนิตาภา เนียมป๋ชชา, 2554; อธิษฐาน แต่แดงเพชร, 2555; อรุณี ศรีสุยง, 2556)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมิน Modified Fatigue Symptom Checklist (MFSC) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีรายละเอียดในการประเมินครอบคลุมอาการของความเหนื่อยล้าทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การแปลผลมีการแบ่งระดับความรุนแรงของความเหนื่อยล้าได้ชัดเจน โดยมีค่าความเชื่อมั่นในระดับสูงแม้จะประเมิน ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน

ดังนั้น จากการทบทวนวรรณกรรม ทำให้ผู้วิจัยเห็นองค์ความรู้เกี่ยวกับการดำรงบทบาทการเป็นมารดา และตัวแปรที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับการดำรงบทบาทมารดา ตลอดจนเครื่องมือในการประเมินการดำรงบทบาทมารดา ความเครียด และความเหนื่อยล้า ดังรายละเอียดในบทที่ 3 ต่อไป



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation study) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาท มารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ในบทนี้นำเสนอ วิธีการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ มารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง และได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟตในระยะหลังคลอด 24 ชั่วโมง ที่มานอนพักรักษา ณ แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ในระหว่างเดือน มิถุนายน-กันยายน 2567

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ มารดาหลังคลอด ที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง (Severe preeclampsia หรือ preeclampsia with severe feature) การเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์ คัดออก ดังนี้

คุณสมบัติตามเกณฑ์ขั้นเข้า (inclusion criteria)

1. พักรักษาตัวในระยะ 48 -72 ชั่วโมงหลังคลอด
2. แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง (Severe preeclampsia) และได้รับการรักษาด้วยยาแมกนีเซียมซัลเฟตในระยะหลังคลอด 24 ชั่วโมง
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษาทั้งในระยะคลอดและระยะหลังคลอด เช่น ภาวะช็อก ภาวะ HELLP syndrome ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะปอดบวมน้ำ ภาวะรกเกาะต่ำ ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด และไม่มีภาวะช็อค เป็นต้น
4. สามารถอ่านออก เขียนภาษาไทยได้
5. ทารกไม่ได้นอนพักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยทารกวิกฤติ (NICU)
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์

คุณสมบัติตามเกณฑ์ขั้้นออก (exclusion criteria)

1. มารดาหลังคลอดมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในระหว่างการให้ข้อมูล เช่น ปวดแผล ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหรือปวดแผลฝีเย็บรุนแรง มีคะแนนความปวดมากกว่า 7/10 คะแนน และมีภาวะช็อคจำเป็นต้องให้เลือดทดแทน เป็นต้น

2. ทารกมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในระหว่างมารดาพักรักษาตัวในระยะเวลา 48 -72 ชั่วโมงหลังคลอด เช่น ภาวะหายใจเร็วหรือหายใจลำบาก อุณหภูมิกายต่ำกว่าปกติ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือมีภาวะตัวเหลือง และได้รับการรักษาด้วยวิธีการส่องไฟ เป็นต้น

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรม (G power analysis) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ (significant level) .05 ให้อำนาจการทดสอบ (level of power) .95 และการประมาณค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) ที่ 0.46 จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวต่อบทบาทมารดาในระยะเวลาหลังคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ของดาราพรรณ กำเสียงใส (2539) ได้กลุ่มตัวอย่าง 46 รายและผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลร้อยละ 15 (Polit & Beck, 2021) ได้กลุ่มจำนวนตัวอย่างเพิ่ม จำนวน 7 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 53 ราย

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ความเครียด ความเหนื่อยล้า

ตัวแปรตาม ได้แก่ การดำรงบทบาทมารดา

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดจากเวชระเบียน ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด และทารกแรกเกิด แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเครียดในมารดาหลังคลอด แบบประเมินความเหนื่อยล้า และ แบบประเมินการดำรงบทบาทมารดาหลังคลอด ดังนี้

1). แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดจากเวชระเบียน ได้แก่

1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการคลอด จำนวนครั้งของการแท้ง จำนวนบุตรที่มีชีวิต การฝากครรภ์ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์ ความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย จำแนกระดับดัชนีมวลกาย น้ำหนักที่เพิ่มตลอดการตั้งครรภ์ น้ำหนักก่อนคลอด ประวัติโรคประจำตัว ภาวะเสี่ยงทางสูติศาสตร์ขณะตั้งครรภ์ การสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ และการใกล้ชิดคนสูบบุหรี่

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด ได้แก่ การคลอดครั้งนี้ได้รับการส่งต่อเพื่อมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลมหาสารคาม วิธีการคลอด อายุครรภ์เมื่อคลอด การคาดคะเนการสูญเสียเลือดจากการคลอด กรณีผ่าตัดคลอด ระบุประเภทการใช้าระงับความรู้สึก มีการหดตัวของมดลูก และระดับ Mg Level

1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับทารกแรกเกิด ได้แก่ ทารกเพศ น้ำหนักทารกแรกเกิด คะแนน Apgar score ของทารกแรกเกิด นาทีที่ 1 และ 5 ภาวะทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน (Birth Asphyxia) นาทีที่ 5 ภาวะแทรกซ้อนของทารกในครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิด และสภาพร่างกายของทารกแรกเกิด

2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว และรายได้ต่อเดือน

3) แบบประเมินความเครียดในมารดาหลังคลอด โดยรัตนา แทนไธสง (2560) ดัดแปลงจากแบบวัดความรู้สึกเครียดฉบับภาษาไทย Thai version of Perceived Stress Scale -10; T-PSS-10) ซึ่ง Wongpakaran and Wongpakaran (2010) ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยจากแบบประเมิน Perceived Stress Scale ของ Cohen & Williamson (1988) ที่สร้างโดยอาศัยแนวคิดของลาซาลัส (Lazalus) แบบประเมินมีจำนวน 10 ข้อ โดยมีทั้งคำถามด้านบวกและด้านลบ มีข้อความด้านบวก ได้แก่ ข้อ 4, 5, 7 และ 8 และคำถามด้านลบ 1, 2, 3, 6, 9 และ 10 การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

		ข้อความด้านลบ (คะแนน)	ข้อความด้านบวก (คะแนน)
ไม่เลย	ให้	0	4
แทบจะไม่มี	ให้	1	3
มีบางครั้ง	ให้	2	2
ค่อนข้างมาก	ให้	3	1

มากที่สุด ให้ 4 0

คะแนนรวม 0-40 คะแนน การแปลผลคะแนนการแบ่งเป็น 4 ระดับตามช่วงอันตรภาคชั้น (Wongpakaran & Wongpakaran, 2010) ดังนี้

คะแนนรวม 0-10	หมายถึง	ไม่มีความเครียด/ มีความเครียดในระดับต่ำมาก
คะแนนรวม 10-20	หมายถึง	มีความเครียดระดับต่ำ
คะแนนรวม 21-30	หมายถึง	มีความเครียดระดับปานกลาง
คะแนนรวม 31-40	หมายถึง	มีความเครียดระดับสูง

4) แบบประเมินความเหนื่อยล้า (The Modified Fatigue Symptoms Checklist) ของพิวจ์ และคณะ (Pugh, et al., 1999) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยจรัสศรี ธีระกุลชัย (Theerakulchai, 2004) แบบประเมินนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ซึ่งครอบคลุมอาการเหนื่อยล้าทางกายและจิตใจ ได้มีผู้นำไปศึกษาและประเมินความเหนื่อยล้าในมารดาทั้งในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอด และระยะหลังคลอด พบว่า แบบประเมินนี้มีค่าความเชื่อมั่นที่ดี คือ ตั้งแต่ .88-.93 (รัชดา วงษ์นิพนธ์, 2552; ชนิดาภา เนียมบ๊ชชา, 2554; อธิษฐาน แต่แดงเพชร, 2555; อรุณี ศรีสุยง, 2556) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1-4 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่รู้สึกละเลย	ให้	1 คะแนน
รู้สึกบางครั้ง	ให้	2 คะแนน
รู้สึกค่อนข้างบ่อย	ให้	3 คะแนน
รู้สึกบ่อยมาก	ให้	4 คะแนน

คะแนนรวม 30-120 คะแนน การแปลผลระดับความเหนื่อยล้า แบ่งเป็น 4 ระดับ (จรัสศรี ธีระกุลชัย, 2547) ดังนี้

คะแนนรวม เท่ากับ 30 คะแนน	หมายถึง	ไม่มีความเหนื่อยล้า
คะแนนรวม เท่ากับ 31-60 คะแนน	หมายถึง	มีความเหนื่อยล้าระดับต่ำ
คะแนนรวม เท่ากับ 61-90 คะแนน	หมายถึง	มีความเหนื่อยล้าระดับปานกลาง
คะแนนรวม เท่ากับ 91-120 คะแนน	หมายถึง	มีความเหนื่อยล้าระดับรุนแรง

5) แบบประเมินการดำรงบทบาทมารดาหลังคลอด ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบประเมินการปรับตัวต่อบทบาทมารดา ของรัตนา แทนไธสง (2560) โดยรัตนา แทนไธสง ได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา Form B ซึ่งสร้างขึ้นโดยศรีสมร ภูมณสกุล, อรพรรณ สมบูรณ์ทรัพย์ และอุษา ศิริวัฒน์โชค (2547) แบบประเมินการปรับตัวต่อบทบาทมารดานี้มีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงและเพิ่มข้อคำถามที่สอดคล้องกับมารดาหลังคลอดขณะเข้ารับกษาตัวที่โรงพยาบาลมาใช้ในการศึกษาและเพิ่มข้อคำถามตามรายด้าน ได้แก่ การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุตร ความสามารถในการแสดงพฤติกรรมความเป็นมารดา และความพึงพอใจในบทบาทมารดา แบบประเมินนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตามความรู้สึกของผู้ตอบ ได้แก่

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	1 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	3 คะแนน
เห็นด้วย	ให้	4 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	5 คะแนน

คะแนนรวม 28-140 คะแนน การแปลผลคะแนนการดำรงบทบาทมารดาหลังคลอด แบ่งเป็น 4 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาคะแนน ดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2564)

28-56 คะแนน	หมายถึง	สามารถดำรงบทบาทมารดาได้น้อย
57-85 คะแนน	หมายถึง	สามารถดำรงบทบาทมารดาได้ปานกลาง
86-114 คะแนน	หมายถึง	สามารถดำรงบทบาทมารดาได้ดี
115-140 คะแนน	หมายถึง	สามารถดำรงบทบาทมารดาได้ดีมาก

สำหรับการแปลผลการดำรงบทบาทมารดาหลังคลอดรายด้านตามค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 4 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

5.1 ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุตร

1.00-2.00	หมายถึง	การมีสัมพันธภาพกับบุตรในระดับน้อย
2.01-3.00	หมายถึง	การมีสัมพันธภาพกับบุตรในระดับปานกลาง
3.01-4.00	หมายถึง	การมีสัมพันธภาพกับบุตรในระดับดี
4.01-5.00	หมายถึง	การมีสัมพันธภาพกับบุตรในระดับดีมาก

5.2 ด้านความสามารถในการแสดงพฤติกรรมการเป็นมารดา

1.00-2.00	หมายถึง	ความสามารถในการแสดงพฤติกรรมการเป็นมารดาอยู่ในระดับน้อย
2.01-3.00	หมายถึง	ความสามารถในการแสดงพฤติกรรมการเป็นมารดาอยู่ในระดับปานกลาง
3.01-4.00	หมายถึง	ความสามารถในการแสดงพฤติกรรมการเป็นมารดาอยู่ในระดับดี
4.01-5.00	หมายถึง	ความสามารถในการแสดงพฤติกรรมการเป็นมารดาอยู่ในระดับดีมาก

5.3 ด้านความพึงพอใจในบทบาทมารดา

1.00-2.00	หมายถึง	ความพึงพอใจในบทบาทมารดาระดับน้อย
2.01-3.00	หมายถึง	ความพึงพอใจในบทบาทมารดาระดับปานกลาง
3.01-4.00	หมายถึง	ความพึงพอใจในบทบาทมารดาระดับดี
4.01-5.00	หมายถึง	ความพึงพอใจในบทบาทมารดาระดับดีมาก

3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.3.1 การตรวจสอบความตรง (validity)

ผู้วิจัยไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของ แบบประเมินความเครียดในมารดา หลังคลอด และแบบประเมินความเหนื่อยล้า เนื่องจากได้นำเครื่องมือทั้ง 2 ฉบับมาใช้โดยไม่ได้เปลี่ยนแปลงเนื้อหา และแบบประเมินการดำรงบทบาทมารดาหลังคลอดได้นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา เนื่องจากได้เพิ่มข้อความในแบบประเมิน และได้นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จำนวน 1 ท่าน, อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี จำนวน 1 ท่าน และหัวหน้าพยาบาลหลังคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 1 ท่าน ภายหลังได้พิจารณาการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ ความชัดเจนข้อความ และความเหมาะสมของเนื้อหาพบได้ค่า CVI 1

3.3.2 การตรวจสอบความเที่ยง (reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบ แบบประเมินความเครียดหลังคลอด แบบประเมินความเหนื่อยล้า และแบบประเมินการดำรงบทบาทมารดาหลังคลอด ไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ณ แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 15 ราย และนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยจำแนกเป็น แบบประเมินความเครียดในมารดาหลังคลอด ได้ค่าความเชื่อมั่น .85 แบบประเมินความเหนื่อยล้า ได้ค่าความเชื่อมั่น .92 และแบบประเมินการดำรงบทบาทมารดาหลังคลอด ได้ค่าความเชื่อมั่น .94

3.4 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และโรงพยาบาลมหาสารคาม หลังได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยทั้งของมหาวิทยาลัย เลขที่การรับรอง : 245-005/2567 และของโรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่รับรอง : MSKH_REC 67-01-008 ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด พร้อมแจ้งเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการทำวิจัยและการรวบรวมข้อมูลรวมทั้งชี้แจงให้ทราบสิทธิการ ปฏิเสธแบบสอบถามได้และข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับ และในกลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่า 18 ปี จะแจ้งให้ทราบถึงการมีอิสระในการเข้าร่วมการวิจัย หรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งการยุติการเข้าร่วมดังกล่าวไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถสอบถามได้ตลอด หากยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารยินยอมให้

ความร่วมมือในการวิจัย หากพบกลุ่มมีความเครียดและความเหนื่อยล้าสูงกว่าปกติ ผู้วิจัยจะส่งให้ผู้เชี่ยวชาญดำเนินการดูแลต่อไปในการศึกษาคั้งนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความผิดปกติดังกล่าว

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจะดำเนินการภายหลังที่ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรม มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของ โรงพยาบาลมหาสารคาม และได้รับการอนุญาตให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลที่มีลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ณ แผนกหลังคลอด ในวันจันทร์ถึงอาทิตย์ เวลา 08.00 -16.00 น.
2. ผู้วิจัยวิจัยสำรวจและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจากเวชระเบียน
3. ผู้วิจัยเข้าพบมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ที่อยู่ในระยะ 48 -72 ชั่วโมงหลังคลอด สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ ขั้นตอน เครื่องมือ ระยะเวลาของการเข้าร่วมการวิจัยเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้ตัดสินใจโดยอิสระและด้วยความสมัครใจ โดยเน้นให้สตรีตั้งครรภ์ทราบว่าการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยหรือไม่ก็ตามไม่มีผลกระทบต่อได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล สตรีตั้งครรภ์ไม่ได้เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ และสามารถยุติหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องระบุเหตุผล และขอความร่วมมือในการวิจัย
4. เมื่อมารดาหลังคลอดฯ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยขอให้สตรีตั้งครรภ์ลงลายมือชื่อในใบลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. ผู้วิจัยทำการประเมินอาการ ประเมินระดับความปวด และประเมินความดันโลหิตก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล หากมารดาหลังคลอดฯ มีความดันโลหิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/100 มิลลิเมตรปรอท ระดับความปวดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6/10 (มีความปวดระดับปานกลาง) และไม่มีอาการปวดศีรษะ จึงจะเริ่มดำเนินการการเก็บรวบรวมข้อมูล
6. ผู้วิจัยทำการการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลาที่มารดาหลังคลอดฯ สะดวก ด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเครียดในมารดาหลังคลอด แบบประเมินการดำรงบทบาทมารดาหลังคลอด และแบบประเมินความเหนื่อยล้า โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์มารดาหลังคลอดฯ ในแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป สำหรับแบบประเมินอื่น ๆ ผู้วิจัยจะอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้มารดาหลังคลอดเข้าใจ และให้มารดาหลังคลอดฯ ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยผู้วิจัยจะช่วยดูแลบุตรในระหว่างที่มารดาฯ ตอบแบบสอบถาม กรณีทารกร้องไห้หรือต้องการดูด

นม มารดาหลังคลอดฯ สามารถหยุดตอบแบบสอบถามชั่วคราวได้ และสามารถทำแบบสอบถามต่อได้ ภายหลังที่สะดวกจากการปฏิบัติกรดูแลทารก

7. เมื่อมารดาหลังคลอดฯ ตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัย ตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม หากยังไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจะขอให้มารดาหลังคลอดฯ ตอบแบบสอบถามเพิ่มเติมจนครบสมบูรณ์

8. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณมารดาหลังคลอดฯ ที่ให้ความร่วมมือ

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ระดับความเครียด ระดับความเหนื่อยล้า และระดับการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง โดยนำข้อมูลที่ได้ไปตรวจสอบการกระจายข้อมูลโดยใช้ สถิติ One sample Kolmogorov Smirnov test และกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 พบว่าการกระจายข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งไม่ปกติ จึงใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation) โดยกำหนดระดับความสัมพันธ์ (รัตนศิริ ทาโต, 2564) ดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	การแปลผลระดับความสัมพันธ์
0	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
< 0.30	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
0.30 – 0.70	มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
> 0.70	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (description correlational study) เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดา ของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง และได้รับยาแมกนีเซียม ซัลเฟตในระยะคลอด 24 ชั่วโมง ที่มานอนพักรักษา ณ แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม นำเสนอเป็นส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด และทารกแรกเกิด

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดา

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30 – 34 ปี ร้อยละ 30.2 (max= 45, min = 18, mean = 30.79, SD = 6.34) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 47.2 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 41.5 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 54.7 ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ ร้อยละ 47.2 (max= 40,000, min = 8,000, mean = 22,566, SD = 9,118) ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 43.4 แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ลักษณะครอบครัว และรายได้ของครอบครัว

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
15-19	1	1.9
20-24	9	17
25-29	1	22

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ลักษณะครอบครัว และรายได้ของครอบครัว (n=53) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
30-34	16	30.2
มากกว่า 35	15	28.3
(max= 45, min = 18, \bar{X} = 30.79, SD = 6.34)		
การสำเร็จการศึกษาระดับสูงสุด		
มัธยมศึกษา	25	47.2
อนุปริญญา	10	18.9
ปริญญาตรี	18	34.0
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	1	1.9
รับจ้าง	22	41.5
ธุรกิจส่วนตัว	7	13.2
รับราชการ/พนักงานของรัฐ	16	30.2
ว่างงาน	7	13.2
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	29	54.7
ครอบครัวขยาย	24	45.3
รายได้ครอบครัว (บาท)		
น้อยกว่า 9,000	5	9.4
10000 – 20,000	23	43.4
มากกว่า 20,000	25	47.2
(max= 40,000, min = 8,000, \bar{X} = 22,566, SD = 9,118)		

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ลักษณะครอบครัว และรายได้ของครอบครัว (n=53) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอและเหลือเก็บ	11	20.8
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	23	43.4
ไม่เพียงพอ	19	35.8

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด และทารกแรกเกิด

2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งแรกร้อยละ 39.6 ส่วนใหญ่เป็นการคลอดครั้งแรก ร้อยละ 39.6 ส่วนใหญ่ไม่เคยแท้ง ร้อยละ 92.5 ส่วนใหญ่บุตรมีชีวิตรอดอยู่จำนวน 1 คน ร้อยละ 45.3 ทั้งหมดมีการฝากครรภ์ร้อยละ 100 อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกส่วนใหญ่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 71.7 ส่วนใหญ่มาฝากครรภ์จำนวน 9 - 12 ครั้ง ร้อยละ 47.2 ส่วนใหญ่มีความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด มากกว่า 33 vol% ร้อยละ 88.7 (max = 46 , min = 30, mean = 36.54 , SD = 2.8) ส่วนใหญ่มีส่วนสูงระหว่าง 150–160 เซนติเมตร ร้อยละ 56.6 (max = 175, min = 147 , mean = 159.49 , SD = 6.65) ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ มากกว่าหรือเท่ากับ 30 กก/ตรม. ร้อยละ 39.6 โดยมีน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์มากที่สุดคือ 120 กิโลกรัม น้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์ น้อยที่สุด 42 กิโลกรัม (mean = 72.41, SD = 17.52) ส่วนใหญ่มีน้ำหนักก่อนคลอด มากกว่า 80 กิโลกรัม ร้อยละ 54.7 ส่วนใหญ่มีน้ำหนักที่เพิ่มตลอดการตั้งครรภ์ 11 - 15 กิโลกรัม ร้อยละ 34.0 (max= 28 , min = 4 , mean = 13.97 , SD = 5.64) กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัวและไม่ได้สูบบุหรี่ แต่มีภาวะเสี่ยงสูติศาสตร์ขณะตั้งครรภ์โดยมีโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 22.6 การสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ และอยู่ใกล้ชิดบุคคลสูบบุหรี่ ร้อยละ 35.8 ซึ่งส่วนใหญ่คนใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ คือ สามี ร้อยละ 28.3 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์

ข้อมูลการตั้งครรภ์	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์		
ครั้งที่ 1	21	39.6
ครั้งที่ 2	19	35.8
ครั้งที่ 3	12	22.6
มากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป	1	1.9
จำนวนครั้งของการคลอด		
ครั้งที่ 1	21	39.6
ครั้งที่ 2	20	37.7
ครั้งที่ 3	12	22.6
จำนวนครั้งการแท้ง		
ไม่เคยแท้ง	49	92.5
แท้ง 1 ครั้ง	3	5.7
แท้ง 2 ครั้ง	1	1.9
จำนวนบุตรที่มีชีวิต		
1 คน	22	41.5
2 คน	23	43.4
3 คน	8	15.1
การฝากครรภ์		
ฝากครรภ์	53	100
อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก (สัปดาห์)		
≤ 12	38	71.7
13 - 20	14	26.4
≥ 35	1	1.9
(max = 35 , min = 6, \bar{X} = 11 , SD = 5)		

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครุฑ (ต่อ)

จำนวนครั้งที่มาฝากครุฑ		
< 5	2	3.8
5 - 8	14	26.4
9 - 12	25	47.2
>13	12	22.6
ความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด (vol%)		
< 33	6	11.3
> 33	47	88.7
(max = 46 , min = 30, \bar{x} = 36.54 , SD = 2.8)		
ส่วนสูง (เซนติเมตร)		
< 150	2	3.8
150 - 160	30	56.6
161 - 170	19	35.8
> 170	2	3.8
(max = 175, min = 147 , \bar{x} = 159.49 , SD = 6.65)		
น้ำหนักก่อนตั้งครุฑ		
40 - 50	3	5.7
51 - 60	14	26.4
61 - 70	13	24.5
71 - 80	7	13.2
81 - 90	8	15.1
91 - 100	3	5.7
101 - 110	4	7.5
111 - 120	1	1.9
(max = 120, min = 42, \bar{x} = 72.41, SD = 17.52)		

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ (ต่อ)

ข้อมูลการตั้งครรภ์	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์		
ภาวะน้ำหนักน้อยหรือผอม (BMI \leq 18.5 กก./ ตรม.)	0	0
มีภาวะน้ำหนักปกติ (BMI \geq 18.5 - 24.9 กก./ ตรม.)	17	32.1
มีภาวะอ้วน (BMI \geq 25 - 29.9 กก./ ตรม.)	15	28.3
มีภาวะอ้วนมาก (BMI \geq 30 กก./ ตรม.)	21	39.6
น้ำหนักตัวก่อนคลอด (กิโลกรัม)		
50 - 60	3	5.7
61 - 70	6	11.3
71 - 80	15	28.3
> 80	29	54.7
(max= 145, min = 53, \bar{x} = 86.34, SD = 18.73)		
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ (กิโลกรัม)		
> 5	3	5.7
5 - 10	14	26.4
11 - 15	18	34.0
16 - 20	11	20.8
> 20	7	13.2
(max= 28 , min = 4 , \bar{x} = 13.97 , SD = 5.64)		
ประวัติโรคประจำตัว		
ไม่มี	53	100
ภาวะเสียงทางสูติศาสตร์ขณะตั้งครรภ์		
ไม่มี	25	47.2
มี	28	52.8

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ (ต่อ)

ข้อมูลการตั้งครรภ์	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดภาวะเสี่ยงทางสูติศาสตร์ขณะตั้งครรภ์		
ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์	12	42.9
ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	16	57.1
การสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์		
ไม่สูบบุหรี่	53	100
การใกล้ชิดคนสูบบุหรี่		
ไม่ใกล้ชิด	34	64.2
ใกล้ชิด	19	35.8
การใกล้ชิดคนสูบบุหรี่		
บิดา	4	21.0
สามี	15	79.0

2.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งต่อเพื่อมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลมหาสารคามถึงร้อยละ 47.2 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่มีการหดตัวของมดลูกก่อนคลอด (uterine contraction) ร้อยละ 88.7 ส่วนใหญ่มีวิธีการคลอดโดยการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 92.5 ส่วนใหญ่คลอดเมื่ออายุครรภ์ 33 - 36 สัปดาห์ ร้อยละ 52.8 ใช้วิธีการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง ร้อยละ 85.7 ส่วนใหญ่มีการสูญเสียเลือดจากการคลอด 301 - 500 มิลลิลิตร ร้อยละ 58.5 (max= 700, min = 100 , mean = 370.75, SD = 108.06) ก่อนการหยุดให้ยา Magnesium Sulfate หลังคลอดมีระดับ Mg Level ที่ 4.8 - 8.4 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรร้อยละ 88.7 (max= 6.58, min = 4.47, mean = 5.23, SD = 0.47) ดังแสดงในตาราง ที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด

ข้อมูลการคลอด	จำนวน	ร้อยละ
การคลอดครั้งนี้ได้รับการส่งต่อเพื่อมารับการรักษา ณ		
โรงพยาบาลมหาสารคาม		
ไม่ได้ส่งต่อ	28	52.8
ส่งต่อ	25	47.2
การหดตัวของมดลูกก่อนคลอด (uterine contraction)		
ไม่มีการหดตัวของมดลูก	47	88.7
มีการหดตัวของมดลูก	6	11.3
วิธีการคลอด		
คลอดทางช่องคลอด	4	7.5
คลอดโดยผ่าตัดคลอด	49	92.5
อายุครรภ์เมื่อคลอด (สัปดาห์)		
28 - 32 สัปดาห์	1	1.9
33 - 36 สัปดาห์	28	52.8
≥ 37 สัปดาห์	24	45.3
การคาดคะเนการสูญเสียเลือดจากการคลอด		
100 - 300	21	39.6
301 - 500	31	58.5
> 500	1	1.9
(max= 700, min = 100, \bar{x} = 370.75, SD = 108.06)		
วิธีการใช้ยาระงับความรู้สึก (กรณีผ่าตัดคลอด)		
ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย	7	14.3
การฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง	42	85.7

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด (ต่อ)

ข้อมูลการคลอด	จำนวน	ร้อยละ
ระดับ Mg Level (ก่อนการหยุดให้ยา Magnesium Sulfate หลังคลอด)		
< 4.8 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	6	11.3
4.8 - 8.4 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	47	88.7
> 8.4 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	0	0.0
(max= 6.58, min = 4.47, \bar{x} = 5.23, SD = 0.47)		

2.3 ข้อมูลเกี่ยวกับทารกแรกเกิด

ทารกส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.9 น้ำหนักทารกแรกเกิดส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2,500-2,999 กรัม ร้อยละ 66.0 (max= 3,720, min = 2,510, mean = 2,889.91, SD = 362.56) คะแนน Apgar score ของทารกแรกเกิด นาทีที่ 1 ส่วนใหญ่ 9 คะแนน ร้อยละ 100 Apgar score ที่ 5 นาที 10 คะแนน ร้อยละ 100 ทารกแรกเกิดทั้งหมดร้อยละ 100 ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน (Birth Asphyxia) และไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีทารกเพียงร้อยละ 7.5 ที่มีภาวะลิ้นติดในระดับเล็กน้อย (mild tongue) ดังแสดงในตาราง ที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลเกี่ยวกับทารกแรกเกิด

ข้อมูลทารกแรกเกิด	จำนวน	ร้อยละ
ทารกเพศ		
ชาย	27	50.9
หญิง	26	49.1
น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม)		
(max= 3,720, min = 2,510, mean = 2,889.91, SD = 362.56)		
2,500 - 2,999	35	66.0
3,000 - 3,499	13	24.5
3,500 - 3,999	5	9.4

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลเกี่ยวกับทารกแรกเกิด (ต่อ)

ข้อมูลทารกแรกเกิด	จำนวน	ร้อยละ
คะแนน Apgar score ของทารกแรกเกิด นาทีที่ 1 และ 5		
คะแนน Apgar score ที่ 1 นาที 9 คะแนน	53	100
คะแนน Apgar score ที่ 5 นาที 10 คะแนน	53	100
ภาวะทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน (Birth Asphyxia) นาทีที่ 5 (คะแนน Apgar score < 7 คะแนน)		
ไม่มี	53	100
ภาวะแทรกซ้อนของทารกในครรภ์		
ไม่มี	53	100
ภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิด		
ไม่มี	53	100
สภาพร่างกายของทารกแรกเกิด		
ปกติ	49	92.5
มีความผิดปกติเล็กน้อย (ลิ้นติด)	4	7.5

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 69.8 (max= 25, min = 15, mean = 19.41, SD = 2.97) มีมีคะแนนความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 86.8 (max= 66, min = 32, mean = 47.52, SD = 8.74) และมีความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 60.4 (max= 137, min = 105, mean = 118.66, SD = 8.39) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ของระดับความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดา

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ความเครียด (max= 25, min = 15, mean = 19.41, SD = 2.97)		
ระดับความเครียด		
ระดับต่ำ (10-20 คะแนน)	37	69.8
ระดับปานกลาง (21-30 คะแนน)	16	30.2
ความเหนื่อยล้า (max= 66, min = 32, mean = 47.52, SD = 8.74)		
ระดับความเหนื่อยล้า		
ระดับต่ำ	46	86.8
ระดับปานกลาง	7	13.2
การดำรงบทบาทมารดา (max= 137, min = 105, mean = 118.66, SD = 8.39)		
ระดับการดำรงบทบาทมารดา		
ระดับดี (86 - 114 คะแนน)	21	39.6
ระดับดีมาก (115 - 140 คะแนน)	32	60.4

ตารางที่ 7 เมื่อจำแนกการดำรงบทบาทมารดาเป็นรายด้าน ได้แก่ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุตร ความสามารถในการแสดงพฤติกรรมความเป็นมารดา และความพึงพอใจในบทบาทมารดาพบว่า

รายด้าน	ค่าเฉลี่ย/ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุตร	4.13 (SD = 0.28)	ดีมาก
ความสามารถในการแสดงพฤติกรรมความเป็นมารดา	4.29 (SD = 0.48)	ดีมาก
ความพึงพอใจในบทบาทมารดา	4.34 (SD = 0.33)	ดีมาก

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดา

การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็น โค้งปกติ จึงใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับการดำรงบทบาทมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.296$, $p\text{-value} < 0.05$) สำหรับความเหนื่อยล้าไม่มีความสัมพันธ์กับการดำรงบทบาทมารดา ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดาของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 53$)

ตัวแปร	1	2	3
1. ความเครียด	1.00	.346**	-.296*
2. ความเหนื่อยล้า	.346**	1	-.146
3. การดำรงบทบาทมารดา	-.296*	-.146	1.00

** P-value < 0.01 level (1-tailed)

* P-value < 0.05 level (1-tailed)

4.2 การอภิปรายผล

ส่วนที่ 5 การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

5.1 ระดับความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดา

5.1.1 ระดับความเครียด

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 69.8 โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดเท่ากับ 19.41 (S.D = 2.97) ซึ่งความเครียดระดับต่ำจะเป็นผลดีต่อบุคคล เป็นระดับที่ทำให้บุคคลมีแรงจูงใจ กระตือรือร้นทำให้สามารถเผชิญปัญหาต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาได้ดี (Lazarus & Folkman, 1984)

ในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 30 -34 เป็นช่วงวัยผู้ใหญ่ซึ่งมีคุณภาพมากกว่า มารดาอายุน้อย ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการแก้ปัญหา มารดาที่มีอายุมากขึ้นจะมีความเข้มแข็ง ทางด้านจิตใจ ทนต่อการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ต่าง ๆ มีความเป็นผู้ใหญ่มากขึ้น จึงสามารถ จัดการสิ่งต่าง ๆ ได้ดีขึ้นตามประสบการณ์ สามารถปรับตัวได้ดี และมีความพร้อมต่อ การเป็นมารดา มากกว่ามารดาอายุน้อย (รัตนา แทนไธสง, 2560; Mercer, 2004) จึงอาจส่งผลให้มารดา มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ รวมถึงกลุ่มตัวอย่างสำเร็จการศึกษาในระดับอนุปริญญาและปริญญาตรี ถึงร้อยละ 52.9 ซึ่ง โดยระดับการศึกษา เป็นสิ่งที่ช่วยทำให้บุคคลมีการพัฒนาทางสติปัญญา และมีความสามารถในการเรียนรู้ และการปรับตัว (Mercer, 2004) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี รายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาทถึงร้อยละ 47.2 มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเหลือ เก็บ แต่ไม่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ซึ่งจากการศึกษาของเมอร์เซอร์ (Mercer, 1981, 2004) พบว่า ครอบครัวที่มีรายได้เพียงพอมารดาจะมีความเครียดต่ำ ซึ่งรายได้ของครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์ ของบุคคล มารดาที่มีรายได้ดีย่อมสามารถตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในชีวิตได้ดี รวมถึงกลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไปถึงร้อยละ 60.3 และมีจำนวนบุตรที่มีชีวิตตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ร้อยละ 58.5 นั้นหมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีการสั่งสมประสบการณ์ของการเป็นมารดา ซึ่งประสบการณ์การดูแลทารก ทำให้มารดามีโอกาสในการเรียนรู้ และคุ้นเคยต่อ การดูแลทารกมา ก่อน ในขณะที่มารดาที่ขาดประสบการณ์จะมีความวิตกกังวล และไม่แน่ใจต่อบทบาทการเป็นมารดา ของตน และไม่สามารถคาดเดาการตอบสนองและความต้องการของบุตรได้ รวมถึงทารกแรกเกิดไม่มี ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย และมารดาหลังคลอดได้รับการดูแลจากพยาบาลผดุงครรภ์และ ครอบครัว ทำให้มารดาหลังคลอดได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งอาจช่วยให้กลุ่มตัวอย่าง มีความเครียดในระดับต่ำ

5.1.2 ระดับความเหนื่อยล้า

กลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยล้าในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 84.9 และมีค่าเฉลี่ยของ คะแนนความเหนื่อยล้าเท่ากับ 47.52 (S.D = 8.74) ซึ่งความเหนื่อยล้า เป็นความรู้สึกสูญเสียพลังงาน ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Piper, 1993) มักเกิดจากความไม่สมดุลของพลังงานที่ได้รับ กับพลังงานที่ใช้ไปหรือเผชิญภาวะเครียดเป็นเวลานาน (Pugh & Milligan, 1993) ในการศึกษาครั้งนี้ อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้สูญเสียพลังงานจากการเผชิญกับความปวดขณะคลอด หรือ วิธีการรักษาที่ยาวนานซึ่งการสูญเสียพลังงานและความปวดเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเหนื่อยล้า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่มีการหดรัดตัวของมดลูกก่อนคลอดถึงร้อยละ 88.7 กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลา การนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลก่อนยุติการตั้งครรภ์เป็นระยะเวลาไม่นาน รวมถึง กลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง (spinal block: SB) ถึงร้อยละ 85.7 ซึ่งการเจ็บแผลจะน้อยกว่าวิธีการระงับความรู้สึกด้วยการดมยา (general anesthesia: GA) เนื่องจากการระงับความรู้สึกด้วย SB ยายังมีฤทธิ์อยู่ 4 – 6 ชั่วโมงหลังผ่าตัด การเจ็บแผลหลังคลอดจึงน้อยในช่วงแรกหลังผ่าตัดคลอด(อรสา เหมะจันทร์, 2560) ดังนั้น เมื่อหลังคลอดจึงฟื้นตัวจากความเหนื่อยล้าได้เร็ว และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด มากกว่า 33 volume% ถึงร้อยละ 88.7 และมีการสูญเสียเลือดจากการคลอดประมาณ 301-500 มิลลิลิตร ร้อยละ 58.5 จึงไม่มีภาวะช็อค และร่างกายได้รับออกซิเจน และสารอาหารเพียงพอทำให้สามารถฟื้นตัวได้เร็ว และมีความเหนื่อยล้าลดลง รวมถึงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนการตั้งครรภ์ ร่างกายจึงสามารถฟื้นตัวได้เร็ว

รวมถึงในระยะเวลาหลังคลอด 48 -72 ชั่วโมง ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มารดาหลังคลอดได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาลผดุงครรภ์ และเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ เช่น การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การดูแลทารกแรกเกิด ซึ่งส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้พักผ่อน และความเครียดลดลง ระดับความเหนื่อยล้าจึงยังไม่มาก เนื่องจากยังไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ของการเป็นมารดาได้อย่างเต็มที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี ศรีสุยง (2556) เกี่ยวกับความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าของมารดาครรภ์แรกทีคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ในระยะ 24 และ 48 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่า มารดาครรภ์แรกทีคลอดปกติมีความเหนื่อยล้าในระดับเล็กน้อยทั้ง 2 ระยะ และมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง ทั้ง 2 ระยะ ซึ่งความเหนื่อยล้าจะเพิ่มมากขึ้นใน 10 วันหลังคลอด (Henderson et al., 2019) เนื่องจากได้ปฏิบัติบทบาทอย่างเต็มที่ และการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้มากขึ้น (Lai et al., 2015) ซึ่งการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว พยาบาลผดุงครรภ์ และเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่ช่วยลดความเหนื่อยล้าในมารดาหลังคลอดได้ (Taylor & Johnson, 2013) กอปรกับผลการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในระดับต่ำ ส่งผลให้ร่างกายใช้พลังงานและออกซิเจนน้อยจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยล้าในระดับต่ำเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนา แทนไรสง (2560) พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเหนื่อยล้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.68, p < .001$)

5.1.3 ระดับการดำรงบทบาทมารดา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการดำรงบทบาทมารดาหลังคลอดอยู่ในระดับดี และดีมาก ถึงร้อยละ 39.6 และ 60.4 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการดำรงบทบาทมารดาเท่ากับ 118.66 (SD = 8.39) และเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า การดำรงบทบาทด้านความพึงพอใจในบทบาท

มารดา มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (4.34, SD = 0.33) และด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุตร มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (4.13, SD = 0.28) โดยการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีช่วงอายุอยู่ระหว่างมากกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี ร้อยละ 58.5 และเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไปถึงร้อยละ 60.3 และมีจำนวนบุตรที่มีชีวิตตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ร้อยละ 58.5 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีทักษะการคิด และการตัดสินใจ และมีความสามารถจัดการสิ่งต่าง ๆ ได้ดีขึ้นตามประสบการณ์และสามารถปรับตัวได้ดี โดยอายุ เป็นปัจจัยบ่งบอกถึงวุฒิภาวะทางด้านอารมณ์ ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมและเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม มีความรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนได้กระทำ และมีผลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา ซึ่งในมารดาวัยรุ่น จะมีความพร้อมด้านร่างกาย และด้านจิตใจน้อยกว่ามารดาผู้ใหญ่ (Mercer, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนา แทนโธสง (2560) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปรับบทบาทการเป็นมารดา ในมารดาหลังคลอดอายุมาก พบว่า มารดาหลังคลอดอายุมากมีความสามารถในการปรับบทบาทการเป็นมารดาได้ดี และการศึกษาของ Sanli and Oncel (2014) พบว่า มารดาที่มีอายุมากจะมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในระยะหลังคลอดสูงกว่ามารดาที่มีอายุน้อย

นอกจากนี้ ในการศึกษาครั้งนี้ มารดาและทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนระยะหลังคลอด จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อความสามารถของตนเองว่าสามารถดำรงบทบาทมารดาได้ดี รวมถึงการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว พยาบาลผดุงครรภ์ และเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพทำให้ความเครียด และความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดสามารถดำรงบทบาทมารดาได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชฎากรณ์ ธรรมรัตน์ (2559) พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .464, p < .001$) การศึกษาของ รัตนา แทนโธสง (2560) พบว่า การปรับตัวต่อบทบาทมารดา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดและความเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า มารดาที่สามารถปรับตัวต่อบทบาทมารดาได้ดี จะมีความเครียด และความเหนื่อยล้าต่ำ ($r = -.72, p < .001, r = -.53, p < .001$ ตามลำดับ) และการศึกษาของ กรณ์ศิริ หนูนทรัพย์, ฉวี เบาตรง และนันทพร แสนศิริพันธ์ (2562) พบว่า ความเครียด และความเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในระยะหลังคลอดของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.232, p < .05, r = -.216, p < .05$ ตามลำดับ) ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ เคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตรมาก่อน รวมถึงมารดาและทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว พยาบาลผดุงครรภ์ และเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ มีความเครียด และความเหนื่อยล้าในระดับต่ำ จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการดำรงบทบาทมารดาในระดับดีและดีมาก

5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการดำรงบทบาทมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.296, p\text{-value} < 0.05$) และพบว่าความเหนื่อยล้าไม่มีความสัมพันธ์กับการดำรงบทบาทมารดา สามารถอภิปรายได้ดังนี้

5.2.1 ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการดำรงบทบาทมารดา

ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการดำรงบทบาทมารดาในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.296, p < .05$) แสดงว่า มารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงที่มีความเครียดต่ำจะมีการดำรงบทบาทมารดาได้ดี ความเครียดระดับต่ำจะเป็นผลดีต่อบุคคลเป็นระดับที่ทำให้บุคคลมีแรงจูงใจ กระตือรือร้นทำให้สามารถเผชิญปัญหาต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาได้ดี (Lazarus & Folkman, 1984) สอดคล้องกับการศึกษาของ กรณ์ศิริ หนูทรัพย์ และคณะ (2562) พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในระยะหลังคลอดของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.232, p < .05$) และการศึกษาของรัตนา แทนโรสง (2560) พบว่าการปรับตัวต่อบทบาทมารดาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.72, p < .001$) การศึกษาของ สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล สุภาพัทธร์ หาญกล้า อัญชลี อ้วนแก้ว วรนุช ไชยวาน และนนุช บุญมาลา (2566) ศึกษาในมารดา 48 -72 ชั่วโมงหลังคลอด ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ความเครียดและการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอดมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ ปิยรัตน์ สมันตรัฐ และคณะ (2567) พบว่า ความเครียดระหว่างและหลังตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา ($r = -.23, p < .05$)

5.2.2 ความเหนื่อยล้าไม่มีความสัมพันธ์กับการดำรงบทบาทมารดา

อภิปรายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยล้าในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 86.8 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าเท่ากับ 47.52 (S.D = 8.74) ซึ่งอาจด้วยมารดาหลังคลอดทั้งหมดไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น ภาวะตกเลือด ส่วนใหญ่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ร้อยละ 85.7 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด มากกว่า 33 volume%

ถึงร้อยละ 88.7 ร่างกายจึงได้รับออกซิเจน และสารอาหารเพียงพอทำให้มีความเหนื่อยล้าลดลง และร่างกายสามารถฟื้นตัวได้เร็ว นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี ถึงร้อยละ 58.5 ซึ่งเป็นช่วงวัยผู้ใหญ่มีวุฒิภาวะและความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้น รวมถึงเป็นการคลอดครั้งที่ 2 ขึ้นไป ถึงร้อยละ 60.3 จึงมีประสบการณ์ในการเป็นมารดา ส่งผลให้ความสามารถในการปรับตัว และฟื้นตัวได้เร็วขึ้น ความเหนื่อยล้าจึงลดลง รวมถึงในระยะเวลาที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มารดาหลังคลอดได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว พยาบาลผดุงครรภ์ และเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้พักผ่อน ระดับความเหนื่อยล้าจึงต่ำ (Taylor & Johnson, 2013) และการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในระยะ 48 - 72 ชั่วโมงก่อนจำหน่ายมารดาหลังคลอดออกจากโรงพยาบาลเท่านั้น มารดาหลังคลอดอาจรับรู้ความสามารถในการปรับตัวต่อบทบาทมารดาในระดับสูงเพราะยังไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ของการเป็นมารดาอย่างเต็มที่ ซึ่งการศึกษาของ Henderson และคณะ (2019) พบว่า ความเหนื่อยล้าจะเพิ่มมากขึ้นใน 10 วันหลังคลอด และจะลดลงในระยะ 1 และ 3 เดือนตามลำดับ ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาความเหนื่อยล้ากับการดำรงบทบาทมารดาในระยะยาวต่อไป ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาที่มารดาหลังคลอดได้กระทำบทบาทอย่างเต็มที่



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง และได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟตในระยะหลังคลอด 24 ชั่วโมง ที่มานอนพักรักษา ณ แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกันยายน พ.ศ. 2567 จำนวน 53 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดจากเวชระเบียน ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด และทารกแรกเกิด แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเครียดในมารดาหลังคลอด ของรัตนา แทนไธสง (2560) ที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ Wongpakaran & Wongpakaran (2010) แบบประเมินความเหนื่อยล้า (The Modified Fatigue Symptoms Checklist [The MFSC]) ของพิจิว และคณะ (Pugh et al., 1999) แปลเป็นภาษาไทย โดยจรัสศรี ธีระกุลชัย (Theerakulchai, 2004) และแบบประเมินการดำรงบทบาทมารดาหลังคลอด ซึ่งแบบประเมินการดำรงบทบาทมารดาหลังคลอด ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงทางเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และหาความเชื่อมั่นโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินเท่ากับ .85, .92 และ .94 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดจากเวชระเบียน ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด และทารกแรกเกิด แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป คะแนนความเครียด ความเหนื่อยล้า และคะแนนการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation) มีผลการวิจัย ดังนี้

1. มารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด = 19.41 (SD = 2.97)
2. มารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้า = 47.52 (SD = 8.74)

3. มารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง มีการดำรงบทบาทมารดาอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยคะแนนการดำรงบทบาทมารดา = 118.94 (SD = 8.39)
4. ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับการดำรงบทบาทมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.296, p < .05$)
5. ความเหนื่อยล้าไม่มีความสัมพันธ์กับการดำรงบทบาทมารดา

5.2 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาค้างนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ ทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการศึกษาพยาบาล และด้านการวิจัย ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลผดุงครรภ์ควรมีการประเมินความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดาหลังคลอดในระยะแรกของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลในการลดความเครียด และลดความเหนื่อยล้า และเพื่อส่งเสริมการปรับตัวเพื่อดำรงบทบาทมารดาหลังคลอดในระยะแรกให้สำเร็จ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารก

ด้านการศึกษาพยาบาล

สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการเรียนการสอนการผดุงครรภ์ เพื่อให้นิสิต นักศึกษา และพยาบาลผดุงครรภ์เกิดความตระหนักในการค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา และการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงเพื่อลดความเครียด ความเหนื่อยล้า และส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาหลังคลอด

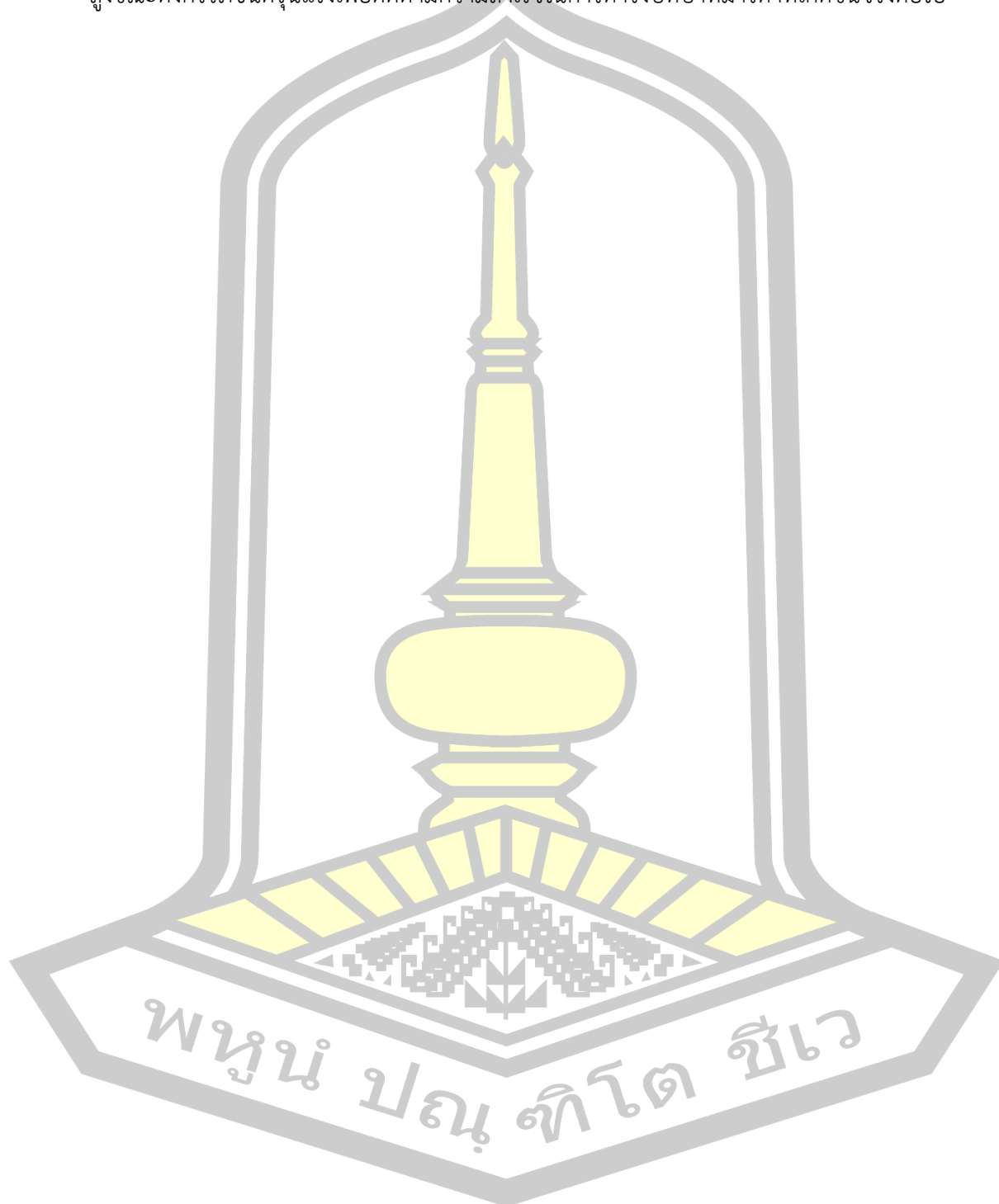
ด้านการวิจัย

นักวิจัยทางการพยาบาลสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ

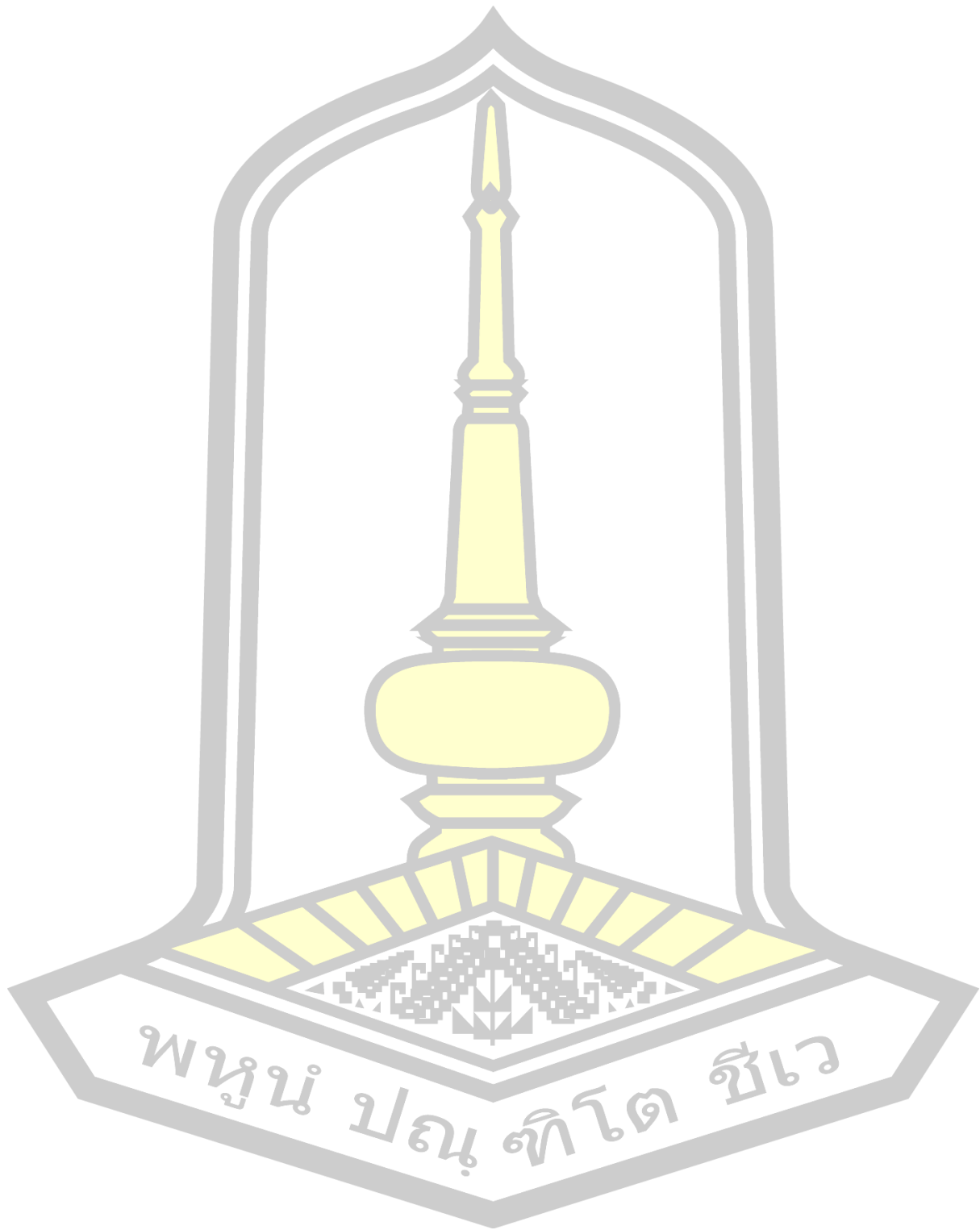
5.3 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเกี่ยวกับการจัดทำโปรแกรมเพื่อลดความเครียด และความเหนื่อยล้าในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ เช่น อายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ระดับความปวด คุณภาพการนอนหลับ และการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาหลังคลอด

2. ควรมีการศึกษาติดตามต่อเนื่องในระยะยาวทั้งระดับความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดา เช่น ในระยะ 1, 2, 4 และ 6 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงเพื่อติดตามความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาที่เกิดขึ้นจริงต่อไป



บรรณานุกรม



กนกวรรณ ฉันทนะมงคล. (2555). การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมรีเวช และศัลยกรรม (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: จามจุรีโปรดักท์.

กรณิศศิริ หมุนทรัพย์, ฉวี เบาทรวง และนันทพร แสนศิริพันธ์ (2562). ความเครียด ความอ่อนล้า และความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่หลังคลอดของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด. *พยาบาลสาร*, 46(1), 31-41.

กนิษฐา แก้วดู, ฉวี เบาทรวง และนันทพร แสนศิริพันธ์ (2562). ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในระยะหลังคลอดของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. *พยาบาลสาร*, 46(2), 1-12.

กัญญาณัฐ สิทธิภา. (2558). *ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในระยะหลังคลอดของผู้เป็นมารดาครั้งแรก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กัญญาพัชญ์ จาอ้าย, อมรเลิศ พันธุ์วัตร และประไพศรี กาบมาลา (2563). ปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้าของมารดาหลังผ่าตัดคลอดในเขตภาคเหนือ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 21(41), 8-19.

จรัสศรี ธีระกุลชัย ชุตินา โฆวัฒน์กุล ศิวพร สังวาล และสุวรรณี ว่างานต์. (2543). ความเหนื่อยล้าของมารดาในระยะหลังคลอด. *วารสารวิจัยทางการพยาบาล*, 4(1), 78-90.

จรัสศรี ธีระกุลชัย. (2547). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าและการจัดการกับความเหนื่อยล้าในสตรีไทยหลังคลอด. *วารสารวิจัยทางการพยาบาล*, 8(3), 23-34.

จิตณัฐรา สุทธิจ้านงค์, ศศิกานต์ กาละ และสุรีย์พร กฤษเจริญ (2559). ความต้องการการพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์ภาวะความดันโลหิตสูงขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อก้าวข้ามภาวะวิกฤต. *ว.พยาบาลสงขลานครินทร์*, 36, 132-142.

จิรวรรณ คล้ายวิเศษ. (2565). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นของสตรีตั้งครรภ์จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารพยาบาลทหารบก*.

จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล. (2567). การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*.

เทอดศักดิ์ เดชคง. (2541). *วิถีแห่งการคลายเครียด*. มติชนฯ: กรุงเทพมหานคร.

ฉวี เบาทรวง. (2561). *การพยาบาลสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์*. ในนันทพร แสนศิริพันธ์ และฉวี เบาทรวง (บ.ก.), *การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน (พิมพ์ครั้งที่ 2)* (น.35-60). เชียงใหม่: บริษัท สมาร์ทโคตติ้ง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทรสุข, และศุภกรใจ เจริญสุข. (2556). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.

ชนิดาภา เนียมปัสชา, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, และสุพรรณิ อึ้งปัญญาตวงค์. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการคลอดความเจ็บปวดในระยะคลอดและความเหนื่อยล้าหลังคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(4), 56-64.

- ณัญญา อ่อนผิว. (2560). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการเหนื่อยล้าของผู้เป็นบิดาในระยะหลังบุตรเกิด*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงกมล ปิ่นเฉลียว. (2552) การพยาบาลมารดาที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องการคลอดโดยใช้เข็มและเครื่องสูญญากาศ. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ดารารวรรณ กำเสียงใส. (2539) ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ.
- ดาวรินทร์ พรสวัสดิ์. (2553). การสนับสนุนจากสามี การสนับสนุนจากครอบครัวและปัจจัยส่วนบุคคลบางประการที่มีอิทธิพลต่อการดำรงบทบาทมารดาวัยรุ่น. มหาวิทยาลัยบูรพา, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว.
- ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์. (2558). *พยาธิสรีรวิทยาของโรคพิษแห่งครรภ์*. ใน ประสงค์ ตันมหาสมุทร และคณะ (บรรณาธิการ), *สูตินรีเวชทันยุค* (หน้า 87-98). คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ:บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.
- ดวงสิทธิ์ วัฒนกันนารา และชาญชัย วันทนาศิริ. (2553). *ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์*. ใน ถวัลย์วงศ์รัตน์ศิริ, จุติมา สุนทรสังข์ และสมศักดิ์ สุทัศน์วรุฒิ (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์ฉุกเฉิน* (หน้า 76-89). ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ : บริษัทพิมพ์ดี จำกัด.
- นันทพร แสนศิริพันธ์ และ ฉวี เบาทรวง. (2560). การพยาบาลและการผดุงครรภ์ : สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน. เชียงใหม่:โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เนียรนิภา บุญอ้วน. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 15(2), 78-84.
- ปิยนุช บุญเพิ่ม. (2557). *การพยาบาลมารดาที่มีภาวะผิดปกติในระยะหลังคลอด*. ขอนแก่น: ฝ่ายวิชาการและเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักนวัตกรรมการเรียนการสอน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี. (2562). *การพยาบาลสตรีในระยะหลังคลอด*. ใน ปิยนุช ชูโต (บรรณาธิการ), *การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีในระยะคลอดและหลังคลอด* (หน้า 181-191). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่: บริษัท สมาร์ทโคตรตั้งแอนด์เซอร์วิส จำกัด.
- พรพรรณ พุ่มประยูร,กรรณิการ์ กันธะรักษา และบังอรศุภวิฑิต พัฒนา. (2559) ผลของการเตรียมสตรีครรภ์แรกต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา. *พยาบาลสาร*, 43(4), 33-43.
- พรณพีไล ศรีอาภรณ์. (2560). การพยาบาลสตรีที่มีความผิดปกติด้านจิตใจในระยะหลังคลอด. ใน นันทพร แสนศิริพันธ์ และฉวี เบาทรวง (บรรณาธิการ). *การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน* (หน้า 347-358). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ (2560). แนวคิดและการพยาบาลมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อน ปรับปรุงใหม่. กรุงเทพฯ: โครงการตำราวิทยาลัยเซนต์หลุยส์.

- มลิวลัย รัตยา ,เบญจวรรณ ละหุการ และจิราพร คงเมือง. (2565). ความเครียดและการจัดการ ความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. *วารสารสังคมศาสตร์ และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 7(4), 345-360.
- เมธา ทรงธรรมวัฒน์ และศรีสุดา ทรงธรรมวัฒน์. (2562). *การดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ Management of Preeclampsia*. ในประนอม บุพศิริ, นราทัศน์พล ลิขิตดี และศรีนารี แก้ว ฤดี (บ.ก.), *สูตินรีเวชทันยุค 2562* (น.18-26). ขอนแก่น: หจก.ขอนแก่นการพิมพ์.
- ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2563). แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรี แพทย์ แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์. กรุงเทพฯ: บริษัทพี.เอ.ลีฟ วิ่ง จำกัด
- ราตรี คงเจริญ. (2553). ปัจจัยด้านการเป็นมารดาจากการแสดงบทบาทมารดาของวัยรุ่นหลังคลอดที่ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน*.
- รัชดา วงษ์นิพนธ์. (2552). *ความเหนื่อยล้าในมารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอด*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล มารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตนา แทนไธสง และสมพร วัฒนกุลเกียรติ. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวต่อบทบาท มารดา การรบกวนการนอนหลับ การสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยล้ากับความเครียด ใน มารดาหลังคลอดอายุมาก. *วารสารพยาบาล ศาสตร์และสุขภาพ*, 40(3), 12-23.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2564). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง)*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บริษัทกีวี วิชั่น จำกัด
- สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, สุภาพักตร์ หาญกล้า, อัญชลี อ้วนแก้ว, กิ่งแก้ว สิทธิ และธรรมวรรณ บุรณ สรรค์, (2565). ภาวะซึมเศร้าและการปรับตัวของมารดาหลังผ่าตัดคลอดและมารดาหลัง คลอดปกติ. *วารสารการแพทย์อุตรธานี* 30(2), 216-224.
- สุกัญญา ไชยราช. (2562). *ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ Hypertensive Disorders in Pregnancy*. ในประนอม บุพศิริ, นราทัศน์พล ลิขิตดี และศรีนารี แก้วฤดี (บ.ก.), *สูตินรีเวชทัน ยุค 2562* (น.18-26). ขอนแก่น: หจก.ขอนแก่นการพิมพ์.
- ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี. (2562). *การพยาบาลสตรีในระยะหลังคลอด*. ใน ปิยะนุช ชูโต (บรรณาธิการ), *การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีในระยะคลอดและหลังคลอด* (หน้า 181-191). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่: บริษัท สมาร์ทโคตรตั้ง แอนด์เซอร์วิส จำกัด.
- ปิยรัตน์ สมันตรัฐ, รัชดา พ่วงประสงค์, นพธิบ จำปาเทศ, อรอนงค์ บัวลา และอรษา ศิริ (2567). ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาวัยรุ่นภาค ตะวันออก. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 42(1), 69-83

- วารภรณ์ คงสุวรรณ และสิริวรรณ คงทอง. (2556). ประสบการณ์ภาวะเครียดของคู่สมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและตาย. บทความวิจัยเสนอในการประชุมหาตใหญ่ วิชาการครั้งที่ 4 เรื่อง การวิจัยเพื่อพัฒนาสังคมไทย, สงขลา. (หน้า 51-59).
- ศิริรัตน์ อินทรเกษม, พยอม สิ้นธุศิริ, ตารุณีย์ สวัสดิ์โชติดี, ตัชนี สุวรรณคม, จรินทร์ โคตรพรหม และวรรณุช ไชยวาน. (2562). แนวทางการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทการเป็นมารดาวัยรุ่น: กรณีศึกษาจังหวัดนครพนม. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 20(1), 128-137.
- ศรีสมร ภูมณสกุล, อรพรรณ สมบูรณ์ทรัพย์ และอุษา ศิริวัฒน์โชค. (2547). การพัฒนาแบบวัดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา: ฉบับปรับปรุงและคุณสมบัติด้านการวัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 22(1), 28-38.
- สตรีรัตน์ ธาดากานต์, ทศนีย์ พฤกษาชีวะ และอดิเทพ เชาววิศิษฐ์. (2553). การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและของทารกในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนร่วมกับเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง. *วารสารจิตพยาบาลสาร*, 16(2), 185-199.
- สมควร วรรณมณี. (2548). *ความไม่สบายของผู้ป่วยจากการได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าที่โรงพยาบาลสวนปรุง*. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สรารุณี ศิวโมกษธรรม และสิทธิชัย คำไสย (2567). ภาวะความดันโลหิตสูง Hypertensive Disorders in Pregnancy. ใน *วิทยา ศรีดามา, ยงเกษม วรเศรษฐการกิจ และปวีตน์ พันแสน (บรรณาธิการ), ปัญหาทางอายุรศาสตร์ในสตรีตั้งครรภ์ Medical problems in pregnancy* (หน้า 279 -303). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวช*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สิริวรรณ คงทอง. (2556). *ประสบการณ์ภาวะเครียดของคู่สมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต*.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2565). รายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. กองอนามัยมารดาและทารก กรมอนามัย.
- อภิรัช อินทรางกูร ณ อยุธยา. (2554). *ความรู้เบื้องต้นการพยาบาลผดุงครรภ์เล่ม 2, ระยะคลอดและหลังคลอด*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรทัย ใจกว้าง. (2554). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดความไม่สบายจากผลข้างเคียงของแมกนีเซียมซัลเฟตในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง โรงพยาบาลอุดรธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรุณี ศรีสุยง. (2557). ความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าของมารดาครรภ์แรกที่คลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 11(2), 98-106.

- อิชฐาน แต่แดงเพชร, นิลุบล รุจิรประเสริฐ, และวิชุดา ไชยศิยามงคล. (2555). ผลของวิธีเบ่งคลอด ต่อผลลัพธ์การคลอดและความเหนื่อยล้าในระยะหลังคลอดของมารดาที่คลอด ครั้งแรก. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(1), 22-31.
- Abalos E, Cuesta C, Grosso AL, Chou D, & Say L. (2013). Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: a systematic review. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 170(1).
- Ahmadpour, P., Jahanfar, S., Hamed Bieyabanie, M., & Mirghafourvand, M. (2022). Predictors of maternal role adaptation in Iranian women: a cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*, 22(1), 367.
- American College of Obstetricians and Gynecologists: ACOG. (2020). Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. *Obstetrics & Gynecology*, 135(6), 237-260.
- Andersson, M.E., Rubertsson, C., & Hansson, S.R. (2021) The experience of provided information and care during pregnancy and postpartum when diagnosed with preeclampsia: A qualitative study. *European Journal of Midwifery*, 5(37).
- Barton, J. R., & Sibai, B. M. (2008). Prediction and prevention of recurrent preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology*, 112(2), 359-372.
- Bartsch E, Medcalf K. E., Park A.L., & Ray J.G. (2016). High Risk of Pre-eclampsia Identification Group. Clinical risk factors for pre-eclampsia determined in early pregnancy: systematic review and meta-analysis of large cohort studies. *BMJ (Clinical research ed.)* 353.
- Behrenz, K.M., Monga M. (1999). Fatigue and Pregnancy: A comparative study. *American Journal of Perinatology*, 16, 185-188.
- Blackburn, S. T. (2013). Maternal, fetal, and neonatal physiology: A clinical perspective (4th ed.). St. Louis: Saunders.
- Best, John. W. (1997) *Research in Education*. (3rd ed). Englewood cliffs: N.J.: Prentice-Hall Inc.
- Black, K. D., (2007). Stress, symptoms, self-monitoring confidence, well-being, and social support in the progression of preeclampsia/gestational hypertension. *Journal of Obstetric Gynecologic Neonatal Nursing*, 36(5), 419-29
- Bobak, I.M., Lowdermilk, D.L., & Jensen, M.D. (1995). *Maternity nursing*. 4th ed. St. Louis: C.V. Mosby.
- Chuntharapat, S. The effects of using a yoga program during pregnancy on maternal comfort, labor pain, and birth outcomes. (2007). Doctorate's thesis in Nursing (International Program). Songkla: Prince of Songkla University.

- Cooklin, A. R., Giallo, R., & Rose, N. (2012). Parental fatigue and parenting practices during early childhood: An Australian community survey. *Child: care, health and development*, 38(5), 654-664.
- Coppage, K. H., & Polzin, W. J. (2002). Severe preeclampsia and delivery outcomes: is immediate cesarean delivery beneficial?. *American journal of obstetrics and gynecology*, 186(5), 921-923.
- Corwin, D. L., & Lesch, S. M. (2005). Apparent soil electrical conductivity measurements in agriculture. *Computers and electronics in agriculture*, 46(1-3), 11-43.
- Croke, L. M. (2019). Managing Chronic Hypertension in Pregnant Women: ACOG Releases Updated Practice Bulletin. *American Family Physician*, 100(12), 782-783.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2018). *Williams obstetrics (25th ed.)*. New York: McGraw- Hill
- Dunning, M. J., & Giallo, R. (2012). Fatigue, parenting stress, self-efficacy and satisfaction in mothers of infants and young children. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(2), 145-159.
- Duley, L., Gülmezoglu, A.M., Henderson-Smart, D.J., & Chou, D. (2010). Magnesium sulphate and other anticonvulsants for women with pre-eclampsia. *The Cochrane Database Systematic Reviews*, 2010(11).
- Elochukwu, E.J., & Oluchi, E.T. (2023). Maternal role attainment in peuperal stage and midwives' role for positive adaptation by the mother. *Global Academic Journal of Medical Sciences*. 5(1), 45-50.
- Fairbrother, N., Hutton, E. K., Stoll, K., & Hall, W. A. (2008). Psychometric evaluation of the Multidimensional Assessment of Fatigue Scale for use with pregnant and postpartum women. *Psychological Assessment*, 20(2), 150-158.
- Fink, G. (2016). *Chapter 1 - Stress, Definitions, Mechanisms, and Effects Outlined: Lessons from Anxiety*, In Fink, G. (Ed.), *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*, (pp. 3-11). Academic Press.
- Iwata, H., Mori, E., Tsuchiya, M., Sakajo, A., Maehara, K., Ozawa, H., ... & Tamakoshi, K. (2015). Predicting early post-partum depressive symptoms among older primiparous J apanese mothers. *Japan Journal of Nursing Science*, 12(4), 297-308.

- Giurgescu, C., Penckofer, S., Maurer, M. C., & Bryant, F. B. (2006). Impact of uncertainty, social support, and prenatal coping on the psychological well-being of high-risk pregnant women. *Nursing research*, 55(5), 356-365.
- Gudata, T.A & Regassa, T.M (2019). Pregnancy Induced Hypertension and Associated Factors among Women Attending Delivery Service at Mizan-Tepi University Teaching Hospital, Tepi General Hospital and Gebretsadik Shawo Hospital, Southwest, Ethiopia. *Journal of Health Sciences*, 29(1), 831-840.
- Hauspurg, A., & Jeyabalan, A. (2022). Postpartum preeclampsia or eclampsia: defining its place and management among the hypertensive disorders of pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 226(2), 1211-1221.
- Henderson, J., Alderdice, F., & Redshaw, M. (2019). Factors associated with maternal postpartum fatigue: An observational study. *BMJ Open*, 9(7).
- Herdman, T. H. (2013). *NANDA International Nursing Diagnoses Definitions and Classification 2012-2014*. Wiley-Blackwell, Oxford.
- Hinkosa, L., Tamene, A., & Gebeyehu, N, (2020) Risk factors associated with hypertensive disorders in pregnancy in Nekemte referral hospital, from July 2015 to June 2017, Ethiopia: case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 20(1).
- Hillner, K. M., Neumann, I. D., & Slattery, D. A. (2012). From stress to postpartum mood and anxiety disorders: how chronic peripartum stress can impair maternal adaptations. *Neuroendocrinology*, 95(1), 22-38.
- Hung, C. H., Lin, C. J., Stocker, J., & Yu, C. Y. (2011). Predictors of postpartum stress. *Journal of Clinical Nursing*, 20(5-6), 666-674.
- Hung, C. H., and Chung, H. H. (2001). The effects of postpartum stress and social support on postpartum women's health status. *Journal of Advanced Nursing*, 36(5), 676-684.
- Kilic, M., Ozorhan, E. Y., Apay, S. E., Çapik, A., Agapinar, S., & Özkan, H. (2015). Comparison of fatigue levels of postpartum women according to the birth method. *International Journal of Caring Sciences*, 8(1), 124-131.
- Lai, Y.L., Hung, C.H., Stocker, J., Chan, T.F., & Liu, Y. (2015). Postpartum fatigue, baby-care activities, and maternal-infant attachment of vaginal and cesarean births following rooming-in. *Applied Nursing Research*, 28, 116-120
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, coping*. New York: Springer.

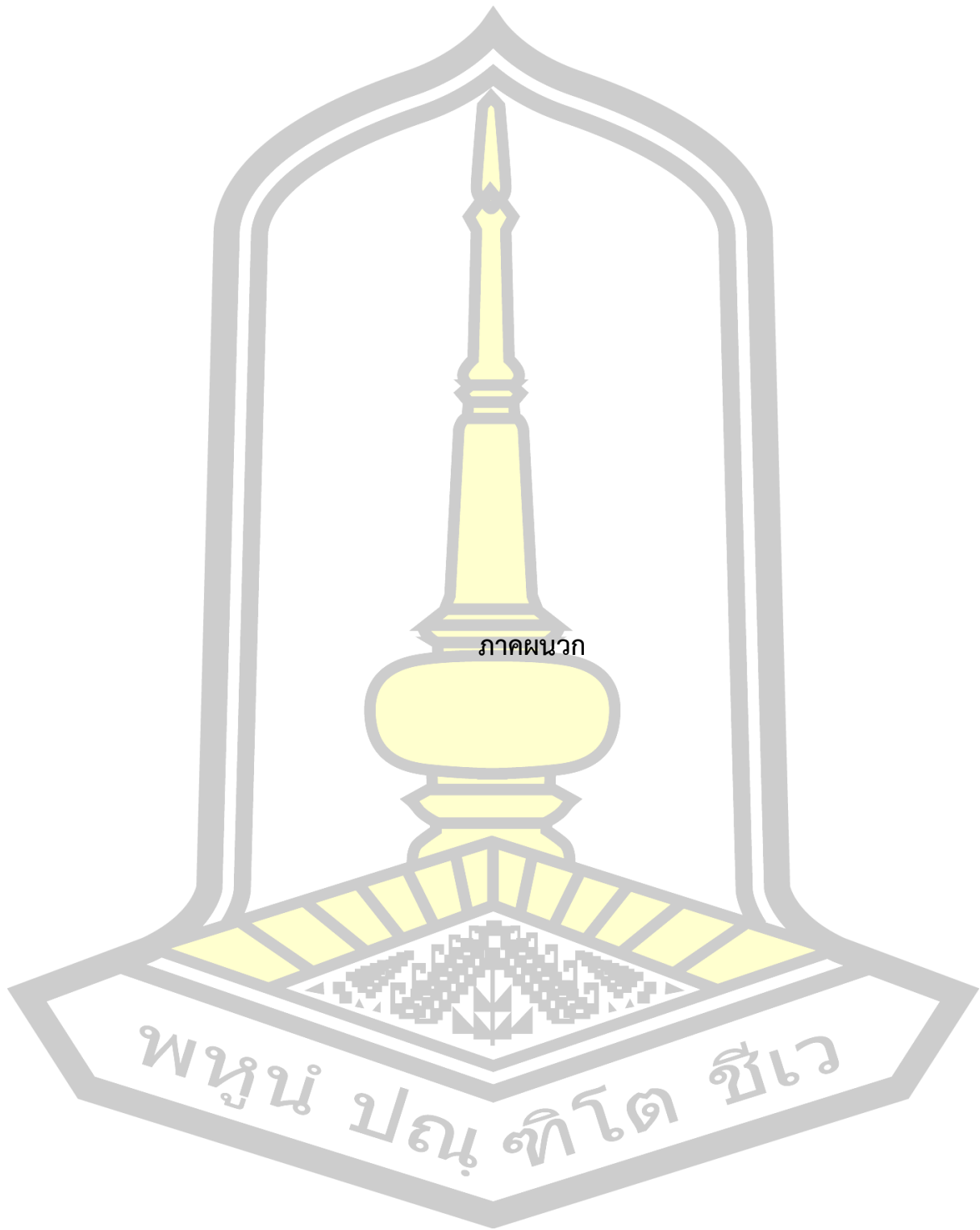
- Lee, K. A. (2001). Sleep and fatigue. *Annual Review of Nursing Research*, 19, 249-273.
- Lee, S. Y., & Lee, K. A. (2007). Early Postpartum Sleep and Fatigue for Mothers After Cesarean Delivery Compared With Vaginal Delivery: An Exploratory Study. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 21(2), 109-113.
- Lobel, M., & DeLuca, R. S. (2007). Psychosocial sequelae of cesarean delivery: review and analysis of their causes and implications. *Social science & medicine*, 64(11), 2272-2284.
- Li-Yin Chien., & Yi-Li Ko, (2004). Fatigue during pregnancy predicts caesarean deliveries. *Journal of Advance Nursing*, 45,487-494.
- Loutzenhiser, L., McAuslan, P., & Sharpe, D., P. (2015) The trajectory of maternal and paternal fatigue and factors associated with fatigue across the transition to parenthood. *Clinical Psychologist*, 19(1).
- Maloni, J. A., Park, S., Anthony, M. K., & Musil, C. M. (2005). Measurement of antepartum depressive symptoms during high-risk pregnancy. *Research in nursing & health*, 28(1), 16-26.
- 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. (1985). The process of maternal role attainment over the first year. *Nursing research*, 34(4), 198-203.
- Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1994). Maternal-infant attachment of experienced and inexperienced mothers during infancy. *Nursing research*, 43(6), 344-351.
- Mercer, R. T. (1995). *Becoming a mother: Research on maternal role identity from Rubin to the present*. New York: Springer publishing.
- McVeigh, C. (1997). *An Australian study of functional status after childbirth*. *Midwifery*, 13(4), 172-178.
- Mori, E., Iwata, H., Sakajo, A., Maehara, K., Ozawa, H., Maekawa, T. et al. (2014). Postpartum experiences of older Japanese primiparas during the first month after childbirth. *International Journal of Nursing Practice*, 20(Suppl. 1), 20-31.
- Murray, I. & Hassall, J. (2014). *Change and adaptation in pregnancy*. In D.M., Fraser, M.A., Cooper (Ed.), *Myler textbook for midwives* (15th ed., pp. 189-225). Philadelphia: Elsevier limited.
- Neeson, J. D. & May, K. A. (1986). *Comprehensive maternity nursing: Nursing process and the childbearing family*. Philadelphia: J.B. Lippincott.

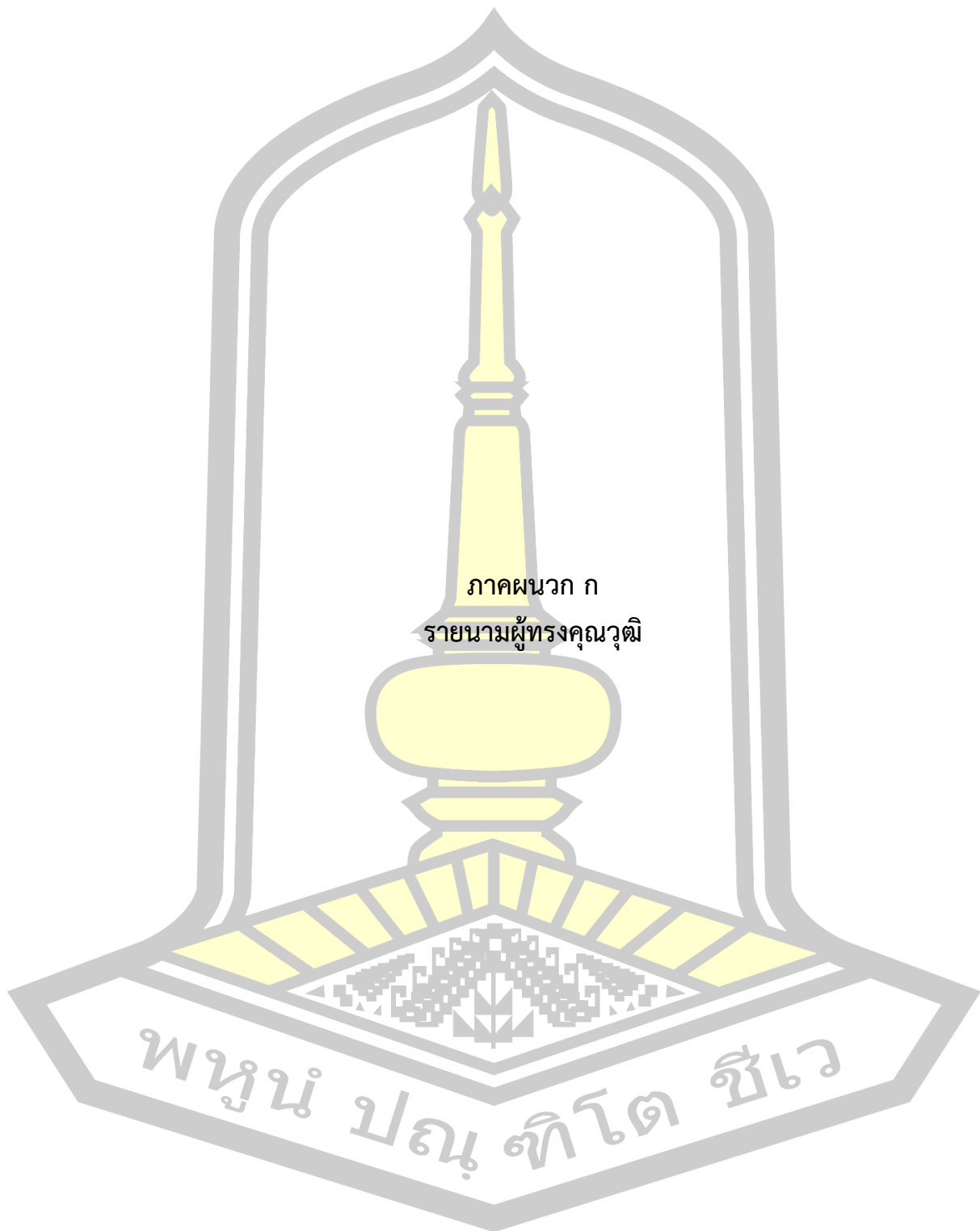
- Ngai, F. W., & Chan, S. W. C. (2012). Stress, maternal role competence, and satisfaction among Chinese women in the perinatal period. *Research in Nursing & Health*, 35(1), 30-39.
- Parks, P. L., Lenz, E. R., Milligan, R. A., & Han, H.R. (1999). What happens when fatigue lingers for 18 months after delivery. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 28(1), 87-93.
- Piper, B. F. (1993). Fatigue. In V.K. Careri, A. M.Lindsoy, & C.M. West (Eds.), *Pathophysiological fatigue phenomena in nursing: Human responses to illness*. (pp. 219-234). Philadelphia: B.Suanders.
- Piper, B.F., Dibble, S.L., Dodd, M.J., Weiss, M.C., Slaughter, R.E. and Paul, S.M. (1998). *The Revised Piper Fatigue Scale: Psychometric Evaluation in Women with Breast Cancer. Oncology Nursing Forum*, 25, 677-684.
- Polit, F.D. and Beck, C.T. (2021) *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 11th Edition, Lippincott Williams & Wilkins.
- Pugh, L.C., & Milligan, R. (1993). A framework for the study of childbearing fatigue. *Advanced Nursing Science*, 15(4), 60-70.
- Qiu, C., Williams, M. A., Calderon-Margalit, R., Cripe, S.M., & Sorensen, T.K. (2009) Preeclampsia Risk in Relation to Maternal Mood and Anxiety Disorders Diagnosed Before or During Early Pregnancy. *American Journal of Hypertension*, 22(4), 397-402.
- Razurel, C., Kaiser, B., Dupuis, M., Antonietti, J. P., Sellenet, C., & Epiney, M. (2014). Validation of the post-delivery perceived stress inventory. *Psychology, health & medicine*, 19(1), 70-82.
- Ream, E., & Richardson, A. (1996). Fatigue: A concept analysis. *International Journal of Nursing Study*, 33(5), 519-529.
- Rhodes, V. A., and Watson, P. M. (1987) Symptom distress the concept: past and present. *Seminars in Oncology Nursing*, 3(4), 242-247.
- Rubin, R. (1967). Attainment of the maternal role: Part I. Processes. *Nursing Research*, 16(3), 237-245.
- Rukleng, S. (2017). Polypharmacy and Blood Pressure Control among Hypertensive Patients in Phatthalung Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(2), 77-93.

- Runquist, J. J. (2007). A depressive symptoms responsiveness model for differentiating fatigue from depression in the postpartum period. *Archives of Women's Mental Health*, 10, 267-275.
- Rychnovsky, J.D. (2007). Postpartum fatigue in the active-duty military woman. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 36(1), 38-46.
- Sanli, Y., & Oncel, S. (2014). Evaluation of functional status of women after their delivery of child factors effecting it. *Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology*, 11, 195-204.
- Selye, H. (1973). The evolution of stress concept. *American Psychological Association*, 7(1), 17- 31.
- Soma, P. P., Nelson, P.C., Tolppanen, H. and Mebazaa, A. (2016) Physiological Changes in Pregnancy. *Cardiovascular Journal of Africa*, 27, 89-94.
- Stekkinger, E., Scholten, R. R., Heidema, W. M, et al. (2015) Recurrent preeclampsia in women with metabolic syndrome and low plasma volume: a retrospective cohort study. *Journal of Obstetric Gynecology*, 22(13), 1773
- Stern C, Trapp EM, Mautner E, Deutsch M, Lang U, Cervar-Zivkovic M. (2014) The impact of severe preeclampsia on maternal quality of life. *Qual Life Res*, 23(3), 1019-1026.
- Taylor, J., & Johnson, M. (2013). The role of anxiety and other factors in predicting postnatal fatigue: From birth to 6 months. *Midwifery*, 29, 526-534.
- Thabet, H.A., Mahmoud dawoud Salwa El, S., Ahmed Elnabawey, M., Rabie kamel Goma, L. (2023). Effect of finger handheld relaxation technique on fatigue and stress among women with preeclampsia. *Egyptian Journal of Health Care*, 14(2), 15 – 25.
- Turner, J. S., & Helms, D. B. (1983). Lifespan development (2nd ed). New York: Holt.
- 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.
- Wu, C. L. & Richman, J.M. (2004). Postoperative pain and quality of recovery. *Current Opinion in Anesthesiology*, 17, 455-60.
- Zhang, J. Z., He. J. (2015) Risk factors of recurrent preeclampsia and its relation to maternal and off spring outcome. *Journal of Zhejiang University (Medical Sciences)*, 44(3), 258-63.

- Yildiz, K. A., Dinc, H., and Yilmaz, T. (2021) The Effect of Episiotomy on The Postpartum Comfort Level: A Case-Control Study. *International Journal of Caring Sciences*, 14(3), 1882-1889.
- Yokote, N. (2008). Women's experiences of labor, surgery and first postnatal week by an emergency cesarean section. *Journal of Japan Academy of Midwifery*, 22(1), 37-47.
- Youssef, G. S. (2019). Hypertension in Pregnancy. *European Society of Cardiology*, 22(17), Retrieved from <https://www.escardio.org/Journals/E-Journal-of-Cardiology-Practice/Volume-17/hypertension-in-pregnancy>.
- Yuriah, S., Kartini, F., & Isnaeni, Y. (2020) Experiences of women with preeclampsia. *International Journal of Health & Medical Sciences*, 5(3), 201-210.

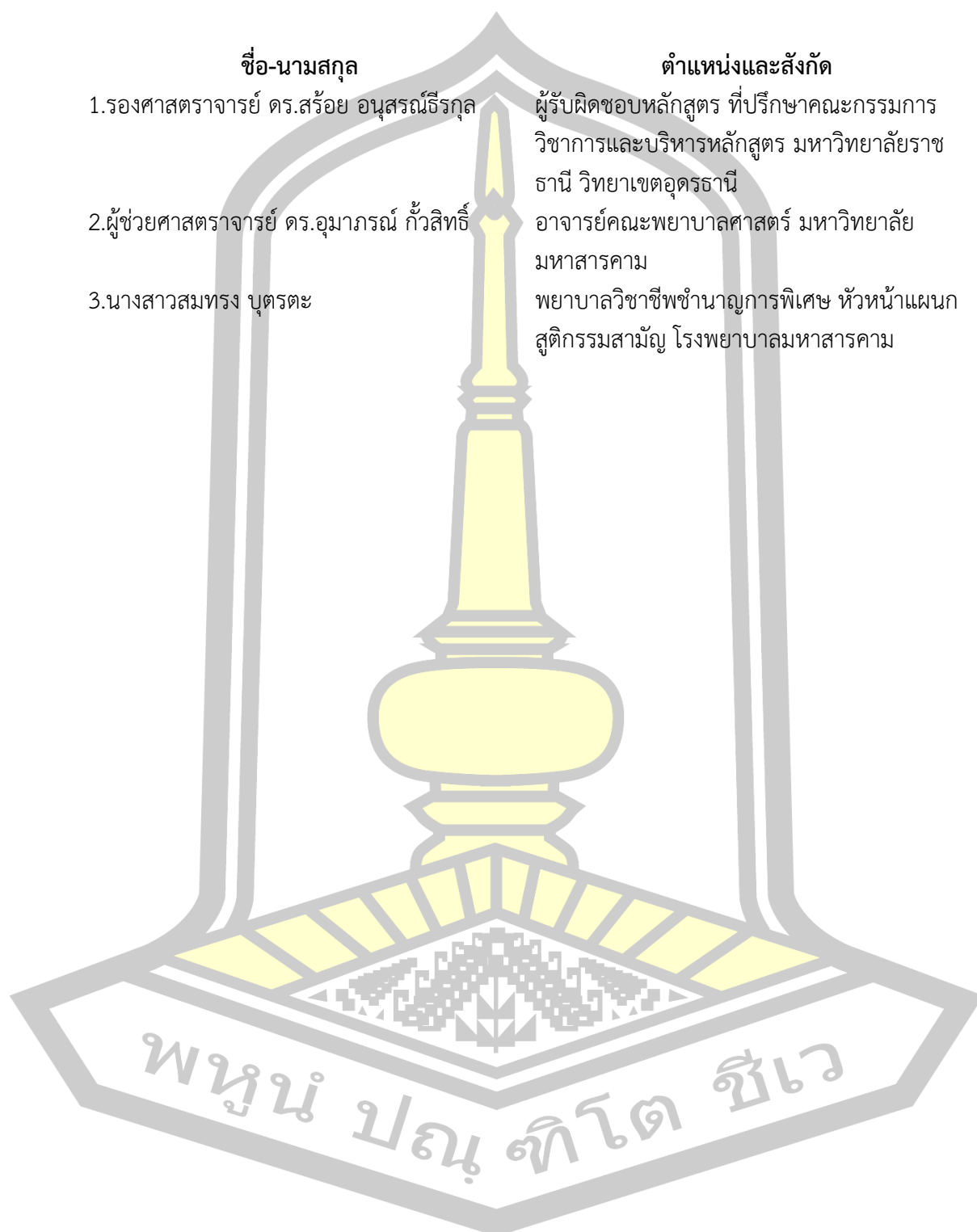






รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งและสังกัด
1.รองศาสตราจารย์ ดร.สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล	ผู้รับผิดชอบหลักสูตร ที่ปรึกษาคณะกรรมการ วิชาการและบริหารหลักสูตร มหาวิทยาลัยราช ธานี วิทยาเขตอุดรธานี
2.ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมาภรณ์ ก้าวสิทธิ์	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาสารคาม
3.นางสาวสมทรง บุตรตะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าแผนก สูติกรรมสามัญ โรงพยาบาลมหาสารคาม



พหุบัณฑิต โท ชีเว



1/1



ที่ อว 0605.11/2129

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

23 พฤศจิกายน 2566

เรื่อง ขอเรียนเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม

สิ่งที่แนบมาด้วย	1. โครงร่างวิจัย	จำนวน 1 ฉบับ
	2. แบบประเมินดัชนีความตรงของเครื่องมือวิจัย (CVI)	จำนวน 1 ฉบับ
	3. ประวัตินักวิจัย	จำนวน 1 ฉบับ

ด้วย นางสาวเพ็ญพิชชา จันทร์สอน นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้า และการปรับตัวต่อบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญมี ภูคำนจิว เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย เพื่อให้การตรวจสอบคุณภาพคุณภาพเครื่องมือวิจัย ซึ่งประกอบด้วย 1. แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดจากเวชระเบียน และข้อมูลทั่วไป และ 2. แบบประเมินการปรับตัวต่อบทบาทมารดา ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย

ในการนี้คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญบุคลากรในสังกัดของท่าน คือ นางสาวสมทรง บุตรตะ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าแผนกสูติกรรมสามัญ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา บัวที)

ประธานกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

รักษาราชการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญมี ภูคำนจิว เบอร์โทรศัพท์ 086 - 8165530

ชื่อนิสิต นางสาวเพ็ญพิชชา จันทร์สอน เบอร์โทรศัพท์ 083 - 4507788 email : Taeten1827@gmail.com

1/1



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร. 2388

ที่ อว 0605.11/9161 วันที่ 29 พฤศจิกายน 2566

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

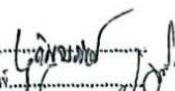


เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมารณ ก้วสิทธิ์

ด้วย นางสาวเพ็ญพิชชา จันทร์สอน นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้า และการปรับตัวต่อบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญมี ภูค่านิ้ว เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย เพื่อให้การตรวจสอบคุณภาพคุณภาพเครื่องมือวิจัย ซึ่งประกอบด้วย 1. แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดจากเวชระเบียน และข้อมูลทั่วไป และ 2. แบบประเมินการปรับตัวต่อบทบาทมารดา ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ดังเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผู้ร่าง 
ผู้พิมพ์ 
ผู้ทาน 



ที่ อว 0605.11/๒1๒๔

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

๒๒ พฤศจิกายน 2566

เรื่อง ขอเรียนเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุตรธานี

สิ่งที่แนบมาด้วย	1. โครร่างวิจัย	จำนวน 1 ฉบับ
	2. แบบประเมินดัชนีความตรงของเครื่องมือวิจัย (CVI)	จำนวน 1 ฉบับ
	3. ประวัตินักวิจัย	จำนวน 1 ฉบับ

ด้วย นางสาวเพ็ญพิชชา จันทร์สอน นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการมดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้า และการปรับตัวต่อบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญมี ภูด่านจิว เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย เพื่อให้การตรวจสอบคุณภาพคุณภาพเครื่องมือวิจัย ซึ่งประกอบด้วย 1. แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดจากเวชระเบียน และข้อมูลทั่วไป และ 2. แบบประเมินการปรับตัวต่อบทบาทมารดา ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย

ในการนี้คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญบุคลากรในสังกัดของท่าน คือ รองศาสตราจารย์ ดร.สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล ผู้รับผิดชอบหลักสูตร ที่ปรึกษาคณะกรรมการวิชาการและบริหารหลักสูตร เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา บัวที)

ประธานกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

รักษาราชการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญมี ภูด่านจิว เบอร์โทรศัพท์ 086 - 8165530

ชื่อนิสิต นางสาวเพ็ญพิชชา จันทร์สอน เบอร์โทรศัพท์ 083 - 4507788 email : Taeten1827@gmail.com

1/1



ที่ อว 660302.1/8

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40002

2 มกราคม 2567

เรื่อง อนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อ้างถึง หนังสือที่ อว 0605.11/2104

ตามหนังสือที่อ้างถึง ซึ่ง นางสาวเพ็ญพิชชา จันทร์สอน นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย ซึ่งเป็นเครื่องมือวิจัยใน วิทยานิพนธ์ของ นางสาวรัตนา แทนไธสง มหาบัณฑิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวต่อบทบาทมารดา การรบกวนการนอนหลับ และการสนับสนุนทางสังคมกับความเหนื่อยล้าและความเครียดในมารดาหลังคลอดอายุมาก ” โดยมี รองศาสตราจารย์ รศ. สมพร วัฒนกุลเกียรติ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ยินดีให้ นางสาวเพ็ญพิชชา จันทร์สอน ใช้เครื่องมือ วิจัยจากวิทยานิพนธ์เรื่องดังกล่าว แต่ทั้งนี้ ต้องมีการอ้างอิงที่มาของเครื่องมือในการวิจัยอย่างถูกต้อง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์วราภรณ์ ภูตะสุน)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

งานบริการวิชาการ
กองบริหารงานบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 0-4320-2420 โทรสาร. 0-4320-2421 Email: graduate@kku.ac.th



ที่ อว ๘๓๙๔(๑).๕.๕/๔๑

สำนักทะเบียนและประมวลผล
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๒๓๙ ถ.ห้วยแก้ว ต.สุเทพ
อ.เมือง จ.เชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๒๓ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง แจ้งผลการอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อ้างถึง หนังสือที่ อว ๐๖๐๕.๑๑/๗๖๖ ลงวันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๖๗

ตามที่ นางสาวเพ็ญพิชชา จันทร์สอน นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ซึ่งเป็นผู้วิจัย เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด
ความเหนื่อยล้า และการปรับตัวต่อบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง”
มีความประสงค์จะขออนุญาตนำเครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ของ อาจารย์จรัสศรี ธีระกุลชัย ไปใช้ในงานวิจัยนั้น

ในการนี้ มหาวิทยาลัยได้พิจารณาอนุญาตให้ นางสาวเพ็ญพิชชา จันทร์สอน ใช้เครื่องมือวิจัย
ของอาจารย์จรัสศรี ธีระกุลชัย เพื่อนำไปประกอบการทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

พฤกษ์

(รองศาสตราจารย์ ดร.พฤกษ์ สกุลช่างสังกะทัย)
ผู้อำนวยการสำนักทะเบียนและประมวลผล



ที่ อว 660302.1/453

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40002

6 กุมภาพันธ์ 2567

เรื่อง อนุญาตดัดแปลงเครื่องมือวิจัย
เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อ้างถึง หนังสือที่ อว 0605.11/2103

ตามหนังสือที่อ้างถึง ซึ่ง นางสาวเพ็ญพิชชา จันทร์สอน นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ขออนุญาตดัดแปลงเครื่องมือวิจัย ซึ่งเป็นเครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ของ นางสาวรัตนา แทนไธสง มหาบัณฑิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวต่อบทบาทมารดา การรบกวนการนอนหลับ และการสนับสนุนทางสังคมกับความเหนื่อยล้าและความเครียดในมารดาหลังคลอดอย่างมาก” โดยมีรองศาสตราจารย์ รศ. สมพร วัฒนกุลเกียรติ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ยินดีให้ นางสาวเพ็ญพิชชา จันทร์สอน ดัดแปลงเครื่องมือวิจัยจากวิทยานิพนธ์เรื่องดังกล่าว แต่ทั้งนี้ ต้องมีการอ้างอิงที่มาของเครื่องมือในการวิจัยอย่างถูกต้อง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์วราภรณ์ ภูตะสุน)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

งานบริการวิชาการ
กองบริหารงานบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 0-4320-2420 โทรสาร. 0-4320-2421 Email: graduate@kku.ac.th

ที่ อว 0605.11/๑๑๗



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม

๑ พฤษภาคม 2567

เลขที่รับ	๐๐๖๖
วันที่	15 พ.ค. 2567
เวลา	๒๐.๑๕

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตพยาบาลระดับปริญญาโทเข้าเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. เครื่องมือวิจัย

จำนวน 1 ฉบับ

ด้วย นางสาวเพ็ญพิชชา จันทรสอน รหัสนิสิต 64010482005 นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้า และการปรับตัวต่อบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญมี ภูตานัจฉ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ หลัก มีความประสงค์จะขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงจำนวน 53 คน โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความเครียดในมารดาหลังคลอด 3) แบบประเมินความเหนื่อยล้าในมารดาหลังคลอด และ 4) แบบประเมินการปรับตัวต่อบทบาทมารดา เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ทั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามเลขที่ 245-005/2567 วันที่ 25 เมษายน 2567 เรียบร้อย

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวเพ็ญพิชชา จันทรสอน เข้าเก็บข้อมูลในหน่วยงานของท่าน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปประกอบในการทำวิทยานิพนธ์ให้มีความเหมาะสมต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม

เพื่อโปรดทราบ

เห็นควรแจ้ง ก. พัทธวรรณพร ม.วิ.ทร.๑

ดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

15 พ.ค. 2567

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตาภา ผูกพันธ์)

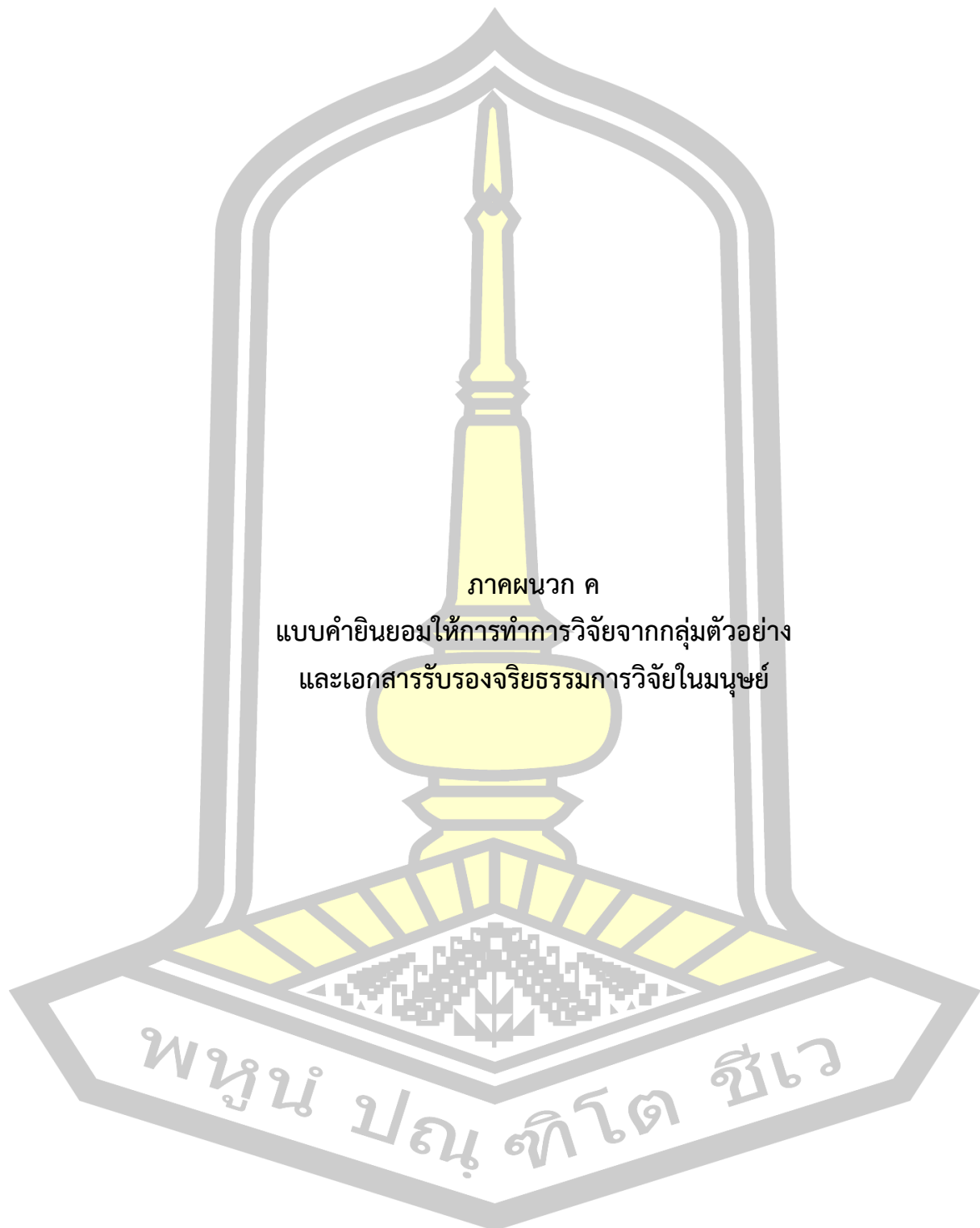
รองคณบดีฝ่ายบริหาร วางแผนและพัฒนางาน
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ปฏิบัติราชการแทน
รักษาการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
โรงพยาบาลมหาสารคาม

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญมี ภูตานัจฉ โทร: 086-8165530

ชื่อนิสิต นางสาวเพ็ญพิชชา จันทรสอน โทร: 083-4507788 email: Taeten1827@gmail.com

15 พ.ค. 2567



แบบยินยอมให้ทำการวิจัยสำหรับอาสาสมัครอายุ 7-18 ปี

ข้าพเจ้า (นาย /นาง /นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....
 ปี เกี่ยวข้องเป็นบิดา/มารดา/ผู้ปกครองของ (ต.ญ./ต.ช./นาย/นางสาว).....
 นามสกุล.....อายุ.....ปี

ขอแสดงความยินยอมให้เด็กในปกครองของข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัย ในโครงการวิจัยเรื่อง
 “ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มี
 ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง”

ข้าพเจ้าและเด็กในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและ
 วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/
 อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในแบบชี้แจงสำหรับ
 อาสาสมัครหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ตลอดจนการรับรองจากผู้วิจัยที่จะเก็บรักษาข้อมูลของเด็กในปกครองของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ
 และจะไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะ
 ภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจให้เด็กในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ภายใต้
 เงื่อนไขที่ระบุไว้ในแบบชี้แจงอาสาสมัคร โดยข้าพเจ้ายินยอมให้เด็กในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า
 เข้าร่วมในการวิจัย และเด็กในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่
 ระบุไว้ในแบบชี้แจงอาสาสมัคร แล้ว ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามประเมินความเครียด ความเหนื่อย
 ล้า และการดำรงบทบาทมารดา แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบ
 ประเมินความเครียดในมารดาหลังคลอด จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเหนื่อยล้า จำนวน 30
 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบประเมินการดำรงบทบาทมารดา จำนวน 28 ข้อ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม
 ประมาณ 30 นาที และจะขอรับแบบสอบถามคืนโดยผู้วิจัยจะไปเก็บด้วยตนเอง

ข้าพเจ้ามีสิทธิให้ผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าหรือเป็นความประสงค์ของผู้ที่อยู่ใน
 ปกครอง/ในความดูแล ถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากกร
 วิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าและตัวข้าพเจ้าทั้งสิ้น
 โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิใดๆ ในการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานที่ท่านและบุตรของท่านพึงจะ
 ได้รับต่อไปในอนาคต

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า ตาม
 ข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความ
 ดูแลของข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลจากการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น
 ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าและตัว
 ข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าและผู้ที่อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย
 ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับนางสาวเพ็ญพิชชา จันทร์สอน นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะ
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร 083-4507788 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

แบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร
(สำหรับอาสาสมัครอายุ 18 ปีขึ้นไป)

ข้าพเจ้า (นาง/นางสาว/นาย) นามสกุล อายุ
..... ปี บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ
จังหวัด

ได้อ่านคำชี้แจง/รับฟังคำอธิบายจาก *นางสาวเพ็ญพิชชา จันทร์สอน* เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง” โดยข้อความที่อธิบายประกอบด้วยรายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย, รายละเอียดของขั้นตอนต่างๆ ที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติและได้รับการปฏิบัติ, ประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตราย โดยได้อ่าน/รับฟังคำอธิบายข้อความในเอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถามโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและการตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ตลอดจนการรับรองจากผู้วิจัยที่จะเก็บรักษาข้อมูลของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

“ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ” และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิใดๆ ในการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานที่ท่านและบุตรของท่านพึงจะได้รับต่อไปในอนาคต

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร และแบบแสดงความยินยอมนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....อาสาสมัคร

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน (กรณีได้อ่านคำชี้แจงให้อาสาสมัครฟัง)

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอความยินยอม

(.....)

วันที่.....



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 245-005/2567

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้า และการปรับตัวต่อบทบาท
มารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) The Relationship Between Stress, Fatigue and Adjustments to
Maternal Role Among Postpartum Mothers with Severe Preeclampsia.

ผู้วิจัย : นางสาวเพ็ญพิชชา จันทรสอน

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะพยาบาลศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : โรงพยาบาลมหาสารคาม

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 25 เมษายน 2567

วันหมดอายุ : 24 เมษายน 2568

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐาน
ของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์ม
การปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

ภรณ์ สหจิตร

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษียรหญิงราตรี สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



โรงพยาบาลมหาสารคาม
หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

- โครงการวิจัยเรื่อง : ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้า และการปรับตัวต่อบทบาทมารดา
ของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง
The Relationship between Stress, Fatigue and Maternal Role Adjustments
in Postpartum Mothers with Severe Preeclampsia
- เลขที่โครงการวิจัย : MSKH_REC ๒๗-๐๑-๐๐๘
- ผู้วิจัยหลัก : นางสาวเพ็ญพิชชา จันทรสอน
- สังกัดหน่วยงาน : โรงพยาบาลมหาสารคาม
- เอกสารรับรอง : ๑. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
๒. โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์
๓. หนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัยหรือเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
๔. แบบการเก็บรวบรวมข้อมูล/โปรแกรมหรือกิจกรรม

ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคามโดยยึดหลักเกณฑ์
ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP)
และขอให้รายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยทุก ๑ ปีและส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้น

ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๒ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายธนิช รุติพรรณกุล)

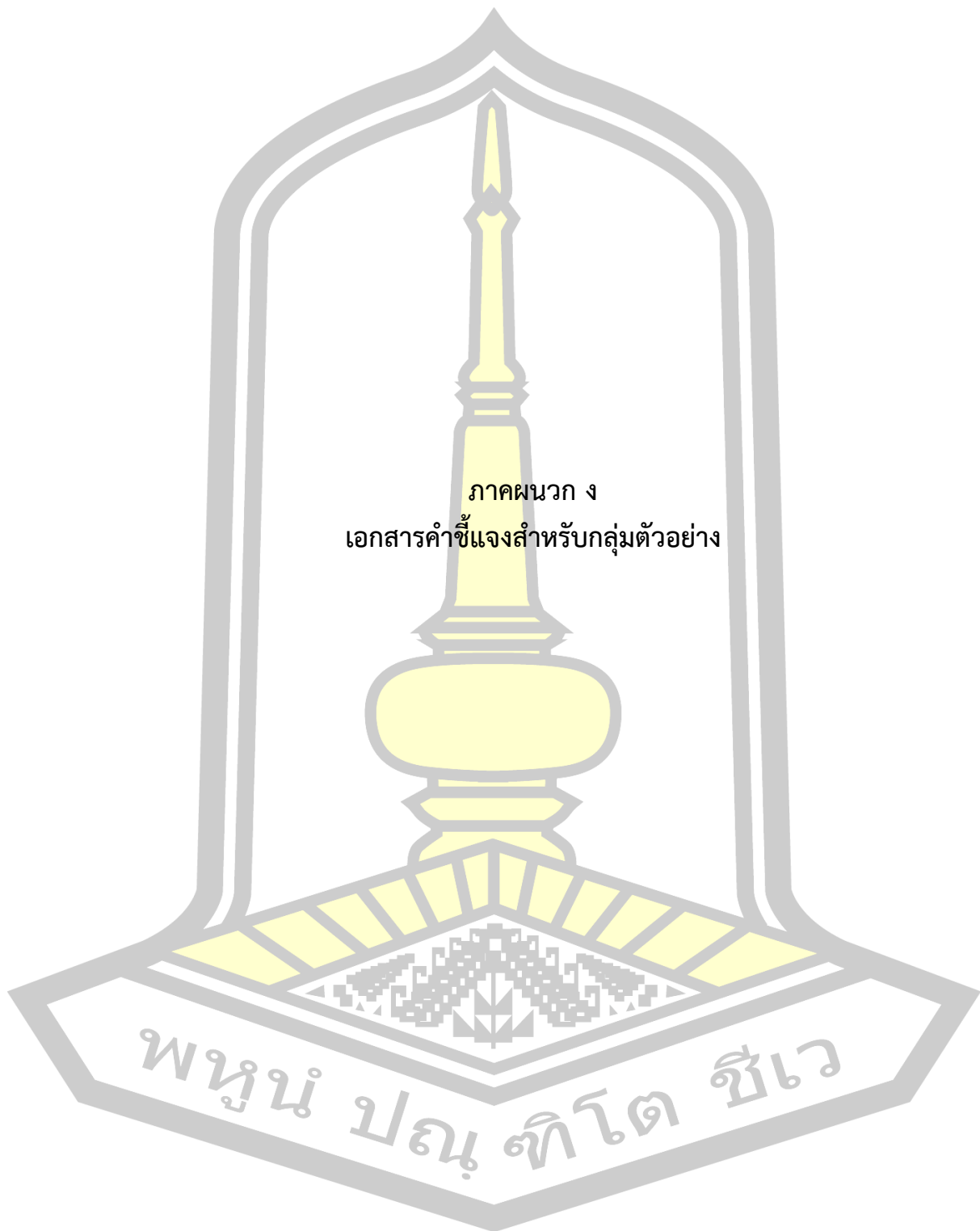
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลมหาสารคาม

COA No ๒๗/๐๐๘
MSKH_REC ๒๗-๐๑-๐๐๘

วันที่รับรอง : วันที่ ๑๒ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๗
วันหมดอายุ : วันที่ ๑๑ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๘

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ชั้น ๒ อาคารศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาสารคาม ๑๖๘ ถนนผดุงวิถี ตำบลตลาด อำเภอเมือง
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๐๐๐ โทรศัพท์ ๐ ๔๓๗๔ ๐๙๕๓ ต่อ ๔๒๐ โทรสาร ๐ ๔๓๗๑ ๑๔๓



**เอกสารชี้แจงสำหรับผู้ปกครองอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม (เด็กอายุ 7-18 ปี)
(สำหรับการตอบแบบสอบถามอายุต่ำกว่า 18 ปี)**

เรียน ผู้ปกครองของผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นางสาวเพ็ญพิชชา จันทร์สอน นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการผดุงครรภ์ แผน ก แบบ ก 2 คณะพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง *The Relationship between Stress, Fatigue and Maternal Role Attainment in Postpartum Mothers with Severe Preeclampsia*” โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย 1. เพื่อศึกษาระดับความเครียด ความเหนื่อยล้า และการปรับตัวต่อบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง 2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเพื่อปริญญา ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์ต่อสุขภาพโดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ แต่ข้อมูลที่ได้อาจมีประโยชน์ต่อ พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อประเมินความเครียด และความเหนื่อยล้า ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดรู้สึกสุขสบาย สามารถฟื้นตัวได้เร็ว

หากท่านตัดสินใจให้เด็กในปกครองของท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขออนุญาตผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 1 ครั้ง โดยขอให้เด็กในปกครองของท่านตอบแบบสอบถามในประเด็นแบบสอบถามประเมินความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดา แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียดในมารดาหลังคลอด จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเหนื่อยล้า จำนวน 30 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบประเมินการดำรงบทบาทมารดา จำนวน 28 ข้อ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที และจะขอรับแบบสอบถามคืนโดยผู้วิจัยจะไปเก็บด้วยตนเอง

หากเด็กในปกครองของท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม เด็กในปกครองของท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงเด็กในปกครองของท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่เด็กในปกครองของท่านพึงได้รับในปัจจุบันและอนาคต

การรักษาความลับข้อมูลของท่านในการศึกษาครั้งนี้ และข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของเด็กในปกครองของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เด็กในปกครองท่านจะไม่สามารถค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

หากท่านและเด็กในปกครองของท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ นางสาวเพ็ญพิชชา จันทร์สอน นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร 083-4507788

และหากท่านและเด็กในปกครองของท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านและเด็กในปกครองของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง

.....
(นางสาวเพ็ญพิชชา จันทร์สอน)

ผู้วิจัย

**เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม
(สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)**

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นางสาวเพ็ญพิชชา จันทร์สอน นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการผดุงครรภ์ แผนก แบบ ก2 คณะพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง *The Relationship between Stress, Fatigue and Maternal Role Attainment Postpartum Mothers with Severe Preeclampsia*” โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย 1. เพื่อศึกษาระดับความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง 2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเพื่อปริญญา ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์ต่อสุขภาพโดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ แต่ข้อมูลที่ได้จะมีประโยชน์ต่อ พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อประเมินความเครียด และความเหนื่อยล้า ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดรู้สึกสบาย สามารถฟื้นตัวได้เร็ว และสามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาได้เร็วที่สุด หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะนัดผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 1 ครั้ง ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามประเมินความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดา แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียดในมารดาหลังคลอด จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเหนื่อยล้าในมารดาหลังคลอด จำนวน 30 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบประเมินการดำรงบทบาทมารดา จำนวน 28 ข้อ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที และจะขอรับแบบสอบถามคืนโดยผู้วิจัยจะไปเก็บด้วยตนเอง

หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลอันพึงได้รับในปัจจุบัน

การรักษาความลับข้อมูลของท่านในการศึกษาครั้งนี้ และข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยการวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่สามารถติดต่อและไม่สามารถใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

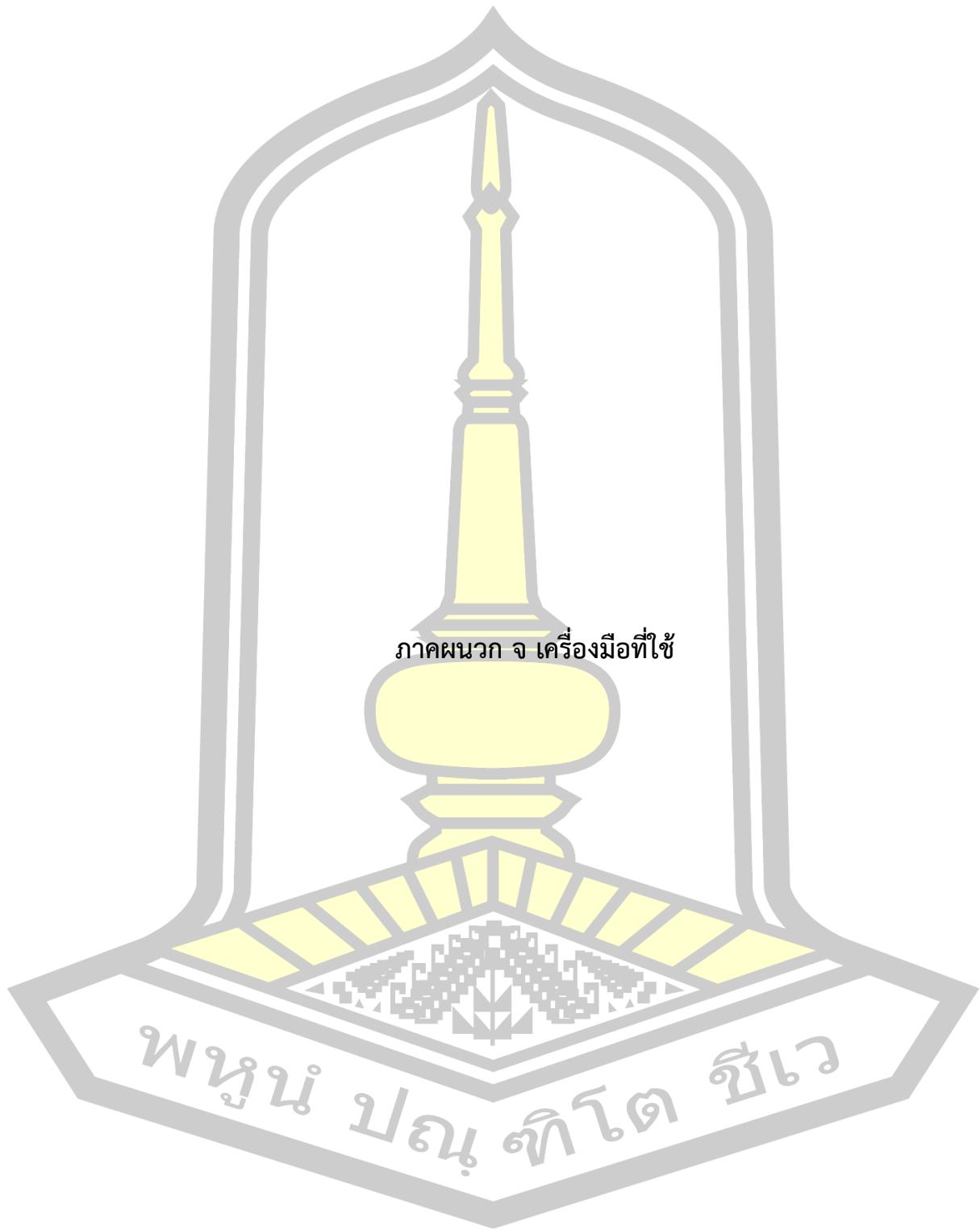
หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นางสาวเพ็ญพิชชา จันทร์สอน นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร 083-4507788

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง

(นางสาวเพ็ญพิชชา จันทร์สอน)

ผู้วิจัย



ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้

พหุณฺ์ ปณฺุ ทิโต ชีเว

เลขที่.....

แบบประเมินสำหรับการวิจัย

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดา
ของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง

แบบสอบถามสำหรับการวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดจากเวชระเบียน ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด และทารกแรกเกิด (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

ชุดที่ 2 แบบสอบถามประเมินความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดา
แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียดในมารดาหลังคลอด จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเหนื่อยล้า จำนวน 30 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการดำรงบทบาทมารดาหลังคลอด จำนวน 28 ข้อ

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครุฑและการคลอดจากเวชระเบียน

คำชี้แจง: แบบสอบถามชุดนี้ใช้สำหรับบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครุฑและการคลอดของอาสาสมัคร โดยผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมจากเวชระเบียนของอาสาสมัคร

1.1 ข้อมูลการตั้งครุฑ

1. จำนวนครั้งของการตั้งครุฑ (รวมการแท้ง)

() ครั้งที่ 1 () ครั้งที่ 2 () ครั้งที่ 3 () มากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป
2. จำนวนครั้งของการคลอด

() ครั้งที่ 1 () ครั้งที่ 2 () ครั้งที่ 3 () มากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป
3. จำนวนครั้งของการแท้ง

() ไม่เคยแท้ง () แท้ง 1 ครั้ง () แท้ง 2 ครั้ง
() แท้ง 3 ครั้ง () แท้งมากกว่า 3 ครั้ง
4. จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่

() 1 คน () 2 คน () 3 คน () มากกว่า 3 คน
5. การฝากครุฑ

() ไม่ฝากครุฑ () ฝากครุฑ
6. อายุครุฑที่มาฝากครุฑครั้งแรก สัปดาห์ หรือ วัน
7. จำนวนครั้งที่มาฝากครุฑ ครั้ง
8. ความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด (ครั้งล่าสุด) vol%
9. น้ำหนักก่อนตั้งครุฑ กิโลกรัม
10. ส่วนสูง เซนติเมตร
11. ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครุฑ (BMI) กก./ตรม.
12. จำแนกระดับดัชนีมวลกาย

() มีภาวะน้ำหนักน้อยหรือผอม (BMI \leq 18.5 กก./ ตรม.)

() มีภาวะน้ำหนักปกติ (BMI \geq 18.5-24.9 กก./ ตรม.)

() มีภาวะอ้วน (BMI \geq 25-29.9 กก./ ตรม.)

() มีภาวะอ้วนมาก (BMI \geq 30กก./ ตรม.)

13. น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ กิโลกรัม

14. น้ำหนักก่อนคลอด กิโลกรัม

15. ประวัติโรคประจำตัว

() ไม่มี

() มี โปรดระบุ

16. ภาวะเสี่ยงทางสูติศาสตร์ขณะตั้งครรภ์

() ไม่มี

() มี โปรดระบุ

() 1. ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

() 2. ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

() 3. ภาวะซีดขณะตั้งครรภ์

() 4. ภาวะน้ำคร่ำน้อย

() 5. ภาวะน้ำคร่ำมาก

() 6. อื่น ๆ

17. การสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์

() ไม่สูบบุหรี่ () สูบบุหรี่ โปรดระบุ จำนวนมวนต่อวัน

18. การใกล้ชิดคนสูบบุหรี่

() ไม่ใกล้ชิด () ใกล้ชิด โปรดระบุ ความสัมพันธ์

1.2 ข้อมูลการคลอด

1. การคลอดครั้งนี้ได้รับการส่งต่อเพื่อมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลมหาสารคามหรือไม่
 ไม่ได้ส่งต่อ ส่งต่อ
2. วิธีการคลอด
 คลอดทางช่องคลอด คลอดโดยผ่าตัดคลอด
3. อายุครรภ์เมื่อคลอด สัปดาห์ หรือ วัน
4. การคาดคะเนการสูญเสียเลือดจากการคลอด.....มล.
5. กรณีผ่าตัดคลอด ระบุประเภทการใช้ยาระงับความรู้สึก
 ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย การฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง
6. มีการหดตัวของมดลูกก่อนคลอด
 ไม่มีการหดตัวของมดลูก
 มีการหดตัวของมดลูก
7. ระดับ Mg Level (4 ชั่วโมงก่อนการหยุดให้ยา Magnesium Sulfate หลังคลอด)mg/dl

1.3 ข้อมูลทารกแรกเกิด

1. ทารกเพศ
 ชาย หญิง
2. น้ำหนักทารกแรกเกิดกรัม
3. คะแนน Apgar score ของทารกแรกเกิด นาทีที่ 1 และ 5
 คะแนน Apgar score ที่ 1 นาที = คะแนน
 คะแนน Apgar score ที่ 5 นาที = คะแนน

4. ภาวะทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน (Birth Asphyxia) นาทีที่ 5 (คะแนน Apgar score < 7 คะแนน)

() ไม่มี

() มี

5. ภาวะแทรกซ้อนของทารกในครรภ์

() ไม่มี

() มี ระบุ.....

() 1. ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์

() 2. SGA

() 3. Macrosomia

() 4. อื่น ๆ โปรดระบุ

6. ภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิด

() ไม่มี

() มี ระบุ.....

() 1. ภาวะหอบ/หายใจลำบาก (จากการวินิจฉัยของแพทย์)

() 2. ภาวะตัวเหลือง (จากการวินิจฉัยของแพทย์)

() 3. ภาวะซีด (จากการวินิจฉัยของแพทย์)

() 4. ภาวะติดเชื้อ (จากการวินิจฉัยของแพทย์)

() 5. G6PD (จากการวินิจฉัยของแพทย์)

() 6. อื่น ๆ

พหุบัณฑิตวิทยาลัย

7. สภาพร่างกายของทารกแรกเกิด

() ปกติ

() มีความผิดปกติเล็กน้อย ระบุ

() 1. เท้าปุก (จากการวินิจฉัยของแพทย์)

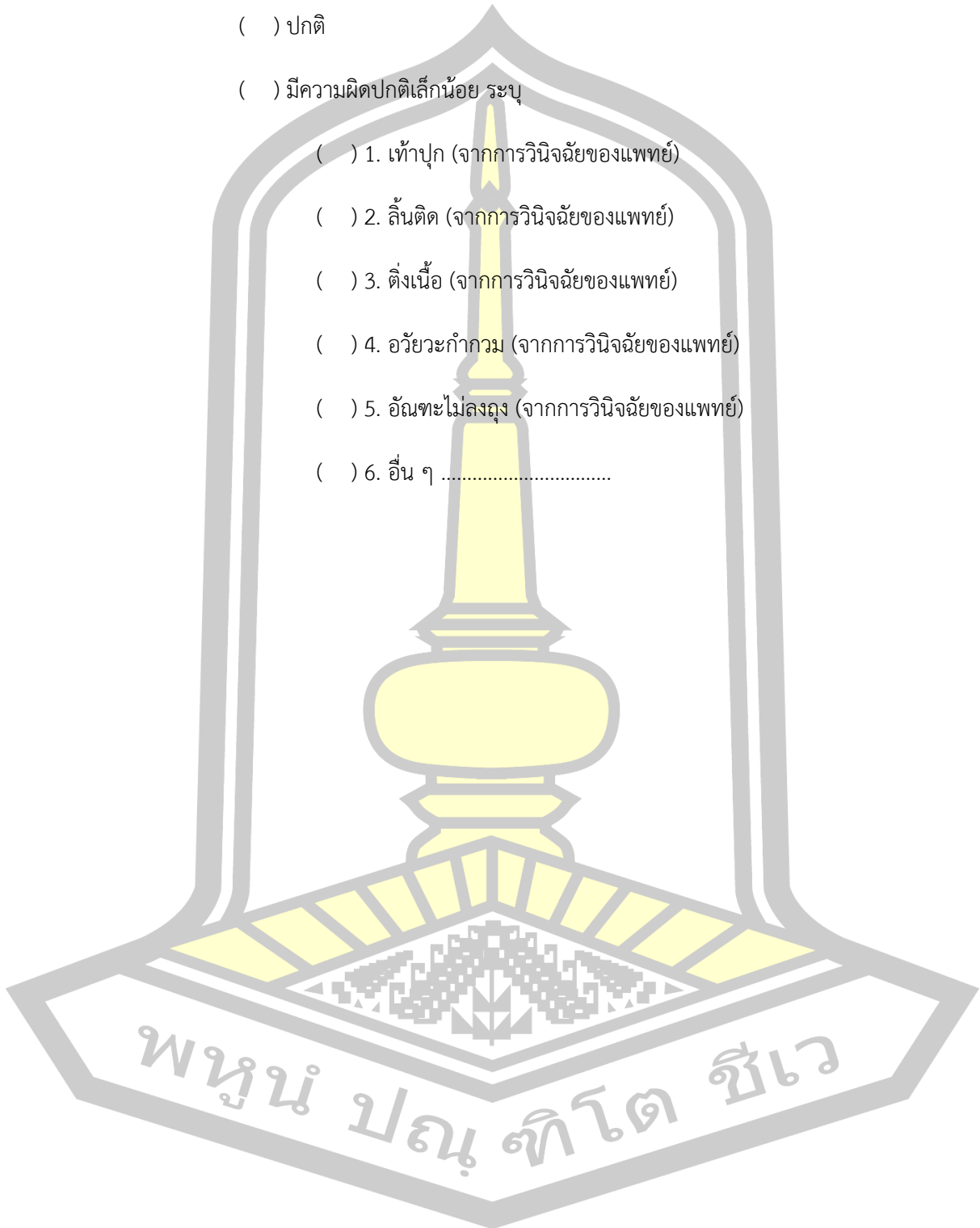
() 2. ลิ้นติด (จากการวินิจฉัยของแพทย์)

() 3. ตึงเนื้อ (จากการวินิจฉัยของแพทย์)

() 4. อวัยวะกำกวม (จากการวินิจฉัยของแพทย์)

() 5. อัมตะไม่ลงถู่ (จากการวินิจฉัยของแพทย์)

() 6. อื่น ๆ



ชุดที่ 2 แบบประเมินความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดา

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. อายุ.....ปี (กรณีมากกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี บริบูรณ์ เช่น 21 ปี 6 เดือน ให้ระบุเป็น 22 ปี)
2. การสำเร็จการศึกษาระดับสูงสุด
 - () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา () อนุปริญญา
 - () ปริญญาตรีขึ้นไป () อื่น ๆ ระบุ.....
3. อาชีพหลัก
 - () เกษตรกรรม () รับจ้าง () ธุรกิจส่วนตัว
 - () รับราชการ/พนักงานของรัฐ () อื่น ๆ ระบุ.....
4. ลักษณะครอบครัว
 - () ครอบครัวเดี่ยว () ครอบครัวขยาย
5. รายได้ของครอบครัว.....บาท/เดือน (รายได้รวมสามีและภรรยา)
 - () เพียงพอและเหลือเก็บ
 - () เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ
 - () ไม่เพียงพอ

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียดในมารดาหลังคลอด

คำชี้แจง: คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็น หรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในช่วงระยะหลังคลอดที่ผ่านมา ขอให้ท่านเลือกตอบเพียงข้อละ 1 คำตอบและกรุณาตอบทุกข้อ โดยการเลือกตอบมีเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

ข้อความ	ไม่เลย 0	แทบจะไม่ มี 1	มีบางครั้ง 2	ค่อนข้างมาก 3	มาก ที่สุด 4
1.ท่านรู้สึกไม่สบายใจเพราะมีสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิด					
2.ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถควบคุมเรื่องสำคัญ ๆ ในชีวิตของท่านได้					
3.ท่านรู้สึกกระสับกระส่าย และตึงเครียด					
4.ท่านรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะรับมือกับปัญหาส่วนตัวทั้งหลายได้					
5.ท่านรู้สึกว่าสิ่งทั้งหลายเป็นไปในทิศทางที่คุณต้องการ					
6.ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถจัดการกับสิ่งทั้งหลายทั้งที่เป็นสิ่งที่ล้าวนเคยทำมาแล้ว					
7.ท่านรู้สึกว่าสามารถควบคุมสิ่งทั้งหลายที่มาทวนใจได้					
8.ท่านรู้สึกว่าท่านควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ได้					
9.ท่านโกรธอันเนื่องมาจากสิ่งทีนอกเหนือการควบคุมของท่าน					
10.ท่านรู้สึกว่าปัญหาต่าง ๆ ทับถมมากขึ้นจนคุณไม่สามารถแก้ไขได้หมด					

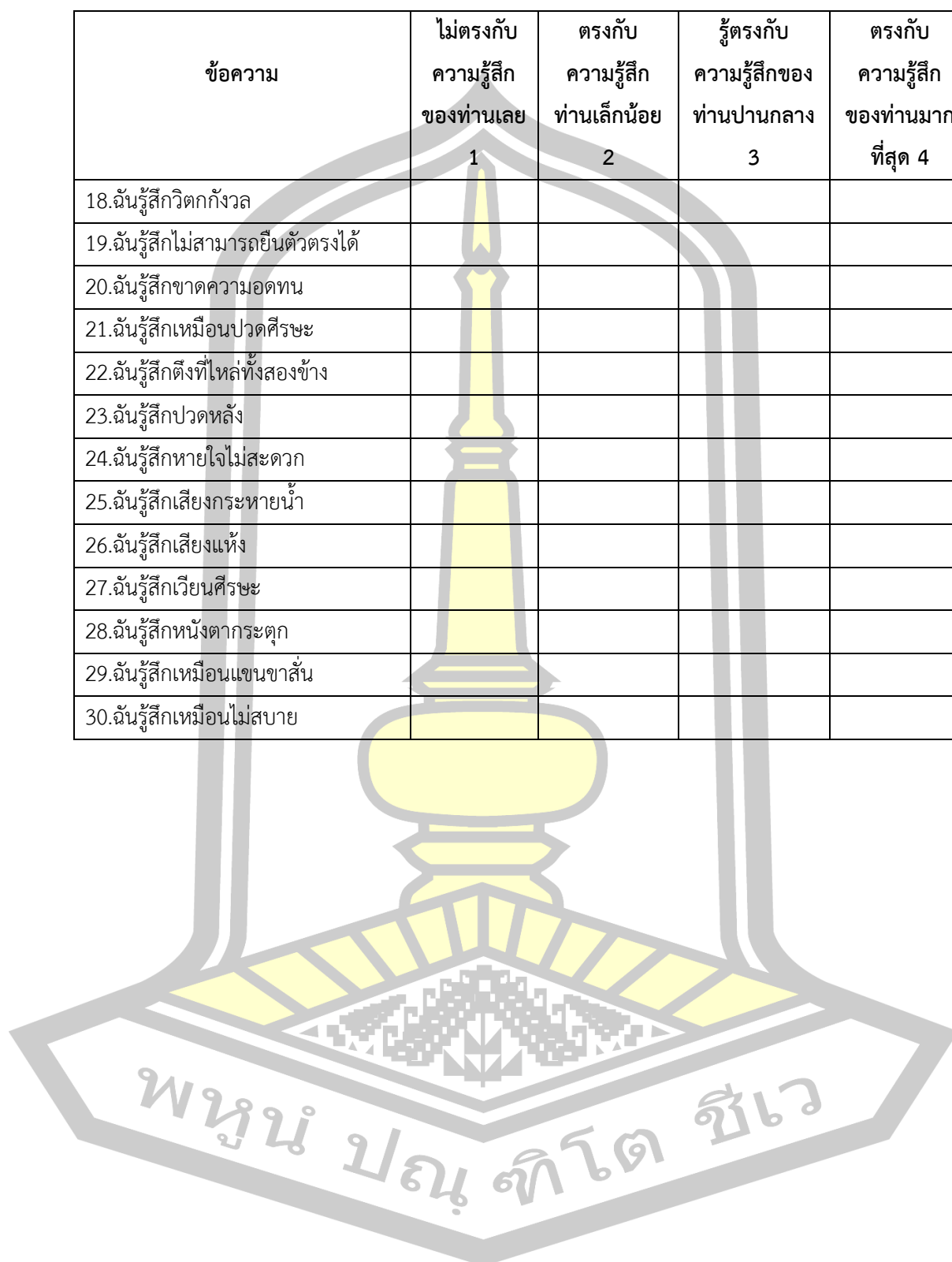
ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเหนื่อยล้า

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในช่วงที่เป็นจริงขณะนี้ให้มากที่สุด ตามความรู้สึกจริงๆ ของท่านในแต่ละข้อ โดยตอบเพียงขอละ 1 คำตอบเท่านั้น

- 1 หมายถึง ของท่านเมื่อท่านคิดว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก
- 2 หมายถึง เมื่อท่านคิดว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านบ้างเล็กน้อย
- 3 หมายถึง เมื่อท่านคิดว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง
- 4 หมายถึง เมื่อท่านคิดว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่ตรงกับ ความรู้สึก ของท่านเลย 1	ตรงกับ ความรู้สึก ท่านเล็กน้อย 2	รู้ตรงกับ ความรู้สึกของ ท่านปานกลาง 3	ตรงกับ ความรู้สึก ของท่านมาก ที่สุด 4
1.ฉันรู้สึกว่าศีรษะของฉันหนักอึ้ง				
2.ฉันรู้สึกล้าไปทั้งตัว				
3.ฉันรู้สึกล้าที่ขาทั้งสองข้าง				
4.ฉันรู้สึกเหมือนนั่งวงแหงหาวนอน				
5.ฉันรู้สึกเหมือนสมองต้อ				
6.ฉันรู้สึกง่วงซึมเซา				
7.ฉันรู้สึกล้าในันตาทั้งสองข้าง				
8.ฉันรู้สึกงุ่มง่ามเวลาเดิน				
9.ฉันรู้สึกไม่มั่นคงเวลาขึ้น				
10.ฉันรู้สึกอยากล้มตัวลงนอน				
11.ฉันรู้สึกคิดอะไรไม่ออก				
12.ฉันรู้สึกเบื่อหน่ายที่จะพูด				
13.ฉันรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่าย				
14.ฉันรู้สึกไม่มีสมาธิ				
15.ฉันรู้สึกไม่อยากสนใจสิ่งต่าง ๆ				
16.ฉันรู้สึกว่า เป็นคนขี้ลืม				
17.ฉันรู้สึกขาดความมั่นใจในตนเอง				

ข้อความ	ไม่ตรงกับ ความรู้สึก ของท่านเลย 1	ตรงกับ ความรู้สึก ท่านเล็กน้อย 2	รู้ตรงกับ ความรู้สึกของ ท่านปานกลาง 3	ตรงกับ ความรู้สึก ของท่านมาก ที่สุด 4
18.ฉันรู้สึกวิตกกังวล				
19.ฉันรู้สึกไม่สามารถยืนตัวตรงได้				
20.ฉันรู้สึกขาดความอดทน				
21.ฉันรู้สึกเหมือนปวดศีรษะ				
22.ฉันรู้สึกตึงที่ไหล่ทั้งสองข้าง				
23.ฉันรู้สึกปวดหลัง				
24.ฉันรู้สึกหายใจไม่สะดวก				
25.ฉันรู้สึกเสียงกระหายน้ำ				
26.ฉันรู้สึกเสียงแห้ง				
27.ฉันรู้สึกเวียนศีรษะ				
28.ฉันรู้สึกหนังตากระตุก				
29.ฉันรู้สึกเหมือนแขนขาสั่น				
30.ฉันรู้สึกเหมือนไม่สบาย				



ส่วนที่ 4 แบบประเมินการดำรงบทบาทมารดาหลังคลอด

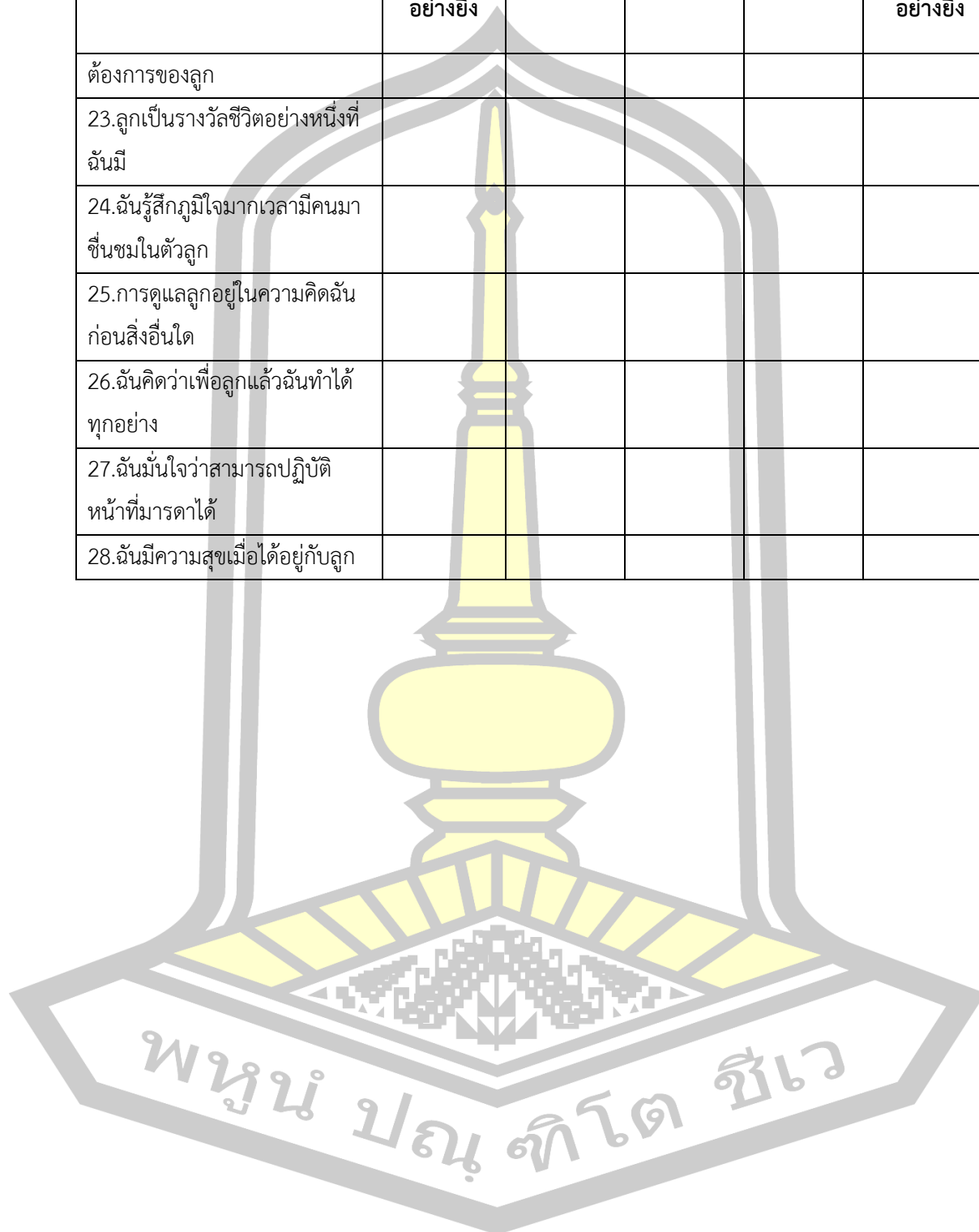
คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการกระทำของท่านมากที่สุด โดยตอบเพียงขอละ 1 คำตอบ โดยการเลือกตอบขึ้นอยู่กับเกณฑ์ต่อไปนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นตรงกับข้อความตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการกระทำของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นตรงกับข้อความตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการกระทำของท่านมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	เมื่อท่านไม่แน่ใจว่าข้อความตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการกระทำของท่านหรือไม่
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการกระทำของท่านมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการกระทำของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุตร					
1. การอุ้มและใกล้ชิดกับลูกเป็นสิ่ง สำคัญมากสำหรับฉัน					
2. ฉันรู้ว่าเสียงร้องของลูกแต่ละ ครั้งสื่อความหมายว่าลูกต้องการ อะไร					
3. ฉันเข้าใจสัญญาณที่ลูกสื่อกับฉัน					
4. ฉันรู้ว่าจะแต่งตัวลูกอย่างไรให้ เหมาะสมกับอากาศในแต่ละวัน					
5. ฉันรู้ว่าเมื่อไรลูกต้องการนอน หลับพักผ่อน					
6. ฉันพูดคุยกับลูกด้วยความรัก					
7. ฉันรู้สึกว่าเป็นเรื่องง่ายในการ ดูแลบุตร					

ข้อคำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
8.ฉันตั้งใจเลี้ยงลูกให้ดีที่สุด					
9.ฉันนึกถึงความต้องการของลูกมากกว่าความต้องการของตนเอง					
10.ฉันอยากอยู่ใกล้ชิดกับลูกตลอดเวลา					
11.ฉันพร้อมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และวิถีชีวิตเพื่อลูก					
12.ภาวะสุขภาพของฉันไม่เป็นอุปสรรคในการดูแลบุตร					
ความสามารถในการแสดงพฤติกรรมการเป็นมารดา					
13.ฉันสามารถทำให้ลูกเงียบสงบได้เมื่อลูกร้อง					
14.ฉันสามารถจัดการให้ลูกนอนหลับได้ตามเวลาที่เหมาะสม					
15.ฉันสามารถรักษาความสะอาดผิวหนังให้ลูกได้อย่างถูกต้อง					
16.ฉันสามารถบอกได้ว่าสิ่งใดจะเป็นอันตรายสำหรับลูก					
17.ฉันสามารถตอบสนองความต้องการของลูกได้ถูกต้องเสมอ					
18.ฉันสามารถปลอบโยนลูกได้ดี					
19.ฉันสามารถดูแลให้ลูกได้รับความอบอุ่น					
ความพึงพอใจในบทบาทมารดา					
20.ฉันจะมีความสุขถ้าได้เลี้ยงดูลูกด้วยตนเอง					
21.ฉันจะมีความสุขที่ลูกได้ดูนมจากฉัน					
22.ฉันรู้สึกพอใจมากกับสิ่งที่ได้ปฏิบัติและตอบสนองความ					

ข้อคำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
ต้องการของลูก					
23. ลูกเป็นรางวัลชีวิตอย่างหนึ่งที่ฉันมี					
24. ฉันรู้สึกภูมิใจมากเวลามีคนมาชื่นชมในตัวลูก					
25. การดูแลลูกอยู่ในความคิดฉันก่อนสิ่งอื่นใด					
26. ฉันคิดว่าเพื่อลูกแล้วฉันทำได้ทุกอย่าง					
27. ฉันมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติหน้าที่มารดาได้					
28. ฉันมีความสุขเมื่อได้อยู่กับลูก					



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	เพ็ญพิชชา จันทรสอน
วันเกิด	4 กุมภาพันธ์ 2539
สถานที่เกิด	ร้อยเอ็ด
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 296 หมู่ 12 ตำบลเกิ้ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย สูดิ-นรีเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม
ประวัติการศึกษา	พ.ศ.2557 มัธยมศึกษา โรงเรียนสารคามพิทยาคม พ.ศ.2561 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม พ.ศ.2568 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พจนัน์ ปณฺ ทิโต ชีเว