

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับ
คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกในเขตกรุงเทพมหานคร



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
สิงหาคม 2560

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวกับ
คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกในเขตกรุงเทพมหานคร



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

สิงหาคม 2560

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวกับ
คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรกในเขตกรุงเทพมหานคร



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
สิงหาคม 2560

จากรูภา วงศ์ข้างหล่อ. (2560). **รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการจัดการตนเองและ**

ครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกในเขตกรุงเทพมหานคร.

ปริญญาานิพนธ์ ปร.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อาจารย์ที่ปรึกษา: รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์

อินทรกำแหงและผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรี ดวงจันทร์.

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อทดสอบและเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกในเขตกรุงเทพมหานคร ในกลุ่มมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 324 คนและอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 371 คนรวมทั้งสิ้น 695 คน โดยคัดเลือกตามเกณฑ์จากมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกที่มาใช้บริการตรวจหลังคลอด หรือพาบุตรมารับวัคซีนตามนัดในโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครรวม 9 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามรวมจำนวน 95 ข้อ มีความเชื่อมั่นระหว่าง 0.792-0.868 และทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม LISREL

ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านบุคคลและ ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกที่ปรับแก้มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับที่ยอมรับได้ ($\chi^2 = 528.44$, $df = 128$, $\chi^2/df = 4.128$, CFI = 0.97, SRMR = 0.041, and RMSEA = 0.067) และพบว่า 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยรวมต่อคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกมากที่สุดคือ พฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก ($\beta = .60$) ปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยรวมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกมากที่สุด คือ การรับรู้ความสามารถตนเอง ($\beta = .59$) ปัจจัยเชิงสาเหตุทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกได้ร้อยละ 91 และร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 80 3) ผลการเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ระหว่างกลุ่มมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และอายุ 20 ปีขึ้นไปพบว่า 3.1) มีความแตกต่างกันของค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบระหว่างกลุ่มของตัวแปรการกำกับตนเอง พฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว คุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก และการรับรู้ความสามารถตนเอง 3.2) มีความแตกต่างกันของค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล ระหว่างกลุ่มของตัวแปรการรับรู้สุขภาพบุตร การเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ พฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวและคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก และ 4) ค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว การรับรู้สุขภาพบุตรและการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ ในกลุ่มมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปีสูงกว่ากลุ่มมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป

CAUSAL RELATIONSHIP MODEL OF INDIVIDUAL AND FAMILY SELF-MANAGEMENT
BEHAVIAR AND QUALITY OF LIFE OF FIRST-TIME POSTPARTUM MOTHER IN BANGKOK



AN ABSTRACT
BY
JARUPA WONGCHANGLOR

Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Doctor of Philosophy degree in Applied Behavioral Science Research
at Srinakharinwirot University

August 2017

Jarupa Wongchamlor. (2017). **Causal relationship model of Individual and Family Self-Management Behavior and Quality of life of First-time postpartum mother in Bangkok.** Dissertation, Ph.D. (Applied Behavioral Science Research). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor: Assoc. Prof. Dr. Ungsinun Intarakamhang, and Asst. Prof. Dr. Patcharee Duangchan.

The purpose of this study was to examine and to compare the structural relationship model of the causal factors affecting Individual and Family Self-Management Behavior and Quality of life of First-time postpartum mother of six hundred and ninety five postpartum mothers. The sample group was derived from simple random sampling were three hundred and twenty four age below 20 years postpartum mothers, and three hundred and seventy one age 20 years and over of postpartum mothers. The data collected by a set of questionnaires with nine sections. The Cronbach's Alpha coefficient of the measures ranged from 0.792-0.868. The hypothesized models were examined by LISREL.

The research results were as follows: 1. The hypothesized structural equation model of the causal factors individual and family self-management behavior and quality of life of first-time postpartum mother was adjusted, resulting the moderated level of goodness of fit indices ($\chi^2 = 528.44$, $df = 128$, $\chi^2/df = 4.128$, CFI = 0.97, SRMR = 0.041, and RMSEA = 0.067). 2. The individual and family self-management behavior was found to be the highest direct predictor of quality of life of first-time postpartum mother ($\beta = .60$). The highest direct predictor to Individual and family self-management behavior is self-efficacy ($\beta = .59$). All causal variables could account for 91 percent of the variance of participative individual and family self-management behavior and 80 percent for quality of life of first-time postpartum mothers. 3. The causal model was compared between group of postpartum mother age below 20 years and age 20 years and over have result show that 3.1) There was a difference between groups in standardized factors loading of self-regulation, self-efficacy, individual and family self-management behavior and quality of life of first-time postpartum mother. 3.2) There was a difference between groups in standardized regression weight coefficients of perceived child health, emotional coping, individual and family self-management behavior and quality of life of first-time postpartum mother. 4. The means structure difference showed that individual and family self-management behavior, perceived child health and emotional coping in group of postpartum mother age below 20 years higher than age 20 years and over.

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของ
มารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกในเขตกรุงเทพมหานคร

ของ

จารุภา วงศ์ช่างหล่อ

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา วิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

วันที่.....เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2560

อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

.....ที่ปรึกษาหลัก

.....ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร. อังศิณันท์อินทรกำแหง)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรณ์ วัฒนสมบุญ)

.....ที่ปรึกษาร่วม

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พัชรี ดวงจันทร์)

(รองศาสตราจารย์ ดร. อังศิณันท์อินทรกำแหง)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พัชรี ดวงจันทร์)

.....กรรมการ

(อาจารย์ ดร. นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้จากความกรุณาของบุคคลหลายฝ่ายโดยเฉพาะอย่างยิ่ง รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์อินทรกำแหง และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรี ดวงจันทร์ ที่ให้คำปรึกษาและแนะนำแต่สิ่งที่เป็นประโยชน์มีคุณค่าในการดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ทุกขั้นตอนแก่นิสิตตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรณี วัฒนสมบุญรองศาสตราจารย์ ประณต คำฉิมผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิชุดา กิจธรรมและอาจารย์ ดร. นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล ที่กรุณาเป็นกรรมการสอบปริญญานิพนธ์ ให้ความรู้ และคำแนะนำที่ทำให้ปริญญานิพนธ์นี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ประณต คำฉิมผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิชุดา กิจธรรม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัตนา จารุวรรณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พินันท์ วิศาลสกุลวงษ์ และอาจารย์ดร.พิชญานีพูนผลผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ขอขอบพระคุณบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครทั้ง 8 แห่ง และคณะแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่อนุเคราะห์ และอำนวยความสะดวก ในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณมารดาหลังคลอดทุกท่านที่มีความตั้งใจและร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณคณาจารย์สถาบันการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ที่ได้สั่งสอน ให้ความรู้ ความเข้าใจทั้งในด้านวิชาการ และการใช้ชีวิต ขอขอบคุณฝ่ายสนับสนุนและเจ้าหน้าที่ในสถาบันที่ช่วยประสานงานเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณพี่ เพื่อนและน้องร่วมสถาบันการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ที่คอยช่วยเหลือ ห่วงใย และเป็นพลังสนับสนุนที่สำคัญให้ก้าวสู่ความสำเร็จนี้ได้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ทุกท่านที่ให้โอกาส ให้กำลังใจ พร้อมทั้งช่วยเหลือ เอื้ออำนวยในทุกด้านเสมอมา ขอขอบคุณพี่ๆน้องๆและเพื่อนพยาบาลที่ให้คำปรึกษาและเป็นแรงใจให้ตลอดมา

ขอขอบพระคุณบิดามารดา พี่ชายและทุกคนในครอบครัวที่เป็นกำลังใจ และสนับสนุนการเรียนในทุกด้าน และขอขอบคุณ คุณวิสูตร จิโรโสภณที่คอยช่วยเหลือผู้วิจัยตลอดจนสำเร็จการศึกษา ท้ายที่สุดนี้ประโยชน์อันใดที่จะเกิดจากวิทยานิพนธ์นี้ขออุทิศให้คุณพ่อสมมาตร วงศ์ช่างหล่อผู้ล่วงลับ ผู้ซึ่งเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยศึกษาต่อปริญญานิพนธ์ฉบับนี้

จารุภา วงศ์ช่างหล่อ

สารบัญ

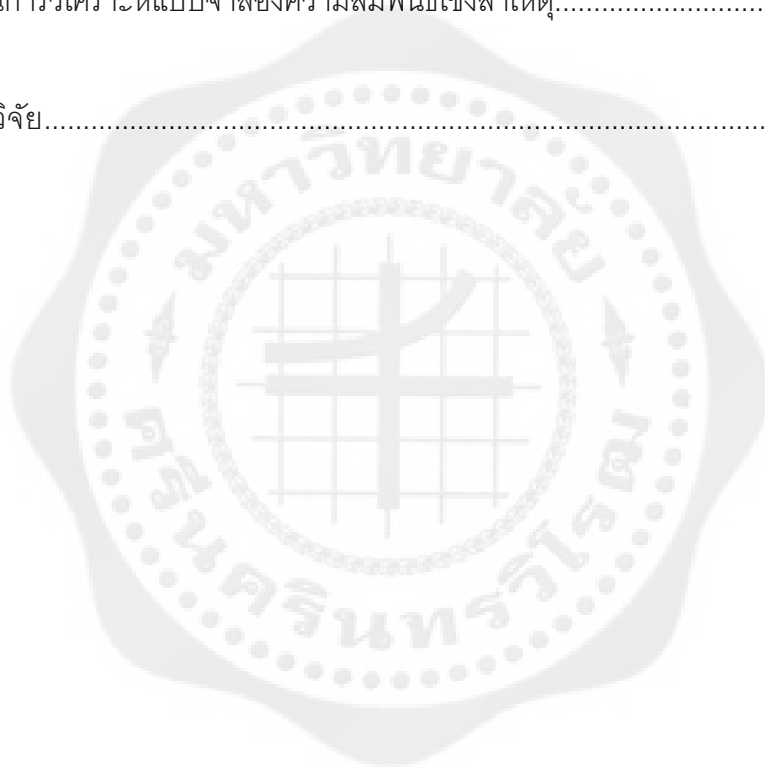
บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	10
ความสำคัญของการวิจัย.....	10
ขอบเขตของการวิจัย.....	11
ตัวแปรที่ศึกษา.....	11
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	12
นิยามเชิงปฏิบัติการ.....	12
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	18
คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก.....	19
พฤติกรรมในการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิต.....	24
ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่มีผลต่อ พฤติกรรมในการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของมารดา หลังคลอดบุตรครรภ์แรก.....	42
การถ่ายทอดการเป็นมารดา พฤติกรรมในการจัดการตนเองและ ครอบครัวกับคุณภาพชีวิต.....	42
ภาวะต่อครอบครัวกับคุณภาพชีวิต.....	50
ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมในการจัดการ ตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิต.....	52
การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมในการจัดการตนเองและ ครอบครัวกับคุณภาพชีวิต.....	52
การกำกับตนเอง พฤติกรรมในการจัดการตนเองและครอบครัวกับ คุณภาพชีวิต.....	59
การเผชิญปัญหา พฤติกรรมในการจัดการตนเองและครอบครัวกับ คุณภาพชีวิต.....	63
การรับรู้ต่อบุตรกับคุณภาพชีวิต.....	70

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2 (ต่อ)	
อายุกับการเป็นมารดา.....	72
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	74
สมมติฐานของการวิจัย.....	78
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	80
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	80
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	82
การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือ.....	91
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	92
การจัดกระทำข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล.....	95
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	100
การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง.....	100
การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา.....	103
การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานการวิจัย.....	108
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ.....	129
สรุปผลการวิจัย.....	132
อภิปราย.....	136
ข้อเสนอแนะ.....	147
บรรณานุกรม.....	151

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ภาคผนวก.....	164
ภาคผนวก ก แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัย.....	165
ภาคผนวก ข รายชื่อผู้เชี่ยวชาญการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	178
ภาคผนวก ค ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	180
ภาคผนวก ง ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างข้อคำถามที่ใช้ ในการวิเคราะห์แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ.....	188
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	197



บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลได้จริง จำแนกตามโรงพยาบาล.....	82
2	จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลพื้นฐานของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ในกลุ่มอายุน้อย กว่า 20 ปีและอายุ 20 ปีขึ้นไป และกลุ่มรวม (n=695).....	101
3	ค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal curve) ของตัวแปรสังเกต ที่ใช้ในการศึกษา.....	106
4	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตกลุ่มมารดาหลังคลอดครรภ์แรก.....	107
5	ค่าดัชนีความกลมกลืนของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุในกลุ่มรวมหลังปรับ.....	110
6	คะแนนมาตรฐานของผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม อิทธิพลรวม ของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกลุ่มรวมหลังปรับ.....	111
7	ผลการวิเคราะห์ความไม่เปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของ มารดาหลังคลอดครรภ์แรกกับคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดระหว่างกลุ่มมารดาหลัง คลอดอายุน้อยกว่า 20 ปี และกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป.....	118
8	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของ พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกกับคุณภาพ ชีวิตมารดาหลังคลอดครรภ์แรกระหว่างกลุ่มมารดาหลังคลอดอายุน้อยกว่า 20 ปีและ กลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป.....	127
9	ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ ปรับแก้ (Corrected Item-Total Correlation) ของแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก.....	181
10	ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ ปรับแก้ (Corrected Item-Total Correlation) ของแบบสอบถามพฤติกรรม การจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก.....	182
11	ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ ปรับแก้ (Corrected Item-Total Correlation) ของแบบสอบถามการกำกับ ตนเองของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก.....	183

บัญชีตาราง(ต่อ)

ตาราง		หน้า
12	ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ (Corrected Item-Total Correlation) ของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก.....	184
13	ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้(Corrected Item-Total Correlation) ของแบบสอบถามการเผชิญปัญหามุ่งอารมณ์ของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก.....	185
14	ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ (Corrected Item-Total Correlation) ของแบบสอบถามการถ่ายทอดการเป็นมารดาของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก.....	186
15	ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ (Corrected Item-Total Correlation) ของแบบสอบถามภาระต่อครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก.....	186
16	ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ (Corrected Item-Total Correlation) ของแบบสอบถามการรับรู้สุขภาพบุตรของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก.....	187
17	ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของข้อคำถามในตัวแปรคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก (n=695).....	189
18	ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของข้อคำถามในตัวแปรพฤติกรรมการจัดการตนเอง และครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก (n=695).....	190
19	ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของข้อคำถามในตัวแปรการกำกับตนเองของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก (n=695).....	191
20	ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของข้อคำถามในตัวแปรการรับรู้ความสามารถตนเองของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก (n=695).....	192
21	ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของข้อคำถามในตัวแปรการเผชิญปัญหามุ่งอารมณ์ของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก (n=695).....	193
22	ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของข้อคำถามในตัวแปรการถ่ายทอดการเป็นมารดาของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก (n=695).....	194

บัญชีตาราง(ต่อ)

ตาราง	หน้า
23 ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของข้อคำถามในตัวแปรภาระต่อครอบครัว ของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก (n=695).....	195
24 ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของข้อคำถามในตัวแปรการรับรู้สุขภาพบุตร ของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก (n=695).....	196



บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว.....	28
2 โมเดลทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัว ของ Ryan and Sawin (2009).....	35
3 ความสัมพันธ์ตัวแปรสาเหตุการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองและครอบครัว.....	39
4 โมเดลทฤษฎีทั้ง 4 ในการศึกษาการดัดแปลงของ Doering (2013).....	40
5 ความสัมพันธ์พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองกับคุณภาพชีวิต.....	41
6 ความสัมพันธ์การรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง และครอบครัวกับคุณภาพชีวิต.....	41
7 ความสัมพันธ์ของตัวแปรสาเหตุการถ่ายทอดทางสังคมกับการเรียนรู้ชีวิต แต่งงานและครอบครัว.....	48
8 ความสัมพันธ์ตัวแปรสาเหตุการถ่ายทอดทางสังคมกับการกำกับตนเองและ การเผชิญปัญหา.....	49
9 ความสัมพันธ์ของการถ่ายทอดการเป็นมารดา พฤติกรรมการจัดการตนเอง การเผชิญปัญหาและการกำกับตนเอง.....	50
10 ความสัมพันธ์การระต่อครอบครัวกับคุณภาพชีวิต.....	51
11 ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนเองกับ ความคาดหวังในผลของการกระทำ.....	54
12 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมปฏิบัติ ตัวด้านสุขภาพ.....	56
13 ความสัมพันธ์ตัวแปรการรับรู้ความสามารถตนเองต่อคุณภาพชีวิต.....	57
14 ความสัมพันธ์ตัวแปรสาเหตุการรับรู้ความสามารถตนเองกับ การเผชิญปัญหา.....	57
15 ความสัมพันธ์ตัวแปรการรับรู้ความสามารถตนเองกับการเผชิญปัญหา การกำกับตนเอง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต.....	58
16 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการกำกับตนเองในอาการเหนื่อยล้า การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิต.....	61

บัญชีภาพประกอบ (ต่อ)

ภาพประกอบ	หน้า
17 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการกำกับตนเอง การเผชิญปัญหาและ คุณภาพชีวิต.....	62
18 แสดงความสัมพันธ์ตัวแปรสาเหตุการเผชิญปัญหากับคุณภาพชีวิต	68
19 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิต.....	69
20 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพื้นอารมณ์บุคลิกแบบปรับตัวยากกับ สุขภาวะของมารดา.....	71
21 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	76
22 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของพฤติกรรมการจัดการตนเองและ ครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกกับคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอด.....	77
23 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของพฤติกรรมการจัดการตนเองและ ครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกกับคุณภาพชีวิตของมารดา หลังคลอดหลังปรับเส้นอิทธิพล.....	109
24 ผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐาน เปรียบเทียบรูปแบบ ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุและผลของพฤติกรรมการจัดการตนเองและ ครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกกับคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอด ระหว่างกลุ่มมารดาหลังคลอดอายุน้อยกว่า 20 ปีและกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป.....	126

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

สภาพสังคมในปัจจุบันโดยเฉพาะอย่างยิ่งสังคมเมืองหลวง มีความริบเร่งแข่งขันกันอยู่ตลอดเวลา มีผู้คนมากมายต้องมาไกลจากถิ่นกำเนิดเข้ามาเพียงเพื่อทำงาน ลักษณะครอบครัวของสังคมเมืองจึงเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น การอยู่ไกลจากถิ่นกำเนิดทำให้ขาดการช่วยเหลือสนับสนุนสิ่งต่างๆ จากญาติพี่น้องและเครือญาติในครอบครัว เมื่อครอบครัวมาอยู่ในเมืองและต้องเลี้ยงดูบุตรคนแรก ทำให้มารดาและบิดาของทารกต้องมีการจัดการตนเอง บุตรและครอบครัวของตนเองให้ได้โดยขาดการช่วยเหลือสนับสนุนอย่างเต็มที่จากเครือญาติ มารดาที่มีบุตรคนแรกในสังคมเมืองหลวงจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องจัดการเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเองและทุกอย่างตามบทบาทหน้าที่ในครอบครัว สังคมนั้นขับเคลื่อนได้ด้วยครอบครัว ทุกคนเติบโตมาจากการเลี้ยงดูของมารดาหรือ ผู้เปรียบเสมือนมารดา การเป็นมารดาจึงเป็นบทบาทสำคัญต่อชีวิตครอบครัวและสังคมอย่างมาก ไม่ว่าสังคมจะมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร มารดาก็ยังเป็นผู้ที่เลี้ยง ให้อาหารดูแลบุตรและทุกคนในครอบครัวเสมอ มารดานั้นจะให้ความรัก ความอบอุ่น ดูแลเอาใจใส่ เลี้ยงดูบุตรให้เติบโตและเตรียมความพร้อมต่างๆ ให้แก่บุตรทั้งด้านสังคมและสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการฝึกหัดการทำกิจกรรมที่จำเป็นต่างๆ การดูแลบุตรของมารดาจึงเปรียบเสมือนงานที่จำเป็นและสำคัญต่อครอบครัวและสังคม มารดาเปรียบเหมือนเป็นผู้สร้างและรักษาภูมิลำเนาต่างๆ ที่จะก่อให้เกิดวินัยและนิสัยที่ดี มารดาเป็นส่วนสำคัญในการสร้างบรรทัดฐานทางสังคม การพัฒนาทางประเพณีวัฒนธรรม และการสื่อสารของบุตร เพื่อให้เกิดเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคมต่อไป (Coyle. 2009) มารดาจึงเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญมิใช่เพียงแต่กับบุตรของตนและครอบครัวเท่านั้น ยังมีบทบาทในการพัฒนาเยาวชนให้มีคุณภาพและดำรงตนให้เป็นแบบอย่างของเยาวชนรุ่นหลังในสังคมอีกด้วย

มารดาหลังคลอดบุตรคนแรกเป็นช่วงเวลาที่เกิดการเปลี่ยนผ่านของความเป็นสตรีวัยสาวเข้าสู่การเป็นมารดาและความเป็นครอบครัวที่สมบูรณ์ (Shaw; Wong; & Kaczorowski. 2006) การดูแลบุตรคนแรกอาจกล่าวได้ว่าเป็นระยะวิกฤตสำคัญของมารดาและครอบครัว เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทในชีวิต มารดาหลังคลอดมีความต้องการมากมายหลายอย่างที่เกิดมาจากการกระทำตามบทบาทภรรยาและการเลี้ยงดูบุตรแรกเกิด ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียในสิ่งที่เคยมีหลายสิ่งหลายอย่าง (Carolan. 2003) ตั้งแต่ระยะหลังคลอด มารดาจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างมากภายหลังคลอดทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม **ทางร่างกาย**ที่อาจเกิดภาวะช็อคหลังจากการเสียเลือดในขณะคลอด ความเหนื่อยล้าจากการคลอด เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดเช่น การติดเชื้อ การ

ตกเลือด การปวดแผลฝีเย็บ การกลั่นปัสสาวะไม่ได้ การที่มารดาทรมานเลี้ยงดูบุตรจนละเลยตนเอง ทำให้สุขภาพมารดาหลังคลอดอาจทรุดโทรมลง เกิดภาวะไม่สุขสบายต่างๆ อีกทั้งต้องทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งการเป็นมารดาและการเป็นภรรยาด้วยตนเอง ความเป็นมารดาและภรรยาจะดำเนินต่อไปเรื่อยๆ ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า **ทางด้านจิตใจ**มารดาหลังคลอดอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ การไม่สามารถมีเวลาส่วนตัว ไม่สามารถใช้แบบแผนการดำเนินชีวิตเดิมได้อีก เกิดความรู้สึกผิดเมื่อการดูแลบุตรอาจเกิดความผิดพลาด ซึ่งส่งผลให้เกิดความเครียดต่อจิตใจ อีกทั้ง**ทางด้านสังคม** การต้องสูญเสียบทบาทหน้าที่ในการทำงาน การพักผ่อนหย่อนใจ การเดินทางออกนอกบ้าน การพบปะเพื่อนฝูง ขาดความเป็นอิสระในชีวิต ในด้านการปรับตัวต่อบทบาทมารดา การเพิ่มสถานะใหม่ในสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลรอบข้าง ภาวะต่างๆ เหล่านี้ทำให้มารดาเกิดความเครียดเป็นอย่างมาก (Hung. 2006; Zhou; Wang; & Wang. 2009; Coyle. 2009) การกระทำตามบทบาทเป็นมารดาครั้งแรกนั้นพบว่ามีความสัมพันธ์กับอาการเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ปวดศีรษะ เหนื่อยล้า รวมถึงอาการทางระบบทางเดินอาหารด้วย (Coyle. 2009) เหล่านี้เป็นสิ่งที่แสดงถึงภาวะที่มารดาหลังคลอดมีแนวโน้มไม่สามารถจัดการกิจกรรมตามบทบาทของตนเองและครอบครัวได้เหมาะสม ซึ่งอาจทำให้ภาวะสุขภาพกาย สุขภาพใจและสัมพันธภาพทางสังคมของมารดาไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงระดับคุณภาพชีวิตของมารดา

ปัจจุบันมารดาวัยรุ่นมีแนวโน้มที่สูงขึ้น พบว่าอัตรามารดาวัยรุ่นมีมากถึงร้อยละ 20 ของสตรีตั้งครรภ์ทั่วประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข. 2556) ซึ่งกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ว่ามารดาวัยรุ่นคือ มารดาที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี (บุญฤทธิ์ สุจริตน์. 2557) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญอันดับต้นๆ ในการอนามัยแม่และเด็ก นอกเหนือจากการเผชิญกับสภาวะมารดาหลังคลอดบุตรคนแรกดังกล่าวข้างต้นแล้ว มารดาวัยรุ่นยังต้องเผชิญกับความไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตรทั้งวุฒิภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม (ฤดี ปุ่งบางกะดี. 2551) **ด้านร่างกาย**มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่จะมีนิสัยการรับประทานอาหารตามใจตนเอง ประกอบกับการที่ร่างกายกำลังเจริญเติบโต ทำให้เกิดภาวะโลหิตจางมากกว่ามารดาทั่วไปโดยเฉลี่ย 1.8 เท่า (OR 1.6-2.0) และมักมีการใช้สารเสพติด และอาจมีการติดเชื้ทางเพศสัมพันธ์ มีโอกาสเสี่ยงเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษมากกว่ามารดาทั่วไป อาจเกิดการคลอดก่อนกำหนดมากกว่ามารดาทั่วไปโดยเฉลี่ย 1.4 เท่า (OR 1.1-1.7) (Gupta; et al. 2007) และทารกน้ำหนักตัวน้อย และมักคลอดยากหรืออาจคลอดโดยการผ่าตัดทางหน้าท้องเนื่องจากขนาดเชิงกรานยังแคบเพราะเจริญเติบโตยังไม่เต็มที่ (ศรุตยา รองเลื่อน. 2555) นอกจากนี้พบว่ามารดาวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี มีความสัมพันธ์กับอัตราการตายคลอดของทารก (OR: 1.20, 95% CI= 1.16-1.24) และอัตราการตายใน 1 ปีแรกของทารกแรกเกิด (OR: 1.47, 95% CI= 1.41-1.54) (Chen; et al. 2008) **ด้านจิตใจ** มารดาวัยรุ่นยังอยู่ในช่วงพัฒนาการที่มักตอบสนองต่อความต้องการของตนเองก่อน นึกถึง

ความต้องการของบุตรน้อย มีความอดทนน้อย ต้องการความรู้สึกอิสระมาก ทำให้ละเลยหรือปฏิเสธในการกระทำตามบทบาทมารดา อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ห่วงภาพลักษณ์ตนเองมากกว่าการเจริญเติบโตของบุตรในครรภ์ เกิดความขัดแย้งระหว่างการมุ่งเน้นดูแลที่บุตรหรือการมุ่งเน้นที่ความต้องการของตัวเอง (ฤดี ปุณฺณางกะดี. 2551) **ด้านสังคมและเศรษฐกิจ** มารดาวัยรุ่นมักกลัวการปฏิเสธจากเพื่อน กลัวการอยู่คนเดียว การต้องแยกตัวออกมาจากสังคมเพื่อนเพื่อเลี้ยงดูบุตร จึงส่งผลให้เกิดความเครียดสูง อีกทั้งมารดาวัยรุ่นมักเรียนไม่จบต้องออกจากการศึกษา ทำให้ไม่มีโอกาสเลือกในการประกอบอาชีพ รายได้จึงต่ำ ไม่มีความพร้อมทางด้านเศรษฐกิจในการเลี้ยงดูบุตรที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง ไม่มีความมั่นคงในครอบครัวอัตราการหย่าร้างสูง **ในด้านการเป็นมารดา**นั้น มารดาวัยรุ่นครรภ์แรกจะมีความยากลำบากในการจัดการบทบาทตนเองให้เกิดความสมดุลระหว่างบทบาทวัยรุ่นของตนเองและบทบาทการเป็นมารดา (Steinberg.2011)และยังไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตรแรกเกิด ไม่อดทนต่อพฤติกรรมบางอย่างของบุตร การตอบสนองต่อความต้องการของบุตรไม่เหมาะสม มีความรู้ในด้านพัฒนาการและการเลี้ยงดูบุตรจำกัด (งามนิธย์ รัตนานุกูล. 2555) และพบว่ามารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี เมื่อเลี้ยงบุตรด้วยตนเองทำให้ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้อย่างมีคุณภาพ เกิดพัฒนาการของบุตรล่าช้า เนื่องจากพฤติกรรมในการเลี้ยงดูบุตรที่ไม่เหมาะสมทั้งในด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตร (Mother-child interaction) ในด้านการฝึกการมีวินัยให้กับบุตร (Discipline) และในด้านการดูแลบุตรร่วมกันของบิดามารดา (Co-parenting) ซึ่งมารดาอายุน้อยมักไม่ค่อยเล่นหรือพูดคุยกับบุตร ไม่ค่อยใส่ใจในบุตรของตน ไม่ดูแลฝึกฝนทักษะต่างๆให้บุตร (Lewin; Mitchell; & Ronzio. 2013)จะเห็นได้ว่ามารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรกประสบปัญหาทั้งทางสุขภาพกาย สุขภาพจิตใจและทางเศรษฐกิจสังคมที่มากกว่ามารดาหลังคลอดครรภ์แรกทั่วไป (ฤดี ปุณฺณางกะดี. 2551)

การศึกษาถึงการจัดการตนเองของมารดาหลังคลอด พบว่าหากมารดาได้รับข้อมูลในการจัดการกับการเลี้ยงดูบุตร การดูแลสุขภาพตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและบริการต่างๆที่เกี่ยวข้อง จะทำให้มารดาเกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถจัดการการเป็นมารดาได้ (Barimani; & Vikström.2015) จากสภาพปัญหาและผลกระทบด้านลบจากการเป็นมารดาหลังคลอดครรภ์แรกดังกล่าวข้างต้น อาจไม่เกิดขึ้น หากได้รับการช่วยเหลือในการจัดการตนเองและครอบครัวภายในสัปดาห์แรกจะทำให้มารดามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Doering. 2015) มารดาหลังคลอดครรภ์แรกทั้งกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปีและกลุ่มอายุมากกว่า 20 ปี หากมีแนวทางในการจัดการตนเองและครอบครัวต่อการเป็นมารดาอาจทำให้มารดาวัยรุ่นสามารถเลี้ยงดูบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถสร้างเสริมพัฒนาการและทำให้บุตรเติบโตมาอย่างมีคุณภาพต่อไป (McVeigh; & Smith. 2000) การจัดการตนเองในอดีตนั้นจะประกอบด้วย 3 ส่วนหลักคือ กระบวนการ (Process) โปรแกรม (Program) และผลลัพธ์ (Outcome)ในส่วนของกระบวนการมักจะใช้ทักษะการกำกับตนเอง (Self-regulation skill) ในการขจัด

ปัจจัยเสี่ยงตามเงื่อนไขของโรคที่เป็น ซึ่งจะมีการตั้งเป้าหมาย (Goal setting) การสังเกตตนเอง (Self-monitoring) การสะท้อนคิด (Reflective thinking) การตัดสินใจวางแผนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ (Decision-making) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และจัดการด้านร่างกาย จิตใจ และความคิดให้เหมาะสมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทในการให้ความรู้ แนะนำ และฝึกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับโรคเรื้อรังของตนเองได้ และสามารถทำกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพตนเองให้ดีขึ้นได้ ในส่วนของผลลัพธ์จะมีเกณฑ์ที่เหมาะสมตามภาวะโรคเรื้อรังนั้นๆ เช่น ถ้าเป็นเบาหวานเกณฑ์คือ ระดับน้ำตาลสะสมที่ต้องลดลงตามเป้าหมายที่ผู้ป่วยตั้งใจไว้ ต่อมาในปี ค.ศ. 2009 โดยไรอันและซาวิน (Ryan; & Sawin. 2009) ได้พัฒนาขึ้นทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัว (The individual and Family Self-Management Theory; IFSMT) จากแนวคิดการจัดการตนเองแบบเดิม พบว่าพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมและปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องนั้น ขึ้นอยู่กับการสนับสนุนจากครอบครัว (Family support) เป็นส่วนสำคัญ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี มีความรักความเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการพัฒนาความรู้ทักษะ (Knowledge) และความสามารถในการกำกับตนเอง (self-regulation skill & abilities) ให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ได้ ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการตนเองต่อภาวะโรคได้อย่างต่อเนื่องยาวนาน (Ryan; & Sawin. 2009) ในมารดาหลังคลอด การจัดการสิ่งต่างๆ ในชีวิตครอบครัวจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญมากในช่วงเวลาที่มารดาหลังคลอดบุตรคนแรกต้องรับมือกับบทบาทต่างๆ หลากบทบาททั้งบทบาทภรรยา สมาชิกครอบครัว เพื่อน การเป็นมารดา กระบวนการต่างๆ เหล่านี้เป็นมีความซับซ้อนต้องผ่านการเรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่างผู้เกี่ยวข้องในการแสดงบทบาทด้วยกันและเรียนรู้การตอบสนองต่อการกระทำต่างๆ ด้วยกัน (Barkin; & Wisner. 2013) แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัว จึงจำเป็นกับมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี และมีการดำรงภาวะสุขภาพที่ดี (Grey; et al. 2006) การจัดการตนเองและครอบครัวนั้น มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวสามารถจัดการตนเองได้ โดยมีมุมมองว่าครอบครัวและผู้ป่วยเป็นหน่วยเดียวกันมีอิทธิพลต่อการช่วยเหลือ เกื้อหนุนให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองได้ ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์คือการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Ryan; & Sawin. 2009)

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกและความพึงพอใจของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อ เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรม ความพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในชีวิต อาจมีการเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของบุคคล (Zhan. 1992; อัจฉรา นวจินดา.2546) คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่ศึกษากันมานานและนำไปใช้ในแง่มุมต่างๆ เพื่อบอกถึงคุณภาพประชากร คุณภาพชีวิตอาจศึกษาได้ทั้ง

โดยรวมและเฉพาะกลุ่ม ซึ่งคุณภาพชีวิตเป็นหลักสำคัญในการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ เนื่องจากบุคคลนั้นมีมุมมอง การรับรู้ต่อคุณภาพชีวิตตนเองแตกต่างกัน จึงจำเป็นอย่างยิ่งในการประเมินถึงมิติด้านต่างๆ ในบริบทชีวิตของบุคคลนั้นๆ (Woude; et al. 2015) กลุ่มมารดาหลังคลอดก็เช่นกันเป็นกลุ่มที่มีความต้องการ มีมุมมองและบริบทในชีวิตที่เฉพาะเจาะจง มีความซับซ้อน เพราะมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้องกับการเป็นมารดา การประเมินปัญหาที่มีสาเหตุซับซ้อนหลากหลายอย่าง เหมาะสมกับการประเมินด้วยคุณภาพชีวิต เพราะเป็นการประเมินการรับรู้ของบุคคลในชีวิตของตนภายใต้บริบท วัฒนธรรม ค่านิยมทางสังคมของบุคคลนั้น ว่ามีความคาดหวัง เป้าหมายหรือมาตรฐานอย่างไรต่อคุณภาพชีวิตของตนเอง (Zhou; Wang; & Wang. 2009) คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดส่งผลต่อบุคคลทุกคนในครอบครัว ดังนั้นคุณภาพชีวิตของมารดาจึงเป็นสิ่งบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพทางกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ ที่ส่งผลกระทบถึงพัฒนาการและคุณภาพชีวิตของบุตรและบุคคลในครอบครัวด้วย บุตรและบุคคลในครอบครัวจะมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่สมบูรณ์หรือมีพัฒนาการที่ดีขึ้นขึ้นกับคุณภาพชีวิตของมารดา หากคุณภาพชีวิตของมารดาดี มารดาจะมีสุขภาพร่างกายที่ดี มีความสุข ความพึงพอใจ สามารถดูแลบุตรและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Mogos; et al. 2013)

การจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดเป็นการวางแผนและลงมือกระทำกิจกรรมประจำวันเพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวจากการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ โดยอาจได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคมของตนเองหรือของครอบครัว เพื่อให้เกิดความสมดุลและกลมกลืนเป็นสิ่งเดียวกันกับวิถีการดำเนินชีวิตใหม่ ประสิทธิผลในการจัดการตนเองและครอบครัวนั้นจะขึ้นกับความสามารถรายบุคคลในการเฝ้าสังเกต(Self-monitoring) และคิดแก้ไขปัญหา (Problem-solving) ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมนั้นจะพบว่าการศึกษาอิทธิพลของการจัดการตนเอง มักจะศึกษาในกลุ่มที่อยู่ในภาวะวิกฤตเช่นในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีภาวะผิดปกติ เป็นต้น ดังในผลการศึกษาของแพทเทอร์สันและคณะ (Paterson; et al. 2015) ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้ผ่านการแนะนำการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะโรคภัยหลังการรักษาทั้งด้านพฤติกรรมจัดการความเครียดและการสนับสนุนทางสังคม พบว่าสามารถทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แม้ว่าจะผ่านไป 6 เดือนภายหลังการแนะนำ จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมจัดการตนเองสัมพันธ์กับการทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงเห็นว่าในมารดาหลังคลอดครรภ์แรกหากมีพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวที่ดี อาจทำให้เกิดมีคุณภาพชีวิตทั้งมารดาและบุตรมีผลลัพธ์ที่ดีได้ ซึ่งต้องอาศัยปัจจัยต่างๆ ในการให้ช่วยเหลือสนับสนุนมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ทั้งปัจจัยด้านบุคคลของมารดาหลังคลอดเองและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของมารดาหลังคลอด (Wang; et al. 2013)

ในการศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกกับคุณภาพชีวิตในครั้งนี้ พบว่าปัจจัยสำคัญที่มีส่วนช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีนั้นมีทั้งปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ซึ่งปัจจัยที่พบนั้นเป็นปัจจัยที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทาง

สังคม (Social Cognitive Theory) ของแบนดูรา (Bandura. 1986) ที่เชื่อว่า พฤติกรรมมนุษย์ (Behavior หรือ B) มีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยหลัก 2 ประการคือ ปัจจัยด้านบุคคล (Personal factors หรือ P) ได้แก่ ความคิด ความเชื่อ ความคาดหวัง ฯลฯ กับปัจจัยสภาพแวดล้อม (Environment factors หรือ E) ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 ตัวนี้จะมีลักษณะเป็นอิทธิพลเชิงเหตุ-ผลซึ่งกันและกัน (Reciprocal causation) การที่ปัจจัยทั้ง 3 ทำหน้าที่กำหนดซึ่งและกันนั้น ปัจจัยแต่ละปัจจัยไม่ได้มีอิทธิพลต่อกันอย่างเท่าเทียมเสมอไป บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกปัจจัยหนึ่ง และอิทธิพลของปัจจัยอาจไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกัน แต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่นๆ (Bandura. 1989; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2556) ซึ่งพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว จะขึ้นกับความสามารถในการกำกับตนเอง (self-regulation skill & abilities) และการส่งเสริมให้มารดาเกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ได้ ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการตนเองและครอบครัวตามบทบาทของตนได้อย่างต่อเนื่องยาวนาน จะเห็นได้ว่าการทราบถึงสาเหตุของการกระทำพฤติกรรมต่างๆ ของมารดาหลังคลอดครั้งแรก จึงใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคมของแบนดูรา (Bandura. 1986) เป็นกรอบแนวคิดร่วมในการศึกษาครั้งนี้

การทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการกระทำพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวและคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดครั้งแรก มีทั้งปัจจัยด้านบุคคลได้แก่ การกำกับตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง การเผชิญปัญหา การรับรู้สุขภาพบุตร และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม คือการถ่ายทอดการเป็นมารดา และภาระต่อครอบครัว ปัจจัยทั้ง 2 ประการมีอิทธิพลเชิงเหตุ-ผลซึ่งกันและกัน และทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว ซึ่งปัจจัยดังกล่าวอาจไม่ได้มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมอย่างเท่าเทียมกัน และอิทธิพลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมอาจไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกัน ดังนั้นการศึกษาถึงปัจจัยที่เป็นเหตุในการกระทำพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครั้งแรก ที่ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด เพื่อช่วยในการวางแผนการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครั้งแรกได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าปัจจัยใดส่งเสริมมากหรือน้อย หรือปัจจัยใดอาจไม่ส่งเสริม เพื่อให้สามารถมีแนวทางที่ชัดเจนและนำไปใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวในการเลี้ยงบุตรของมารดาครั้งแรกได้จริงต่อไป

ปัจจัยด้านบุคคลของมารดาหลังคลอดได้แก่ การกำกับตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง การเผชิญปัญหา การรับรู้สุขภาพบุตร ในด้านการกำกับตนเองนั้นมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการจัดการตนเองและครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในกระบวนการที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว (Ryan; & Sawin. 2009) การกำกับตนเอง เป็นส่วนหนึ่งของการปรับพฤติกรรมเคนเฟอร์และคณะ (Kanfer; et al. 1996) กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลไม่สามารถปรับเปลี่ยนโดย

บุคคลอื่นได้นอกจากตัวบุคคลนั้นเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลจะต้องอาศัยแรงจูงใจทำให้บุคคลนั้นยอมรับและเห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา โดยใช้กระบวนการกำกับตนเอง ซึ่ง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การติดตามตนเอง (Self-monitoring or Self-observation) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) และในด้านการรับรู้ความสามารถตนเองพบว่ามารดาที่มีความยากลำบากในการเลี้ยงดูบุตรที่มีความผิดปกตินั้น หากมีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับมากก็จะสามารถลดความยากลำบากของมารดาในการดูแลบุตรลงได้ โดยจะสามารถจัดการกับสิ่งต่างๆ ในครอบครัวได้ดีขึ้นหากผู้ปกครองมีการรับรู้ความสามารถตนเองที่ดี (Weiss; et al. 2013) อีกทั้งการรับรู้ความสามารถตนเองสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้ป่วยเรื้อรังที่ส่งผลให้ภาวะทางสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างชัดเจน (Yoo. 2011) และยังพบอีกว่าการรับรู้ความสามารถตนเองส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตสูงกว่าตัวแปรตัวอื่น ($b = .30, p < .001$) จึงสรุปได้ว่าการรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อตัวแปรคุณภาพชีวิต (Joseph; et al. 2014) ปัจจัยด้านบุคคลอีกประการหนึ่งคือการเผชิญปัญหา เมื่อบุคคลอยู่ในสภาวะถูกคุกคามจากสิ่งเร้าภายนอกจะทำให้บุคคลนั้นเกิดความกดดัน ความเครียด เกิดปัญหาภายในจิตใจ ส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและการแสดงพฤติกรรม ซึ่งบุคคลที่อยู่ในสภาวะนั้นจะแสดงพฤติกรรมการเผชิญปัญหาออกมา โดยใช้กระบวนการทางสติปัญญาและทักษะเพื่อจัดการกับปัญหา โดยใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวอย่างสูงสุดต่อกระบวนการเผชิญปัญหา (Lazarus; & Folkman. 1984) จากการศึกษาของลูบิกาและคณะ (Ljubica; et al. 2013) พบว่าในกลุ่มมารดา รูปแบบการเผชิญปัญหาจะแตกต่างกันไปในแต่ละรูปแบบการเลี้ยงดูบุตร (parenting styles) ซึ่งรูปแบบการเลี้ยงดูบุตรเป็นส่วนหนึ่งในการจัดการภายในครอบครัว มารดาส่วนใหญ่จะใช้การเผชิญปัญหาแบบปฏิเสธ (Denial) ($t = -2.657, p < 0.05$) และใช้รูปแบบการเลี้ยงดูแบบเผด็จการ (Authoritarian) ($t = -.616, p < 0.05$) (Ljubica; et al. 2013) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านบุคคลที่เกี่ยวข้องอีกประการหนึ่งคือการรับรู้สุขภาพบุตร จากการศึกษาของโอกาโมโตะและเมงุมิ (Okamoto; & Megumi. 2009) ที่กล่าวว่า ซึ่งเป็น การรับรู้ของมารดาหลังคลอดต่อบุตรของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ส่งผลต่อการดูแลบุตรทั้งภาวะสุขภาพทางร่างกายและภาวะพื้นอารมณ์ หากมารดาทราบว่าบุตรมีสุขภาพที่แข็งแรงดี กิจกรรมการดูแลบุตรก็จะดำเนินไปตามปกติ หากบุตรมีการเจ็บป่วยบ่อยมารดาเชื่อว่าบุตรสุขภาพไม่แข็งแรง กิจกรรมการดูแลบุตรอาจต้องเข้มงวดมากขึ้น (Okamoto; & Megumi. 2009)

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมของมารดาหลังคลอด คือการถ่ายทอดการเป็นมารดาและภาวะต่อครอบครัวในพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมคือการจัดการบริบทแวดล้อมซึ่งรวมถึงการทำหน้าที่ของสมาชิกภายในครอบครัวให้เหมาะสมกับ

ภาวะทางสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นตามเป้าหมายที่ได้วางแผน(Ryan; & Sawin. 2009)การถ่ายทอดการเป็นมารดาเป็นประสบการณ์พื้นฐานความคิด ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม บรรทัดฐานและการกระทำพฤติกรรมต่างๆ ในเรื่องของการเป็นมารดาที่บุคคลได้รับมาจากครอบครัว และบริบทในชีวิตพบว่า มีความสัมพันธ์กันระหว่างการถ่ายทอดทางสังคมจากมารดาสู่บุตรสาวในการเรียนรู้เรื่องชีวิตแต่งงานและครอบครัว ($r=0.22$, $p<0.05$) และเรื่องการช่วยเหลือภายในบ้าน ($r=0.31$, $p<0.01$) (Rittenour; et al. 2014) ซึ่งการถ่ายทอดทางสังคมเป็นปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมอย่างหนึ่งที่อาจเอื้ออำนวยหรืออาจเป็นอุปสรรคส่งผลต่อความสามารถในการจัดการตนเองภายในครอบครัวของมารดาหลังคลอด ตามที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเบื้องต้น โดยสัมภาษณ์มารดาหลังคลอดบุตรคนแรกพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการจัดการตามบทบาทของมารดา คือ การได้รับการถ่ายทอดจากมารดาที่เลี้ยงดูตนเองในเรื่องต่างๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อตนเองและครอบครัว การควบคุมอารมณ์ รูปแบบในการเลี้ยงดูบุตร ประกอบกับการได้รับการสอนเรื่องการเลี้ยงดูบุตรจากบุคลากรทางสุขภาพหรือจากบุคคลรอบข้างจึงทำให้มั่นใจในความสามารถที่จะเลี้ยงบุตรและดูแลครอบครัวได้ ประกอบกับการกระทำบทบาทมารดาได้นั้น มารดาจะเสาะหาข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับบทบาทของตน เริ่มเรียนรู้หาข้อมูลในการดูแลบุตร การกระทำตามแม่แบบ (Role models) การเตรียมตัวให้พร้อมสำหรับบทบาทใหม่ มารดาจะมีพันธะสัญญาต่อสถานการณ์ใหม่ในชีวิตที่เกิดขึ้น (Wilkins. 2006) แบนดูรากล่าวว่าการเรียนรู้นั้นไม่จำเป็นต้องพิจารณาถึงผลการปฏิบัติ (Performance) หากเพียงการได้มาซึ่งความรู้ใหม่ (Acquired) ถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว แม้ว่าจะไม่มีการแสดงพฤติกรรมก็ตาม ดังนั้นการเรียนรู้ตามแนวคิดของแบนดูราจะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน โดยยังไม่จำเป็นต้องแสดงออกในขณะนั้น อาจเก็บจำไว้ภายในเมื่อมีโอกาสที่เหมาะสมจึงค่อยแสดงพฤติกรรม (Bandura. 1989) เช่นเดียวกับการถ่ายทอดการเป็นมารดา ที่มีการเรียนรู้การเป็นมารดาทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็กมีผลเก็บจำ และแสดงการกระทำ เมื่อตนเองได้แสดงบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการถ่ายทอดทางสังคมที่เชื่อมโยงบุคคลเข้ากับสังคมและวัฒนธรรม โดยบุคคลจะเรียนรู้และซึมซับความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม และบรรทัดฐานของสังคมที่ตนเป็นสมาชิกอยู่เข้าไปเป็นพื้นฐานความคิดและการกระทำพฤติกรรมต่างๆ การถ่ายทอดทางสังคมเป็นกระบวนการที่มีโครงสร้างและส่งผลต่อบุคคลในลักษณะที่คล้ายคลึงกันไม่ว่าจะเกิดพฤติกรรม ณ ที่ใดแต่อาจมีรายละเอียดแตกต่างกัน (งามตา วนิชทานนท์. 2545)ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมอีกประการหนึ่งคือ ภาระต่อครอบครัวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ดังจากงานวิจัยของอังคินันท์อินทรกำแหงและคณะ (2550) ได้ศึกษาไว้ ซึ่งภาระต่อครอบครัวนั้น เป็นการรับรู้ของมารดาหลังคลอดว่าตนเองต้องรับผิดชอบต่อบุคคลในครอบครัว ในการหารายได้ใช้จ่ายในครอบครัว การดูแลความเป็นอยู่บุคคลในครอบครัว การรับผิดชอบต่อภาระงานบ้านว่ามีมากน้อยเพียงใด (อังคินันท์อินทร

กำหนดและคณะ. 2555) การศึกษาของอรพินทร์ ชูชมและคณะ (2552) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว-งานที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต พบว่าภาวะครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตสมรสและคุณภาพการดูแลบุตร ($r = -0.096$, $p < .001$)

นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมยังพบอีกว่าตัวแปรด้านบุคคลและตัวแปรด้านสภาพแวดล้อมมีความสัมพันธ์กันและส่งผลไปยังตัวแปรคั่นกลางคือพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวและส่งผลไปยังตัวแปรตามคุณภาพชีวิตอีกด้วย ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาที่พบมีดังนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพฤติกรรมการจัดการตนเองกับตัวแปรตามคุณภาพชีวิต จากการศึกษาของมิสราและเลเกอร์ (Misra; & Lager. 2008) ได้ทำการวิเคราะห์อิทธิพล (path model) การทำนายคุณภาพชีวิตของในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีภาวะเบาหวาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมจัดการตนเองดี จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ($\beta = .39$) และจากการศึกษาของริวต้าและคณะ (Rueda; & Perez-Garcia. 2013) ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($R^2 = .13$ to $.29$, $p < .05$) ตัวแปรการรับรู้ความสามารถตนเองที่ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง จากการศึกษาของณรงค์กร ชัยวงศ์และคณะ (2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าตัวแปรสาเหตุคือการรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = 0.70$, $p < .000$) และสามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองได้ร้อยละ 55 ซึ่งสูงกว่าตัวแปรสาเหตุอื่น นอกจากนี้ยังพบเส้นทางอิทธิพลระหว่างตัวแปรด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมและตัวแปรด้านบุคคล ดังเช่น การถ่ายทอดทางสังคมกับการกำกับตนเอง พบในการศึกษาของโบรฟีเฮิร์บและคณะ (Brophy-Herb; et al. 2012) ที่พบว่าการถ่ายทอดทางสังคมจากบิดามารดาจะส่งผลต่อความสามารถในการจัดการอารมณ์และการกำกับตนเอง (Self-Regulation) ของเด็ก ($R^2 = .31$) อีกทั้งพบเส้นทางอิทธิพลระหว่างตัวแปรด้านบุคคลกับตัวแปรด้านบุคคลดังเช่น การกำกับตนเองกับการรับรู้ความสามารถตนเอง ดังผลวิจัยของลาวาซานิและคณะ (Lavasani; et al. 2011) ได้ศึกษาโมเดลความวิตกกังวลต่อวิชาคณิตศาสตร์ของนักเรียนไฮสคูล ประเทศอิหร่าน พบว่า การกำกับตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถตนเอง ($r = 0.16$, $p < 0.01$) และยังมีผลการวิจัยที่พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเองส่งผลต่อการเผชิญปัญหา จากผลการศึกษาของหยางและคณะ (Yang; et al. 2010) ในวัยรุ่นที่รอดชีวิตจากแผ่นดินไหวในประเทศจีน พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญปัญหามุ่งแก้ไขปัญห ($r = 0.292$, $p < 0.01$)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยทั้งส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อมนั้นมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวและคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดครั้งแรก จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ที่สอดคล้องกันตาม

ทฤษฎีพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัว และทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคม ผู้วิจัยจึงใช้เป็นแนวทางร่วมกันในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ อีกทั้งปัจจัยต่างๆ ที่พบจากการศึกษาวิจัยนั้นเป็นเหตุผลซึ่งกันและกัน และมีความซับซ้อน อีกทั้งตัวแปรด้านอายุมารดาหลังคลอดที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปและมารดาวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 20 ปี ยังอาจส่งผลต่อปัจจัยทั้งหมดในรูปแบบการศึกษาครั้งนี้ ความซับซ้อนของตัวแปรและการมีอิทธิพลซึ่งกันและกันของปัจจัยสาเหตุและผลทำให้เหมาะสมต่อการสร้างและพัฒนาแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก โดยผ่านตัวแปรคั่นกลาง พฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรภายในแบบจำลองโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเส้นแบบหลายกลุ่ม (Multiple Groups Structural Equation Modeling) และเปรียบเทียบระดับค่าของตัวแปรในแบบจำลองโดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝง (Latent Means) ซึ่งจะทำให้ทราบว่าปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกจะมีความแตกต่างไปตามกลุ่มอายุหรือไม่ รวมทั้งระดับการแสดงออกของพฤติกรรมและปัจจัยเชิงสาเหตุของมารดาหลังคลอดทั้ง 2 กลุ่มอายุนั้นมีความแตกต่างหรือไม่อย่างไร ผลการวิจัยนี้สามารถนำมาใช้ในการวางแผนการสร้างพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีให้เหมาะสม ซึ่งส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กและครอบครัวที่เป็นสิ่งสำคัญในการขับเคลื่อนสังคมในอนาคตต่อไป

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านบุคคลและ ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก
2. เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรกที่มีอายุต่างกัน
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงเชิงสาเหตุของพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัว ในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างกลุ่มมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่มีอายุต่างกัน

ความสำคัญของการวิจัย

1. สร้างองค์ความรู้ใหม่จากรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกลุ่มตัวแปรตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคมกับพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรกที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก

2. ผลที่ได้จากการวิจัยสามารถสร้างความชัดเจนเพิ่มขึ้นในคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรกที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี กับกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และสามารถสร้างเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก โดยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว

ขอบเขตการวิจัย

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรกที่ใช้บริการในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครจำนวน 9 แห่งคือ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลสิรินธร โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี และโรงพยาบาลลาดกระบัง

กลุ่มตัวอย่างคือมารดาหลังคลอดบุตรคนแรกที่ใช้บริการในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี กับกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ภายหลังการคลอดบุตร 4 สัปดาห์ถึง 1 ปี และเข้ารับบริการตรวจหลังคลอด หรือนำบุตรมารับวัคซีนที่ห้องตรวจเด็กที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

โดยกำหนดขนาดตัวอย่างจากกำหนดสัดส่วน กลุ่มตัวอย่าง 17-19 คน ต่อ 1 ตัวแปรสังเกต (Schumacker; & Lomax. 2004; Kline. 2005) การวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรสังเกตจำนวน 19 ตัว จึงควรมีกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างน้อยกลุ่มละ 315 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วนประชากร (Proportional Stratified Random Sampling) โดยใช้โรงพยาบาลเป็นเกณฑ์ในการแบ่งชั้นภูมิ และกำหนดโควต้าตามกลุ่มอายุของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

สามารถจัดประเภทของตัวแปรได้ดังนี้คือ

ตัวแปรอิสระ มี 2 กลุ่ม

1. กลุ่มตัวแปรสาเหตุด้านบุคคลของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก คือ
 - การเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ (Emotional coping)
 - การกำกับตนเอง (Self-Regulation)
 - การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy)
 - การรับรู้สุขภาพบุตร (Perceived Child Health)

2. กลุ่มตัวแปรสาเหตุด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก คือ

- การถ่ายทอดการเป็นมารดา (Maternal Socialization)
- ภาระต่อครอบครัว (Family task)

ตัวแปรตามคือ คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก

ตัวแปรคั่นกลาง คือ พฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก

นิยามศัพท์เฉพาะ

มารดาหลังคลอดครรภ์แรก หมายถึง สตรีที่ผ่านการคลอดบุตรครั้งแรกและบุตรมีชีวิต ที่อยู่ในช่วงเวลาหลังคลอด 4 สัปดาห์ ถึง 1 ปี

นิยามเชิงปฏิบัติการ

คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตร (Quality of Life of Postpartum mothers) หมายถึง ความรู้สึก ความพอใจของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกเกี่ยวกับ ความสามารถในการกระทำกิจกรรมด้วยตนเอง ความพอใจในชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการเลี้ยงดูบุตร ตามความคาดหวังของมารดา ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล มีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ (Zhou; Wang; & Wang. 2009)

1) ด้านร่างกาย (Physical function) เป็นความพอใจของมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับสภาพร่างกายและกำลังกายของตนเอง เช่น การนอนหลับพักผ่อนได้ ความแข็งแรงของร่างกายภายหลังคลอด การทำกิจกรรมประจำวันได้ปกติ ความสามารถในการทำงาน ภาวะลักษณะของร่างกายที่กลับสภาพเดิม

2) ด้านจิตใจ (Psychological function) เป็นอารมณ์ ความรู้สึกของมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับการปรับตัวตามบทบาทมารดาและการเป็นภรรยาซึ่งเป็นอารมณ์ทางด้านบวกและอารมณ์ทางด้านลบ ความรู้สึกที่ดีต่อการเลี้ยงบุตร

3) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นการรับรู้ของมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับความช่วยเหลือที่ได้รับจากสมาชิกในครอบครัว ในการเลี้ยงบุตร การดูแลสุขภาพแวดล้อมภายในบ้าน สภาพแวดล้อมภายนอกบ้าน เศรษฐฐานะของครอบครัว และการทำกิจกรรมทางสังคม

4) การเลี้ยงดูบุตร (Child care) เป็นความพอใจของมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับลักษณะนิสัยของบุตร การให้นมบุตร พัฒนาการ การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุต่อบุตร สุขภาพทางร่างกายและอารมณ์ของบุตร

การวัดผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบวัดของซุ(Zhou; Wang; & Wang. 2009)ให้เหมาะสมกับแนวคิดและบริบทของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (Physical Function) จำนวน 4 ข้อ ด้านการทำหน้าที่ทางจิตใจ (Psychological Function) จำนวน 2 ข้อ ด้านการดูแลบุตร (Child Care) จำนวน 4 ข้อ และด้านการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จำนวน 6 ข้อ รวม 16 ข้อ

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอด หมายถึงมารดาหลังคลอดสามารถประเมิน วางแผนและกระทำกิจกรรมต่างๆ ภายในครอบครัวได้ ซึ่งบุคคลในครอบครัวและมารดาหลังคลอดมีอิทธิพลต่อกันให้เกิดการกระทำพฤติกรรมที่ต้องการและเหมาะสม ทั้งการดำเนินกิจกรรมตามกับหน้าที่ บทบาทของการเป็นมารดา การเป็นภรรยาและการจัดการเรื่องภายในบ้าน ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อให้มีการแสดงพฤติกรรมมารดาหลังคลอดบุตรอย่างเหมาะสมทำให้สถานการณ์การมีบุตรคนแรกของครอบครัวสามารถดำเนินไปได้อย่างดีที่สุด โดยพิจารณาจากองค์ประกอบ 4 ด้าน ดังนี้

1) พฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวด้านการเป็นมารดา หมายถึง การกระทำของมารดาหลังคลอดตามบทบาท หน้าที่การเป็นมารดา เกี่ยวกับการสังเกต วางแผนและกระทำกิจกรรมการเลี้ยงบุตร การอาบน้ำบุตร การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การทำความสะอาด ส่งเสริมพัฒนาการของบุตร การจัดหาและตอบสนองตามความต้องการของบุตร การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับบุตร และการดูแลสุขภาพบุตร

2) พฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวด้านการเป็นภรรยา หมายถึง การกระทำของมารดาหลังคลอดตามบทบาท หน้าที่การเป็นภรรยาเกี่ยวกับ การประเมิน วางแผนและกระทำกิจกรรม การดูแลคู่สมรส การดำรงสัมพันธ์ภาพ การมีเพศสัมพันธ์ การมีบทบาทร่วมกันในการเลี้ยงดูบุตร

3) พฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวด้านการจัดการภายในบ้าน หมายถึง การกระทำของมารดาหลังคลอดตามบทบาท หน้าที่ในการจัดการภายในบ้าน เกี่ยวกับการประเมิน วางแผนและกระทำกิจกรรม การมอบหมายให้สมาชิกดูแลบุคคลภายในครอบครัว สภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ของคนในครอบครัว การใช้ทรัพยากรที่มีอย่างเหมาะสม แสดงออกถึงการช่วยเหลือการทำกิจกรรมของมารดาหลังคลอด การจัดการกับภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัว การปฏิบัติตามคำแนะนำในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเป็นมารดาที่ได้รับจากบุคคลรอบข้าง

4) พฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวด้านการจัดการตนเอง หมายถึง การกระทำของมารดาหลังคลอดในการดูแลตนเองในเรื่องภาวะสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และการพักผ่อน การหลีกเลี่ยงสุราและการไม่สูบบุหรี่

การวัดใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของไรอันและซาวิน เป็นแบบรายงานด้วยตนเอง (self-report measure) ของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว ข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านการเป็นมารดา จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านการเป็นภรรยา จำนวน 4 ข้อ 3) ด้านการจัดการภายในบ้าน จำนวน 7 ข้อ และ 4) ด้านการจัดการตนเอง จำนวน 4 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ โดยประเมินระดับความรู้สึกตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถามต่อข้อคำถาม ตั้งแต่ ไม่จริงเลย 1 คะแนนจนถึงจริงมากที่สุด 6 คะแนน

การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-efficacy) หมายถึง การที่มารดาหลังคลอดมีความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของตนเองว่าสามารถแก้ปัญหาเกี่ยวกับกิจกรรมที่ต้องทำภายหลังคลอดที่เกิดขึ้นได้ด้วยตัวเองหรือ โดยวิธีการของตัวเองได้ โดยใช้ความคิด ทรัพยากร ความมั่นใจ ความตั้งใจที่ตนเองมี จัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมใดๆ ให้บรรลุเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้ โดยผ่านกระบวนการคิด และคาดหวังถึงผลลัพธ์ของการกระทำนั้น ซึ่งพิจารณาใน 2 องค์ประกอบ คือ

1) ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Efficacy expectancy) หมายถึง ความมั่นใจของมารดาหลังคลอดว่าตนมีความสามารถในการกระทำพฤติกรรมที่ต้องการนั้นจนประสบความสำเร็จและได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ

2) ความคาดหวังในผลของการกระทำ (Outcome expectancy) หมายถึง การประเมินของมารดาหลังคลอดว่าพฤติกรรมที่ตนเองกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลลัพธ์หรือสิ่งที่ตนคาดหวังไว้ในระดับใด

การวัดการรับรู้ความสามารถตนเองใช้แบบวัดการรับรู้ความสามารถตนเองโดยทั่วไป (Generalized Self-Efficacy Scale) ของ สวาซเซอร์และเจอร์ซาลेम (Schwarzer; & Jerusalem. 1995) ที่พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของบันดูรา ที่พิจารณาใน 2 องค์ประกอบ คือ 1) ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และ 2) ความคาดหวังในผลของการกระทำโดย แบบวัดนี้มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ หากได้คะแนนมาก แสดงว่าการรับรู้ความสามารถตนเองจะสูง ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาทดลองใช้พบว่า มีข้อคำถามที่ผ่านคุณภาพการวัดทั้งหมด 8 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ โดยประเมินระดับความรู้สึกตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถามต่อข้อคำถาม ตั้งแต่ ไม่จริงเลย 1 คะแนนจนถึงจริงมากที่สุด 6 คะแนน หากได้คะแนนมาก แสดงว่าการรับรู้ความสามารถตนเองจะสูง

การกำกับตนเอง (Self-regulation) หมายถึง การกระทำบางสิ่งบางอย่างในการควบคุม ความคิด ความรู้สึกและการกระทำของมารดาหลังคลอด เพื่อให้บรรลุความต้องการหรือเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ ซึ่งวัดจากองค์ประกอบ 5 ด้านคือ

1) การกระทำในสิ่งบวก (Positive actions) หมายถึง มารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกมีการแก้ปัญหาต่างๆ และการมองในเชิงบวก ทำสิ่งต่างๆอย่างมีความสุข

2) การควบคุมตนเอง (Controllability) หมายถึง ความสามารถของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกในการงดเว้น สกัดกั้นคำพูด การแสดงออกได้ แม้พบสิ่งกระทบที่ไม่เป็นที่พอใจ

3) การแสดงออกถึงความรักและความต้องการ (Expression of feelings and needs) หมายถึง การกระทำหรือคำพูดที่บ่งบอกความรู้สึกภายในที่มารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกมีการแสดงออกเมื่อมีความต้องการในบางสิ่งบางอย่างสำหรับตนเองและบุตร

4) การกล้าแสดงออก (Assertiveness) หมายถึง ความสามารถในการกระทำ คำพูด การแสดงออกตามความรู้สึกนึกคิดที่มารดามีความมั่นใจว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้อง

5) การแสวงหาเพื่อสุขภาวะ (Well-being seeking) หมายถึง การกระทำต่างๆ ที่มารดาแสวงหาเพื่อให้ภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอดและบุตรที่ดีขึ้น

ในการวัดการกำกับตนเองได้ใช้แบบวัดการกำกับตนเอง (A Short version of the Self-Regulation Inventory, SRI-S) ของไอบานิซและคณะ (Ibanez; et al. 2005) นำมาพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบคือ 1) การกระทำในสิ่งบวก (Positive actions) จำนวน 2 ข้อ 2) การควบคุมตนเอง (Controllability) จำนวน 4 ข้อ 3) การแสดงออกถึงความรักและความต้องการ (Expression of feelings and needs) จำนวน 2 ข้อ 4) การกล้าแสดงออก (Assertiveness) จำนวน 2 ข้อ และ 5) การแสวงหาเพื่อสุขภาวะ (Well-being seeking) จำนวน 2 ข้อ รวม 12 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ โดยประเมินระดับความรู้สึกตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถามต่อข้อคำถาม ตั้งแต่ ไม่จริงเลย 1 คะแนนจนถึงจริงมากที่สุด 6 คะแนน หากได้คะแนนมาก แสดงว่าการกำกับตนเองสูง

การเผชิญปัญหามุ่งอารมณ์ (Emotional Coping) หมายถึง กระบวนการทางความคิดและการกระทำเมื่อมารดาหลังคลอดอยู่ในสภาวะถูกคุกคามจากสิ่งเร้าภายนอกจะทำให้มารดาหลังคลอดนั้นเกิดความกดดัน ความเครียด เกิดปัญหาภายในจิตใจ ส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและการแสดงพฤติกรรม ซึ่งมารดาหลังคลอดกระทำวิธีจัดการกับอารมณ์ที่เป็นผลมาจากเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาหรือความเครียดให้ดีขึ้นโดยการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด หรือระบายอารมณ์ แต่เหตุการณ์ที่เป็นปัญหาอาจยังคงอยู่ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์นั้น

การเบี่ยงเบนความสนใจ การเพิกเฉย เลี่ยงทำงานอื่นแทน การเล่าระบายความรู้สึก การพึ่งพาสิ่งเสพติด สวดมนต์ นิ่งสมาธิ

การวัดใช้แบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการเผชิญปัญหาของลาซารัสและโฟร์คแมน (Lazarus; & Folkman, 1984) เป็นแบบสอบถามแบบรายงานด้วยตนเอง (self-report measure) ของมารดาหลังคลอดต่อวิธีการการเผชิญปัญหามุ่งอารมณ์ในปัจจุบัน ข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ โดยประเมินระดับความรู้สึกตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถามต่อข้อคำถาม ตั้งแต่ ไม่จริงเลย 1 คะแนนจนถึงจริงมากที่สุด 6 คะแนน หากได้คะแนนมากแสดงว่ามารดาหลังคลอดควรใช้วิธีการเผชิญปัญหามุ่งอารมณ์สูง

การถ่ายทอดการเป็นมารดา (Maternal socialization) หมายถึง มารดาหลังคลอดบุตรมีการรับรู้ เข้าใจ สามารถกระทำบทบาทมารดาได้จากการสอน บอกเล่า การเลียนแบบจากครอบครัวและสภาพแวดล้อมที่มารดาได้เติบโตขึ้น จนกระทั่งเลี้ยงบุตรในปัจจุบัน ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเป็นมารดาได้แก่ การเลี้ยงบุตร การอาบน้ำบุตร การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การทำความสะอาด ทำกิจกรรมประจำวัน สนองตอบตามความต้องการของบุตร ส่งเสริมพัฒนาการของบุตร การถ่ายทอดการเป็นมารดาสามารถถ่ายทอดได้จากการเลียนแบบจากการกระทำของผู้อื่น จากสื่อบุคคลต่างๆ จากสิ่งที่ตนได้เคยรับมาในวัยเด็ก และจากการได้รับการสอนแบบสาธิตโดยตรงจากพ่อแม่ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากเพื่อน หรือจากบุคคลใกล้ชิด

การวัดการถ่ายทอดการเป็นมารดาเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการสัมภาษณ์มารดาหลังคลอดครรภ์แรก เป็นแบบรายงานด้วยตนเอง (self-report measure) ของมารดาหลังคลอดในด้านการถ่ายทอดการเป็นมารดา ข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ โดยประเมินระดับความรู้สึกตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถามต่อข้อคำถาม ตั้งแต่ ไม่จริงเลย 1 คะแนนจนถึงจริงมากที่สุด 6 คะแนน หากได้คะแนนมาก แสดงว่ามารดาหลังคลอดครรภ์แรกได้รับการถ่ายทอดการเป็นมารดามากกว่าผู้ได้คะแนนน้อยกว่า

ภาวะต่อครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของมารดาหลังคลอดว่าตนเองต้องรับผิดชอบต่อบุคคลในครอบครัว ในการหารายได้ใช้จ่ายในครอบครัว การดูแลความเป็นอยู่บุคคลในครอบครัว การรับผิดชอบต่อภาระงานบ้านว่ามีมากน้อยเพียงใดการวัดใช้แบบวัดที่พัฒนาจากแบบสอบถามของอังคินันท์อินทรกำแหงและคณะ (2555) โดยการศึกษาครั้งนี้ได้นำแบบสอบถามมาปรับปรุงให้อยู่ในขอบเขตของเรื่องที่จะศึกษา ข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ โดยประเมินระดับความรู้สึกตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถามต่อข้อคำถาม ตั้งแต่ ไม่จริงเลย 1 คะแนนจนถึงจริงมากที่สุด 6 คะแนน หากได้คะแนนมาก แสดงว่า มารดาหลังคลอดครรภ์แรกมีภาระต่อครอบครัว มากกว่าผู้ได้คะแนนน้อยกว่า

การรับรู้สุขภาพบุตร หมายถึง การรับรู้ของมารดาหลังคลอดต่อบุตรในด้านภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและอารมณ์ตามการรับรู้ของมารดา เช่น การเจริญเติบโตตามพัฒนาการ การมีน้ำหนักเพิ่มตามเกณฑ์ปกติ การรับประทานอาหารได้ตามวัย การมีสุขภาพแข็งแรง การมีอารมณ์ดี การวัดนี้ใช้แบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแนวคิดพัฒนาการทารกแรกเกิดถึง 1 ปีของเกิเซล (Gesell) ข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ โดยประเมินระดับความรู้สึกตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถามต่อข้อคำถาม ตั้งแต่ ไม่จริงเลย 1 คะแนนจนถึงจริงมากที่สุด 6 คะแนน หากได้คะแนนมาก แสดงว่ามารดาหลังคลอดครรภ์แรกมีการรับรู้สุขภาพบุตรในทางบวกมากกว่าผู้ได้คะแนนน้อยกว่า



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง และครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกในเขตกรุงเทพมหานคร ในกลุ่มมารดาวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปีกับกลุ่มมารดาอายุ 20 ปีขึ้นไป เพื่อพัฒนาแบบจำลองความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุของพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกที่ส่งผลกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก ซึ่งจะนำเสนอเนื้อหาตามลำดับ ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก
2. พฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิต
3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรม
การจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก
 - 3.1 การถ่ายทอดการเป็นมารดา พฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับ
คุณภาพชีวิต
 - 3.2 การระต่อครอบครัวกับคุณภาพชีวิต
4. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง
และครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก
 - 4.1 การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับ
คุณภาพชีวิตและการกำกับตนเอง
 - 4.2 การกำกับตนเอง พฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิต
 - 4.3 การเผชิญปัญหา พฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิต
 - 4.4 การรับรู้สุขภาพบุตรกับคุณภาพชีวิต
5. อายุกับการเป็นมารดาหลังคลอด
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย
7. สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก

1.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต (Quality of Life) เป็นสภาวะที่ผสมผสานระหว่างกาย จิต อารมณ์ สังคม การให้ความหมายจึงมีหลากหลาย จากการศึกษาและรวบรวมเอกสาร งานวิจัย มีนักวิชาการ ให้ความหมายคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group. 1994) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่าเป็น มโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคลภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

ซ่าน (Zhan. 1992) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็น ระดับความพึงพอใจซึ่ง ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในชีวิตของบุคคล

เฟอเรลและคณะ (Ferrell et al., 1996) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต ว่า เป็นความรู้สึกต่อภาวะความสุขสบายที่ไม่คงที่ของบุคคลจากประสบการณ์ชีวิต 4 ด้าน คือความผาสุกด้านร่างกาย และอาการทางกาย (physical well-being and symptoms) ความผาสุกด้านจิตใจ (psychological wellbeing) ความผาสุกทางสังคม (social well-being) และความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (spiritual wellbeing) มีการเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องอยู่บนพื้นฐานคุณภาพชีวิต

สรุปคุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกและความพึงพอใจของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อ เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรม ความพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในชีวิต อาจมีการเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของบุคคล

1.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด

คุณภาพชีวิตแสดงถึงลักษณะต่างๆ ในการดำรงชีวิตของบุคคล โดยมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลทั้งทางด้านพื้นฐานของบุคคล วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ภาวะสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของบุคคล ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตต้องคำนึงถึงองค์ประกอบต่างๆ ที่สำคัญและจำเป็นต่อการดำรงชีวิต องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีทั้งลักษณะที่คล้ายคลึงกัน และแตกต่างกันแล้วแต่วัตถุประสงค์ของการศึกษา นักวิชาการหลายท่านได้สรุป และเสนอแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบคุณภาพชีวิต ดังนี้ เฟอเนาแกน (Flanagan. 1970) กล่าวถึง องค์ประกอบคุณภาพชีวิตว่าประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกายและองค์ประกอบด้านวัตถุที่สำคัญใน การดำเนินชีวิต (physical and material well-being) ความสัมพันธ์

กับบุคคลอื่น การมีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคม การพัฒนา ตนเองและการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการและการสันถนาการ

พาลิดาและแกรนท์ (Padilla; & Grant. 1985) ให้แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าควรประกอบด้วยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความผาสุก ด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา รวมทั้งความรู้สึกต่อสังคมรอบตัว

ซ่าน (Zhan) สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตว่าประกอบด้วยความพึงพอใจในเรื่องต่างๆ ไป ความรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหรืออัตมโนทัศน์ ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น การปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน และความพึงพอใจเกี่ยวกับอาชีพ การศึกษาและรายได้ หรือเศรษฐกิจสังคม ความต้องการในด้านต่างๆ ของบุคคล ได้รับการตอบสนองในทางที่ดีก็จะทำให้บุคคลมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แคมป์เบล (Campbell. 1976)กล่าวถึงองค์ประกอบคุณภาพชีวิตไว้ 3 ประการ คือ

- 1) องค์ประกอบด้านกายภาพ ได้แก่ปัจจัยทางมลภาวะ ความหนาแน่นของประชากร สภาพที่อยู่อาศัย การมีปัจจัยพอเพียงเลี้ยงชีวิตโดยไม่อดอยาก ขาดแคลน
- 2) องค์ประกอบด้านสังคม ได้แก่ปัจจัยทางการศึกษา สุขภาพอนามัย ความมั่นคงของครอบครัว การสามารถตัดสินใจที่จะเลือกดำเนินชีวิตด้วยตนเองอย่างถูกต้องดีงาม
- 3) องค์ประกอบทางจิตวิทยา ได้แก่ปัจจัยด้านความพึงพอใจ ความสำเร็จ ความหวัง ความคับข้องในชีวิต และการมีเสรีภาพ

เฟอร์แรนส์และพาวเวอร์ (Ferrans; & Power. 1978) ได้วิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis)ขององค์ประกอบคุณภาพชีวิตของจอร์จและเบียร์สัน (George; & Bearson. 1980)แล้วสรุปองค์ประกอบที่ได้จากการวิเคราะห์ปัจจัย เป็น 4 องค์ประกอบ คือ

- 1) ด้านสุขภาพและหน้าที่ (Health; & Functioning) เกี่ยวกับสภาวะของร่างกายและความสามารถในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ประจำวัน การแสดงบทบาททางสังคม ได้แก่ สุขภาพ ความเครียด ความสามารถในการดูแลสุขภาพ การพึ่งพาตนเอง เพศสัมพันธ์ ความรับผิดชอบต่อครอบครัว กิจกรรมยามว่าง ความสามารถในการเดินทาง
- 2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Social; & Economic) เป็นสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคล ซึ่งบุคคลต้องอยู่ร่วมกันในสังคม ต้องการเพื่อนที่ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ต้องการกำลังใจ การเชื่อถือและไว้วางใจ การมีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง มีการศึกษามีงานทำมีรายได้เพียงพอในการดำรงชีวิต พึ่งพาตนเองด้านการเงินได้

3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and Spiritual) เป็นสภาพของการรับรู้และการตอบสนองทางอารมณ์ จิตใจ และจิตวิญญาณ ความเชื่อ เมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามากระทบสามารถรักษาสมดุลของจิตใจ เกิดความพอใจและความสุขในชีวิตได้ มีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความสงบสุขทางจิตใจ มีศรัทธาทางศาสนา

4) ด้านครอบครัว (Family) เป็นสภาพของสัมพันธภาพของสมาชิกภายในครอบครัว ภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัว ความสุข ความพอใจระหว่างสมาชิกในครอบครัวและบุตร รวมถึงสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

ความสำคัญของคุณภาพชีวิตต่อมารดาหลังคลอด

ในอดีตการดูแลสุขภาพมารดาและทารกตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงคลอดนั้น มีจุดมุ่งหมายเพื่อดูแลสุขภาพมารดาและทารกให้ปลอดภัย มีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง และเกิดความพึงพอใจในการบริการ ส่งเสริมให้มีประสบการณ์ที่ดีตลอดการตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด ในระยะหลังมานี้ได้ให้ความสนใจในอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายของมารดาและทารกเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการนำไปสู่การพัฒนาผลลัพธ์ของอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายให้ดีขึ้นจะต้องปรับปรุงคุณภาพการดูแลรักษารวมถึงการป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของมารดาและทารกในทุกช่วงของการตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด การวัดคุณภาพชีวิตจึงเข้ามามีความสำคัญ การประเมินและทราบถึงคุณภาพชีวิตของมารดาและทารกจะเป็นสิ่งบ่งบอกถึงผลลัพธ์ของภาวะสุขภาพของมารดาและทารกและคุณภาพในการดูแลสุขภาพการบริการทางสุขภาพ ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (Mogos; et al. 2013)

1.3 การวัดคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีโครงสร้างและองค์ประกอบที่หลากหลายซับซ้อน ทั้งในการให้นิยาม ความหมาย หรือแม้แต่การวัด (Cummins. 1997) คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นในองค์ประกอบทางสุขภาพ และเป็นสิ่งที่สามารถบอกได้ว่าอัตราการเจ็บป่วยและสิ่งคาดหวังทางสุขภาพว่าเป็นอย่างไร จากการศึกษาของ Mogos และคณะ (2013) พบว่าการศึกษาคูณภาพชีวิตในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอด ส่วนใหญ่การประเมินคุณภาพชีวิตเป็นการประเมินด้วยเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปเช่น Short Form Health Survey-36 (SF-36), WHOQOL-BREF, (พรณทิพาศักดิ์ทอง. 2554) เครื่องมือที่เฉพาะเจาะจงสำหรับคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดเป็นสิ่งที่ขาดอย่างมาก การไม่มีแบบสอบถามเฉพาะกลุ่มที่นำมาใช้ในงานวิจัยอาจทำให้ผลการประเมินไม่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทั้งหมด โดยเฉพาะกลุ่มประชากรมารดาหลังคลอดนี้มีความเฉพาะในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างมาก แม้ในทางสุขภาพจะไม่คิดว่ากลุ่มนี้เป็นกลุ่มผู้ที่มีความเจ็บป่วย แต่กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความต้องการที่เฉพาะเจาะจงไม่เหมือนกลุ่มประชากรทั่วไป และ

ความต้องการนั้นยังส่งผลไปถึงพัฒนาการ การเจริญเติบโตและคุณภาพของทารกแรกเกิดโดยตรง หากความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองให้ตรง เหมาะสมอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของ มารดาและทารกต่อไปได้ (Coyle. 2009)

แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเพื่อวัดคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดมี 2 ฉบับคือ แบบสอบถามสำหรับประเมินคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอด (PQOL) และ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด (MAPP-QOL)

1. แบบสอบถามสำหรับประเมินคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอด (Questionnaire for evaluating the quality of life of postpartum women, PQOL)

แบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นโดย ชูและคณะ (Zhou; Wang; & Wang. 2009.) ในปี ค.ศ. 2009 มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอด ภายใน 1 ปีแรก ในประเทศจีน ซึ่งขั้นตอนการสร้างแบบสอบถามเริ่มจาก 1) การสัมภาษณ์เจาะลึกเกี่ยวกับการสังเกต และการประชุมกลุ่มย่อย มารดาหลังคลอด นำข้อมูลมาปรึกษาผู้เชี่ยวชาญร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 2) ปรับข้อความคำถามโดยผู้เชี่ยวชาญและมารดาหลังคลอด 3) คัดเลือกข้อความคำถามโดยใช้ร่วมกันหลายวิธีคือ วิเคราะห์องค์ประกอบ คะแนนจากผู้เชี่ยวชาญ การหาค่าความสัมพันธ์ การทดสอบซ้ำ ได้ข้อความทั้งหมด 167 ข้อ คัดเลือกเหลือ 101 ข้อ นำมาทดลองใช้กับสตรี 200 คน นำมาผ่านผู้เชี่ยวชาญ 10 คน อีกครั้งหนึ่ง จากนั้นคัดเลือกเหลือ 40 ข้อคำถาม ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (Physical Function) จำนวน 12 ข้อ ด้านการทำหน้าที่ทางจิตใจ (Psychological Function) จำนวน 8 ข้อ ด้านการดูแลบุตร (Child Care) จำนวน 8 ข้อ และด้านการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จำนวน 16 ข้อ (Zhou, et al. 2009: 501) รายละเอียดดังนี้

1) ด้านร่างกาย(Physical function) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการนอนหลับพักผ่อน ความเจ็บปวดร่างกายภายหลังคลอด การมีพลังกายในการกิจกรรมประจำวัน ความสามารถในการทำงาน ภาวะผิดปกติของร่างกาย การมีเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด

2) ด้านจิตใจ (Psychological function) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการปรับตัวตามบทบาทมารดา อารมณ์ทางด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ เจตคติต่อการเลี้ยงบุตร ความมั่นใจในการเลี้ยงบุตร

3) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว ความช่วยเหลือในการเลี้ยงบุตร สภาพแวดล้อมภายในบ้าน สภาพแวดล้อมภายนอกบ้าน เศรษฐฐานะของครอบครัว กิจกรรมทางสังคม

4) การเลี้ยงดูบุตร (Child care) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับลักษณะนิสัยของบุตร การให้นมบุตร พัฒนาการ การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุต่อบุตร สุขภาพทางร่างกายของบุตร

2.แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด (Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire, MAPP-QOL) ได้มีการพัฒนาแบบสอบถาม MAPP-QOL โดยใช้มารดาหลังคลอด จำนวน 184 คน วัดในช่วงเวลาหลังคลอด 1 สัปดาห์ และ 3 สัปดาห์ ซึ่งทำการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบมี 5 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านจิตใจและทารก (Psychology/ baby) มีข้อคำถาม 9 ข้อ 2) ด้านเศรษฐกิจ (Socioeconomic) มีข้อคำถาม 9 ข้อ 3) ด้านสัมพันธภาพและคู่สมรส (Relational/ spouse-partner) มีข้อคำถาม 5 ข้อ 4) ครอบครัวและเพื่อน (Relational/ family-friends) มีข้อคำถาม 9 ข้อ 5) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health & functioning) มีข้อคำถาม 9 ข้อ แบบสอบถามมีความเที่ยงตรงภายใน ทั้ง 5 องค์ประกอบมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ อยู่ระหว่าง .82 ถึง .96 ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .66 ถึง .76 ค่าความเที่ยงตรงเชิงจำแนกและเชิงกลุ่มเข้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับแบบสอบถามอารมณ์เชิงลบ ซึ่งสนับสนุนค่าความเที่ยงตรงเชิงจำแนกและเชิงกลุ่มเข้า (Hill, et al. 2006. 205) มีข้อคำถามทั้งหมด 41 ข้อ แบบสอบถามเป็นลิเคิร์ตสเกล 6 ระดับ (1-6) ถามความพึงพอใจจาก ไม่พอใจอย่างมากถึงพอใจมากที่สุด

ในการวิจัยครั้งนี้เลือกใช้ แบบสอบถามสำหรับประเมินคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอด (PQOL) ของซูและคณะ (Zhou, et al.2009) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากบริบทของชาวเอเชีย และสร้างในกรอบระยะเวลาหลังคลอดเป็นเวลา 1 ปี ซึ่งเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอด ครรภ์แรกในงานวิจัยนี้ ดังนั้นในการวัดคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด จึงควรวัดองค์ประกอบ ทั้งหมด 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย (Physical function) ด้านจิตใจ (Psychological function) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) และการเลี้ยงดูบุตร (Child care)

1.4งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาของซุบาร์อันและฟอเรสตี (Zubaran; & Foresti. 2011: 13-15) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตในมารดาหลังคลอดระยะ 2-12 สัปดาห์ เชื้อสายโปรตุเกส จำนวน 101 คนสามารถสื่อสารและเขียนภาษาอังกฤษได้และเต็มใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย และไม่ได้มีอาการป่วยทางจิตหรือเคยรักษาอาการซึมเศร้านมาก่อน ผลการวิจัยพบว่าหากมารดาหลังคลอดมีคุณภาพชีวิตต่ำจะสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าทางจิตใจได้ ($r=0.78$, $p<.001$)

จะเห็นได้ว่าในคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด จะเป็นสิ่งบ่งบอกถึงสภาวะทั้งทางจิตใจและร่างกาย ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพทั้งมารดาและทารก

2. พฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิต

2.1 ทฤษฎีในการวิเคราะห์เชิงสาเหตุพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิต

การพัฒนาทฤษฎีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวพัฒนามาจากแนวคิด 2 แนวคิดคือ แนวคิดเดิมคือการจัดการตนเอง (Self-Management concept) และแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัว (A framework for the study of selfand family management) ในอดีตแนวคิดการจัดการตนเองมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคม (Social cognitive theory) ของแบนดูรา เพื่อนำมาใช้ในการจัดการต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง (Jang; & Yoo. 2012) ซึ่ง จะกล่าวในการพัฒนาทฤษฎีตามลำดับต่อไปนี้

2.1.1 แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management concept)

2.1.2 แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัว (A framework for the study of self-and family management)

2.1.3 ทฤษฎีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว (Individual and Family Self- Management Theory) ซึ่งแสดงรายละเอียดได้ดังนี้

2.1.1 แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management concept)

แนวคิดการจัดการตนเองเป็นแนวคิดเริ่มต้นของทฤษฎีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเองได้เริ่มแพร่หลายมามากกว่าสิบปีแล้ว การนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดยแนวคิดที่ว่า การดำรงสุขภาพที่ดีเป็นการปรับเปลี่ยนหรือหมุนเวียนอย่างสมดุลหรือเป็นพลวัตร การจัดการตนเองนั้นจะรวมถึง การคิด การตัดสินใจ การเฝ้าดูอาการของตนเอง การสื่อสาร การให้ข้อมูลแก่บุคลากรทางสุขภาพและการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาที่ได้วางไว้อีกด้วย ต่อมาได้มีการนำแนวคิดนี้มาใช้หลากหลายและกว้างขวางมากขึ้น รวมถึงการใช้ในการจัดการครอบครัว (Taylora; & Lopez. 2005) และได้มีการนำแนวคิดนี้ไปใช้ในการทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถจัดการตนเองได้อย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพที่ดี (Jang; & Yoo. 2012; Holman; & Lorig. 2004) ซึ่งเป้าหมายหนึ่งในการดูแลรักษาคือต้องการให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และปฏิบัติตามภาวะโรคของตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งในปัจจุบันระบบการดูแลสุขภาพประชาชนมีการปรับให้เกิดการดูแลที่เป็นลำดับขั้นมากขึ้น ด้วยการดูแลที่เน้นในการดูแลคนป่วยที่บ้านมากกว่าการเข้ามาดูแลอยู่ภายในโรงพยาบาล แม้ว่าผู้ป่วยที่ออกมาจากโรงพยาบาลภายหลังการรักษาแล้วก็ตาม จะเน้นให้เกิดศักยภาพแก่ญาติโดยให้ความรู้เพื่อให้สามารถดูแลพักฟื้นที่บ้านได้ อีกทั้งประชาชนเป็นจำนวนมากที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจากแบบแผนการดำเนินชีวิตสมัยใหม่ มีการแข่งขันในการทำงานมาก มีภาวะเครียดสูง อาหารที่ไม่

เหมาะสมกับการส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี และขาดการออกกำลังกาย ภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคก็ควรมีการป้องกันทั้งจากการดูแลสุขภาพ ทุติยภูมิและตติยภูมิ การพัฒนาทฤษฎีการจัดการตนเองและการปฏิบัติตัวต่างๆจะส่งเสริมให้มีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

การจัดการตนเองเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมประจำวันในรูปแบบที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพที่ตนเองมีอยู่ พฤติกรรมการจัดการตนเอง ได้แก่ การเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะโรคที่เป็นว่าเป็นโรคอะไร อยู่ในระยะใด มีการปฏิบัติตนที่เหมาะสมอย่างไร การจัดการบทบาทของตนเอง มีการประเมินและวิเคราะห์ว่าสิ่งใดควรทำ สิ่งใดควรหลีกเลี่ยง การปรับกิจกรรมประจำวันให้สอดคล้องกับการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยทักษะในการแก้ปัญหา (Skill of problem solving) การตั้งเป้าหมาย (goal setting) การตัดสินใจ (decision making) การใช้ทรัพยากร (using resource) การร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ (forming patient-provider partnership) การวางแผนและลงมือปฏิบัติตามแผน (action planning) และการปรับให้เหมาะสมกับตนเอง (self-tailoring)) อีกทั้งมีการศึกษาและงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการตนเองในโรคเรื้อรังต่างๆ ในแง่มุมมองของการจัดโปรแกรมเพื่อช่วยให้เกิดการจัดการตนเองที่เหมาะสมและการปรับพฤติกรรม (Yates. 1986)

จากการศึกษาที่ผ่านมา ๗ มาเกือบทั้งหมด ที่ศึกษาการจัดการโปรแกรมเพื่อให้เกิดการจัดการตนเองของบุคคลที่ส่งผลทางบวกกับภาวะสุขภาพนั้น เป็นการศึกษาผลลัพธ์ในช่วงระยะเวลานั้นๆ ไม่เกิน 6 เดือน (Kendall; et al. 2004) จะพบว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาสู่การจัดการตนเองในระยะยาวได้ และสิ่งสำคัญเท่าเทียมกันกับการให้ความรู้คือบริบทในชีวิตและสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น และยังพบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้การอบรมโปรแกรมพฤติกรรมจัดการตนเองแก่ผู้ป่วยได้ผลดีคือ การสร้างสัมพันธภาพที่เป็นมิตรและเป็นกันเองระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ

เมื่อพิจารณาถึงความสำคัญในบทบาทของสิ่งแวดล้อมต่อการจัดการตนเองแล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของคลากและคณะ (Clark; et al. 2001) ในปีค.ศ.2001 ที่อธิบายถึงความสำคัญของสิ่งแวดล้อมกับการกำกับตนเอง (Self-regulation) ที่จะช่วยให้บุคคลเกิดความสามารถในการกำกับตนเองขึ้นกับเงื่อนไขหลายอย่างในปัจจุบันบริบทสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการเกี่ยวข้องกับบุคคลในครอบครัว ความชำนาญในการรักษา การสนับสนุนของที่ทำงานหรือโรงเรียน การช่วยเหลือ/กิจกรรมในชุมชน การควบคุมสิ่งแวดล้อมและการทำตามนโยบาย

ฟิชเชอร์และคณะ (Fisher; et al. 2004) ในปีค.ศ.2004 ได้นำเสนอรูปแบบบริบทของการจัดการตนเองโดยมุ่งเน้นไปที่ระดับบุคคลไปสู่ความร่วมมือระหว่างบุคคล ระบบงานและระดับชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเคนดอลและคณะ (Kendall; et al. 2004) ในปีค.ศ.2004 เช่นเดียวกันว่าการจัดการตนเองนั้นจะต้องปรับแนวคิดใหม่โดยรวมปัจจัยทางสังคมเข้าไปเกี่ยวข้อง รูปแบบเหล่านี้

ได้ผ่านการศึกษามาแล้วว่า การช่วยเหลือในระดับบุคคลไม่เพียงพอให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน จะต้องนำเอาปัจจัยด้านบริบทเข้าไปรวมกับการจัดการตนเอง โดยที่ไม่สามารถแยกเอากระบวนการทางสังคม (social processes) และทรัพยากรด้านชุมชน (community resources) ออกจากการจัดการตนเองได้

ในทางปฏิบัติและการนำการจัดการตนเองไปใช้ในภาวะโรคเรื้อรังต่าง ๆ นั้น มีความหลากหลายวิธีการ และหลากหลายแนวคิด มีการปรับและพัฒนาแนวทาง วิธีการต่าง ๆ เรื่อยมา ตั้งแต่การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ จนถึงการประสานงานกับชุมชน เพื่อให้เกิดความสำเร็จในการทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้เหมาะสม ในภาวะโรคเดียวกันก็มีการนำการจัดการตนเองไปใช้ในแนวทางที่แตกต่างกัน ทำให้การพัฒนาหรือการต่อยอดจากองค์ความรู้เดิมที่มีนั้นเป็นไปได้ยาก ทางศูนย์การจัดการตนเอง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเยล (Center for Self-Management Intervention at the Yale School of Nursing) จึงมีการรวบรวมโน้ตส์ต่างๆที่ได้จากการนำแนวคิดการจัดการตนเองไปใช้มาพัฒนาเป็นแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัว (A framework for the study of self-and family management) พัฒนาโดยเกรย์และคณะ (Grey, et al. 2006) ในปี ค.ศ.2006 และพัฒนาเป็นทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัว (The individual and Family Self-Management Theory, IFSMT) ในปี 2009 โดย Ryan & Sawin รายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1.2 แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัว (A framework for the study of self and family management)(Grey, et al. 2006)

แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวมีแนวทางในการพิจารณาหลายด้าน คือ

- 1) บุคคลจะดำเนินการจัดการตนเอง ภายใต้บริบทของครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อมของตนเอง
- 2) การจัดการตนเองและครอบครัวต่อภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมีลักษณะเป็นพลวัตร ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนตามบริบทและเวลาที่เหมาะสมได้ทั้งปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยป้องกันและเงื่อนไขที่ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ
- 3) เมื่อบุคคลสามารถระบุปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยป้องกันและเงื่อนไขได้แล้วจึงเกิดการจัดการกับพฤติกรรมนั้นทั้งทางตรงและทางอ้อม
- 4) การจัดการตนเองนั้นเกิดขึ้นบริบทของครอบครัว ดังนั้นจึงสำคัญมากที่จะต้องให้ทุกคนภายในครอบครัวมีการพัฒนาความรู้ความเข้าใจอย่างชัดเจนถึงโครงสร้างต่างๆที่ต้องจัดการ
- 5) เนื่องจากการจัดการตนเองมีความเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่สัมพันธ์กับบุคคลและบริบทแวดล้อมของคนอื่น จึงต้องมีการนำทฤษฎีด้านพัฒนาการเข้ามาผสมผสานด้วย

ดังนั้นตามข้อตกลงเบื้องต้นนี้ ทำให้เห็นว่าในการที่บุคคลและครอบครัวจะดำเนินการจัดการหรือแสดงพฤติกรรมจะมีความซับซ้อน หลากหลายและสามารถปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลา และในบางครั้งบุคคลและครอบครัวก็เลือกที่จะแสดงพฤติกรรมที่ขัดกับคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพ

เพื่อสามารถดำรงไว้ซึ่งกิจกรรมประจำวันของตนเอง และผลลัพธ์ในการดูแลสุขภาพนั้นก็หลากหลาย เช่นกัน ทั้งที่สามารถควบคุมอาการได้และไม่ได้ทำให้การรักษาภาวะโรคเรื้อรังนั้นไม่ได้ผลเท่าที่ควร จึงมีการศึกษาถึงโปรแกรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองต่อภาวะโรคเรื้อรังได้ และสามารถมีชีวิตรอยู่ได้อย่างปกติสุขเหมาะสมกับระยะของโรค อีกทั้งสามารถคงสภาวะสุขภาพของตนไม่ให้ทรุดหนักลงไปกว่าเดิม (Yates. 1986; Grey; et al. 2006)

เกรย์และคณะ (Grey; et al. 2006) จาก Center for Self-Management Interventions at the Yale School of Nursing ได้สร้างกรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง การจัดการครอบครัวในภาวะเรื้อรังทางสุขภาพต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น เป็นการเตรียมแนวทางของการวิจัยในอนาคต และเป็นการสร้างและทดสอบทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัวของผู้ป่วย และทำให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยที่ป้องกันได้ของผู้ป่วยเรื้อรัง ความสามารถในการจัดการอาการป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งยังเป็นการพัฒนาปฏิบัติการต่างๆ ที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดการตนเองอีกด้วย การเจาะจงลงไปทีพิพัตกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว เพื่อเป้าหมายในการปรับปรุงผลลัพธ์สุขภาพให้ดีขึ้น จากการศึกษาหลายปีที่ผ่านมาได้มีการวิจัยค้นหาตัวแปรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy) การแก้ปัญหา (Problem solving) ทักษะการเผชิญปัญหา (Coping skill) การกระตุ้นเตือนให้มาตรวจตามนัด (Follow up activities) สิ่งต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถก้าวข้ามผ่านภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของตนเองได้



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัว (Grey; et al. 2006)

การจัดการตนเองมักจะเกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังและการจัดการตนเองมักจะเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติไปเรื่อยๆ ซึ่งตรงกับความหมายของการจัดการตนเองและครอบครัวว่า“เป็นการจัดการกับพฤติกรรมประจำวันต่างๆ ของบุคคลตามเงื่อนไขโรคของเขาเอง” ซึ่งมีปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหลายประการคือ ปัจจัยด้านบุคคล (Individual factors) ปัจจัยตามเงื่อนไขของโรค (Condition factors) ปัจจัยด้านครอบครัว (Family factors) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment factors) รายละเอียดดังนี้

ปัจจัยด้านบุคคล (Individual factors)

ในตัวบุคคลแต่ละคนมีความแตกต่างกันในด้านอายุ เพศ ซึ่งบ่งบอกถึงความต้องการในการดูแลเอาใจใส่ที่ต่างกันไป การจัดการตนเองเมื่อมีความเจ็บป่วยและการที่บุคคลในครอบครัวให้การดูแลช่วยเหลือก็ย่อมแตกต่างกันไป หากผู้ป่วยเป็นเด็ก การดูแลของพ่อแม่ พี่น้อง ก็จะเป็นรูปแบบของการ

ดูแลในกิจวัตรประจำวัน การไปโรงเรียน การทำการบ้าน การจัดตารางเวลาให้ไม่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพและการรักษา

ปัจจัยตามเงื่อนไขของโรค (Condition factors)

การทราบถึงภาวะโรค และความรุนแรงของโรค กฎเกณฑ์ เงื่อนไขในการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับภาวะและความรุนแรงของโรค วิธีชีวิตของผู้ป่วยกับบุคคลทุกคนในครอบครัว เหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะบ่งชี้ถึงความต้องการการจัดการตนเองและครอบครัวนั้นมีมากน้อยเพียงใด

ปัจจัยด้านครอบครัว (Family factors)

การทำความเข้าใจต่อการจัดการตนเองในปัจจัยด้านครอบครัวนั้นมีความสำคัญมาก ในบริบทของครอบครัวและชุมชน เนื่องจากมีผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง ดังที่ได้มีการศึกษาว่าภาวะเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวนั้นส่งผลต่อชีวิตครอบครัวและคุณภาพในการทำหน้าที่ของครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยนั้นจะเป็นผู้สูงอายุ ผู้ใหญ่ หรือ เด็ก การมีปฏิสัมพันธ์กัน การดำเนินกิจกรรมประจำวัน การมีหน้าที่ต่างๆ ในครอบครัวอาจถูกขัดขวางจากการเจ็บป่วยของบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัว การทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวจะยังคงเป็นปกติอยู่ได้ ถ้าได้รับการสนับสนุนทางสังคม (social support) ในทรัพยากรต่าง ๆ ที่เหมาะสม เพียงพอและยาวนานพอที่ครอบครัวจะพบความหมายในทางบวก มีประสบการณ์เพียงพอที่จะสามารถลดความเครียดต่าง ๆ ลงได้ จากการศึกษาผู้ป่วยเรื้อรังในวัยเด็ก การทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวจะสัมพันธ์กับคุณภาพในการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยของเด็กและตัวแปรอื่น ๆ ในด้านครอบครัวที่มีผลต่อการจัดการตนเองและครอบครัว คือ ความใกล้ชิดของบุคคลในครอบครัว ทักษะการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย การร่วมกันรักษาสัมพันธภาพภายในครอบครัว การจัดระบบงานภายในครอบครัวที่ชัดเจน และการสื่อสารโดยตรงเรื่องภาวะเจ็บป่วยกับสมาชิกในครอบครัว จะทำให้การจัดการภายในครอบครัวสอดคล้องกับการจัดการต่อภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้ ซึ่งประสบการณ์ต่อภาวะเจ็บป่วยนั้นไม่ได้เกิดเพียงผู้ป่วยกับผู้ดูแลเท่านั้น ยังส่งผลต่อประสบการณ์ของสมาชิกทุกคนในครอบครัว อีกทั้งยังเกิดความรู้สึกร่วมกัน เสมือนเป็นโรคเรื้อรังนั้นทั้งครอบครัว (Given, Given; & Kozachik. 2001) นอกจากนี้จะต้องทำความเข้าใจว่าเงื่อนไขใดที่กระทบต่อชีวิตครอบครัวและผู้ที่ประเมินจะต้องจัดการจากมุมมองและความต้องการของครอบครัว โดยแยกแยะจากการประเมินครอบครัวในช่วงเวลาที่ผ่านมา ทั้งจากเหตุการณ์ สัญลักษณ์ และประสบการณ์การเคยจัดการกับภาวะเจ็บป่วยในอดีตที่ผ่านมา เพื่อค้นหาและเป็นข้อมูลในการจัดการช่วยเหลือกับบุคคลในครอบครัว

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment factors)

การมีผลกระทบซึ่งกันและกันระหว่างเงื่อนไขของโรคตัวผู้ป่วยครอบครัว และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ในพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม สถานการณ์ทางสังคมวัฒนธรรม เป็นตัวกำหนดการตอบสนองของผู้ป่วย ในการสนับสนุนช่วยเหลือในการทำงานสำคัญต่อการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว รวมถึงการจัดการบริบทแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการทำให้ภาวะโรคเรื้อรังของผู้ป่วยดีขึ้นตามเป้าหมายที่ได้วางแผนไว้ ครอบครัวจะต้องเผชิญหน้ากับมลภาวะและสัมพันธภาพกับชุมชน เช่น โรงเรียน ระบบสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อความต้องการในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเอื้อให้เกิดการจัดการตนเอง

ผลลัพธ์ (Outcome)

การจัดการตนเองและครอบครัวที่มีประสิทธิภาพนั้นจะต้องปรับปรุง ถ้าผลลัพธ์ที่เกิดจากเงื่อนไขและผลลัพธ์จากตัวบุคคล เช่น การเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy) หรือสร้างเสริมกำลังใจ (empowerment) ปฏิบัติตามเกณฑ์ในการรักษาให้ดีขึ้นและปรับปรุงคุณภาพชีวิตซึ่งผลลัพธ์มีทั้งหมด 4 ด้านคือ

ผลลัพธ์จากเงื่อนไขของโรค (Condition outcome)

เป้าหมายหลักของการจัดการตนเองคือ การพัฒนาภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น ปรับปรุงให้ภาวะเจ็บป่วยหรือปัญหาต่าง ๆ ลดลง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเสื่อม สามารถพัฒนาศักยภาพในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยให้ดีขึ้นและลดการใช้บริการทางสุขภาพที่สถานพยาบาลต่าง ๆ ลงได้

ผลลัพธ์จากตัวบุคคล (Individual out comes)

ผลลัพธ์ของตัวบุคคลและครอบครัวมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าเงื่อนไขที่เฉพาะเจาะจงของโรค ซึ่งผลลัพธ์ของตัวบุคคลจะสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เป้าหมายรองลงมาของการจัดการตนเอง คือ ทำให้มีความเป็นไปได้มากที่สุดการจัดกิจกรรมหรือวางแผนให้ครอบครัวนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย จากการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตนั้นส่งผลต่ออัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตาย ผู้ป่วยจะรับรู้คุณภาพชีวิตได้จากทั้งทางด้านสังคม ร่างกาย จิตวิญญาณ และจิตใจที่มีสุขภาพะ เป้าหมายในการรักษานั้นคือ ทำให้การทำหน้าที่ต่าง ๆ ของผู้ป่วยยังคงอยู่หรือดีขึ้น โดยทั่วไปการรักษาจะมุ่งไปที่การทำให้อาการและอาการแสดงทางกายภาพหายไป โดยมีองค์ประกอบร่วมคือสุขภาพะและการร่วมมือเผชิญต่อภาวะโรคของครอบครัว และผลลัพธ์ที่สำคัญโดดเด่นคือ การเปลี่ยนพฤติกรรมหรือรับรู้ว่าจะตนเองสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้

ผลลัพธ์ด้านครอบครัว (Family Outcomes)

การใช้แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวเข้าช่วยในการดูแลผู้ป่วยและทุกคนในครอบครัว เหมือนกับการจัดการครอบครัว เนื่องจากทุกคนในบ้านคือครอบครัวเดียวกัน การปรับวิถีชีวิตทุกคนให้เอื้ออำนวยต่อผู้ป่วยจะสามารถทำให้ครอบครัวมีผลลัพธ์ที่ดี คือเกิดคุณภาพชีวิตในครอบครัวขึ้น จากการศึกษาพบว่าลักษณะของการปรับตัวที่เกิดขึ้นในครอบครัวนั้น จะเป็นในรูปแบบของการจัดการหน้าที่ของทุกคนในครอบครัว การร่วมกันเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นจากผลกระทบของภาวะเจ็บป่วย การสร้างเป้าหมายร่วมกันของครอบครัวในอนาคต ช่วยเหลือบุคคลในครอบครัวเมื่อเกิดอาการซึมเศร้า การให้ยอมนึกถึงภาพในอดีตของครอบครัวที่มีความสุขเพื่อยึดสมาชิกให้มีความรู้สึกร่วมเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

ผลลัพธ์ด้านสภาพแวดล้อม (Environmental Outcomes)

ในการปรับปรุงสภาวะทางสุขภาพ คุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ภายในครอบครัวได้นั้น ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในหน่วยงานและงบประมาณทางสุขภาพ จากการศึกษาของเนลเลอร์และคณะ (Naylor and colleagues) ได้จัดโปรแกรมการจัดการตนเองแก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจและมีการกลับมาอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยๆ ให้สามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ พบว่าอัตราการกลับมาอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลงมาก ทำให้สามารถลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยนี้ลงได้มาก ในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะภายหลังการผ่าตัดรักษา ได้มีการจัดให้ผู้ป่วยได้มีการบันทึกอาการและอัตราการเต้นของหัวใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้อย่างปลอดภัยและป้องกันไม่ให้เกิดการเสียชีวิตอย่างได้ผลดี

2.1.3 ทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัว (The individual and Family Self-Management Theory, IFSMT)

ทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัว ได้พัฒนาขึ้นในปี 2009 โดย Ryan & Sawin ทฤษฎีนี้มีจุดเน้นให้ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวสามารถเกิดการจัดการตนเองได้โดยมองว่าครอบครัวและผู้ป่วยเป็นหน่วยเดียวกัน มีอิทธิพลต่อการเกื้อหนุนให้เกิดการกระทำพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การที่จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมและปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องนั้น ขึ้นอยู่กับการสนับสนุนจากครอบครัว (Family support) เป็นส่วนสำคัญ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี มีความรักความเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการพัฒนาความรู้ทักษะ (Knowledge) และความสามารถในการกำกับตนเอง (self-regulation skill & abilities) ให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ได้ ซึ่งจะนำไปสู่การ

จัดการตนเองต่อภาวะโรคได้อย่างต่อเนื่องยาวนาน ซึ่งอยู่ในมิติของกระบวนการจัดการตนเอง (Process of self-management) ตามกรอบทฤษฎีปัจจัยในมิตินี้ได้แก่ ความรู้ความเชื่อของ บุคคล ทักษะในการกำกับตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง และ การสนับสนุนจากครอบครัว นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยในมิติบริบท (Context) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการจัดการตนเองอาจเป็นปัจจัย ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคในการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ประกอบด้วยเงื่อนไขที่ เฉพาะเจาะจงกับการเจ็บป่วย (Condition specific) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม (Physical & social environment) รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว (Individual & family) ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในมิตินี้ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า การเข้าถึงการบริการ อายุ เพศ ระดับการศึกษา เป็นต้น จากปัจจัยทั้งหมดในมิติต่าง ๆ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของบุคคล ซึ่งจะนำไปสู่ การเกิดผลลัพธ์ (Outcomes) ทางสุขภาพ ได้แก่ การมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมกับ ตนเอง การมีสุขภาพะ รวมถึงคุณภาพชีวิตและความผาสุก (Ryan & Sawin. 2009; Grey; et.al. 2006) กล่าวโดยละเอียดตามแต่ละมโนทัศน์ดังนี้

มโนทัศน์บริบท ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน (Context, risk and protective factors)

มโนทัศน์นี้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าสู่การจัดการ ตนเองได้ ประกอบด้วย

1) ปัจจัยเงื่อนไขเฉพาะโรค (Condition specific factors) จะมีความซับซ้อน ยุ่งยากแตกต่างกันไปทั้งในการรักษาและการดูแล ซึ่งต้องพิจารณาในเรื่องสรีรวิทยา โครงสร้างหรือ เงื่อนไขของการทำหน้าที่ต่างๆของผู้ป่วยว่าการรักษาที่ได้รับจะส่งกระทบอย่างไรบ้างจะป้องกัน หลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดอุปสรรคได้อย่างไร พฤติกรรมเดิมเป็นอย่างไรและพฤติกรรมที่ต้องการเป็นอย่างไร ต้องพิจารณาถึงข้อจำกัด เวลา วิถีชีวิตในแต่ละวันและการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายด้วย

2) ลักษณะกายภาพและสภาพแวดล้อมทางสังคม (Physical and social environment) พิจารณาถึงปัจจัยการเข้าถึงบริการสุขภาพ การเดินทาง เพื่อนบ้าน โรงเรียน ที่ทำงาน วัฒนธรรม รัฐสวัสดิการ และอุปสรรคต่อการจัดการตนเองและครอบครัว

3) ปัจจัยด้านบุคคลและครอบครัว (Individual and family factors) พิจารณาถึง บุคลิกภาพส่วนบุคคลของทุกคนในครอบครัว การส่งเสริมหรือขัดขวางต่อการจัดการตนเอง มุมมอง ความคิดเห็น การได้รับข้อมูลข่าวสาร ระยะพัฒนาการของครอบครัว ความสามารถ ความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน การรู้หนังสือ และทรัพยากรภายในครอบครัว

มโนทัศน์กระบวนการจัดการตนเองและครอบครัว (Process of Self-management)

มโนทัศน์นี้อยู่บนพื้นฐานการเป็นพลวัตร การมีปฏิสัมพันธ์ และการเฝ้าติดตาม ของความรู้และความเชื่อต่อเงื่อนไขเฉพาะของโรค ทักษะการกำกับตนเองและการช่วยเหลือทางสังคม

1) ความรู้และความเชื่อต่อเงื่อนไขเฉพาะของโรค (Condition specific knowledge and beliefs) การรับรู้ข้อมูลที่เป็นความจริงเกี่ยวกับเงื่อนไขของโรค เงื่อนไขทางสุขภาพ และพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) สามารถคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectancy) และบรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ (Goal congruence)

2) การกำกับตนเอง (Self-regulation) เป็นการทำกระบวนการซ้ำๆ จนเกิดเป็นทักษะที่สามารถทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ แนวคิดนี้มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีปัญญาสังคมของแบนดูรา ซึ่งมีแนวคิดการกำหนดซึ่งกันและของปัจจัยด้านบุคคล สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรม (Reciprocal determinism) ในทฤษฎีนี้หมายถึงการที่บุคคลเกิดพฤติกรรมการกำกับตนเองที่เป็นผลมาจากการรับรู้ความสามารถตนเองแล้วจึงนำไปสู่พฤติกรรมจัดการตนเอง ประกอบด้วยขั้นตอน 6 ขั้นตอนคือ การตั้งเป้าหมาย การเฝ้าสังเกตตนเองและการสะท้อนคิด การตัดสินใจ การวางแผนและลงมือกระทำ การประเมินตนเอง และการจัดการตามเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

3) การช่วยเหลือทางสังคม (Social facilitation) เป็นการช่วยเหลือภายใต้สัมพันธภาพของบุคคลและครอบครัวและสังคมรอบด้าน ทั้งในการส่งเสริมให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ทั้งผู้ที่มีอำนาจในการช่วยเหลือ ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ และผู้ที่บุคคลและครอบครัวยอมรับนับถือ เช่นบุคลากรทางสุขภาพ ผู้นำชุมชน ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ที่ให้ความช่วยเหลือในด้านทรัพยากร ด้านจิตใจ ด้านกำลังแรงงาน ด้านข้อมูลข่าวสาร อีกทั้งยังมีการประสานงานการโน้มน้าวใจ ให้ปฏิบัติตามแผนการรักษา แผนการปฏิบัติตน ให้สามารถเกิดพฤติกรรมจัดการตนเองได้

มโนทัศน์ด้านผลลัพธ์ (Outcome)

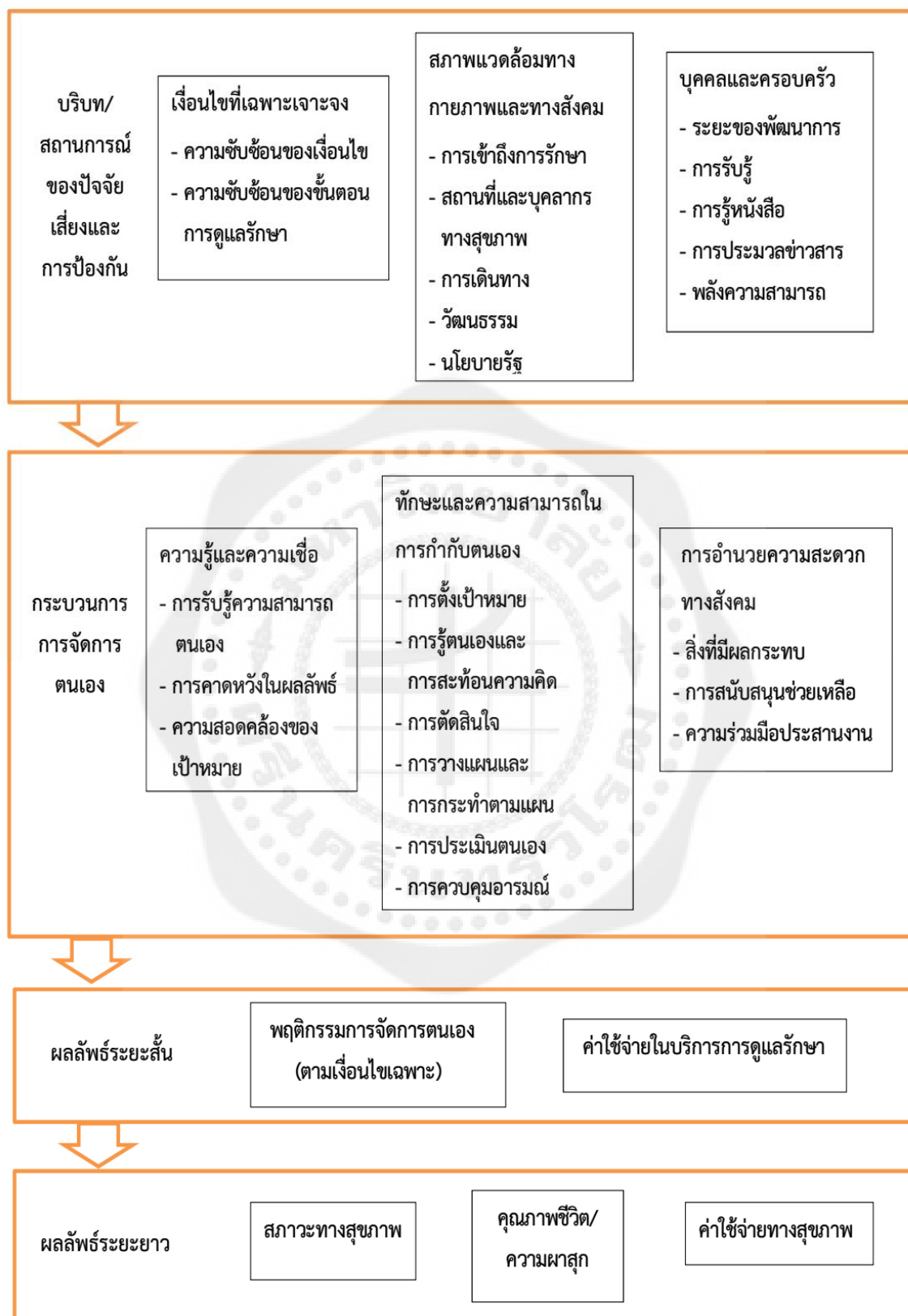
ผลลัพธ์นี้มีทั้งผลลัพธ์ระยะสั้น (Proximal outcome) และผลลัพธ์ระยะยาว (Distal outcome)

ผลลัพธ์ระยะสั้น ประเมินจากพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัว ในเรื่องของกิจกรรม การปฏิบัติตามแผนการรักษา การจัดการกับอาการแสดงของโรค การใช้ยาอย่างถูกต้อง การแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพอย่างเหมาะสมกับภาวะโรค การลดค่าใช้จ่ายในการใช้บริการทางสุขภาพ

ผลลัพธ์ระยะยาว ประเมินจาก

- 1) สภาวะสุขภาพตามเกณฑ์การดำเนินของโรคที่ควรเป็น ซึ่งดูจากการป้องกันอาการกำเริบ การทราบถึงอาการเตือน อาการแสดงที่คงที่หรือทรุดลง
- 2) ประเมินจากคุณภาพชีวิต (Quality of life) หรือการรับรู้สภาวะ (Perceived well-being)
- 3) ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพโดยรวมทั้งทางตรงและทางอ้อม

สรุป ทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัวเป็นทฤษฎีใหม่ที่พัฒนาจากแนวคิดการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นแนวคิดที่มาจากการจัดการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และได้มีการนำมาใช้ในกลุ่มประชากรอื่นอย่างกว้างขวางมากขึ้น ทั้งในผู้สูงอายุที่ไม่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย (Schuurmans. 2005) เกสซ์กรแนะนำการจัดการเรื่องยาด้วยตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโต (Brown & Emberton. 2004) ทฤษฎีนี้มีความโดดเด่นในเรื่องตัวบุคคลและครอบครัวสามารถการจัดการสภาวะต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติที่ดำเนินอยู่ในชีวิตประจำวัน ได้ด้วยตนเอง โดยการพิจารณาถึงปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ให้เห็นถึงปัญหา อุปสรรค และสิ่งช่วยสนับสนุนเพื่อให้สามารถรับพฤติกรรมต่างๆ ให้เหมาะสมกับสภาวะที่เปลี่ยนแปลงนั้นได้อย่างถูกต้องสมดุล (Ryan;& Sawin. 2009) ผู้วิจัยจึงเห็นว่า ทฤษฎีนี้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่ผู้วิจัยสนใจคือกลุ่มมารดาหลังคลอดครั้งแรก ซึ่งไม่ได้เป็นผู้ป่วย แต่เป็นผู้ที่กำลังอยู่ในช่วงการเกิดสภาวะในการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม จากครอบครัวที่มีเพียงสามีภรรยา เป็นครอบครัวที่มีบุตรคนแรกอยู่ในวัยทารกที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเต็มที่จากบิดามารดา ความรับผิดชอบที่ต้องเพิ่มขึ้น วิถีชีวิตที่ต้องเปลี่ยนแปลงไป ทำให้มารดาและครอบครัวจะต้องจัดการสิ่งต่างๆ ตามที่ปัจจัยที่ตนเองมี เพื่อปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสภาวะใหม่นี้ ทำให้เกิดความถูกต้องสมดุลในชีวิตมารดาหลังคลอด



ภาพประกอบ 2 โมเดลทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัว ของ Ryan and Sawin (2009)

ที่มา: Ryan and Sawin (2009)

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของทฤษฎีที่มีตัวแปรและปัจจัยต่างๆมากมาย แต่ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจเลือกมาเพียงบางตัวแปรที่สอดคล้องเหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่สนใจคือมารดาหลังคลอด ประกอบกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีตัวแปรเพียงบางตัวที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันกับกลุ่มมารดาหลังคลอด ซึ่งพบว่าย้งมีงานวิจัยไม่มากที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองในกลุ่มมารดาหลังคลอด ในกระบวนการการจัดการตนเองและครอบครัว (Process of Self-management) ตัวแปรที่สัมพันธ์และชัดเจนในการจัดการตนเองได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเองและการกำกับตนเอง และพบว่ามี ความเกี่ยวข้องกันกับมารดาหลังคลอดที่ดูแลบุตรผิดปกติ (Weiss; et al. 2013) ในด้านผลลัพธ์ระยะสั้นศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัว เนื่องจากเป็นผลลัพธ์ที่เด่นชัดจากมโนทัศน์กระบวนการจัดการตนเอง ในด้านผลลัพธ์ระยะยาวผู้วิจัยเลือกศึกษาคุณภาพชีวิต ไม่ศึกษาสภาวะสุขภาพและค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ เนื่องจากมารดาหลังคลอดไม่ใช่บุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย และคุณภาพชีวิตของมารดาและทารกจะเป็นสิ่งบ่งบอกถึงผลลัพธ์ของสภาวะสุขภาพของมารดาและทารกและคุณภาพในการดูแลของการบริการทางสุขภาพ ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (Mogos; et al. 2013)

2.2 การวัดพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัว

ในการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวในกลุ่มมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลปกติไม่มีอาการเจ็บป่วย แต่มีความซับซ้อนเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงภายในชีวิตของตนเองและครอบครัว อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาในมุมมองนี้มากนัก ดังนั้นในการวัดพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวจึงเป็นการรวบรวมแนวคิดในการวัดพฤติกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับการจัดการการเป็นมารดาและครอบครัว ซึ่งนอกเหนือจากทฤษฎีพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัว เพื่อความครอบคลุมและชัดเจนในการวัดเพิ่มมากขึ้น

ในการวัดพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวในบุคคลเจ็บป่วยเรื้อรังตามทฤษฎีนั้น จะวัดในเรื่องของ 1) กิจกรรมประจำวัน 2) การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา 3) การจัดการกับอาการแสดงของโรค 4) การใช้จ่ายอย่างถูกต้อง 5) การแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพอย่างเหมาะสมกับภาวะโรค และ 6) การลดค่าใช้จ่ายในการใช้บริการทางสุขภาพ (Ryan; & Sawin. 2009) เมื่อเทียบเคียงในกลุ่มมารดาหลังคลอดบุตร พบว่าพฤติกรรมจัดการตนเองจะเกี่ยวข้องกับการเป็นมารดา การเป็นภรรยาและกิจกรรมต่างๆ ภายในบ้านเป็นส่วนใหญ่ เพื่อให้การวัดในการวิจัยครั้งนี้มีความครอบคลุมและชัดเจน เหมาะสมกับพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง จึงศึกษาการวัดในประเด็นการเป็นมารดาเพิ่มเติม

จากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวัดการเป็นมารดาและครอบครัวสามารถรวบรวมได้ ดังนี้

1. ดัชนีบทบาทหน้าที่มารดาของบาร์คิน (The Barkin Index of Maternal Functioning) บาร์คินและคณะ (Barkin; et al. 2009) ได้พัฒนาแบบวัดนี้เนื่องจากเห็นความสำคัญของการเป็นมารดาที่ต้องเลี้ยงบุตรเองในระยะแรกเกิดถึง 12 เดือน ซึ่งระยะนี้ถือเป็นระยะวิกฤตของทั้งมารดาและบุตรที่มารดาจะต้องทำทุกอย่างด้วยตนเองและต้องเรียนรู้ที่จะปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และต้องตอบสนองความต้องการของบุตรแม้ว่าจะสื่อสารกันไม่ได้ บาร์คินได้เริ่มจากการทำกลุ่มกับมารดาครรภ์แรก จำนวน 31 คน ได้มีการพูดคุยสอบถามถึงบทบาทหน้าที่ที่จะต้องทำในระยะ 1 ปีแรกของการเลี้ยงบุตร และพัฒนาเป็นแบบสอบถาม The Barkin Index of Maternal Functioning (BIMF) เป็นแบบสอบถามแบบรายงานด้วยตนเอง (self-report measure) มี 20 ข้อคำถาม ได้มาจากการเนื้อหาในการทำกลุ่มและทำการวิเคราะห์ด้วยวิธีเชิงคุณภาพได้ประเด็นหลักเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร 7 ประเด็น คือ 1) การดูแลตนเอง (self-care) 2) การดูแลบุตร (child care) 3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก (mother-child interaction) 4) สุขภาวะทางจิตใจ (psychological well-being) 5) การสนับสนุนทางสังคม (social support) 6) การจัดการ (management) 7) การปรับปรุงให้ดีขึ้น (adjustment) (Barkin; et al. 2009)

2. แบบวัดการเป็นมารดา (The Being Mother Scale, BaM-13) พัฒนาขึ้นโดย แมทเทย์ (Matthey. 2011) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสบการณ์ทางจิตใจของมารดาหลังคลอดที่กว้างกว่าแบบวัดอื่นๆ คือตั้งแต่หลังคลอดจนถึงบุตรก่อนเข้าเรียน (pre-schoolers) เนื่องจากแมทเทย์ เห็นความสำคัญของภาวะทางจิตใจของมารดาในขณะหลังคลอดที่ต้องเลี้ยงดูบุตรที่ต้องเผชิญความกดดัน ความเครียดต่างๆ และมารดาส่วนใหญ่ก็มักมีขีดจำกัดทางอารมณ์ และอาจเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ แมทเทย์ได้เริ่มจากการรวบรวม ค้นหา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องร่วมกับการสัมภาษณ์มารดาหลังคลอดเกี่ยวกับประสบการณ์การเป็นมารดา แล้วจึงพัฒนาข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ เป็นแบบวัดรายงานด้วยตนเอง (self-report measure) มาตรฐานเรียงอันดับ (rating scale) จาก 0-3 คะแนน ไม่เคยเกิดขึ้นเลย 0 คะแนน ไม่บ่อย 1 คะแนน บางครั้ง 2 คะแนน และเกิดขึ้นเสมอ 3 คะแนน นำไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอด 361 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น .74

ในงานวิจัยครั้งนี้เป็นแบบวัดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรกที่ถูกวิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรร่วมกับแนวคิดการเป็นมารดา พฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรนั้นมารดาหลังคลอดจะต้องสามารถประเมิน วางแผนและกระทำกิจกรรมต่างๆ ภายในครอบครัวได้ ซึ่งบุคคลในครอบครัวและมารดาหลังคลอดมีอิทธิพลต่อกันให้เกิดการกระทำพฤติกรรมที่ต้องการและเหมาะสม ทั้งการดำเนินกิจกรรมตามกับหน้าที่บทบาทของการเป็นมารดา การเป็นภรรยาและการจัดการเรื่องภายในบ้าน ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อให้มีการแสดงพฤติกรรมมารดา

หลังคลอดบุตรอย่างเหมาะสมทำให้สถานการณ์การมีบุตรคนแรกของครอบครัวสามารถดำเนินไปได้
 อย่างดีที่สุด

ซึ่งการสร้างแบบวัดจะพิจารณาให้สอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการที่ได้จัดทำไว้ โดย
 พิจารณาจากองค์ประกอบ 4 ด้าน ดังนี้ (Martikainen. 1995)

1) พฤติกรรมการเป็นมารดา หมายถึง การกระทำของมารดาหลังคลอดตามบทบาท
 หน้าที่การเป็นมารดา เกี่ยวกับการสังเกต วางแผนและกระทำกิจกรรมการเลี้ยงบุตร การอาบน้ำบุตร
 การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การทำความสะอาด ส่งเสริมพัฒนาการของบุตร การจัดหาและตอบสนอง
 ตามความต้องการของบุตร การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับบุตร

2) พฤติกรรมการเป็นภรรยา หมายถึง การกระทำของมารดาหลังคลอดตามบทบาท
 หน้าที่การเป็นภรรยาเกี่ยวกับ การประเิน วางแผนและกระทำกิจกรรม การดูแลคู่สมรส การดำรง
 สัมพันธภาพ การมีเพศสัมพันธ์ การมีบทบาทร่วมกันในการเลี้ยงดูบุตร

3) พฤติกรรมการจัดการภายในบ้าน หมายถึง การกระทำของมารดาหลังคลอดตาม
 บทบาท หน้าที่ในการจัดการภายในบ้าน เกี่ยวกับการประเิน วางแผนและกระทำกิจกรรม การ
 มอบหมายให้สมาชิกดูแลบุคคลภายในครอบครัว สภาพแวดล้อม ความเป็นอยู่ของคนในครอบครัว
 การใช้ทรัพยากรที่มีอย่างเหมาะสม แสดงออกถึงการช่วยเหลือการทำการกิจกรรมของมารดาหลังคลอด
 การจัดการกับภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัว การปฏิบัติตามคำแนะนำในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการ
 เป็นมารดาที่ได้รับจากบุคคลรอบข้าง

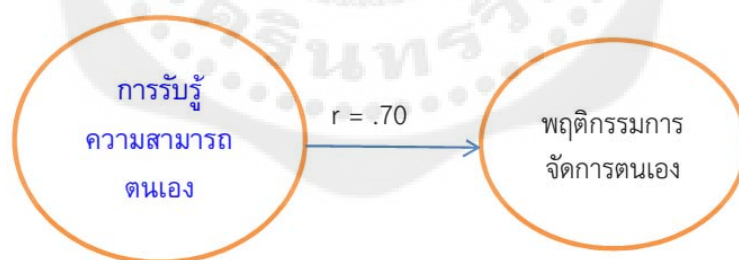
4) พฤติกรรมการจัดการตนเอง หมายถึง การกระทำของมารดาหลังคลอดในการดูแล
 ตนเองในเรื่องภาวะสุขภาพ การใช้ยา กิจกรรมประจำวัน การพักผ่อน การนอนหลับ การรับประทานอาหาร
 การจัดเวลาส่วนตัว การจัดการอารมณ์

แบบวัดนี้แบบรายงานด้วยตนเอง (self-reportmeasure)ของมารดาหลังคลอดต่อ
 พฤติกรรมการเป็นมารดา การเป็นภรรยาและการจัดการเรื่องภายในบ้าน ข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ
 เป็นมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ โดยประเมินระดับความรู้สึกของมารดาว่าข้อความนั้นตรงกับ
 ความเป็นจริงของมารดามากน้อยเพียงใดตั้งแต่ จริงมากที่สุดได้ 6 คะแนน จริงมากได้ 5 คะแนน จริง
 ปานกลางได้ 4 คะแนน จริงน้อยได้ 3 คะแนน จริงน้อยที่สุดได้ 2 คะแนน และ ไม่จริงเลยได้ 1 คะแนน
 ไม่จริงเลย 1 คะแนน ผู้ที่ตอบหากได้คะแนนมาก แสดงว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว
 ของมารดาหลังคลอดบุตรจะดีจากนั้นนำแบบวัดมาหาคุณภาพในการวัด โดยนำมาให้ผู้เชี่ยวชาญและ
 อาจารย์ที่ปรึกษา ประเมินความเที่ยงตรง และนำมาทดลองใช้เพื่อประเมินความเชื่อมั่น และนำมา
 ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษา

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัว

ทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัวนี้เริ่มมีการนำมาใช้ แต่พบว่างานวิจัยที่นำทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัวไปใช้นั้นน้อยมาก อาจเนื่องจากเป็นทฤษฎีใหม่และยังไม่เป็นที่แพร่หลาย ซึ่งงานวิจัยที่นำทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัวนี้มาใช้นั้นน้อยมาก และงานวิจัยส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องเป็นงานวิจัยในแนวคิดการจัดการตนเอง มีรายละเอียดดังนี้

การศึกษาของณรงค์กร ชัยวงศ์และคณะ (2557) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) ศึกษาปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัวและภาวะซึมเศร้าที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองและครอบครัวของผู้ป่วย โดยใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัวของ ไรอันและซาวิน (Ryan and Sawin. 2009) เป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างคือผู้มาตรวจรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอก จำนวน 155 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 20 ราย ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง ค่า Cronbach' alpha coefficient ระหว่าง 0.87-0.97 ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยหลายตัวแปร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับปานกลางและ การรับรู้ความสามารถตนเองกับการสนับสนุนจากครอบครัวร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ร้อยละ 51 ($R^2=0.51$, $p<0.001$) การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($r=-0.167$, $p<0.05$)

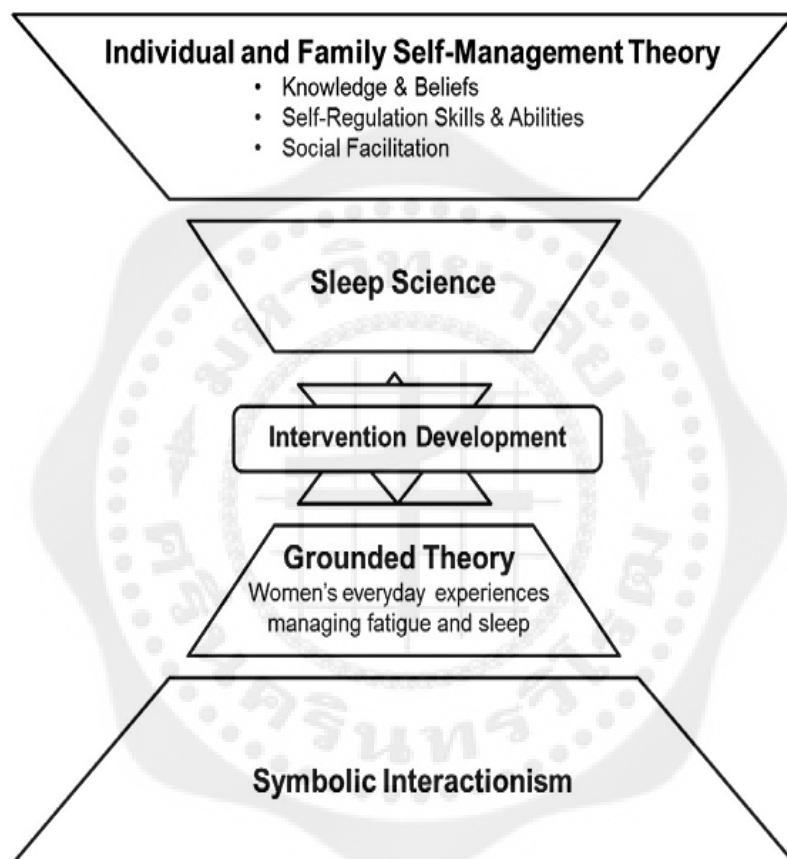


ภาพประกอบ 3 ความสัมพันธ์ตัวแปรสาเหตุการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรม

การจัดการตนเองและครอบครัว: ณรงค์กร ชัยวงศ์และคณะ (2557)

การศึกษาของโดริง (Doering. 2013) ในกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเหนื่อยล้าและมีปัญหาเกี่ยวกับการนอน ซึ่งเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญเกี่ยวกับสุขภาพของทั้งมารดาหลังคลอดและทารกเป็นอย่างมาก โดริงได้ศึกษาโดยใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัวเป็นหนึ่งในสี่ทฤษฎีที่ใช้

ประกอบกัน 1) Grounded theory ใช้ในการทำความเข้าใจมารดาหลังคลอดว่าการดำเนินชีวิต การจัดการกิจกรรมหรือเกิดเหตุการณ์ใดบ้างเพื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริง 2) Theory of unpleasant symptoms ให้เกิดความตระหนักในอาการ ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการนอนไม่หลับ 3) Individual and Family Self-management theory โดยให้มารดาเกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง การกำกับตนเองให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม และ 4) Sleep science ใช้เพื่อช่วยให้มารดาสามารถพักผ่อนได้

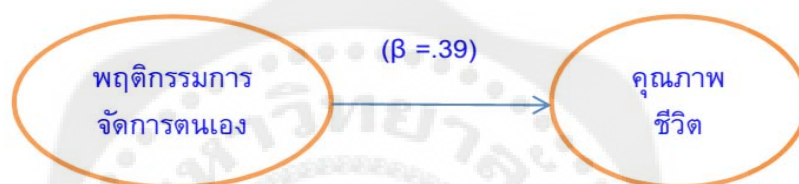


ภาพประกอบ 4 โมเดลทฤษฎีทั้ง 4 ในการศึกษามารดาหลังคลอด ของ Doering (2013)

ที่มา: Doering (2013)

การจัดการตนเองกับคุณภาพชีวิต

มิสราและเลเกอร์ (Misra; & Lager. 2008) ได้ทำการวิเคราะห์หัตถิพล (path model) การทำนายคุณภาพชีวิตของในกลุ่มผู้ใหญ่วัยที่มีภาวะเบาหวานจำนวน 180 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมจัดการตนเองดี จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีโดยที่พฤติกรรมจัดการตนเองเป็นตัวแปรต้นกลางระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต การสนับสนุนทางสังคมจึงมีอิทธิพลทั้งทางตรงต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ($\beta = -.28$) และอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตในขณะที่พฤติกรรมจัดการตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิต ($\beta = .39$)



ภาพประกอบ 5 ความสัมพันธ์พฤติกรรมจัดการตนเองกับคุณภาพชีวิต

(Misra; & Lager. 2008)

สรุปความสัมพันธ์ตัวแปรการรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมจัดการตนเองและการรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง และพฤติกรรมจัดการตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิต อีกทั้งจากงานวิจัยของมิสราและเลเกอร์ ยังพบว่าพฤติกรรมจัดการตนเองยังเป็นตัวแปรต้นกลางระหว่างตัวแปรสาเหตุอีกด้วย ดังแสดงความสัมพันธ์ในภาพประกอบ 6



ภาพประกอบ 6 ความสัมพันธ์การรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมจัดการตนเอง

และครอบคลุมกับคุณภาพชีวิต

จากความสัมพันธ์ดังกล่าวจึงสามารถนำมาตั้งเป็นสมมติฐานข้อที่ 1.3 และ 1.9
 สมมติฐานข้อที่ 1.3 การรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและ
 ครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก
 สมมติฐานข้อที่ 1.9 พฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกมี
 อิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตร ครั้งแรก

3.1 การถ่ายทอดการเป็นมารดา (Maternal socialization)

3.1.1 ความหมายของการถ่ายทอดการเป็นมารดา (Maternal socialization)

การถ่ายทอดการเป็นมารดานั้น เป็นการประสานแนวคิดการเป็นมารดาและการถ่ายทอดทางสังคม จึงเป็นเสมือนการถ่ายทอดทางสังคมในด้านการเป็นมารดา ทั้งในการดูแลเลี้ยงดูบุตรซึ่งจะกล่าวถึงความหมายดังนี้

-การถ่ายทอดทางสังคม หมายถึงกระบวนการที่ทำให้บุคคลเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น เพื่อช่วยให้สามารถปรับตัวให้เข้ากับขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม กฎระเบียบหรือกฎหมายของสังคม รวมถึงแนวการประพฤติปฏิบัติต่างๆ ผลจากการเรียนรู้จะทำให้บุคคลมีความคิดความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม แรงจูงใจ บุคลิกภาพ และพฤติกรรมที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของสังคมที่ตนเองเป็นสมาชิกอยู่ กระบวนการนี้จะรวมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสารหรือสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการประกอบอาชีพ (อ้อมเดือน สดมณีและสุภาศุภร์ จันประเสริฐ. 2554)

-การถ่ายทอดทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลเรียนรู้ ความรู้ ความคิด ความชำนาญ ทักษะ ความรู้สึกทางด้านจิตใจและอารมณ์ ยอมรับ ค่านิยม วัฒนธรรม หล่อหลอมทางจิตใจและพฤติกรรมที่สังคมปรารถนาและสามารถอยู่ในสังคมได้ ปรับตัวได้ตามสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเด็กจะได้รับ โดยทางตรงและทางอ้อมจากบิดา มารดา และคนใกล้ชิด รวมถึงจากประสบการณ์ทางสังคม (Schmid. 2012)

-การถ่ายทอดทางสังคม หมายถึง กระบวนการที่จะทำให้เด็กหรือสมาชิกใหม่ ได้เรียนรู้บทบาทหน้าที่ และสามารถเข้าสู่กลุ่มสังคมนั้นๆ ได้ ซึ่งการถ่ายทอดทางสังคมนั้นมีความซับซ้อน ต้องมีกระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และอาศัยองค์ประกอบอย่างน้อย 3 ประการ 1) การ

สังเกต (observation) 2) การเลียนแบบ (imitation) 3) มีแรงบันดาลใจจากภายใน (internalization) (Johnson. 1981; Walker. 1992)

-การเป็นมารดาหมายถึง ภาวะที่สตรีหลังคลอดบุตรต้องเผชิญช่วงเวลาที่มีการพัฒนาการเข้าสู่บทบาทใหม่ ที่ต้องให้การดูแลบุตรทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม (Kochanska. 1997; Currie. 2009)

ดังนั้นการถ่ายทอดการเป็นมารดา (Maternal socialization) จึงหมายถึง มารดาหลังคลอดบุตรมีการรับรู้ เข้าใจ สามารถกระทำบทบาทมารดาได้จากการสอน บอกเล่า การเลียนแบบจากครอบครัวและสภาพแวดล้อมที่มารดาได้เติบโตขึ้น จนกระทั่งเลี้ยงบุตรในปัจจุบัน ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเป็นมารดาได้แก่ การเลี้ยงบุตร การอาบน้ำบุตร การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การทำความสะอาด ทำกิจกรรมประจำวัน สนองตอบตามความต้องการของบุตร ส่งเสริมพัฒนาการของบุตร

3.1.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดการเป็นมารดา

3.1.2.1 การถ่ายทอดทางสังคม

การถ่ายทอดทางสังคมเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงบุคคลเข้ากับสังคมและวัฒนธรรม โดยบุคคลจะเรียนรู้และซึมซับความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม และบรรทัดฐานของสังคมที่ตนเป็นสมาชิกอยู่เข้าไปเป็นพื้นฐานความคิดและการกระทำพฤติกรรมต่างๆ การถ่ายทอดทางสังคมเป็นกระบวนการที่มีโครงสร้างและส่งผลกระทบต่อบุคคลในลักษณะที่คล้ายคลึงกันไม่ว่าจะเกิดพฤติกรรม ณ ที่ใด แต่อาจมีรายละเอียดแตกต่างกันไป จึงเป็นกระบวนการพัฒนามนุษย์ที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตน และค่านิยมของกลุ่มวัฒนธรรมย่อย (งามตา วรินทร์านนท์. 2545)

เป้าหมายหลักในกระบวนการถ่ายทอดทางสังคม คือ การพัฒนามนุษย์โดยรวม มี 5 ด้าน ได้แก่การสร้างเสริมพัฒนาแนวคิดแห่งตน (Development of A self-concept) การปลูกฝังวินัยในตน (Instilling self-discipline) การปลูกฝังความมุ่งหวังในชีวิต (Instilling aspiration) การสอนทักษะด้านพัฒนาการ (Teaching development skill) การสอนเกี่ยวกับบทบาททางสังคม (Teaching social roles) (Berns. 2013)

1.การสร้างเสริมพัฒนาแนวคิดแห่งตน (Development of A self-concept)

จากประสบการณ์การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เด็กจะเริ่มมองว่าตนเองแตกต่างจากผู้อื่น เมื่อเด็กเริ่มกระทำสิ่งต่างๆ ได้อย่างอิสระ พวกเขาจะค่อยๆ ตระหนักว่าบุคคลอื่นกำลังประเมินและตัดสินเกี่ยวกับพฤติกรรมของพวกเขาด้วย กฎระเบียบหรือมาตรฐานบางอย่าง ซึ่งกฎระเบียบและมาตรฐานเหล่านั้นเด็กจำเป็นต้องเรียนรู้และเข้าใจก่อนที่จะสามารถประเมินตนเองได้ ในขณะที่เด็กค่อยๆ เรียนรู้เกี่ยวกับเกณฑ์เหล่านั้น แต่ละคนจะค่อยๆ พัฒนามโนภาพแห่งตน โดยในมโนภาพนี้จะสะท้อนถึงเจตคติของบุคคลอื่นที่มีต่อเด็กแต่ละคนหรือที่เรียกว่าการมองตนเองสะท้อนจากกระจกเงา (the

looking- glass self) กล่าวคือ เป็นการมองตนเองโดยใช้สายตาของผู้อื่น เหมือนมองตัวเองจากกระจกเงาและบุคคลจะตัดสินใจเกี่ยวกับการกระทำของตน โดยเอาความคิดเห็นของ บุคคลอื่นที่มองพวกเขา มาเป็นเกณฑ์สำคัญ (Berns. 2013)

3. การปลูกฝังวินัยในตน (Instilling self-discipline)

วินัยในตนเองครอบคลุมถึงเรื่องความสามารถของบุคคลในการควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรม ทั้งนี้พฤติกรรมที่ไม่เป็นระเบียบ อาจเกิดจากความต้องการหรือแรงกระตุ้นชั่ววูบ เป็นการตอบสนองความต้องการเฉพาะหน้าโดยไม่คำนึงถึงผลในอนาคต พฤติกรรมในทางตรงข้ามที่ควรจะทำคือการฝึกฝนคือ พฤติกรรมมีระเบียบที่จำกัดความพอใจหรือการเลื่อนขยายเวลาที่จะได้รับ ความพึงพอใจในทันทีออกไป เพื่อประโยชน์ในการบรรลุจุดมุ่งหมายที่ดีกว่าหรือสำคัญกว่าใน อนาคต เรียกว่าการอดใจรอได้ (postpone gratification) ซึ่งพฤติกรรมเช่นนี้แสดงนัยของการที่สามารถควบคุมตนเอง โดยสามารถอดทนต่อความขัดข้องใจหรือสิ่งที่เบียดเบียนได้

4. การปลูกฝังความมุ่งหวังในชีวิต (Instilling aspiration)

การถ่ายทอดทางสังคมจะสอนให้บุคคลมีความมุ่งหวังในชีวิตควบคู่ไปกับระเบียบวินัย ระเบียบวินัยเป็นสิ่งที่ทำได้ยากจึงใช้ความมุ่งหวังในชีวิตช่วยให้เห็นคุณค่าและปฏิบัติได้ง่ายขึ้น เพราะต้องการสิ่งที่มุ่งหวังไว้ ซึ่งเป้าหมายที่ตั้งไว้ที่เป็นรูปธรรมชัดเจนจะเป็นเหตุผลที่ทำให้บุคคลต้อง ทำตามกฎ ระเบียบของสังคม กล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า การถ่ายทอดทางสังคมทำให้การเติบโตเป็น ผู้ใหญ่มีความหมาย มีเป้าหมายชัดเจน ซึ่งเด็กจะต้องผ่านกระบวนการนี้เป็นระยะเวลายาวนาน เพื่อไปถึงเป้าหมายของตน

4. สอนทักษะทางพัฒนาการ (Teach developmental skills)

การสอนทักษะทางสังคม ทางอารมณ์ และทางสติปัญญาให้แก่เด็กโดยผ่าน กระบวนการถ่ายทอดทางสังคมก็เพื่อให้พวกเขาปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ในสังคม โดยทักษะทางสังคมจะเกี่ยวกับการเรียนรู้วิธีการรับข่าวสารข้อมูลจากบุคคลอื่น วิธีการใช้โทรศัพท์ การต่อรองทางธุรกิจ และอื่นๆ ทักษะทางอารมณ์นั้นเกี่ยวกับการควบคุมแรงกระตุ้นในทางก้าวร้าว การเรียนรู้ที่จะจัดการกับความรู้สึกขัดข้องใจโดยหาเป้าหมายอื่นมาทดแทนเป้าหมายเดิมที่ถูกขัดขวาง หรือการแสดงความรักนิยตต่อความผิดพลาดที่ตนเป็นผู้กระทำ เป็นต้น ส่วนทักษะทางสติปัญญาจะเกี่ยวกับการอ่าน การคิดเลข การเขียน การแก้ปัญหา

5. การสอนเกี่ยวกับบทบาททางสังคม (Teaching social roles)

การเป็นสมาชิกของกลุ่ม บุคคลจะมีบทบาทหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติเพื่อทำให้กลุ่มสมบูรณ์ และสามารถดำรงอยู่ได้ ตัวอย่างเช่น ในกลุ่มคนทำงาน ผู้เป็นหัวหน้ามีบทบาทหน้าที่นำ ลูกน้องในการปฏิบัติงาน ในกลุ่มครอบครัวพ่อแม่มีบทบาทหน้าที่อบรมเลี้ยงดูลูก ในกลุ่มเพื่อนบทบาทหน้าที่ของ

เพื่อนคือการสนับสนุนทางอารมณ์ซึ่งกันและกัน ทั้งนี้ตลอดชีวิตของคนเรามีบทบาททางสังคมหลายบทบาทบางอย่างก็เกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน ซึ่งเราจะต้องแสดงพฤติกรรมตามบทบาทให้เหมาะสมในแต่ละโอกาส

ครอบครัวกับการถ่ายทอดทางสังคม

บุคคลในสังคมเป็นผลลัพธ์ของกระบวนการถ่ายทอดทางสังคม ในกระบวนการดังกล่าว บุคคลจะได้ปฏิสัมพันธ์กับตัวแทนการถ่ายทอดที่สำคัญ ผู้ซึ่งหล่อหลอมให้พวกเขามีคุณสมบัติตามที่สังคมต้องการ สังคมโดยรวมประกอบด้วยกลุ่มทางสังคมหลายๆ กลุ่มที่มีส่วนในการขัดเกลาบุคคล เช่น พ่อแม่ ครู เพื่อน สื่อมวลชน ชุมชนที่บุคคลอาศัยอยู่ เป็นต้น โดยกลุ่มต่างๆ เหล่านี้หรือที่เรียกว่า ตัวแทนการถ่ายทอดทางสังคม จะแสดงอิทธิพลในวิถีทางและเวลาที่ต่างกัน กล่าวได้ว่า ตัวแทนการถ่ายทอดแต่ละกลุ่มมีบทบาทหน้าที่เฉพาะของตนใน กระบวนการถ่ายทอดทางสังคมสำหรับในช่วงต้นของชีวิตตั้งแต่แรกเกิด กลุ่มทางสังคมกลุ่มแรกที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับเด็กก็คือครอบครัว โดยมีหน้าที่รับผิดชอบหลักใน การอบรมเลี้ยงดูเพื่อให้เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ (อัจฉรา สุขารมณ์. 2542) นอกจากนี้ครอบครัวยังเป็นกลุ่มอ้างอิงทางสังคมกลุ่มแรกของเด็ก ซึ่ง ค่านิยม บรรทัดฐาน และวิถีปฏิบัติของครอบครัวจะถูกนำมาเป็นเกณฑ์ของพฤติกรรมที่เด็กแสดงออก และระบบการปฏิสัมพันธ์กันในครอบครัวระหว่างเด็กกับพ่อแม่ พี่น้อง ปู่ย่าตายาย ญาติๆ หรือการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว จะมีอิทธิพลอย่างมากต่อรูปแบบการคบหาสมาคมกับบุคคลอื่น และเป็นตัวแบบที่สำคัญในเรื่องบทบาททางสังคมและหน้าที่ตามบทบาทนั้นให้แก่เด็ก รวมทั้งมีอิทธิพลต่อพัฒนาการทางด้านจิตใจของเด็กด้วย (สุนน อมรวิวัฒน์ และคณะ. 2534)

ในครอบครัวบุคคลที่มีหน้าที่หลักในการเลี้ยงดูและอบรมสั่งสอนลูกก็คือพ่อแม่ ในกระบวนการอบรมเลี้ยงดูที่พ่อแม่ปฏิสัมพันธ์กับลูกด้วยวิธีการต่างๆ ทั้งทางกายหรือทางวาจา เป็นการแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูก (parents-child relationship) ซึ่งความสัมพันธ์ตามบทบาทที่ว่ามีอิทธิพลต่อลูกอย่างมาก โดยอาจเป็นสิ่งที่ช่วยเสริมสร้างหรือสกัดกั้น พัฒนาการของลูกได้ กล่าวได้ว่าการเรียนรู้ครั้งแรกของลูกขึ้นอยู่กับ การอบรมสั่งสอนของพ่อแม่ (อำไพพรรณ ปัญญาโรจน์. 2545) ซึ่ง บทบาทของทั้งพ่อและแม่ในการดูแลเด็กจะมีอิทธิพลต่อความรู้สึกผูกพันที่เด็กมีต่อพ่อแม่ แต่แม่จะมีโอกาสเลี้ยงดูอย่างใกล้ชิดในช่วงต้นมากกว่าพ่อ โดยทั้งการให้การสัมผัสทางกายอย่างอบอุ่น เช่น กอด อุ้ม การให้นมบุตร การให้ความสนใจ เช่น ตอบสนองความต้องการเมื่อเด็กร้องไห้ เล่นด้วย (สุนน อมรวิวัฒน์ และคณะ. 2534)

วิธีการถ่ายทอดทางสังคม

การอบรมจากพ่อแม่ ผู้ปกครอง นับเป็นการอบรมเบื้องต้นที่สำคัญที่สุดที่เด็กได้รับ เพราะเป็นการอบรมจากผู้ใกล้ชิดที่มีความผูกพันกันลึกซึ้ง ซึ่งจะมีอิทธิพลต่ออารมณ์ เจตคติและแบบความประพฤติของเด็กเป็นอย่างยิ่ง การอบรมแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ (สุพัตรา สุภาพ. 2537)

1) การอบรมทางตรง ด้วยการบอกกล่าวอย่างชัดเจนว่า อะไรควรทำ อะไรไม่ควรทำ อะไรผิด อะไรถูก เป็นต้น วิธีการนี้มีผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพมาก เนื่องจากการชี้แนะแนวทางในการปฏิบัติโดยเจตนา เพื่อให้เด็กวางตัวได้ถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์หนึ่งๆ เช่น สอนให้เด็กกิน เล่น และนอนเป็นเวลา เมื่อพบผู้ใหญ่ต้องยกมือไหว้ พุดจาไพเราะ เป็นต้น

2) การอบรมทางอ้อม เป็นการอบรมโดยไม่รู้ตัว เป็นสิ่งที่เด็กได้รู้ได้เห็น และซึมซาบ เข้าไปในจิตใจ ซึ่งเด็กอาจจะนำไปปฏิบัติในอนาคต หรือมีผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพของเด็ก เช่น พ่อแม่ชอบใช้คำหยาบ เด็กก็จะใช้คำหยาบตาม เป็นต้น

3.1.2.2 การเป็นมารดา

การเป็นมารดาครั้งแรกนั้นต้องอาศัยการปรับตัวอย่างมากในการดำเนินชีวิตแบบใหม่ที่มีบุตรเพิ่มเข้ามาในชีวิต ในช่วงเวลา 1 ปีแรกของการเป็นมารดาเป็นช่วงเวลาที่ท้าทายและก่อให้เกิดความเครียดต่อมารดามาก (Currie. 2009) การค้นหากลยุทธ์หรือแนวทางการจัดการกับช่วงเวลาที่ท้าทายนั้นเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น เพื่อช่วยให้มารดาที่มีความเครียดที่ลดน้อยลง จากการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์มารดาหลังคลอด ซึ่งพิจารณาตามมุมมองของมารดาเองพบว่าแนวทางการจัดการการเป็นมารดาให้ประสบความสำเร็จนั้นมี 3 ประเด็นคือ

1) การได้รับความเหลือ (Obtaining help) ซึ่งการช่วยเหลือที่ต้องการมากที่สุดมาจากสามี มารดาของตนเอง รองลงมาคือและจากเพื่อนสนิทหรือจากบุคคลในวิชาชีพ

2) ต้องวางแผนหรือจัดตารางกิจกรรมประจำวัน (Having a plan or schedule) การจัดตารางกิจกรรมประจำวันจะช่วยให้มารดาจัดการสิ่งต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

3) การมีเวลาส่วนตัว (Gaining Time-Out) การได้มีช่วงเวลาทำกิจกรรมส่วนตัวจะช่วยให้คลายจากความเครียดลง และทำให้เกิดความพอใจในการเป็นมารดาและมีสุขภาวะที่ดีอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกันกับการจัดตารางเวลา หากมารดามีวินัยในตนเอง (self-discipline) สามารถทำกิจกรรมตามตารางเวลาได้ มารดาจะได้มีเวลาส่วนตัว อีกทั้งทำให้มารดาเกิดความมั่นใจในตนเองว่าตนสามารถจัดการในบทบาทการเป็นมารดาได้ (Currie. 2009)

ดังนั้นการถ่ายทอดการเป็นมารดา สามารถพิจารณาได้จากการเลี้ยงดูบุตรของมารดาการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างมารดาและบุตร การตอบสนองกันไปมา ทางวาจา การกระทำ การ

สัมผัส เป็นสิ่งเชื่อมความสัมพันธ์และการผูกพันซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นพื้นฐานของการถ่ายทอดทางสังคม มารดาและบุตรประสานความรู้สึกและกิจกรรมต่างๆ และแบ่งปันอารมณ์ในทางบวก ซึ่งวัดได้จากปฏิสัมพันธ์ในบริบทประจำวันที่ได้กระทำร่วมกัน ซึ่งมารดาทราบและเข้าใจ มีความรับผิดชอบและตั้งใจให้กิจกรรมและหรือพฤติกรรมที่ทำร่วมกันเหล่านั้นเป็นการสอนถึงชีวิตความเป็นอยู่และวินัยต่างๆ ที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตต่อไปในอนาคต ด้วยการถ่ายทอดถึงกฎระเบียบต่างๆ แก่บุตร (Kochanska. 1997) จะเห็นได้ว่าการถ่ายทอดการเป็นมารดาจากมารดาไปสู่บุตรจึงเป็นไปในทำนองเดียวกัน

การถ่ายทอดการเป็นมารดาเป็นการรวมแนวคิดการถ่ายทอดทางสังคมกับการเป็นมารดา จึงเป็นเสมือนการถ่ายทอดทางสังคมในด้านการเป็นมารดาทั้งในการดูแลเลี้ยงดูบุตร การอาบน้ำ การให้นมบุตร การดูแลให้พัฒนาการเป็นไปตามวัย การอบรมสั่งสอนในการเข้าสังคม การแสดงอารมณ์ การอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ซึ่งกลุ่มบุคคลที่จะเป็นผู้ถ่ายทอดการเป็นมารดาให้ นั่นจะเป็นกลุ่มบุคคลใกล้ชิด บิดามารดา คนในครอบครัว อาจโดยวิธีการถ่ายทอดทางอ้อม หรือเป็นการอบรมโดยไม่รู้ตัว เป็นสิ่งที่เด็กได้รู้ได้เห็น และซึมซาบ เข้าไปในจิตใจ ซึ่งเด็กอาจจะนำไปปฏิบัติในอนาคต (สุพัตรา สุภาพ. 2537) เช่นการเคยได้รับการอบรมเลี้ยงดูจากบิดามารดาอย่างไรก็จะอบรมเลี้ยงดูบุตรตนเองอย่างนั้น หรืออาจเกิดจากการสังเกตหรือเลียนแบบพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของบุคคลใกล้ชิดที่ตนเองรู้สึกพอใจในการเลี้ยงดูแบบนั้น แล้วจดจำมาปฏิบัติกับการเลี้ยงดูบุตรของตนเอง **วิธีการถ่ายทอดทางตรง** หรือการอบรมทางตรง ด้วยการบอกกล่าวอย่างชัดเจนว่า อะไรควรทำ อะไรไม่ควรทำ อะไรผิด อะไรถูก เป็นต้น เป็นการชี้แนะแนวทางในการปฏิบัติโดยเจตนา ซึ่งได้แก่การสอนการเลี้ยงดูบุตรโดยพยาบาลให้แก่มารดาภายหลังการคลอดบุตรหรือมารดาอาจได้รับการสอนการเลี้ยงดูบุตรจากบุคคลใกล้ชิด มารดา ยาย เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน หรืออาจเคยมีประสบการณ์ทางตรงในการเลี้ยงดูทารกมาก่อน

3.1.3 การวัดการถ่ายทอดการเป็นมารดา

เนื่องจากการถ่ายทอดการเป็นมารดาเป็นการรวมแนวคิดการถ่ายทอดทางสังคมกับการเป็นมารดา จึงเป็นเสมือนการถ่ายทอดทางสังคมในด้านการเป็นมารดาทั้งในการดูแลเลี้ยงดูบุตรและการดูแลครอบครัว

การถ่ายทอดการเป็นมารดาจึงสามารถวัดได้จากรูปแบบการถ่ายทอด 2 แบบคือ

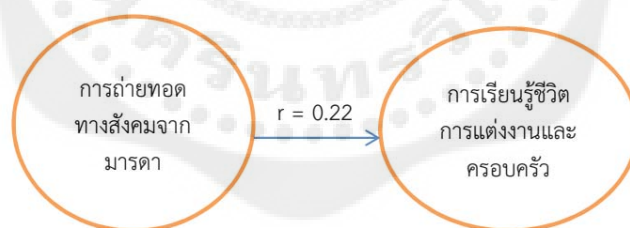
1) การถ่ายทอดทางอ้อม หมายถึง การเลียนแบบจากการกระทำของผู้อื่น จากสื่อต่างๆ จากสิ่งที่ตนได้เคยรับมาในวัยเด็ก

2) การถ่ายทอดทางตรง หมายถึง การได้รับการสอนแบบสาธิตโดยตรงจากพ่อแม่ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากเพื่อน หรือจากบุคคลใกล้ชิด

การวัดการถ่ายทอดการเป็นมารดาเป็นแบบสอบถามแบบรายงานด้วยตนเอง (self-report measure) ของมารดาหลังคลอดในด้านการถ่ายทอดการเป็นมารดาข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ โดยประเมินระดับความรู้สึกตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถามต่อข้อคำถาม ตั้งแต่ ไม่จริงเลย 1 คะแนนจนถึงจริงมากที่สุด 6 คะแนน หากได้คะแนนมาก แสดงว่ามารดาหลังคลอดได้รับการถ่ายทอดการเป็นมารดาจากนั้นนำแบบสอบถามมาหาคุณภาพในการวัด โดยนำมาให้ผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษา ประเมินความเที่ยงตรง และนำมาทดลองใช้เพื่อประเมินความเชื่อมั่น และนำมาปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษา

3.1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดการเป็นมารดา

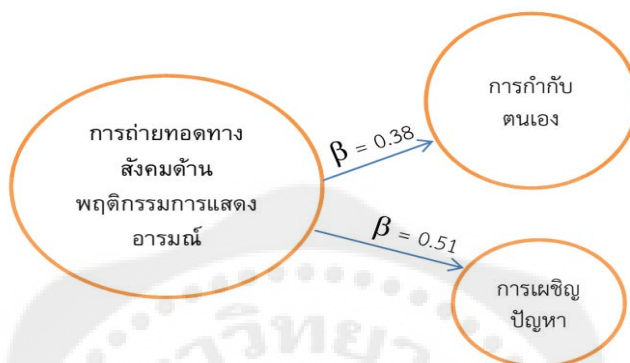
ถ่ายทอดทางสังคมเกี่ยวกับการเป็นมารดาเป็นประสบการณ์พื้นฐานความคิด ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม บรรทัดฐานและการกระทำพฤติกรรมต่างๆ ในเรื่องของการเป็นมารดาที่บุคคลได้รับมาจากครอบครัวและบริบทในชีวิต บทบาททางเพศเป็นส่วนสำคัญในการเรียนรู้จากการถ่ายทอดทางสังคมของมารดาสู่บุตรสาว ซึ่งอาจเกิดจากการสอนโดยตรงหรือจากการเลียนแบบจากมารดา พบว่าการถ่ายทอดทางสังคมจากมารดามีความสัมพันธ์กันในการเรียนรู้เรื่องชีวิตแต่งงานและครอบครัวของบุตรสาว ($r = 0.22, p < 0.05$) ซึ่งทำให้บุตรสาวสามารถกระทำสิ่งต่างๆ ในการช่วยเหลือครอบครัวได้ (Rittenour; et al. 2014: 224)



ภาพประกอบ 7 ความสัมพันธ์ของตัวแปรสาเหตุการถ่ายทอดทางสังคมกับการเรียนรู้ชีวิตแต่งงานและครอบครัว (Rittenour; et al. 2014)

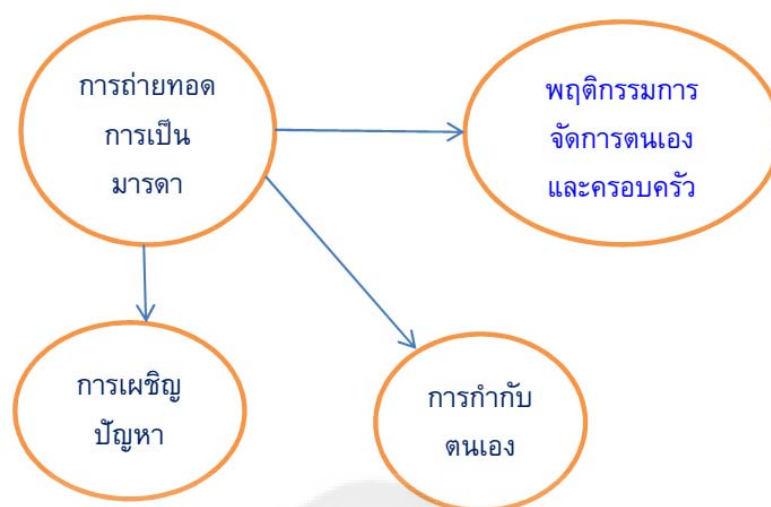
การศึกษาของโบรฟีเฮิร์บและคณะ (Brophy-Herb; et al. 2012) ที่สนใจการถ่ายทอดทางสังคมด้านพฤติกรรมการแสดงอารมณ์ต่อบุตรวัยก่อนเรียน ในกลุ่มมารดาที่มีรายได้น้อยจำนวน 125 คน และศึกษาว่าการถ่ายทอดทางสังคมด้านพฤติกรรมการแสดงอารมณ์นั้นมีความสัมพันธ์ต่อการกำกับตนเองของบุตรวัยก่อนเรียนอย่างไร โดยใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์สมการเชิงโครงสร้าง (SEM) พบว่าการถ่ายทอดทางสังคมด้านพฤติกรรมการแสดงอารมณ์ของมารดามีความสัมพันธ์กับการ

กำกับตนเองของบุตรวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = .38$, $p < .05$) และสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = .51$, $p < .05$) หมายถึงการถ่ายทอดทางสังคมด้านพฤติกรรมการแสดงอารมณ์ของมารดาส่งผลให้บุตรสามารถกำกับตนเองและเผชิญปัญหาได้ดี



ภาพประกอบ 8 ความสัมพันธ์ตัวแปรสาเหตุการถ่ายทอดทางสังคมกับการกำกับตนเองและการเผชิญปัญหา: Brophy-Herb. (2012)

สรุปความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการถ่ายทอดทางสังคมจากมารดามีอิทธิพลต่อการเรียนรู้เรื่องชีวิตแต่งงานและครอบครัวของบุตรสาวซึ่งทำให้บุตรสาวสามารถกระทำสิ่งต่างๆภายในครอบครัวได้ เหมือนการถ่ายทอดจากมารดาสู่การจัดการสิ่งต่างๆในครอบครัวของบุตรสาว (ดังภาพประกอบ 7) อีกทั้งการถ่ายทอดทางสังคมยังมีอิทธิพลต่อการกำกับตนเองและการเผชิญปัญหาอีกด้วย (ดังภาพประกอบ 8) จากความสัมพันธ์ดังกล่าวสามารถสรุปดังภาพประกอบ 9



ภาพประกอบ 9 ความสัมพันธ์ของการถ่ายทอดการเป็นมารดา พฤติกรรมการจัดการตนเอง การเผชิญปัญหาและการกำกับตนเอง

ดังนั้นจึงสามารถนำไปสู่การตั้งสมมติฐานที่ 1.7 การถ่ายทอดการเป็นมารดามีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก การกำกับตนเองและการเผชิญปัญหา

3.2 ภาวะต่อครอบครัวกับคุณภาพชีวิต

3.2.1 ความหมายของภาวะต่อครอบครัว

ภาวะต่อครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของมารดาหลังคลอดว่าตนเองต้องรับผิดชอบต่อบุคคลในครอบครัว ในการหารายได้ใช้จ่ายในครอบครัว การดูแลความเป็นอยู่บุคคลในครอบครัว การรับผิดชอบต่อการงานบ้านว่ามีมากนักน้อยเพียงใด (อังศิรินทร์ อินทรกำแหงและคณะ. 2555)

3.2.2 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะต่อครอบครัว

ในปัจจุบันโดยเฉพาะอย่างยิ่งสังคมเมืองหลวง มีความริบเร่งแข่งขันกันอยู่ตลอดเวลา มีผู้คนมากมายต้องมาไกลจากถิ่นกำเนิดเข้ามาเพียงเพื่อทำงาน ลักษณะครอบครัวของสังคมเมืองจึงเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ภรรยาจากเดิมที่ดูแลบ้าน ต้องมาทำงานเพื่อรายได้ครอบครัว ดังนั้นบทบาทต่างๆของสตรีจึงเพิ่มมากขึ้น ภาวะต่อครอบครัวเป็นปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (อรพินทร์ ชูชมและคณะ. 2552)

ภาวะครอบครัวอาจแบ่งได้เป็น 3 ด้าน (อุมาพร ตรังคสมบัติ. 2544) ได้แก่

1) ภารกิจพื้นฐานเป็นภาระพื้นฐานที่ครอบครัวต้องทำเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ เช่นการอบรมเลี้ยงดูบุตร การดูแลที่อยู่อาศัย การดูแลสุขภาพและความปลอดภัย เป็นต้น

2) การกิจด้านพัฒนาการ เป็นภาระครอบครัวที่ไม่เคยหยุดนิ่ง จะมีการพัฒนาไปตามขั้นตอนต่างๆ ของวงจรชีวิต เช่น การสร้างเอกลักษณ์ครอบครัว การพัฒนาครอบครัวไปในทางที่สมาชิกต้องการ

3) การกิจในยามวิกฤต เป็นภาระครอบครัวที่ต้องใช้การปรับตัวและการจัดการแก้ไขวิกฤตต่างๆ ที่ครอบครัวเผชิญอยู่ เช่น การตกงาน การเจ็บป่วย การเสียชีวิต เป็นต้น เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวยังสามารถดำรงชีวิตได้อย่างสมดุลและพัฒนาต่อไปอย่างเหมาะสม

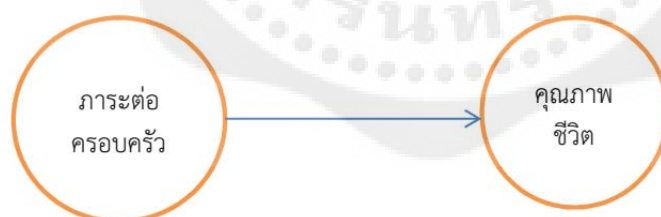
3.2.3 การวัดภาระต่อครอบครัว

โดยพัฒนาแบบสอบถามจาก อังคินันท์ อินทรกำแหงและคณะ (2550) โดยการศึกษาครั้งนี้ได้นำแบบสอบถามมาปรับปรุงและพัฒนาให้อยู่ในขอบเขตของเรื่องที่จะศึกษา ข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ จากไม่เป็นจริงมากที่สุด (1) ไปถึงเป็นจริงมากที่สุด (6) ผู้ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่า มีภาระต่อครอบครัว มากกว่าผู้ได้คะแนนน้อยกว่า

3.2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระต่อครอบครัว

จากงานวิจัยของอังคินันท์ อินทรกำแหงและคณะ (2550) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและดัชนีวัดภาวะวิกฤตชีวิตสตรีไทยสมรสวัยกลางคนที่ทำงานนอกบ้านในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่าภาระต่อครอบครัวส่งผลต่อภาวะวิกฤตชีวิตสตรีไทย ($B=0.138, p<.000$)

การศึกษาของอรพินทร์ ชูชมและคณะ (2552) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว-งานที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต พบว่าภาระครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตสมรสและคุณภาพการดูแลบุตร ($r = -0.096, p<.001$)



ภาพประกอบ 10 ความสัมพันธ์ภาระต่อครอบครัวกับคุณภาพชีวิต

จากความสัมพันธ์ดังกล่าวจึงสามารถกำหนดสมมติฐานที่ 1.11 ภาระต่อครอบครัวมีอิทธิพลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตร

4. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสาเหตุด้านบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก

4.1 การรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิต

4.1.1 ความหมายการรับรู้ความสามารถตนเอง

การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived self-efficacy) เป็นแนวคิดพื้นฐานทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social learning theory) ของ อัลเบิร์ต บันดูรา (Albert Bandura) ในปี ค.ศ.1997จากนั้นก็มีผู้ศึกษาและให้ความหมายไว้หลายประการ ดังนี้

แมคคอลลาจและคูก (McCullagh; & Cook 2004: 291)ได้ให้ความหมายว่า การรับรู้ความสามารถตนเองเป็นความเชื่อมั่นในบุคคลว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำสิ่งต่างๆ เพื่อไปสู่ความสำเร็จได้

ลินซ์และชอร์ทริดจ์แบคเกต (Lenz; & Shortridge-Baggett. 2002: 14) ได้ให้ความหมายว่าการรับรู้ความสามารถตนเองเป็นความเชื่อของบุคคลที่ได้รับอิทธิพลจากพฤติกรรมและผลลัพธ์โดยสามารถพยากรณ์ได้ว่าจากพฤติกรรมที่เลือกกระทำ ความพยายาม รูปแบบความคิด และปฏิกิริยาทางอารมณ์ และการรับรู้ความสามารถตนเองเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

มัยแกน (Meigan. 2012) ได้ให้ความหมายว่าการรับรู้ความสามารถตนเองได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ทางตรง ประสบการณ์ทางการสังเกต หรือการพูดชักจูง

ซัลโคสกี (Zulkosky. 2009) ได้ให้ความหมายว่าการรับรู้ความสามารถตนเองเป็นความเชื่อในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงที่ส่งผลต่อความคิด ความรู้สึก แรงจูงใจของบุคคลนั้นให้กระทำพฤติกรรมที่ต้องการให้สำเร็จ

สรุปความหมายการรับรู้ความสามารถตนเอง หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงว่าตนสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตัวเอง หรือวิธีการของตนเองได้ โดยใช้ความคิด ทักษะ ความมั่นใจ ความตั้งใจที่ตนเองมี ที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมใดๆ ให้บรรลุเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้ โดยผ่านกระบวนการคิด และคาดหวังถึงผลลัพธ์ของการกระทำนั้น

4.1.2 แนวคิดและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง

อัลเบิร์ต บันดูรา ได้เสนอแนวคิดของความคาดหวังความสามารถของตนเอง (Efficacy Expectation) โดยให้ความหมายว่า เป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตนในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม ต่อมาในปี ค.ศ.1986 อัลเบิร์ต บันดูราได้พัฒนาแนวคิดของความคาดหวังความสามารถของตนเอง (Efficacy

Expectation) เป็นแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) โดยให้ความจำกัดความว่า เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1986) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน โดยไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก แต่การได้มาซึ่งความรู้ใหม่ๆ ก็ถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว และการแสดงออกของพฤติกรรมจะสะท้อนให้เห็นการเรียนรู้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2541) แม้ความรู้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่สามารถอธิบายการแสดงพฤติกรรมของบุคคลได้ครอบคลุม มีการศึกษาที่ยืนยันว่าความรู้จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ต้องผ่านความรู้สึกรู้สึกนึกคิด (Self-referent thoughts) ของบุคคลก่อน การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิดและเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำ และมีบทบาทสำคัญในการเป็นศูนย์กลางทางจิตใจและก่อให้เกิดความรู้สึกว่า “ฉันทำได้” (I can do)

โครงสร้างของแนวคิดและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองบันดูรา ได้พัฒนาทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy theory) โดยกล่าวถึงความคาดหวังในการแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง 2 ประการ ดังนี้

1. ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Efficacy expectancy) หมายถึง ความมั่นใจของตนว่ามีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นจนประสบความสำเร็จและได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ

2. ความคาดหวังในผลของการกระทำ (Outcome expectancy) เป็นการประเมินผลของบุคคลว่าพฤติกรรมที่ตนเองกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลลัพธ์หรือสิ่งที่ตนคาดหวังไว้มากน้อยเพียงใด

การรับรู้ความสามารถตนเองของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันจะผันแปรไปตาม 3 มิติ (dimension) ดังนี้

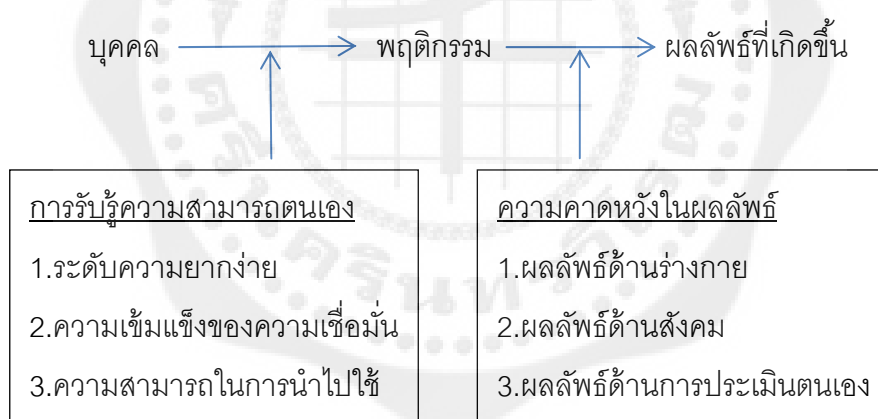
มิติที่ 1 มิติตามขนาด หรือระดับความยากง่ายของพฤติกรรม (Magnitude or level) หมายถึง การตัดสินใจความสามารถในการกระทำพฤติกรรมของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันซึ่งบางครั้งอาจถูกจำกัดจากระดับความยากง่ายของงานที่บุคคลนั้นเชื่อว่าจะสามารถทำได้และเลือกที่จะทำ ในสถานการณ์นั้นการรับรู้ความสามารถของบุคคลจะอยู่ในระดับใด วัดได้โดยเปรียบเทียบกับระดับความต้องการทำงานที่แสดงให้เห็นว่าทำหาย หรือมีอุปสรรคใดขัดขวางไม่ให้เกิดความสำเร็จ ถ้าไม่มีอุปสรรคต่อการกระทำนั้น บุคคลจะรู้สึกว่าง่ายรับรู้ว่ามีกรรับรู้ความสามารถตนเองในระดับสูง

มิติที่ 2 มิติตามความเข้มแข็งในความเชื่อมั่นในตนเอง (strength) หมายถึงความเชื่อมั่นของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ ถ้าความเข้มแข็งในความ

เชื่อมั่นในตนเองน้อย บุคคลจะไม่มี ความมั่นใจในความสามารถตน เมื่อประสบเหตุที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวังโอกาสเกิดความสำเร็จจะน้อย หากบุคคลมีความเข้มแข็งใน ความเชื่อมั่นในตนเองมาก จะมีความพยายามมากขึ้นในการทำกิจกรรมแม้ว่าสถานการณ์อาจเกิดความยุ่งยาก เกิดอุปสรรคที่ไม่คาดคิด จึงทำให้เกิดโอกาสในการกระทำกิจกรรมสำเร็จสูง

มิติที่ 3 มิติความเป็นสากล (generality) หมายถึง ความสามารถในการนำประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จในสถานการณ์บางอย่างมาก่อน มาใช้ในสถานการณ์ใหม่ที่คล้ายคลึงกัน บุคคลจะตัดสินความสามารถของตนเองโดยผันแปรไปตามระดับความแตกต่าง ความคล้ายคลึงกันของกิจกรรม รูปแบบที่แสดงออกถึงความสามารถ ลักษณะของสถานการณ์และลักษณะของบุคคลที่มีท่าทีต่อพฤติกรรมนั้นโดยตรง

บันดูรา ได้กล่าวว่าความคาดหวังทั้ง 2 ประการ คือ 1) ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และ 2) ความคาดหวังในผลของการกระทำ เป็นการแสดงออกของบุคคลต่อพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ภายใต้สถานการณ์ใด สถานการณ์หนึ่งเท่านั้นสามารถแสดงได้ตามภาพประกอบ 11 (Bandura. 1997)



ภาพประกอบ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนเองกับ
ความคาดหวังในผลของการกระทำ (Bandura. 1997)

บันดูรา (1997) อธิบายว่า การที่มนุษย์จะรับเอาพฤติกรรมใดไว้ขึ้นอยู่กับปัจจัยสองประการคือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) หมายถึงการประเมินความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นนั้น เป็นการตัดสินว่าผลของการกระทำจะนำไปสู่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectations) ซึ่งเป็นการคาดคะเนของบุคคลว่า ถ้าทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตน

คาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของตน อัลเบิร์ต บันดูราเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันได้ เนื่องจากความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัวเป็นพลวัต(Dynamic) หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาวะการณ์นั้นๆ นั่นคือ ถ้าบุคคลๆนั้นมีความเชื่อว่าเรามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุสาหะ ไม่ท้อถอยง่าย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2556)

4.1.3 การวัดการรับรู้ความสามารถตนเอง

การวัดการรับรู้ความสามารถตนเองมีการใช้แบบวัดหรือแบบสอบถามที่หลากหลาย และแตกต่างกันไปในบริบทและเมโนทัศน์ที่ต้องการวัด เช่นแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่สร้างโดย วิลลา ตันตโยทัย (2536) มีข้อคำถามทั้งหมด 44 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตรวัดประมาณค่า 10 จุด ค่าคะแนนตั้งแต่ 0-100 คะแนนในแต่ละข้อ รวมทั้งหมด 440 คะแนน โดยที่หากได้คะแนนมาก แสดงว่าการรับรู้ความสามารถตนเองจะสูง

แบบวัดอีกแบบวัดหนึ่งคือแบบวัดการรับรู้ความสามารถตนเองโดยทั่วไป (Generalized Self-Efficacy Scale) ที่พัฒนาโดย สวาสเซอร์และ เจรูซาเลม ในปี 1995 (Schwarzer; & Jerusalem. 1995) แบบวัดนี้มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ โดยประเมินระดับความรู้สึก ตั้งแต่ ไม่จริงเลย 1 คะแนน จริงเป็นบางครั้ง 2 คะแนน จริงปานกลาง 3 คะแนน และจริงที่สุด 4 คะแนน หากได้คะแนนมาก แสดงว่าการรับรู้ความสามารถตนเองจะสูง

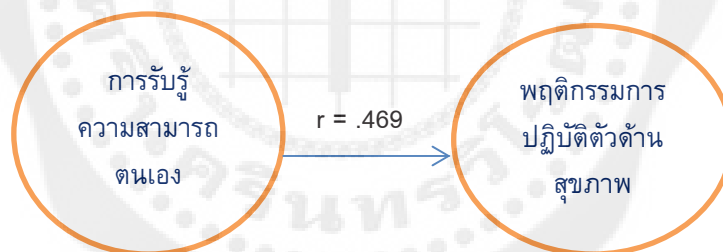
ในงานวิจัยครั้งนี้เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของบันดูรา ที่พิจารณาใน 2 องค์ประกอบ คือ 1) ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และ 2) ความคาดหวังในผลของการกระทำของมารดาหลังคลอด โดยประเมินเป็นแบบสอบถามแบบรายงานด้วยตนเอง (self-report measure) ของมารดาหลังคลอดต่อสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน ข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ โดยประเมินระดับความรู้สึกตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถามต่อข้อคำถาม ตั้งแต่ ไม่จริงเลย 1 คะแนน จนถึงจริงมากที่สุด 6 คะแนน หากได้คะแนนมาก แสดงว่าการรับรู้ความสามารถตนเองจะสูง การหาคุณภาพแบบสอบถาม โดยนำมาให้ผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษา ประเมินความเที่ยงตรง และนำมาทดลองใช้เพื่อ ประเมินความเชื่อมั่น และนำมาปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษา

4.1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง

การศึกษาของณรงค์กร ชัยวงศ์และคณะ (2557) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) ศึกษาปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัวและภาวะซึมเศร้าที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างคือผู้มาตรวจรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอก จำนวน 155 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับปานกลาง และการรับรู้ความสามารถตนเองกับการสนับสนุนจากครอบครัวร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ร้อยละ 51 ($R^2=0.51$, $p<0.001$) การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($r=-0.167$, $p<0.05$)

การศึกษาของจันทร์เพ็ญ อามพัฒน์และคณะ (2554) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาครรภ์แรก จำนวน 100 คน พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ ($r = .469$, $p < .05$)

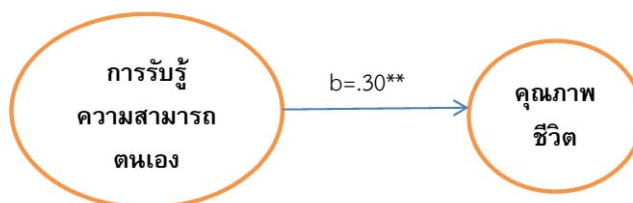


ภาพประกอบ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ (จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์และคณะ. 2554)

การรับรู้ความสามารถตนเองกับคุณภาพชีวิต

การศึกษาของโจเซฟและคณะ (Joseph; et al. 2014: 662) การส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายจะทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีในกลุ่มผู้ใหญ่จำนวน 590 คน โดยให้การรับรู้ความสามารถตนเองและความมั่นใจในตนเองเป็นตัวแปรคั่นกลางระหว่างการมีกิจกรรมทางกายกับคุณภาพชีวิต พบว่ากิจกรรมทางกายมีผลโดยตรงต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ($b=.28$, $p< .001$)และการรับรู้

ความสามารถตนเองส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตสูงกว่าตัวแปรตัวอื่น ($b=.30, p< .001$) แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองกับตัวแปรคุณภาพชีวิต



ภาพประกอบ 13 ความสัมพันธ์ตัวแปรการรับรู้ความสามารถตนเองต่อคุณภาพชีวิต
(Joseph; et al. 2014)

การรับรู้ความสามารถตนเองกับการเผชิญปัญหา

การศึกษาของหยางและคณะ ในวัยรุ่นที่รอดชีวิตจากแผ่นดินไหวในประเทศจีน พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญปัญหามุ่งแก้ไขปัญห ($r=0.292, p< .01$) แต่วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์นั้นไม่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเอง (Yang; et al. 2010)



ภาพประกอบ 14 ความสัมพันธ์ตัวแปรสาเหตุการรับรู้ความสามารถตนเองกับ
การเผชิญปัญหา (Yang; et al. 2010)

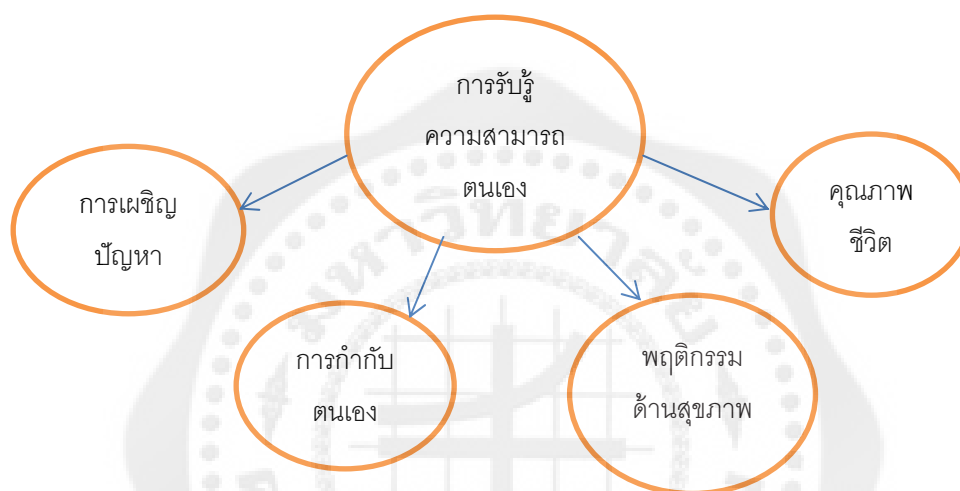
การรับรู้ความสามารถตนเองและการกำกับตนเอง

การศึกษาของ Eastin และSharma (2013)ในการใช้ทฤษฎีปัญญาทางสังคม (Social Cognitive Theory)ในการพยากรณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทั้งในด้านการยอมรับและระยะเวลาในการเลี้ยงนมแม่ ในสตรีเชื้อชาติ แอฟริกัน-อเมริกัน จำนวน 238 คน พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเอง

(self-efficacy)และการควบคุมตนเองตนเอง(self-control) สามารถทำนายการยอมรับและระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่า 6 เดือน ได้ร้อยละ 72

สรุปความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

จากงานวิจัยจะเห็นได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางตรงกับตัวแปรการเผชิญปัญหา ตัวแปรพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ และตัวแปรคุณภาพชีวิต สามารถแสดงความสัมพันธ์ได้ดัง ภาพประกอบ15



ภาพประกอบ 15 ความสัมพันธ์ตัวแปรการรับรู้ความสามารถตนเองกับการเผชิญปัญหา การกำกับตนเอง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต

จึงสามารถนำไปสู่การตั้งสมมติฐานทั้ง 3 ข้อ คือสมมติฐานข้อที่ 1.3 1.4 และ 1.8

จากความสัมพันธ์ดังกล่าวสามารถตั้งเป็นสมมติฐานได้ 3 ข้อ คือ

สมมติฐานข้อที่ 1.3 การรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก

สมมติฐานข้อที่ 1.4 การรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อการกำกับตนเองและการเผชิญปัญหา

สมมติฐานข้อที่ 1.8 การรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก

4.2 การกำกับตนเองกับพฤติกรรมจัดการตนเองและคุณภาพชีวิต

4.2.1 ความหมายการกำกับตนเอง

การกำกับตนเอง (Self-regulation) หมายถึงความสามารถในการควบคุมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองรวมทั้ง ความคิด ความรู้สึก การกระทำและการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามา (Baumeister; et al. 1998)

การกำกับตนเอง (Self-regulation) หมายถึง การกระทำบางสิ่งบางอย่างของบุคคล เพื่อควบคุม ความคิด ความรู้สึกและการกระทำของตนเอง (Ibanez; et al. 2005)

การกำกับตนเอง (Self-regulation) หมายถึงความสามารถในการทำให้บรรลุเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ โดยมีความตั้งใจทั้งความคิด ความรู้สึก การกระทำ และพฤติกรรม (Nes. 2013)

สรุป ความหมายของการกำกับตนเอง คือ ความสามารถในการควบคุม ความคิด ความรู้สึกและการกระทำบางสิ่งบางอย่างของบุคคล เพื่อให้บรรลุความต้องการหรือเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้

4.2.2 แนวคิดการกำกับตนเอง (Self-regulation)

การกำกับตนเองเป็นแนวคิดสำคัญในทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคมของแบนดูรา ซึ่งแบนดูรามีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์ไม่ได้มีผลจากการเสริมแรงและการลงโทษจากภายนอกเท่านั้น แต่มนุษย์สามารถกระทำบางอย่างเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึกและการกระทำของตนเองได้ด้วยผลกรรมที่เขาได้ทำด้วยตนเองเพื่อตัวเอง ความสามารถในการดำเนินการนี้ แบนดูรา เรียกว่า การกำกับตนเอง(สมโภชน์ เขียมสุภาษิต. 2556)

การกำกับตนเองไม่สามารถจะบรรลุได้ด้วยอำนาจทางจิต หากแต่ต้องฝึกฝนพัฒนาความตั้งใจและความปรารถนาที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนเรานั้นยังไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลง บุคคลควรได้รับการฝึกฝนกลไกการกำกับตนเองซึ่งประกอบด้วย 3 กระบวนการคือ (Kanfer; et al. 1996)

1.กระบวนการสังเกตตนเอง (Self -observation) จุดเริ่มต้นที่สำคัญของการกำกับตนเองคือการที่บุคคลจะต้องรู้ว่าตนเองกำลังทำอะไรอยู่ เพราะความสำเร็จของการกำกับตนเอง ส่วนหนึ่งมาจากความชัดเจน ความสม่ำเสมอ และความแม่นยำในการสังเกตและบันทึกตนเอง ในกระบวนการสังเกตตนเองนั้น การสังเกตตนเองทำหน้าที่ยังน้อย 2 ประการคือ

1.1 เป็นตัวให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการกำหนดมาตรฐานของการกระทำที่มีความเป็นไปได้ และประเมินการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่ทำอยู่ แต่การที่คนเราจะเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการวินิจฉัยตนเองและพบว่าส่วนใหญ่คนจะไม่ค่อยตระหนักในพฤติกรรม

ที่ทำจนเป็นนิสัย การสังเกตตนเองจะทำให้สามารถวินิจฉัยได้ว่าในเงื่อนไขใด ควรทำพฤติกรรมใด ไม่ควรทำพฤติกรรมใด นอกจากนี้ยังขึ้นกับ

1.2 ปัจจัยด้านการจูงใจตนเอง ซึ่งพิจารณาร่วมกับ 1) ช่วงเวลาการเกิดพฤติกรรมและการบันทึกพฤติกรรมตนเอง หากระยะเวลาระหว่างการเกิดพฤติกรรมและการบันทึกพฤติกรรมสั้น ก็จะได้ความแม่นยำและส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้มากขึ้น เพราะยังสามารถจดจำรายละเอียด ความพอใจไม่พอใจที่เกิดขึ้น ทำให้ตัดสินใจได้ว่าควรเปลี่ยนแปลงตนเองหรือไม่อย่างไร 2) การให้ข้อมูลป้อนกลับที่เกิดจากการสังเกตตนเอง หากข้อมูลนั้นชัดเจนว่าพฤติกรรมนั้นเป็นอย่างไร ก้าวหน้าหรือไม่ ก็จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 3) ระดับของแรงจูงใจ คนที่มีแรงจูงใจสูงก็มีแนวโน้มที่จะตั้งพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง ประเมินความก้าวหน้าพฤติกรรมด้วยตนเอง ทำให้เกิดการสังเกตตนเองอย่างชัดเจน ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมของบุคคลมากกว่าผู้มีแรงจูงใจต่ำ 4) คุณค่าของพฤติกรรมที่สังเกต ถ้าพฤติกรรมมีคุณค่ามากข้อมูลที่ได้จากการสังเกตตนเองจะนำไปสู่การตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้มากกว่าพฤติกรรมที่มีค่าน้อย 5) การเน้นไปที่ความสำเร็จหรือล้มเหลว การเน้นการสังเกตที่มุ่งไปสู่ความสำเร็จในการแสดงพฤติกรรม การได้รางวัล จะทำให้เพิ่มพฤติกรรมที่ต้องการมากกว่าการเน้นไปในการสังเกตความล้มเหลวของพฤติกรรม 6) ระดับความสามารถในการควบคุม ถ้าบุคคลรับรู้ว่าพฤติกรรมนั้นอยู่ในความสามารถที่จะควบคุมได้ โอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงก็จะมากกว่าบุคคลที่รู้สึกว่าการพฤติกรรมนั้นควบคุมไม่ได้

2. กระบวนการตัดสินใจ (Judgment Process) ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตตนเองจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนขึ้นเมื่อประกอบกับกระบวนการตัดสินใจ ถ้าข้อมูลเป็นที่พึงพอใจ กระบวนการตัดสินใจจะอาศัยมาตรฐานส่วนบุคคลที่มาจากการสอน การประเมินปฏิกิริยาตอบสนองต่อสังคมต่อพฤติกรรมนั้นๆ และจากการสังเกตตัวเอง นอกจากนี้กระบวนการตัดสินใจโดยเปรียบเทียบจากกลุ่มอ้างอิงทางสังคมได้แก่ การเปรียบเทียบกับบรรทัดฐานของสังคม การเปรียบเทียบทางสังคม การเปรียบเทียบกับตนเอง และการเปรียบเทียบกับกลุ่ม

3. การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-Reaction) สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองคือมาตรฐานการประเมินและทักษะในการตัดสินใจของบุคคลนั้น และขึ้นกับสิ่งล่อใจว่าจะนำไปสู่ผลในทางบวกอาจเป็นสิ่งของหรือความพึงพอใจก็ได้

4.2.3 การวัดการกำกับตนเอง

ในการวัดการกำกับตนเองได้ใช้แบบวัดการกำกับตนเอง (Self-Regulation Inventory, SRI) ของมาเคสและคณะ (Marques; et al. 2005) และนำมาพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทและกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแบบวัดของมาเคสและคณะ นี้ได้นำมาทดลองกับ กลุ่มตัวอย่าง 559 คน และหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่า 0.86 จากข้อคำถามทั้งหมด 105 ข้อ ได้นำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ (Exploratory factor

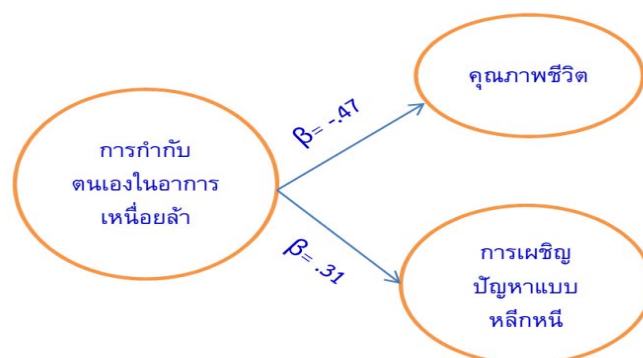
analysis) ได้ 5 องค์ประกอบคือ 1) การกระทำในสิ่งบวก (Positive actions) จำนวน 18 ข้อ 2) การควบคุมตนเอง (Controllability) จำนวน 13 ข้อ 3) การแสดงออกถึงความรักและความต้องการ (Expression of feelings and needs) จำนวน 10 ข้อ 4) การกล้าแสดงออก (Assertiveness) จำนวน 7 ข้อ และ 5) การแสวงหาเพื่อสุขภาวะ (Well-being seeking) จำนวน 24 ข้อรวม 72 ข้อ

ผู้วิจัยจะนำมาพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทและกลุ่มตัวอย่าง แบบวัดนี้เป็นแบบรายงานด้วยตนเอง (self-report measure) ของมารดาหลังคลอดต่อการกำกับตนเองภายใต้สถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน ข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ โดยประเมินระดับความรู้สึกตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถามต่อข้อคำถาม ตั้งแต่ ไม่จริงเลย 1 คะแนนจนถึงจริงมากที่สุด 6 คะแนน หากได้คะแนนมาก แสดงว่าการรับรู้ความสามารถตนเองจะสูง นำแบบสอบถามมาหาคุณภาพในการวัด โดยนำมาให้ผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษา ประเมินความเที่ยงตรง และนำมาทดลองใช้เพื่อประเมินความเชื่อมั่น และนำมาปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษา

4.2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำกับตนเอง

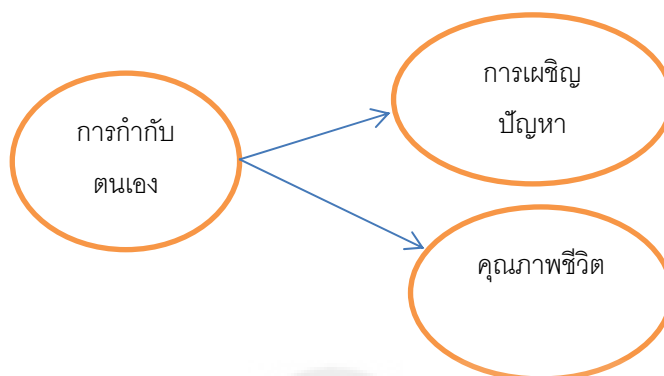
การกำกับตนเองกับคุณภาพชีวิตและการเผชิญปัญหา

งานวิจัยของ เนสและคณะ (Nes; et al. 2013) ศึกษาการกำกับตนเองในอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว เนสได้ศึกษาใน 2 ประเด็นคือ 1) การปรับข้อคำถามในแบบสอบถามให้เหมาะสมกับอาการเฉพาะโรค และ 2) ศึกษาความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยเนสได้ปรับข้อคำถามและทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือด จำนวน 314 คน และนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบ ได้ข้อคำถามที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับภาวะโรค จำนวน 23 ข้อ และได้ศึกษาการปรับตัว โดยพิจารณาจากการกำกับตนเองในอาการเหนื่อยล้า คุณภาพชีวิตและการเผชิญปัญหา พบว่าเมื่อการกำกับตนเองในอาการเหนื่อยล้ามีคะแนนสูงจะสัมพันธ์กับการต่ำลงของคุณภาพชีวิต ($\beta = -.47, p < .001$) และการใช้การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง ($\beta = .31, p < .001$)



ภาพประกอบ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการกำกับตนเองในอาการเหนื่อยล้า การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิต (Nes; et al. 2013)

จากงานวิจัยสามารถสรุปความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการกำกับตนเองมีอิทธิพลทางตรงกับการเผชิญปัญหา การรับรู้ความสามารถตนเอง และ คุณภาพชีวิต ดังแสดงในภาพประกอบ 17



ภาพประกอบ 17 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการกำกับตนเองการเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิต

จากความสัมพันธ์ดังกล่าวจึงสามารถนำไปสู่การตั้งสมมติฐานข้อที่ 1.2 การกำกับตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อ การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิต

เนื่องจากในทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัวตัวแปรการกำกับตนเองเป็นตัวแปรสำคัญในกระบวนการจัดการ เพื่อเกิดเป็นผลลัพธ์ระยะสั้นคือ พฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว จึงเห็นได้ว่ามีความสัมพันธ์กันในเชิงทฤษฎีจึงสามารถสรุปเป็นสมมติฐานข้อที่ 1.1 การกำกับตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว

4.3 การเผชิญปัญหากับพฤติกรรมการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิต

4.3.1 ความหมายการเผชิญปัญหา

คาร์เวอร์ และคณะ (Carver; et al. 1993) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการเผชิญปัญหาว่าเป็น พฤติกรรมที่บุคคลใช้ในการลดความขัดแย้งและความตึงเครียดในใจ เพื่อให้เกิดความสมดุลภายในตัวบุคคล ระหว่างบุคคลรวมทั้งเหตุการณ์สิ่งแวดล้อมที่มากกระทบ ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวและปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสมในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งจัดว่าเป็นวิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ มีแนวโน้มให้ผลทางบวก แต่ถ้าหากวิธีการเผชิญปัญหานั้นไม่สามารถ สร้างสมดุล หรือไม่สามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมเป็นวิธีการเผชิญปัญหาที่ด้อยประสิทธิภาพ มีแนวโน้มให้ผลทางลบ

โดยสรุปการเผชิญปัญหา (Coping) หมายถึง กระบวนการทางความคิดและการกระทำเมื่อบุคคลอยู่ในสภาวะถูกคุกคามจากสิ่งเร้าภายนอกจะทำให้บุคคลนั้นเกิดความกดดัน

ความเครียด เกิดปัญหาภายในจิตใจ ส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และการแสดงพฤติกรรม ซึ่งบุคคลที่อยู่ในภาวะนั้นจะแสดงพฤติกรรมการเผชิญปัญหาออกมา

4.3.2 แนวคิดการเผชิญปัญหา (Coping)

การเผชิญปัญหา มีวิวัฒนาการมากกว่า 60 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1940 เริ่มจากการนำมาใช้ ในการจัดลำดับด้านจิตบำบัดและการศึกษา เพื่อช่วยพัฒนาทักษะในการเผชิญปัญหาโดยการปรับตัว การเผชิญปัญหา เมื่อบุคคลอยู่ในสภาวะถูกคุกคามจากสิ่งเร้าภายนอกจะทำให้บุคคลนั้นเกิดความกดดัน ความเครียด เกิดปัญหาภายในจิตใจ ส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและการแสดงพฤติกรรม ซึ่งบุคคลที่อยู่ในภาวะนั้นจะแสดงพฤติกรรมการเผชิญปัญหาออกมา โดยใช้กระบวนการทางสติปัญญาและทักษะเพื่อจัดการกับปัญหา โดยใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวอย่างสูงสุดต่อกระบวนการเผชิญปัญหา (Lazarus; & Folkman. 1984) การเผชิญปัญหา เป็นความพยายามทางความรู้สึกนึกคิดและทางพฤติกรรมเป็น กระบวนการการตอบสนองของบุคคลเมื่อเผชิญกับปัญหา สถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลง เพื่อที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากภายในและภายนอกตัวของบุคคล ทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม เป็นการตอบสนองความต้องการของตนเองหรือปรับตัวให้เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อม เพื่อ รักษาภาวะสมดุล โดยใช้ความพยายามหรือศักยภาพที่มีอยู่ในการเผชิญปัญหานั้นๆ (Lazarus; & Folkman. 1984) ลาซารัส อธิบายว่า การเผชิญปัญหานั้นไม่มีรูปแบบที่แน่นอน แต่มีความเป็นพลวัตเป็นกระบวนการการจัดการโดยธรรมชาติและเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Lazarus. 1991)

กล่าวโดยสรุป การเผชิญปัญหาเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็น กระบวนการ แสดงออกเป็นพฤติกรรม ที่ประกอบด้วยพฤติกรรมที่มีอิทธิพลมาจากการใช้การรู้คิด (Cognition) จากการประเมินสถานการณ์ที่เป็นปัญหา เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์และ ทางร่างกาย เพื่อเป็นการปรับภาวะสมดุลให้กับตนเอง รูปแบบที่บุคคลใช้ในการเผชิญปัญหามี 2 รูปแบบคือ 1) การเผชิญปัญหามุ่งที่การแก้ปัญหาเป็นพฤติกรรมที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาให้เป็นไปในทางดีขึ้นโดยการเปลี่ยนแปลงการกระทำหรือสิ่งแวดล้อม และ 2) การเผชิญปัญหามุ่งที่อารมณ์เป็นวิธีจัดการกับอารมณ์ที่เป็นผลมาจากเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาหรือความเครียดให้ดีขึ้นโดยการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด หรือระบายอารมณ์ แต่เหตุการณ์ที่เป็นปัญหาอาจยังคงอยู่แต่ละ คนจะแสดงออกมาทั้ง 2 แบบ แตต่างกันที่คนไหนจะแสดงออกมาแบบใดมากกว่าซึ่งขึ้นอยู่กับความแตกต่างเฉพาะตัวบุคคลและสถานการณ์นั้นๆ

ลาซารัส (Lazarus. 1984) ได้กล่าวว่า เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีเปลี่ยนแปลงมีปัญหาเกิดขึ้นหรือมีเหตุการณ์มากระทบระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อม สมองจะทำการประเมิน ซึ่งเป็นกระบวนการทางความคิด (Cognitive Process) ที่เกิดขึ้นระหว่างปัญหากับการตอบสนองทางอารมณ์

และพฤติกรรม เป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลา โดยที่บุคคลจะพิจารณาความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น และเลือกวิธีการจัดการกับปัญหานั้น ซึ่ง สามารถอธิบายเป็นได้ 2 ขั้นตอน ดังนี้

1การประเมินสถานการณ์ (Appraisal) ถือว่ามีความสำคัญมากเนื่องจากเป็น กระบวนการทางความรู้คิด (Cognitive Process) เพื่อประเมินว่าสถานการณ์ที่มากระตุ้นนั้นทำให้ รู้สึกว่าความหวังหรือความต้องการไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เช่น การสูญเสียคนในครอบครัว การหย่าร้าง การล้มละลาย การตกงาน ปัญหาจราจร ความกังวลเกี่ยวกับรูปร่างหน้าตา และความเจ็บป่วย เป็นต้น ในเหตุการณ์เดียวกัน คนบางคนอาจมองว่าเป็นปัญหาใหญ่เล็กไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับการ ประเมินเหตุการณ์และการประเมินความสามารถของแต่ละคนซึ่งมนุษย์จะ ใช้ความพยายามหรือ ความสามารถในการเอาชนะต่อสถานการณ์นั้น เพื่อควบคุมจิตใจให้อยู่ใน ภาวะสมดุล ซึ่งบุคคลจะ ประเมินสถานการณ์เป็น 3 ระยะ ดังนี้

1.1 การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary Appraisal) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับ สถานการณ์ต่างๆแล้ว บุคคลจะประเมินสถานการณ์ที่ประสบโดยใช้สติปัญญา ความรู้ และ ประสบการณ์ที่มีว่ามีผลต่อตนเองหรือไม่อย่างไร โดยประเมินออกมาได้ 3 ลักษณะ คือ

1) ไม่มีความเกี่ยวข้องกับตนเอง (Irrelevant) คือการประเมินขั้นต้นว่า สถานการณ์นั้นไม่มีผลกระทบต่อการรับผิดชอบของตน

2) มีผลดีกับตนเอง (Being Positive) คือการประเมินว่า สถานการณ์นั้น ก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง ส่งเสริมให้เกิดความสุข บุคคลจะตอบสนอง ต่อสถานการณ์ด้วยความ เพื่อดึงดูดใจ มีความสุข มีความรัก และ ความร่าเริง

3) มีผลร้ายกับตนเอง (Stress) คือการประเมินว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดความเครียดใน 3 รูปแบบ คือ

- เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (Harm or Loss) คือการประเมินเพื่อให้ทราบว่า สถานการณ์นั้นเป็นอันตรายกับตนหรือก่อให้เกิดความสูญเสียต่อสุขภาพ ทั้งด้านสัมพันธภาพ สุขภาพ หรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

- เป็นความรู้สึกถูกคุกคาม (Threat) คือการประเมินเพื่อให้ทราบว่า สถานการณ์นั้นอาจทำให้เกิดอันตรายหรือสูญเสีย ทำให้เกิด ความรู้สึกทางอารมณ์ด้านลบโดยไม่อาจ หลีกเลี่ยงได้ เช่น ความ วิตกกังวล ความกลัว ความโกรธ เป็นต้น

- เป็นความรู้สึกท้าทาย (Challenge) คือการประเมินเพื่อให้ทราบว่า สถานการณ์นั้นอาจทำให้เกิดอันตรายหรือสูญเสีย แต่สามารถ ควบคุมสิ่งนั้นได้ ทำให้เกิดความรู้สึก ทางอารมณ์ด้านบวก เช่น ความหวัง ความเชื่อมั่น ความตื่นตันที่จะเรียนรู้และต่อสู้เพื่อจะเอาชนะ ให้ได้

นอกจากนี้ลาซารัส (Lazarus, 1991) ได้อธิบายว่า ภาวะความเครียดทางจิตใจทั้ง 3 ลักษณะนี้ จะเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ของอารมณ์ กับความรู้สึกเครียดแบบใดแบบหนึ่งที่เฉพาะเจาะจง และได้จำแนกอารมณ์ออกเป็น 15 แบบ คือ ความโกรธ (anger) ความกลัว (fright) ความวิตกกังวล (anxiety) ความรู้สึกผิด (guilt) ความละอาย (shame) ความเสียใจ (sadness) ความอิจฉา (envy) ความหึงหวง (jealousy) ความน่ารังเกียจ (disgust) ความสุข (happiness) ความภาคภูมิใจ (pride) การปลดปล่อย (relief) ความรัก (love) ความหวัง (hope) และความเห็นอกเห็นใจ (compassion) โดยอารมณ์ 9 แบบแรก เป็น อารมณ์ทางลบ 4 แบบถัดมาเป็นอารมณ์ทางบวก และ 2 แบบสุดท้ายเป็นอารมณ์แบบผสม ซึ่ง การรับรู้ถึงอารมณ์เหล่านี้จะมีประโยชน์กับการจัดการกับปัญหาได้ดียิ่งขึ้น

1.2 การประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary Appraisal) เป็นการประเมินถัดมาที่แตกต่างจากเดิม เพราะต้องใช้สติปัญญา ความเฉลียวฉลาด และใช้ความพยายามอย่างเต็มที่ที่จะแก้ไขปัญหามานุษยบุคคลจะประเมิน 3 ด้าน คือสถานการณ์นั้นจะเกิดผลดีหรือผลเสียต่อตน (Blame or Credit) จะแสดงออกหรือจัดการอย่างไร เพื่อให้ตนเองเกิดประโยชน์สูงสุด (Coping Potential) และสถานการณ์นั้นสอดคล้องกับเป้าหมายในอนาคตของตนเองอย่างไร (Future Expectation) โดยใช้ทรัพยากร (Resource) ที่ตนมีในการจัดการกับสถานการณ์ ซึ่งจะใช้ทรัพยากรใดนั้น แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ทรัพยากรที่ว่ำนั้นประกอบด้วย

1) สุขภาพและพลังงาน (Health and Energy) หากบุคคลมีสุขภาพดี มีพลังกำลังแข็งแรง ย่อมมีความเข้มแข็งและทนต่อภาวะความเครียด ได้มากกว่า

2) ความเชื่อทางบวก (Positive Believe) ความเชื่อทางบวกที่ส่งผลต่อการเผชิญปัญหาคือความเชื่อในความสามารถของตน หรือความเชื่ออำนาจภายในตนกับความเชื่ออำนาจภายนอกตนบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมักจะใช้กลวิธีเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา ส่วนบุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตนมักจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการทางอารมณ์

3) ทักษะในการแก้ปัญหา (Problem Solving Skills) คือบุคคลที่สามารถค้นหาความรู้ข้อมูลต่างๆ สามารถใช้ความคิดอย่างมีเหตุมีผล รวมทั้งสามารถคิดวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆได้ เพื่อแยกแยะปัญหา ค้นหาวิธีการแก้ปัญหา ซึ่งจะเป็นทรัพยากรที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาได้ดียิ่งขึ้น

4) ทักษะทางสังคม (Social Skills) เป็นการแสดงความสามารถของ บุคคลในการที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นจะช่วยส่งเสริม ให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดี

5) การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เกิดจากการที่บุคคลนั้นได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีแหล่งทรัพยากรที่จะจัดการกับปัญหาได้มากขึ้น

6)แหล่งทรัพยากรทางด้านวัตถุ (Material Resource) ทรัพยากรเงินทองหรือสิ่งของต่างๆ สามารถใช้เป็นแหล่งทรัพยากรที่ใช้ในการจัดการกับปัญหาได้อีกวิธีหนึ่ง ซึ่งอาจช่วยให้บุคคลมีทางเลือกในการแก้ปัญหาได้มากขึ้น

นอกจากนี้ลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus; & Folkman. 1984) ยังได้กล่าวถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ทรัพยากรในการเผชิญปัญหาว่า สาเหตุที่บุคคลไม่สามารถใช้ทรัพยากรนั้นได้เป็นเพราะความรู้สึกกดดัน และคับข้องใจจากปัจจัยเหล่านี้ คือ ข้อจำกัดด้านบุคคล (Personal Constraints) หมายถึง บุคคลควบคุมความรู้สึกของตนด้วยค่านิยมและความเชื่อภายในตัวของบุคคลที่เป็นรูปแบบแน่นอนในการแสดงพฤติกรรมหรือความรู้สึกและกลไกทางจิตใจที่สร้างและพัฒนาความเป็นปัจเจกบุคคล ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันทางค่านิยมและความเชื่อมี 2 ประการ คือ 1) ข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Constraints) เป็นข้อจำกัดที่เกิดจากภายนอกตัวบุคคล เป็นแหล่งประโยชน์ด้านวัตถุ ความต้องการในการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีจำกัด หน่วยงานหรือสถานที่ตั้งขององค์การเป็นอุปสรรคในการใช้ทรัพยากร เป็นต้น 2) ระดับของการคุกคาม (Level of Threat) เป็นการประเมินความเครียดของบุคคล ถ้าบุคคลประเมินว่ามีระดับของการคุกคามสูง จะทำให้บุคคลไม่สามารถใช้ทรัพยากรที่มีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 การประเมินซ้ำ (Reappraisal) เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินที่เคยทำมาก่อนตามข้อมูลที่ได้รับใหม่อย่างต่อเนื่อง มีลักษณะเป็นพลวัต (Dynamic) อาจปรับเปลี่ยนได้หรือเกิดขึ้นพร้อมๆ กันได้ หรือถ้าหากปัญหานั้นไม่ลดลงหรือหมดไป บุคคลจะต้องเปลี่ยนการประเมินใหม่

2. ขั้นตอนในกระบวนการเผชิญปัญหา (Stage in the Coping Process) เมื่อได้รับการประเมินแล้วว่าสถานการณ์นั้นเป็นอันตรายหรือเป็นผลร้ายกับตนเอง บุคคลจะคาดการณ์หรือทำนายถึงอันตรายที่จะได้รับ ทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านร่างกาย อารมณ์และพฤติกรรม และนำไปสู่การปรับตัว หรือออกมาในลักษณะของการสู้หรือหนี ดังนั้นจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของแต่ละคนนั้นเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการและเกิดต่อเนื่องกันมาตลอด และลักษณะของพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่บุคคลเลือกใช้อยู่สามารถทำนายถึงผลลัพธ์ที่ว่า บุคคลสามารถปรับตัวได้หรือไม่เช่นกัน (สุภารัตน์ หนูหอม. 2544) ในการเผชิญปัญหาแบ่ง ออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

2.1 ระยะการคาดคะเนสถานการณ์เป็นการคาดคะเนสถานการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้น อาจจะเคยหรือไม่เคยเกิดสถานการณ์นั้นมาก่อน แต่บุคคลสามารถทำนายได้ว่าจะเกิดขึ้น ในเวลาใดเวลาหนึ่ง บุคคลจะใช้กระบวนการทางความคิดที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้นได้อย่างไร

ป้องกันได้หรือไม่และด้วยวิธีใด ทำให้บุคคลสามารถเตรียมวางแผนการปรับตัวไว้ล่วงหน้า หรือรู้ระยะเวลาที่ปลอดภัยก่อนเกิดเหตุการณ์นั้นได้

2.2 ระยะการเผชิญกับสถานการณ์ เป็นระยะที่บุคคลใช้กระบวนการทางความคิดในการพิจารณาว่าควรทำอย่างไรจึงจะเหมาะสม และผลที่ตามมาจะเป็นอย่างไร อาจคิดวนไปมาตั้งแต่เริ่มจนจบด้วยวิธีการประเมินซ้ำได้

2.3 ระยะหลังการเผชิญกับสถานการณ์ เป็นระยะที่บุคคลใช้กระบวนการทางความคิดในการค้นพบความจริงของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งมีผลต่อการกระทำที่จะเกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับสถานการณ์นั้น

การเผชิญปัญหาของบุคคลนั้นจะออกมาในรูปของพฤติกรรม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกนึกคิด จิตใจ และอารมณ์ของแต่ละบุคคลในขณะนั้น เมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงก็จะมีผลทำให้บุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงทางความรู้สึกนึกคิด อารมณ์และแสดงพฤติกรรมต่างๆ ออกมา อาจหมายถึงกลไกทุกอย่างที่บุคคลใช้เพื่อรักษาภาวะสมดุลทางจิตใจ

ลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus; & Folkman, 1984) กล่าวถึง กลวิธีการเผชิญปัญหา (Coping Strategies) ว่าเป็นความพยายามของบุคคลในการจัดการกับปัญหาสถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายนอกและภายในตัวบุคคล มี 2 ลักษณะคือ

1. การมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotion Focused Coping) คือ การที่บุคคลใช้วิธีการตอบสนองต่อปัญหา สถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่เผชิญ โดยใช้กระบวนการทางความคิด ด้วยการปรับสภาวะอารมณ์หรือความรู้สึกหรือการใช้กลไกทางจิต (Defensive Reappraisal) เช่น การหลีกเลี่ยง การปฏิเสธ การลดความสำคัญของปัญหา การเบี่ยงเบนความคิดความสนใจ การ คิดในแง่ดี และการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้อื่น เป็นต้น ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหา แบบนี้เป็นการช่วยลดหรือบรรเทาความรู้สึกเท่านั้น แต่ปัญหายังคงอยู่เนื่องจากไม่ได้รับการแก้ไข

2. การมุ่งจัดการกับปัญหา (Problem Focused Coping) คือ การที่บุคคลใช้วิธีการตอบสนองต่อปัญหา สถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่เผชิญอยู่ โดยใช้กลวิธีในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ด้วยเทคนิค เหล่านี้ คือการทำความเข้าใจว่าปัญหานั้นคืออะไร เพื่อหาทางแก้ไข ตัดสินใจเลือกทางแก้ไขโดยคำนึงถึงประโยชน์และความคุ้มค่า วิธีการเผชิญปัญหานี้มุ่งที่สิ่งแวดล้อมและตนเอง โดยการเปลี่ยนแปลงความกดดันจากสิ่งแวดล้อม อุปสรรค ทรัพยากร และวิธีดำเนินการที่ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ทักษะ วิธีการและพัฒนามาตรฐานพฤติกรรมของตนใหม่

ในการจัดการกับปัญหานั้นบุคคลจะใช้ทั้งการมุ่งจัดการกับปัญหาและมุ่งจัดการกับอารมณ์ควบคู่กันไป แต่จะใช้วิธีการใดมากกว่านั้นขึ้นอยู่กับความยากง่ายของปัญหาที่เผชิญนั้นคือบุคคลจะใช้วิธีการมุ่งจัดการกับปัญหามากกว่าในสถานการณ์ที่รับรู้ว่าจะสามารถแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ และ

ในทางตรงกันข้ามจะเลือกใช้วิธีมุ่งจัดการกับอารมณ์มากกว่า ในกระบวนการเผชิญปัญหา ขั้นตอนทั้งหมดสามารถเกิดย้อนไปย้อนมาได้ หากพบข้อมูลใหม่ หรือกระบวนการนั้นยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย คือ การปรับภาวะสมดุลให้กับตนได้

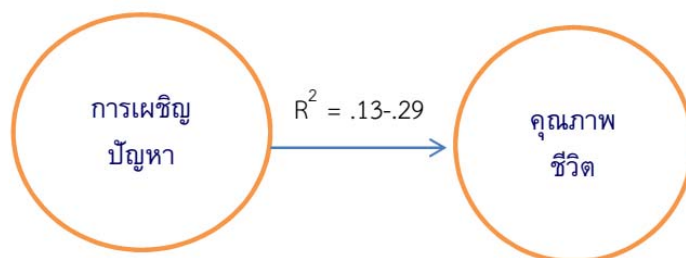
4.3.2 การวัดการเผชิญปัญหา

ในงานวิจัยครั้งนี้เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการเผชิญปัญหา เป็นแบบสอบถามแบบรายงานด้วยตนเอง (self-report measure) ของมารดาหลังคลอดต่อวิธีการการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ในปัจจุบัน ข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ โดยประเมินระดับความรู้สึกตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถามต่อข้อคำถาม ตั้งแต่ ไม่จริงเลย 1 คะแนน จนถึงจริงมากที่สุด 6 คะแนน หากได้คะแนนมากในข้อคำถามที่เป็นการเผชิญปัญหาแบบใด แสดงว่ามารดาหลังคลอดใช้วิธีการเผชิญปัญหาในแบบนั้น จากนั้นนำแบบสอบถามมาหาคุณภาพในการวัด โดยนำมาให้ผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษาประเมินความเที่ยงตรง และนำมาทดลองใช้เพื่อประเมินความเชื่อมั่น และนำมาปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษา

4.3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหา

ความสัมพันธ์ของตัวแปรสาเหตุการเผชิญปัญหากับตัวแปรตามคุณภาพชีวิต

จากการศึกษาของริวด้าและเพอร์ริส-กราสเซีย (Rueda; & Pérez-García. 2013) ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 150 คน (เพศชายร้อยละ 50 เพศหญิงร้อยละ 50) วัด 2 ช่วงเวลา ครั้งแรกและผ่านไปประมาณ 1 ปี วัดอีกครั้งหนึ่งพบว่า การเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต หากผู้ป่วยมีการเผชิญปัญหาทางบวก เช่น การแก้ไขเหตุของปัญหา การปรับมุมมองให้เป็นด้านบวก หรือการใช้อารมณ์ขัน จะส่งผลให้เกิดผลระยะยาวคือมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น คือสามารถทำนายทั้งคุณภาพชีวิต การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะได้ ร้อยละ 13-29 ($R^2 = .13 \text{ to } .29$)

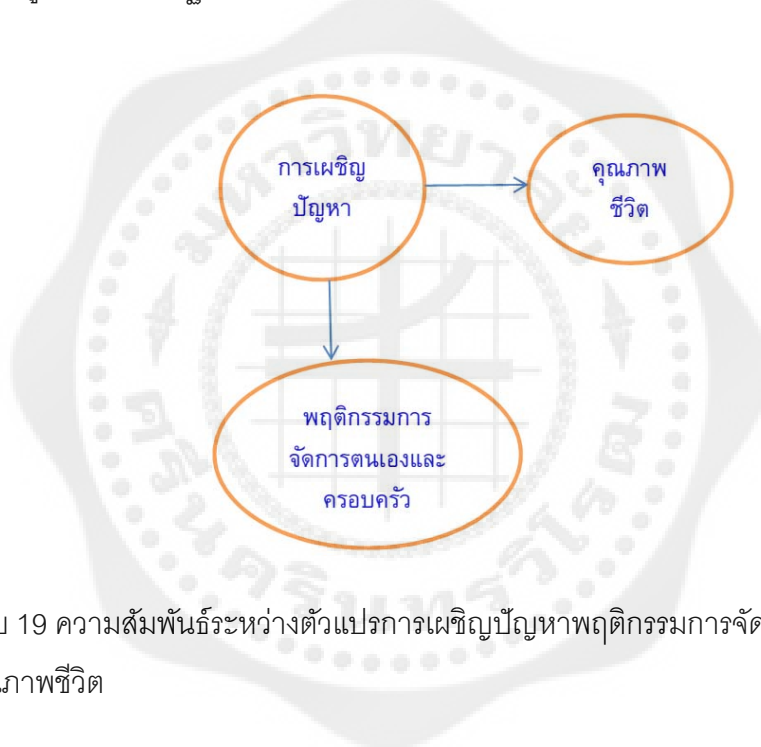


ภาพประกอบ 18 ความสัมพันธ์ตัวแปรสาเหตุการเผชิญปัญหากับคุณภาพชีวิต

(Rueda; & Pérez-García. 2013)

จากการศึกษาของลูจิบิกาและคณะ (Ljubica; et al. 2013) ในกลุ่มมารดาที่มีบุตรเป็นโรคหัวใจ อายุระหว่าง 4-12 ปี พบว่ารูปแบบการเผชิญปัญหาจะแตกต่างกันไปในแต่ละรูปแบบการเลี้ยงดูบุตร (parenting styles) ซึ่งรูปแบบการเลี้ยงดูบุตรเป็นส่วนหนึ่งในการจัดการภายในครอบครัว มารดาส่วนใหญ่ใช้การเผชิญปัญหาแบบปฏิเสธ (Denial) ($t = -2.657, p < 0.05$) และใช้รูปแบบการเลี้ยงดูแบบเผด็จการ (Authoritarian) ($t = -.616, p < 0.05$) (Ljubica; et al. 2013: 1810)

สรุปความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการเผชิญปัญหากับคุณภาพชีวิต โดยการเผชิญปัญหามีอิทธิพลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต และพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวในด้านการเลี้ยงดูบุตรจึงสามารถนำไปสู่การตั้งสมมติฐานข้อที่ 1.5 และ 1.6



ภาพประกอบ 19 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการเผชิญปัญหาพฤติกรรมการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิต

จากความสัมพันธ์ดังกล่าวสามารถตั้งเป็นสมมติฐานได้ 2 ข้อ คือ
สมมติฐานข้อที่ 1.5 การเผชิญปัญหามีอิทธิพลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต
สมมติฐานข้อที่ 1.6 การเผชิญปัญหามีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว

4.4 การรับรู้สุขภาพบุตรกับคุณภาพชีวิต

4.4.1 ความหมายของการรับรู้สุขภาพบุตร

การรับรู้สุขภาพบุตร หมายถึง การรับรู้ของมารดาหลังคลอดต่อบุตรในด้านภาวะสุขภาพร่างกายและภาวะพื้นอารมณ์ของบุตร

4.4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สุขภาพบุตร

การรับรู้ของมารดาหลังคลอดต่อสุขภาพบุตรของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ส่งผลต่อการดูแลบุตรทั้งภาวะสุขภาพทางร่างกายและภาวะพื้นอารมณ์ หากมารดาทราบว่าบุตรมีสุขภาพที่แข็งแรงดี กิจกรรมการดูแลบุตรก็จะดำเนินไปตามปกติ หากบุตรมีการเจ็บป่วยบ่อยมารดาทราบว่าบุตรสุขภาพไม่แข็งแรง กิจกรรมการดูแลบุตรอาจต้องเข้มงวดมากขึ้น (Okamoto; & Megumi. 2009) ปัจจัยนี้จึงเป็นปัจจัยที่ควรศึกษา

เด็กมีพัฒนาการที่แตกต่างกันไปตามแต่ละวัย ในวัยทารกแรกเกิดถึง 1 ปี เป็นวัยที่มีพัฒนาการอย่างรวดเร็วในทุกๆ ด้าน ร่างกาย ภาษา ด้านสังคมและด้านจิตใจ

ด้านร่างกายและกล้ามเนื้อทารกแรกเกิดมีความยาวประมาณ 50 เซนติเมตร น้ำหนักประมาณ 2700 กรัม ในช่วงอายุ 3-6 เดือน ความยาวควรเพิ่มเป็น 66-68 เซนติเมตร น้ำหนักเพิ่มเฉลี่ยวันละ 20-30 กรัม เมื่ออายุ 1 ปี ความยาวควรเพิ่มเป็น 74-76 เซนติเมตร น้ำหนักเพิ่มเฉลี่ยเป็น 3 เท่าของแรกเกิด ในด้านการใช้กล้ามเนื้อเบื้องต้นจะเกิดจากรีเฟล็กซ์ (reflex) จากนั้นจะค่อยๆพัฒนาความสามารถในการควบคุมกล้ามเนื้อด้วยตนเองจากกล้ามเนื้อมัดใหญ่ไปสู่กล้ามเนื้อมัดเล็ก

ด้านภาษา เมื่อทารกอายุ 4-6 เดือน จะเริ่มเปล่งเสียงคล้ายเสียงสระ จากนั้นจะส่งเสียงไม่เป็นคำ จนอายุประมาณ 10-12 เดือน จะเริ่มพูดที่มีความหมาย เรียก “แม่” “พ่อ” ได้

ด้านสังคม ช่วงอายุแรกเกิดถึง 3 เดือน ทารกจะยิ้มและส่งเสียงเมื่อเห็นผู้ที่เลี้ยงดู อายุ 8-10 เดือน เมื่อผู้เลี้ยงดูแสดงความสนใจไปที่วัตถุใด ทารกจะมองตาม และสามารถหันเมื่อถูกเรียกชื่อได้ อายุ 10-12 เดือนทารกจะมองตามสิ่งที่ถูกชี้ชวนให้ดู

ด้านจิตใจ เมื่อแรกเกิดทารกจะมีปฏิสัมพันธ์กับมารดาหรือผู้เลี้ยงดูที่อยู่ใกล้ชิดอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากการสัมผัส โอบกอดและพูดคุย ถ้ามารดาสามารถสนองตอบความต้องการของทารกได้ดีจะทำให้ทารกเกิดความไว้วางใจ รู้สึกมั่นคงปลอดภัย เมื่ออายุประมาณ 5-6 เดือนจะเริ่มกลัวคนแปลกหน้า เนื่องจากสามารถจดจำหน้ามารดาและแยกแยะออกจากผู้อื่นได้ ประมาณ 7-8 เดือน จะเริ่มกลัวการแยกจากมารดาหรือผู้ที่ทารกผูกพัน (กัลยา นาคเพ็ชร และคณะ. 2548; มาโนช หล่อตระกูลและคณะ. 2555)

พื้นอารมณ์ (Temperament)

เป็นลักษณะทางอารมณ์ที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด ซึ่งถูกกำหนดโดยปัจจัยทางชีวภาพ โดยเฉพาะพันธุกรรมเป็นสิ่งที่มักติดตัวไป แต่อาจเปลี่ยนแปลงได้ตามปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่บุคคลเติบโตมาจากการศึกษาพื้นอารมณ์ของเด็กจากความสามารถในการปรับตัว สามารถจำแนกเด็กตามลักษณะพื้นอารมณ์ออกเป็น 3 ประเภทดังต่อไปนี้

1. ปรับตัวง่าย (Easy temperament) เด็กกลุ่มนี้มีการกิน การนอน การขับถ่ายสม่ำเสมอ เป็นเวลา ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมได้เร็ว เข้าหาสิ่งเร้าใหม่ด้วยความสนใจ ส่วนใหญ่มีอารมณ์ดี ทำทางเป็นมิตร ตอบสนองต่อสิ่งเร้าไม่รุนแรง เด็กกลุ่มนี้พบประมาณร้อยละ 40

2. ปรับตัวยาก (Difficult temperament) เด็กกลุ่มนี้มีการกิน การนอน การขับถ่ายไม่สม่ำเสมอเป็นเวลา ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก มักหงุดหงิดและถอยห่างจากสิ่งเร้าใหม่ๆ อารมณ์ส่วนใหญ่หงุดหงิดง่ายและมีทำทางไม่เป็นมิตร ตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ รุนแรง เด็กกลุ่มนี้พบประมาณร้อยละ 10

3. ปรับตัวช้า (Slow-to-warm-up temperament) เด็กกลุ่มนี้จะปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมได้ช้า มีแนวโน้มถอยห่างจากสิ่งเร้าใหม่ แต่ปฏิกิริยาตอบสนองไม่รุนแรงนัก เป็นเด็กที่มีลักษณะขี้อาย เด็กกลุ่มนี้พบประมาณร้อยละ 15

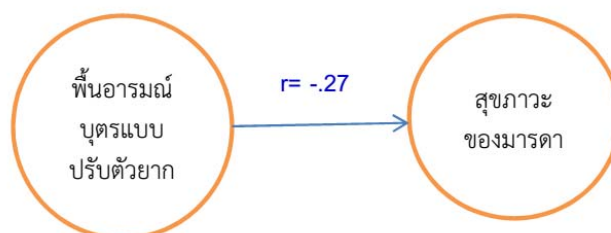
ส่วนเด็กที่เหลืออีกประมาณร้อยละ 35 จะมีการตอบสนองปานกลางในทุกด้านและไม่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มทั้ง 3 กลุ่ม (มานิช หล่อตระกูล และคณะ. 2555)

4.4.3 การวัดการรับรู้สุขภาพบุตร

การวัดการรับรู้สุขภาพบุตร ซึ่งเป็นการพัฒนาจากแนวคิดพัฒนาการทารกแรกเกิดถึง 1 ปี ซึ่งสนใจศึกษาในทั้งด้านภาวะร่างกายและพื้นอารมณ์ของบุตร ข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ โดยประเมินระดับความรู้สึกตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถามต่อข้อคำถาม ตั้งแต่ ไม่จริงเลย 1 คะแนนจนถึงจริงมากที่สุด 6 คะแนน หากได้คะแนนมากแสดงว่ามารดาหลังคลอดครรภ์แรกมีการรับรู้สุขภาพบุตรในทางบวกมากกว่าผู้ได้คะแนนน้อยกว่า

4.4.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สุขภาพบุตร

จากการศึกษาของลักคินและคณะ (Laukkanen; et al. 2014) ลักษณะพื้นอารมณ์ของบุตรที่เป็นเด็กปรับตัวยาก (Difficult temperament) จะส่งผลทางลบต่อสุขภาวะของมารดา (well being) ซึ่งเด็กปรับตัวยากจะมีพื้นอารมณ์ทางลบซึ่งสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์ลบของมารดา ($r = -.27$, $p < 0.01$)



ภาพประกอบ 20 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพื้นอารมณ์บุตรแบบปรับตัวยากกับ
สุขภาวะของมารดา

จากความสัมพันธ์ดังกล่าวสามารถตั้งเป็นสมมติฐานข้อที่ 1.10 คือ
สมมติฐานข้อที่ 1.10 การรับรู้สุขภาพบุตรมีอิทธิพลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตร

อายุกับการเป็นมารดาหลังคลอดครั้งแรก

การเป็นมารดาหลังคลอดครั้งแรก

มารดาหลังคลอดบุตรคนแรกเป็นช่วงเวลาที่เกิดการเปลี่ยนผ่านของความเป็นสตรีวัยสาวเข้าสู่การเป็นมารดาและความเป็นครอบครัวที่สมบูรณ์ (Shaw; Wong & Kaczorowski. 2006) แม้ว่าจะเป็นพัฒนาการในช่วงชีวิตหนึ่งของสตรี แต่การเป็นมารดานั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ ในชีวิตหลายประการ เช่น การใช้เวลา การดำเนินชีวิต กิจกรรมประจำวัน และสิ่งที่เกิดผลกระทบอย่างมากคือการเปลี่ยนแปลงในบทบาทของตนเอง การเป็นมารดานั้นเป็นบทบาทที่มีกระบวนการซับซ้อนและมีความลึกซึ้งทั้งทางปัญญาและทางสังคม ซึ่งการกระทำบทบาทมารดานั้นต้องผ่านกระบวนการเรียนรู้ซึ่งมีทั้งการเรียนรู้โดยตั้งใจ (intentional learning) โดยเกิดการเรียนรู้ผ่านวัฒนธรรมและสังคมในการสอน การแสดงบทบาทมารดาและการเรียนรู้โดยบังเอิญ (incidental learning) ที่เริ่มตั้งแต่วัยเด็กที่เรียนรู้จากบุคคลในสิ่งแวดล้อม (Mercer. 2004) บทบาทในชีวิต มารดาหลังคลอดมีความต้องการมากมายหลายอย่างที่เกิดมาจากการกระทำตามบทบาทภรรยาและการเลี้ยงดูบุตรแรกเกิด ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียในสิ่งที่เคยมีหลายสิ่งหลายอย่าง (Carolan. 2003)

การกระทำตามบทบาทเป็นมารดาครั้งแรกนั้นเมอร์เซอร์ (Mercer.1985) ได้อธิบายกระบวนการที่ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ

1. ระยะเตรียมเข้าสู่บทบาท (anticipatory stage) ระยะนี้เกิดตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ เป็นการเตรียมด้านจิตใจและสังคมในการรับบทบาทใหม่ โดยจินตนาการหรือคาดการณ์กับบุตรในครรภ์ และอาจมีการฝึกบทบาทเลี้ยงดูบุตร

2. ระยะกระทำบทบาทตามความคาดหวังของบุคคลอื่น (formal stage) ในระยะนี้มารดาครั้งแรกจะกระทำบทบาทมารดาตามคำแนะนำ การชี้แนะของบุคลากรทางสุขภาพหรือบุคคลใกล้ชิดอื่นๆ ทำให้มารดาเกิดการเรียนรู้ และสามารถคัดเลือกพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง

3. ระยะพัฒนาบทบาทของตนเอง (informal) ในระยะนี้มารดาจะสามารถพัฒนาวิธีการในการกระทำตามบทบาท การเผชิญกับสถานการณ์ตามประสบการณ์ที่ผ่านมา และสามารถเรียนรู้ลักษณะการสื่อสารของบุตร ตอบสนองบุตรได้ และพัฒนาการดูแลในแบบของตนเอง

4. ระยะรับบทบาทเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของตนเอง (personal stage) เป็นระยะที่มารดาแสดงบทบาทตามเอกลักษณ์ของตนเอง มีความมั่นใจ พึ่งพอใจกับการแสดงบทบาทมารดาของตนเอง และพัฒนาไปเป็นเอกลักษณ์การเป็นมารดา

หากมารดาไม่ประสบความสำเร็จในบทบาทการเป็นมารดา อาจทำให้เกิดผลลบต่อสัมพันธภาพมารดาทารก ทำให้เกิดผลกระทบต่อความมั่นคงทางจิตใจของทั้งมารดาและบุตร มารดาและบุตรอาจเกิดภาวะสุขภาพที่ไม่ดีเท่าที่ควร มารดาอาจปฏิเสธบุตร ไม่สนใจบุตร เลี้ยงบุตรผิดวิธี จนกระทั่งอาจทำร้ายหรือทอดทิ้งบุตรได้ (Lowdermilk; & Perry. 2004)

มารดาวัยรุ่น

ปัจจุบันมารดาวัยรุ่นมีแนวโน้มที่สูงขึ้น พบว่าอัตรามารดาวัยรุ่นมีมากถึงร้อยละ 20 ของสตรีตั้งครรภ์ทั่วประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข. 2556) ซึ่งกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ว่ามารดาวัยรุ่นคือ มารดาที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี (บุญฤทธิ สุขรัตน์. 2557)

นอกเหนือจากการเผชิญกับสภาวะมารดาหลังคลอดบุตรคนแรกดังกล่าวข้างต้นแล้ว มารดาวัยรุ่นยังต้องเผชิญกับความไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตรทั้งวุฒิภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม (ฤดี ปุณบางกะดี. 2551) ด้านร่างกาย จากการศึกษาของไทยแท้และทาโต (Thaithae; & Thato. 2011) พบว่าเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มมารดาอายุ 11-15 ปี มีอัตราการเกิดภาวะซีดทั้งในขณะตั้งครรภ์และหลังคลอดมากกว่ากลุ่มมารดาอายุ 20-34 ปี ถึง 1.88 เท่า ($OR=1.88, p<.0001$) ในขณะที่ยังเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มมารดาอายุ 16-19 ปี มีอัตราการเกิดภาวะซีดทั้งในขณะตั้งครรภ์และหลังคลอดมากกว่ากลุ่มมารดาอายุ 20-34 ปี ถึง 1.41 เท่า ($OR=1.41, p<.0001$) ในทำนองเดียวกันเมื่อเทียบกับมารดาอายุ 20-34 ปี อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังคลอดในมารดาอายุ 11-15 ปี ($OR=3.33, p<.001$) จะสูงกว่ามารดา 16-19 ปี ($OR=1.36, p<.05$) แสดงว่ายิ่งมารดาอายุน้อยอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ยิ่งสูงขึ้น (Thaithae; & Thato. 2011)

ด้านจิตใจมารดาวัยรุ่นจะมีความยากลำบากในการจัดการบทบาทตนเองให้เกิดความสมดุลระหว่างบทบาทวัยรุ่นของตนเองและบทบาทการเป็นมารดา (Steinberg, 2011) ซึ่งพบว่าอายุของมารดาหลังคลอดจะสัมพันธ์กับความมั่นใจในการเป็นมารดา ($r=0.209, p<0.05$) และความพึงพอใจในการเลี้ยงดูบุตร ($r=-0.448, p<0.001$) (McVeigh; & Smith. 2000) อีกทั้งพบว่ามารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี เมื่อเลี้ยงบุตรด้วยตนเองทำให้ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้อย่างมีคุณภาพ เกิดพัฒนาการของบุตรล่าช้า เนื่องจากพฤติกรรมในการเลี้ยงดูบุตรที่ไม่เหมาะสมทั้งในด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตร (Mother-child interaction) (นภาพร นพพัฒนกุลและ วิณาจีระแพทย์. 2557) ในด้านการฝึกการมีวินัยให้กับบุตร (Discipline) และในด้านการดูแลบุตรร่วมกันของบิดามารดา (Coparenting) ซึ่งมารดาอายุน้อยมักไม่ค่อยเล่นหรือพูดคุยกับบุตร ไม่ค่อยใส่ใจในบุตรของตน ไม่ดูแลฝึกฝนทักษะต่างๆ ให้บุตร (Lewin, Mitchell; & Ronzio. 2013)

ด้านสังคม มารดาวัยรุ่นเสี่ยงต่อการขาดความมั่นใจในบทบาทมารดา ขาดความพร้อมในด้านการเลี้ยงดู ภาวะเศรษฐกิจ ประสพการณ์ ทำให้เกิดการทอดทิ้งบุตร ทำร้ายบุตรสูงถึงร้อยละ 12.8 ด้วย

ความไม่พร้อมของมารดาวัยรุ่นทำให้การกระทำบาปทรมารดาต้องใช้ความพยายามมากและต้องการช่วยเหลือมากขึ้นเช่นกัน (นภาพร นพพัฒน์กุลและ วิภา จีระแพทย์. 2557)

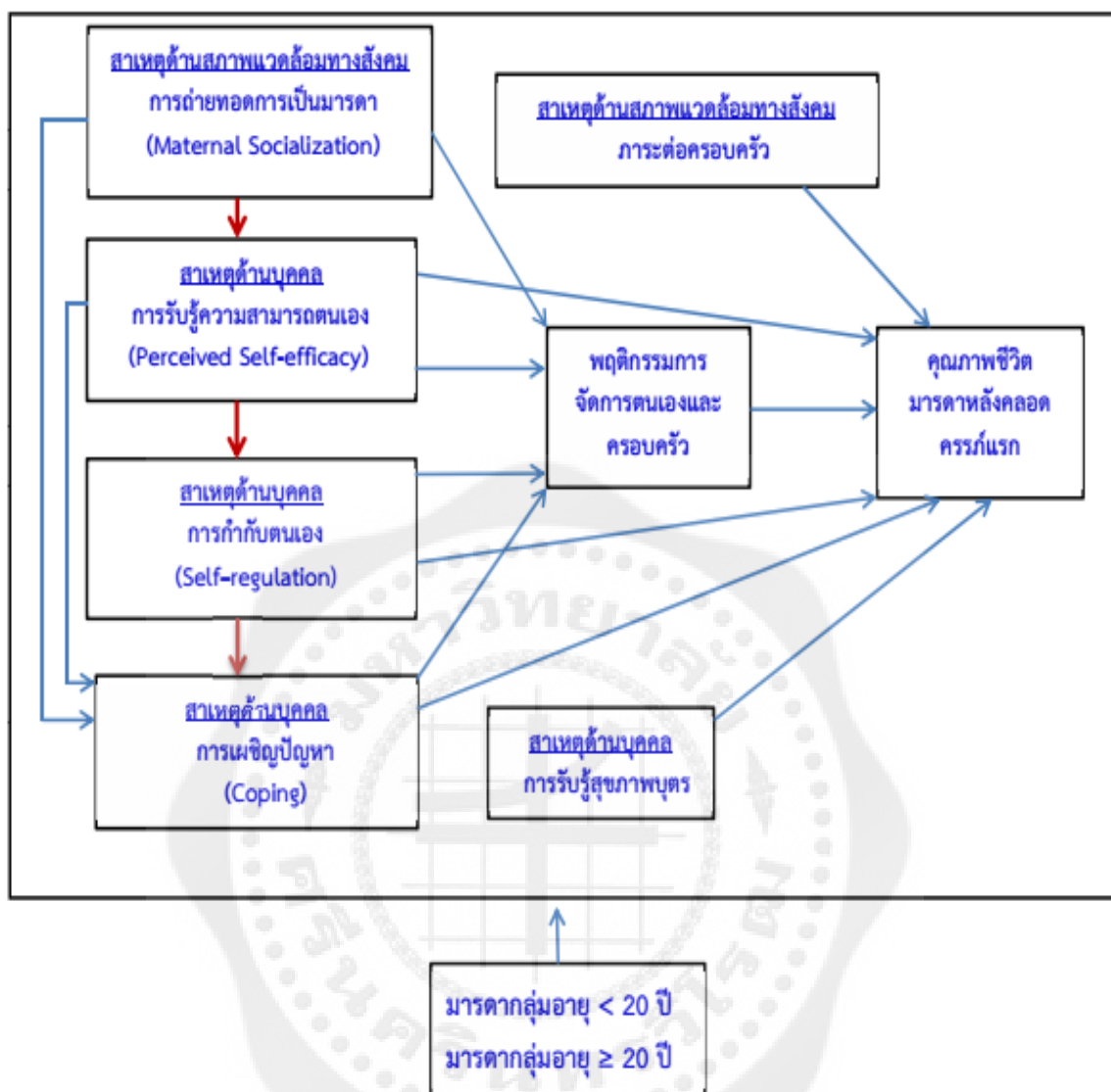
โดยสรุปตัวแปรอายุส่งผลต่อการเป็นมารดาหากมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี เป็นมารดาวัยรุ่น จึงมีโอกาสเกิดความแตกต่างทั้งในปัจจุบันเชิงสาเหตุ พฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว และผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตผู้วิจัยจึงเห็นว่าการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อการวางแผนทางช่วยเหลือมารดาทั้ง 2 กลุ่มต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

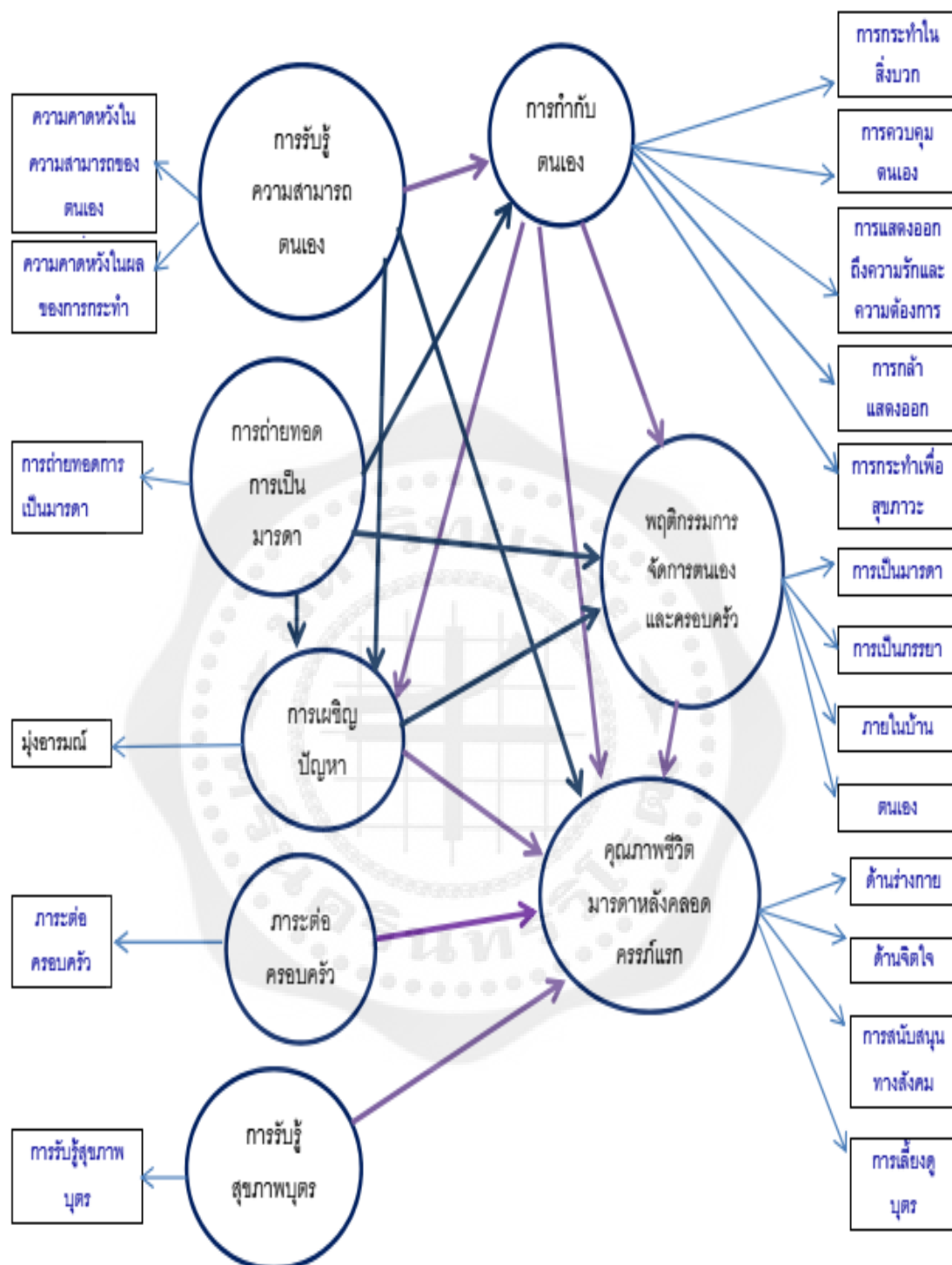
ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัว เนื่องจากตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกในการทบทวนวรรณกรรมและจากการสัมภาษณ์มารดาหลังคลอดมีความเกี่ยวเนื่องและเหมาะสมกับกลุ่มตัวแปรเหตุด้านปัจจัยด้านบุคคลของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก คือการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ (Emotional coping) การกำกับตนเอง (Self-Regulation) การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) การรับรู้สุขภาพบุตรตัวแปรตามคือ คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก ตัวแปรคั่นกลาง คือ พฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก ตัวแปรดังกล่าวเป็นตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัว แต่ตัวแปรเหตุด้านสภาพแวดล้อมของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก คือ การถ่ายทอดการเป็นมารดา (Maternal Socialization) ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์มารดาหลังคลอด และภาระต่อครอบครัว ซึ่งไม่พบในทฤษฎีพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัว แต่เหมาะสมสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคม ในแนวคิดพื้นฐานของแบนดูราเชื่อว่า ปัจจัยสภาพแวดล้อม (Environment factors หรือ E) ปัจจัยด้านบุคคล (Personal factors หรือ P) และพฤติกรรมมนุษย์ (Behavior หรือ B) มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และตัวแปรทั้ง 3 ตัวนี้จะมีลักษณะเป็นอิทธิพลเชิงเหตุ-ผลซึ่งกันและกัน (Reciprocal causation) ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ทฤษฎีทั้ง 2 ทฤษฎีร่วมกัน

ในการศึกษามารดาหลังคลอดครั้งแรกกับคุณภาพชีวิตในครั้งนี้ พบว่าปัจจัยสำคัญที่มีส่วนช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีนั้นคือ ความสามารถในการกำกับตนเอง (self-regulation skill & abilities) ให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวและส่งเสริมให้มารดาเกิดการเรียนรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆได้ ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการตนเองและครอบครัวตามบทบาทของตนได้อย่างต่อเนื่องยาวนาน จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองและครอบครัวมีพื้นฐานมาจากตัวแปรในทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคมเช่น การรับรู้ความสามารถ

ตนเอง การกำกับตนเอง ในการศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวและคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกเพื่อทราบถึงเหตุของการกระทำพฤติกรรมต่างๆ ของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก จึงใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคม (Social Cognitive Theory) ของบันดูรา (Bandura. 1986) เป็นกรอบแนวคิดร่วม ซึ่งแนวคิดพื้นฐานของแบนดูราเชื่อว่า พฤติกรรมมนุษย์ (Behavior หรือ B) มีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยหลัก 2 ประการคือ ปัจจัยด้านบุคคล (Personal factors หรือ P) ได้แก่ ความคิด ความเชื่อ ความคาดหวัง ฯลฯ กับปัจจัยสภาพแวดล้อม (Environment factors หรือ E) ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 ตัวนี้จะมีลักษณะเป็นอิทธิพลเชิงเหตุ-ผลซึ่งกันและกัน (Reciprocal causation) การที่ปัจจัยทั้ง 3 ทำหน้าที่กำหนดซึ่งและกันนั้น ปัจจัยแต่ละปัจจัยไม่ได้มีอิทธิพลต่อกันอย่างเท่าเทียมเสมอไป บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกปัจจัยหนึ่ง และอิทธิพลของปัจจัยอาจไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกัน แต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่นๆ (Bandura. 1989) ปัจจัยที่เป็นเหตุของการกระทำพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวและคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก มีทั้งปัจจัยด้านบุคคลได้แก่ การกำกับตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง การเผชิญปัญหา และปัจจัยทางสภาพแวดล้อม คือถ่ายทอดการเป็นมารดา ปัจจัยทั้ง 3 ประการมีอิทธิพลเชิงเหตุผลซึ่งกันและกัน อาจไม่ได้มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวอย่างเท่าเทียมกัน และอิทธิพลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมอาจไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกัน (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2556) ดังนั้น การศึกษาถึงปัจจัยที่เป็นเหตุในการกระทำพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ที่ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด เพื่อช่วยในการวางแผนการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าปัจจัยใดส่งเสริมมากหรือน้อย หรือปัจจัยใดอาจไม่ส่งเสริม เพื่อให้สามารถมีแนวทางที่ชัดเจนและนำไปใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวในการเลี้ยงบุตรของมารดาครรภ์แรกได้จริงต่อไป



ภาพประกอบ 21 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 22 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว
ของมารดาหลังคลอดครั้งแรกกับคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอด

สัญลักษณ์และคำย่อที่ใช้ในแบบจำลองสมมติฐานการวิจัย



แทน ตัวแปรแฝง

แทน ตัวแปรสังเกต



แทน ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม โดยหัวลูกศรจะ

แสดงทิศทางของอิทธิพล

สมมติฐานการวิจัย

1. รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุตามสมมติฐานที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีสมมติฐานย่อยตามเส้นทางอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ดังนี้

1.1 การกำกับตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก

1.2 การกำกับตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อการเผชิญปัญหา และ คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก

1.3 การรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก

1.4 การรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อการกำกับตนเองและการเผชิญปัญหา

1.5 การเผชิญปัญหามีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก

1.6 การเผชิญปัญหามีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก

1.7 การถ่ายทอดการเป็นมารดามีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรกการกำกับตนเองและการเผชิญปัญหา

1.8 การรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก

1.9 พฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรกมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก

1.10 การรับรู้สุขภาพบุตรมีอิทธิพลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก

1.11 ภาระต่อครอบครัวมีอิทธิพลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตร
ครรภ์แรก

2. รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวของมารดา
หลังคลอดบุตรครรภ์แรกกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรกระหว่างกลุ่มมารดาหลัง
คลอดอายุน้อยกว่า 20 ปีกับกลุ่มมารดาหลังคลอดอายุ 20 ปีขึ้นไป แตกต่างกัน

3. ค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงเชิงสาเหตุของพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวของมารดา
หลังคลอดบุตรครรภ์แรกกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก ในรูปแบบความสัมพันธ์
เชิงสาเหตุระหว่างกลุ่มมารดาหลังคลอดอายุน้อยกว่า 20 ปีกับกลุ่มมารดาหลังคลอดอายุ 20 ปีขึ้นไป
แตกต่างกัน



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีขั้นตอนดำเนินการวิจัยดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การหาคุณภาพเครื่องมือ
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การจัดกระทำข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

1.การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

กลุ่มประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกระหว่าง 4 สัปดาห์ ถึง 1 ปี ที่ใช้บริการในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครจำนวน 8 แห่งคือ โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลสิรินธร โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ชุตินุโร อุทิศ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลในกำกับกรุงเทพมหานครจำนวน 1 แห่งคือ คณะแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล รวมทั้งหมด 9 แห่ง

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกระหว่าง 4 สัปดาห์ ถึง 1 ปีที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครที่เข้ารับบริการตรวจหลังคลอดบุตร ที่ห้องตรวจทางนรีเวชกรรมหรือนำบุตรมารับวัคซีนที่ห้องตรวจกุมารเวชกรรมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มแรกคือมารดาวัยรุ่นหลังคลอดบุตรที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 324 คนและกลุ่มที่สองคือมารดาหลังคลอดบุตรที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 371 คน รวมทั้งหมด 695 คน

1.2.1 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

- 1) มารดาหลังคลอดบุตรมีชีวิตคนแรกและเลี้ยงบุตรด้วยตนเองตั้งแต่หลังคลอดถึงปัจจุบัน
- 2) มารดาสามารถ พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ดี
- 3) มารดามีความเต็มใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- 4) มารดาไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
- 5) ในขณะที่เก็บข้อมูล มารดาและบุตรไม่มีโรคแทรกซ้อนที่ร้ายแรง

1.2.2 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างเชิงสาเหตุแบบมีตัวแปรแฝง (Causal structural model with latent variable) ดังนั้นจึงต้องกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างให้เหมาะสมกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้วิธีการประมาณค่าแบบแมกซ์ลิคไลฮูด (Maximum Likelihood) เนื่องจากเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ คงเส้นคงวา เป็นอิสระจากมาตรวัด อีกทั้งยังเป็นวิธีการใช้ที่ใช้น้อยอย่างแพร่หลาย (Bollen. 1989) และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์ของ ชูแมคเกอร์และโลแมกซ์ (Schumacker; & Lomax. 1996) ที่กำหนดเกณฑ์ความเพียงพอในการวิเคราะห์สมการเชิงโครงสร้างว่าควรมีขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 10-20 คนต่อ ตัวแปรสังเกต 1 ตัวแปร ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างไว้ที่อย่างน้อย 10 คนต่อหนึ่งตัวแปรสังเกต ซึ่งตัวแปรสังเกตในงานวิจัยนี้มี 19 ตัวแปร จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 190 คน รวมทั้งหมดอย่างน้อย 380 คน เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวเสร็จสิ้น พบว่า ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 695 คนโดยเป็นกลุ่มมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 324 ราย คิดเป็น 17 คนต่อ 1 ตัวแปรสังเกต และเป็นกลุ่มมารดาอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 371 คน คิดเป็น 19 คนต่อ 1 ตัวแปรสังเกต จึงเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มากพอทำให้เกิดความเชื่อมั่นในผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1.2.3 ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนของประชากรในโรงพยาบาล 9 แห่ง (Proportional Stratified random sampling) และกำหนดตามกลุ่มอายุของมารดาหลังคลอดครั้งแรก

ตาราง 1 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลได้จริง
จำแนกตามโรงพยาบาล

ลำดับ	โรงพยาบาล	กลุ่มตัวอย่าง อายุ 20 ปีขึ้นไป	กลุ่มตัวอย่าง อายุน้อยกว่า 20 ปี
1	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล	81	55
2	ตากสิน	35	50
3	เจริญกรุงประชารักษ์	100	68
4	กลาง	44	35
5	สิรินธร	51	45
6	ราชพิพัฒน์	20	25
7	หลวงพ่อกวีนาคคีติคุณโร อุตติศ	11	16
8	เวชการุณย์รัศมี	10	15
9	ลาดกระบัง	19	15
รวม		371	324

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 9 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก

ตอนที่ 5 แบบสอบถามการกำกับตนเองของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก

ตอนที่ 6 แบบสอบถามการเผชิญปัญหาของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก

ตอนที่ 7 แบบสอบถามการถ่ายทอดการเป็นมารดาของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก

ตอนที่ 8 แบบสอบถามการระต่อครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก

ตอนที่ 9 แบบสอบถามการรับรู้สุขภาพบุตรของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก

โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม

ลักษณะแบบสอบถาม ประกอบด้วย อายุ ระยะเวลาหลังคลอด อาชีพ รายได้ ครอบครัว ตั้งครรภ์ที่ อาการแทรกซ้อนหลังคลอด ลักษณะครอบครัว แหล่งการช่วยเหลือทางสังคม การเลี้ยงดูด้วยนมมารดา

ตัวอย่างแบบสอบถาม

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย $\sqrt$ ลงใน $\bigcirc$ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. อายุ ปี
2. ระยะเวลาหลังคลอด เดือน
3. อาชีพ

$\bigcirc$ แม่บ้าน	$\bigcirc$ รับราชการ	$\bigcirc$ พนักงานของรัฐ
$\bigcirc$ ค้าขาย	$\bigcirc$ พนักงานบริษัท/โรงงาน	$\bigcirc$ ธุรกิจส่วนตัว
$\bigcirc$ อื่นๆ (โปรดระบุ)		

ตอนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอด

ลักษณะแบบสอบถาม การวัดคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ซึ่งเป็นการวัดแบบรายงานตนเอง (self-report) ตามระดับความรู้สึกที่มีต่อองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน คือ 1) คุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (Physical Function) จำนวน 4 ข้อ 2) คุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ทางจิตใจ (Psychological Function) จำนวน 2 ข้อ 3) คุณภาพชีวิตด้านการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จำนวน 6 ข้อ และ 4) คุณภาพชีวิตด้านการดูแลบุตร (Child Care) จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งหมด 16 ข้อ

รูปแบบของแบบสอบถาม เป็นมาตราประมาณค่า 6 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย จริงน้อยที่สุด และไม่จริงเลย

วิธีการให้คะแนน ผู้ที่ตอบจริงมากที่สุดได้ 6 คะแนน จริงมากได้ 5 คะแนน จริงปานกลางได้ 4 คะแนน จริงน้อยได้ 3 คะแนน จริงน้อยที่สุดได้ 2 คะแนน และ ไม่จริงเลยได้ 1 คะแนน

คุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอด ฉบับทดลองใช้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.748 และมีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ (Corrected Item Total Correlation) ระหว่าง 0.204-0.527 ส่วนฉบับใช้จริงมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.795 และมีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ระหว่าง 0.222-0.590 และจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า แบบจำลองการวัดคุณภาพ

ชีวิตมารดาหลังคลอดมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีข้อที่ผ่านคุณภาพการคัดเลือกจำนวน 16 ข้อ จากทั้งหมด 40 ข้อ คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.345-0.755

การให้ความหมายคะแนน ใช้คะแนนแบบสอบถามทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 16-96 คะแนน ผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมต่ำ

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านที่สุดตามความเป็นจริง

ตัวอย่าง

ข้อที่	ข้อความถาม	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด	ไม่ จริง เลย
		6	5	4	3	2	1
1	ฉันพอใจกับสุขภาพทางร่างกายของฉัน						
2	ในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ฉันพอใจกับการนอนหลับอย่างเพียงพอ						

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว

ลักษณะแบบสอบถาม เป็นการวัดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัย มีทั้งหมด 25 ข้อ แบบวัดนี้แบบรายงานด้วยตนเอง (self-report measure) ของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว ประกอบด้วย 4 ด้านคือ 1) พฤติกรรมการเป็นมารดา จำนวน 10 ข้อ 2) พฤติกรรมการเป็นภรรยา จำนวน 4 ข้อ 3) พฤติกรรมการจัดการเรื่องภายในบ้าน จำนวน 7 ข้อ และ 4) พฤติกรรมการจัดการตนเอง จำนวน 4 ข้อคำถาม

รูปแบบของแบบสอบถาม เป็นมาตราประมาณค่า 6 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย จริงน้อยที่สุด และไม่จริงเลย

วิธีการให้คะแนน ผู้ที่ตอบจริงมากที่สุดได้ 6 คะแนน จริงมากได้ 5 คะแนน จริงปานกลางได้ 4 คะแนน จริงน้อยได้ 3 คะแนน จริงน้อยที่สุดได้ 2 คะแนน และ ไม่จริงเลยได้ 1 คะแนน

การให้ความหมายคะแนน ใช้คะแนนแบบสอบถามทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 25-150 คะแนน ผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวที่ดีกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

คุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ฉบับทดลองใช้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.899 และมีค่าสหสัมพันธ์ระหว่าง

คะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ (Corrected Item Total Correlation) ระหว่าง 0.224-0.691 ส่วนฉบับใช้จริงมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.792 และมีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ ระหว่าง 0.373-0.692 และจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่าแบบจำลองการวัดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีข้อที่ผ่านคุณภาพการคัดเลือก จำนวน 25 ข้อ จากทั้งหมด 29 ข้อ คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.380-0.870

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านที่สุดตามความเป็นจริง

ตัวอย่าง

ข้อที่	ข้อความถาม	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด	ไม่ จริง เลย
		6	5	4	3	2	1
1	ฉันเลือกและวางแผนในการส่งเสริมพัฒนาการของลูก						
2	ฉันพูดคุย/ เล่น/ หาของเล่น เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของลูกด้วยตนเอง						

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง

ลักษณะแบบสอบถาม เป็นการวัดการรับรู้ความสามารถตนเองของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก เป็นแบบสอบถามแบบรายงานด้วยตนเอง (self-report measure) ของมารดาหลังคลอดต่อสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน ข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ประกอบด้วย 2 ด้านคือ 1) ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง จำนวน 4 ข้อ และ 2) ความคาดหวังในผลของการกระทำ จำนวน 4 ข้อ

รูปแบบของแบบสอบถาม เป็นมาตราประมาณค่า 6 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย จริงน้อยที่สุด และไม่จริงเลย

วิธีการให้คะแนน ผู้ที่ตอบจริงมากที่สุดได้ 6 คะแนน จริงมากได้ 5 คะแนน จริงปานกลางได้ 4 คะแนน จริงน้อยได้ 3 คะแนน จริงน้อยที่สุดได้ 2 คะแนน และไม่จริงเลยได้ 1 คะแนน

การให้ความหมายคะแนน ใช้คะแนนแบบสอบถามทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 8-48 คะแนน ผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถตนเองของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่ดีกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

คุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ฉบับทดลองใช้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.766 และมีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนราย

ข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ (Corrected Item Total Correlation) ระหว่าง 0.245-0.574 ส่วนฉบับใช้จริงมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.816 และมีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ ระหว่าง 0.368-0.625 และจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่าแบบจำลองการวัดการรับรู้ความสามารถตนเองของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีข้อที่ผ่านคุณภาพการคัดเลือก จำนวน 8 ข้อ จากทั้งหมด 10 ข้อ คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.389-0.847

ค่าชี้แจง กรณียื่นเครื่องหมาย $\sqrt{\quad}$ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านที่สุดตามความเป็นจริง

ตัวอย่าง

ข้อที่	ข้อคำถาม	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด	ไม่ จริง เลย
		6	5	4	3	2	1
1	ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถเลี้ยงดูลูกได้ด้วยดี						
2	ฉันคิดว่าฉันสามารถดูแลลูกเมื่อเจ็บป่วยให้หายดีได้						

ตอนที่ 5 แบบสอบถามการกำกับตนเอง

ลักษณะแบบสอบถาม เป็นการวัดการกำกับตนเองของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก เป็นแบบสอบถามแบบรายงานด้วยตนเอง (self-report measure) ของมารดาหลังคลอดต่อสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน ข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) การกระทำในสิ่งบวก จำนวน 2 ข้อ 2) การควบคุมตนเอง จำนวน 4 ข้อ 3) การแสดงออกถึงความรักและความต้องการ จำนวน 2 ข้อ 4) การกล้าแสดงออก จำนวน 2 ข้อ และ 5) การแสวงหาเพื่อสุขภาวะ จำนวน 2 ข้อ

รูปแบบของแบบสอบถาม เป็นมาตรประมาณค่า 6 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย จริงน้อยที่สุดและไม่จริงเลย

วิธีการให้คะแนน ผู้ที่ตอบจริงมากที่สุดได้ 6 คะแนน จริงมากได้ 5 คะแนน จริงปานกลางได้ 4 คะแนน จริงน้อยได้ 3 คะแนน จริงน้อยที่สุดได้ 2 คะแนน และไม่จริงเลยได้ 1 คะแนน

การให้ความหมายคะแนน ใช้คะแนนแบบสอบถามทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 12-72 คะแนน ผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีการกำกับตนเองของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่ดีกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

คุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามการกำกับตนเองของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ฉบับทดลองใช้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.845 และมีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนน

รวมที่ปรับแก้ (Corrected Item Total Correlation) ระหว่าง 0.332-0.638 ส่วนฉบับใช้จริงมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.848 และมีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ ระหว่าง 0.316-0.713 และจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า แบบจำลองการวัดการกำกับตนเองของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีข้อที่ผ่านคุณภาพการคัดเลือก จำนวน 12 ข้อ จากทั้งหมด 25 ข้อ คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.475-0.819

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย $\surd$ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านที่สุดตามความเป็นจริง

ตัวอย่าง

ข้อที่	ข้อความ	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด	ไม่ จริง เลย
		6	5	4	3	2	1
1	ฉันพอใจและอารมณ์ดีเสมอ เมื่อได้ทำสิ่งต่างๆให้ลูก						
2	เมื่อลูกงอแง หรือทำเลอะเทอะ ฉันก็ไม่หงุดหงิด เพราะคือ พัฒนาการตามวัย						

ตอนที่ 6 แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์

ลักษณะแบบสอบถาม เป็นการวัดการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก เป็นแบบสอบถามแบบรายงานด้วยตนเอง (self-report measure) ของมารดาหลังคลอดต่อสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน ข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ

รูปแบบของแบบสอบถาม เป็นมาตราประมาณค่า 6 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย จริงน้อยที่สุดและไม่จริงเลย

วิธีการให้คะแนน ผู้ที่ตอบจริงมากที่สุดได้ 6 คะแนน จริงมากได้ 5 คะแนน จริงปานกลางได้ 4 คะแนน จริงน้อยได้ 3 คะแนน จริงน้อยที่สุดได้ 2 คะแนน และไม่จริงเลยได้ 1 คะแนน

การให้ความหมายคะแนน ใช้คะแนนแบบสอบถามทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 5-30 คะแนน ผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์มาก

คุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ฉบับทดลองใช้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.854 .และมีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ (Corrected Item Total Correlation) ระหว่าง 0.606-0.780 ส่วนฉบับใช้จริงมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.852 และมีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับ

คะแนนรวมที่ปรับแก้ ระหว่าง 0.585-0.753 และจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่าแบบจำลองการวัดการเผชิญปัญหาของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีข้อที่ผ่านคุณภาพการคัดเลือก จำนวน 5 ข้อ จากทั้งหมด 7 ข้อ คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.644-0.825

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านที่สุดตามความเป็นจริง

ตัวอย่าง

ข้อที่	ข้อความถาม	จริงมากที่สุด	จริงมาก	จริงปานกลาง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด	ไม่จริงเลย
		6	5	4	3	2	1
1	เมื่อเกิดสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่คาดไว้ ฉันสามารถตั้งสติและควบคุมตนเองได้						
2	เมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ฉันจะไปปรึกษาคนที่ช่วยแก้ไขปัญหาได้						

ตอนที่ 7 แบบสอบถามการถ่ายทอดการเป็นมารดา

ลักษณะแบบสอบถามการวัดการถ่ายทอดการเป็นมารดาของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก

เป็นแบบสอบถามแบบรายงานด้วยตนเอง (self-report measure) ในด้านการถ่ายทอดการเป็นมารดา ข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ

รูปแบบของแบบสอบถาม เป็นมาตราประมาณค่า 6 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย จริงน้อยที่สุด และไม่จริงเลย

วิธีการให้คะแนน ผู้ที่ตอบจริงมากที่สุดได้ 6 คะแนน จริงมากได้ 5 คะแนน จริงปานกลางได้ 4 คะแนน จริงน้อยได้ 3 คะแนน จริงน้อยที่สุดได้ 2 คะแนน และไม่จริงเลยได้ 1 คะแนน

การให้ความหมายคะแนน ใช้คะแนนแบบสอบถามทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 7-42 คะแนน ผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมสูงแสดงว่าได้รับการถ่ายทอดการเป็นมารดาของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก

คุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามการถ่ายทอดการเป็นมารดาของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ฉบับทดลองใช้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.746 และมีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ (Corrected Item Total Correlation) ระหว่าง 0.240-0.690 ส่วนฉบับใช้จริงมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.792 และมีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ ระหว่าง 0.293-0.698 และจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า

แบบจำลองการวัดการถ่ายทอดการเป็นมารดาของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีข้อที่ผ่านคุณภาพการคัดเลือก จำนวน 7 ข้อ จากทั้งหมด 14 ข้อ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.527-0.658

ค่าชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย $\sqrt$ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านที่สุดตามความเป็นจริง

ตัวอย่าง

ข้อที่	ข้อความถาม	จริง มากที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด	ไม่ จริง เลย
		6	5	4	3	2	1
1	การหาข้อมูลจากหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต การดูคลิปวิดีโอ การดูเฟสบุ๊คเกี่ยวกับการดูแลเด็กช่วยให้ฉันเลี้ยงลูกเป็น						
2	ฉันสามารถเลี้ยงลูกได้เพราะแม่/ ญาติของฉันสอนให้ฉันทำ						

ตอนที่ 8 แบบสอบถามภาวะต่อครอบครัว

ลักษณะแบบสอบถามการวัดภาวะต่อครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก

เป็นแบบสอบถามแบบรายงานด้วยตนเอง (self-report measure) ในด้านภาวะต่อครอบครัวข้อความถามทั้งหมด 7 ข้อ

รูปแบบของแบบสอบถาม เป็นมาตรประมาณค่า 6 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย จริงน้อยที่สุดและไม่จริงเลย

วิธีการให้คะแนน ผู้ที่ตอบจริงมากที่สุดได้ 6 คะแนน จริงมากได้ 5 คะแนน จริงปานกลางได้ 4 คะแนน จริงน้อยได้ 3 คะแนน จริงน้อยที่สุดได้ 2 คะแนน และไม่จริงเลยได้ 1 คะแนน

การให้ความหมายคะแนน ใช้คะแนนแบบสอบถามทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 7-42 คะแนน ผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีภาวะต่อครอบครัวมากกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

คุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามภาวะต่อครอบครัวมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ฉบับทดลองใช้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.865 และมีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ (Corrected Item Total Correlation) ระหว่าง 0.479-0.794 ส่วนฉบับใช้จริงมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.868 และมีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ ระหว่าง 0.446-0.780 และจากการวิเคราะห์หาค่าองค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า แบบจำลองการวัด

ภาระต่อครอบครัวมารดาหลังคลอดครรภ์แรก มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีข้อที่ผ่านคุณภาพการคัดเลือก จำนวน 7 ข้อ จากทั้งหมด 9 ข้อ คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.534-0.876

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านที่สุดตามความเป็นจริง

ตัวอย่าง

ข้อที่	ข้อความถาม	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด	ไม่ จริง เลย
		6	5	4	3	2	1
1	ฉันสังเกตว่าเวลานี้ฉันรับภาระงานในบ้านที่มีอยู่มากเกินไปกำลัง						
2	ฉันมีปัญหาในครอบครัวที่ทำให้ฉันกังวล						

ตอนที่ 9 แบบสอบถามการรับรู้สุขภาพบุตร

ลักษณะแบบสอบถามการวัดการรับรู้สุขภาพบุตรของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก เป็นแบบสอบถามแบบรายงานด้วยตนเอง (self-report measure) ในด้านการรับรู้สุขภาพบุตร ข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ

รูปแบบของแบบสอบถาม เป็นมาตราประมาณค่า 6 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย จริงน้อยที่สุด และไม่จริงเลย

วิธีการให้คะแนน ผู้ที่ตอบจริงมากที่สุดได้ 6 คะแนน จริงมากได้ 5 คะแนน จริงปานกลางได้ 4 คะแนน จริงน้อยได้ 3 คะแนน จริงน้อยที่สุดได้ 2 คะแนน และไม่จริงเลยได้ 1 คะแนน

การให้ความหมายคะแนน ใช้คะแนนแบบสอบถามทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 6-36 คะแนน ผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีการรับรู้สุขภาพบุตรที่ดีกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

คุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามการรับรู้สุขภาพบุตรของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ฉบับทดลองใช้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.90 และมีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ (Corrected Item Total Correlation) ระหว่าง 0.480-0.852 ส่วนฉบับใช้จริงมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.851 และมีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ ระหว่าง 0.547-0.717 และจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า แบบจำลองการวัดการรับรู้สุขภาพบุตรของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีข้อที่ผ่านคุณภาพการคัดเลือก จำนวน 9 ข้อ จากทั้งหมด 9 ข้อ คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.641-0.912

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านที่สุดตามความเป็นจริง

ตัวอย่าง

ข้อที่	ข้อความคำถาม	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด	ไม่ จริง เลย
		6	5	4	3	2	1
1	ฉันคิดว่าลูกของฉันมีสุขภาพแข็งแรงดีปกติตามวัย						
2	ฉันคิดว่าลูกของฉันมีการตอบสนองทางอารมณ์เหมาะสมดี						

3. การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ

ขั้นตอนการสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยทั้งหมดในงานวิจัยมีดังนี้

1. ศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัย เพื่อกำหนดนิยามปฏิบัติการ หรือความหมายในเชิงการวัดให้ตรงตามทฤษฎี

2. ค้นคว้าและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับแบบวัดที่เคยใช้วัดตัวแปรในงานวิจัยต่างๆในอดีต เพื่อพิจารณาแบบวัดที่เหมาะสมจะเป็นต้นแบบให้การสร้างเครื่องมือวัดในงานวิจัยนี้

3. สร้างแบบวัดของตัวแปร ด้วยการให้มาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) ที่ประกอบด้วยข้อความเชิงบวกและเชิงลบ

4. นำแบบวัดทั้งหมดเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตามนิยามเชิงปฏิบัติการ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

5. นำแบบวัดที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ 2 ท่าน ด้านพยาบาลศาสตร์ 2 ท่าน และด้านจิตวิทยา 1 ท่าน ได้พิจารณา ในด้านของความชัดเจนของข้อความคำถาม การปรับคำในข้อความคำถามให้ตรงกับเนื้อหาทฤษฎี เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) ว่าสามารถวัดได้ถูกต้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการวัด โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence: IOC) แล้วคัดเลือกข้อความคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 (สุวิมล ติรภานนท์, 2550) เพื่อนำมาใช้ในแบบวัด แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขแบบวัดให้เหมาะสมก่อนการนำไปทดลองใช้ซึ่งแบบสอบถามทั้งหมดมีค่าดัชนีความสอดคล้อง อยู่ระหว่าง 0.70-0.97 โดยมีรายละเอียดแบบสอบถามดังนี้

5.1 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.70

5.2แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก
ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.92

5.3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.90

5.4 แบบสอบถามการกำกับตนเองค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.80

5.5 แบบสอบถามการเผชิญปัญหามุ่งอารมณ์ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.87

5.6 แบบสอบถามการถ่ายทอดการเป็นมารดาค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.88

5.7 แบบสอบถามภาวะต่อครอบครัวค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.97

5.8แบบสอบถามการรับรู้สุขภาพบุตรค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.89

6. นำแบบวัดที่ผ่านการปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงในงานวิจัย ทั้งหมด 30 คน

7. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์รายข้อเพื่อหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) ของข้อคำถามแต่ละข้อ ด้วยวิธีการหาค่าสหสัมพันธ์คะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) หลังจากนั้นจะทำการปรับปรุงแบบวัด โดยเลือกเฉพาะข้อที่มีค่าสหสัมพันธ์คะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่มีค่าเป็นบวกตั้งแต่ .20 ขึ้นไปไว้ในแบบสอบถาม

8. หาความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) นำเครื่องมือทุกฉบับตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง โดยเลือกเฉพาะข้อคำถามที่คัดไว้จากการวิเคราะห์รายข้อ เพื่อยืนยันว่าเครื่องมือวัดที่สร้างขึ้นหรือเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบตามโครงสร้างที่กำหนดไว้ ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) ในการหาความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2538)

9. หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีหาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายใน (Cronbach's Alpha Coefficient)

10. ปรับปรุงแก้ไขแบบวัดให้มีคุณภาพดี แล้วจึงนำเสนอคณะกรรมการควบคุมปริญญาโทก่อนดำเนินการจัดพิมพ์และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

4.การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองในสถานที่บางแห่งและดำเนินการประสานงานให้ผู้ช่วยนักวิจัยในสถานที่แต่ละแห่งดำเนินการเก็บข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

1. การประสานงานและขออนุญาตผู้บริหารทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลทุกแห่งที่เป็นสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. คัดเลือกมารดาหลังคลอดตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเองกับมารดา ขอความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะอธิบายการตอบแบบสอบถามในแต่ละชุด และผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะอยู่ในบริเวณใกล้เคียง หากมีข้อสงสัยให้ถามได้ตลอดเวลา เมื่อรับแบบสอบถามคืนผู้วิจัยจะตรวจสอบความเรียบร้อยสมบูรณ์ของคำตอบ หากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกในการอ่านและเขียน ผู้วิจัยจะดำเนินการสัมภาษณ์ตามข้อความในแบบสอบถาม เมื่อครบถ้วนผู้วิจัยจะแสดงความขอบคุณ และรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามทั้งหมดเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

เนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทั้งหมด 9 แห่ง และในแต่ละโรงพยาบาลได้มีการจัดวันเวลาสำหรับการตรวจมารดาหลังคลอดใกล้เคียงกัน จึงมีความจำเป็นต้องให้ผู้ช่วยวิจัยในโรงพยาบาลบางแห่งที่ผู้วิจัยไม่สามารถไปเก็บข้อมูลด้วยตนเองได้ในวันเวลาที่ตรงกัน โดยผู้วิจัยจะเลือกมีผู้ช่วยวิจัยในโรงพยาบาลที่มีบุคลากรเพียงพอที่จะช่วยดำเนินการเก็บข้อมูลได้ เมื่อมีผู้ที่สะดวกช่วยในวันเวลาที่มารดาหลังคลอดมาตรวจ ผู้วิจัยจะชี้แจงการดำเนินการวิจัย จุดประสงค์ในการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเก็บข้อมูล รวมถึงแนะนำแบบสอบถาม การแจกและการเก็บแบบสอบถามตามการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถาม เมื่อเข้าใจดีแล้ว ผู้วิจัยจะเข้าร่วมเก็บข้อมูลกับผู้ช่วยวิจัย 2-3 ครั้ง เมื่อผู้วิจัยประเมินแล้วว่าผู้ช่วยวิจัยสามารถดำเนินการเก็บข้อมูลได้อย่างถูกต้อง จึงมอบหมายให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลในครั้งต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัย

การดำเนินการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงหลักจริยธรรมในการวิจัยและสิทธิส่วนบุคคลของผู้ร่วมวิจัย โดยทำการนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อ 1) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันยุทธศาสตร์และปัญญา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (SWUEC/E-302/2559) 2) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร (U040q/60_EXP) และ 3) คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (EC 019/60) เมื่อได้รับการรับรองแล้ว ผู้วิจัยจะเข้าพบและแนะนำตัวเพื่อให้ข้อมูลกับผู้ร่วมวิจัย

- เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยคำถามหลายส่วน ผู้วิจัยแจ้งแก่ผู้ร่วมวิจัยทุกรายว่าข้อมูลและคำตอบทั้งหมดจะถูกปกปิดเป็นความลับ และจะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้โดยออกมาเป็นภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น จึงไม่มีผลกระทบใดๆต่อผู้ร่วมวิจัยหรือหน่วยงานของผู้ร่วมวิจัยหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ร่วมวิจัย เนื่องจากไม่สามารถนำมาสืบค้นเจาะจงหาผู้ตอบแบบสอบถามได้ และผู้ร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามข้อใด

ข้อหนึ่ง หากท่านไม่สบายใจหรืออึดอัดที่จะตอบคำถามนั้น หรือไม่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดเลยก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา หรือบริการต่างๆที่มารดาหลังคลอดได้รับ อีกทั้งมีสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลแก่ผู้วิจัย

- หลังจากที่มาตราหลังคลอดรับทราบข้อมูลขั้นตอนในการทำวิจัยแล้วจะเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง โดยจะต้องลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร หลังจากนั้นจึงจะดำเนินการวิจัยได้ การดำเนินการวิจัยไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายที่ร้ายแรง มีความปลอดภัยต่อผู้ร่วมวิจัย และการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ผู้ร่วมวิจัยไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ

- จากการที่ผู้วิจัยเป็นบุคลากรทางสาธารณสุข หากมารดาหลังคลอดมีข้อสงสัยหรือต้องการปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ หรือต้องการรับบริการทางสุขภาพเพิ่มเติม ผู้วิจัยจะตอบคำถามและให้คำปรึกษาเพื่อไม่ให้ผู้ร่วมวิจัยเสียสิทธิในการรับบริการต่างๆ โดยที่หากปัญหา/ข้อสงสัยที่ผู้ร่วมวิจัยสงสัยไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยผู้วิจัยจะตอบคำถามทันที หากปัญหา/ข้อสงสัยนั้นเกี่ยวข้องกับการวิจัยผู้วิจัยจะขออนุญาตมารดาหลังคลอดตอบคำถามหลังจากเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลแล้ว

การให้ความยินยอมของผู้ร่วมวิจัย

เนื่องจากผู้ร่วมวิจัยเป็นมารดาหลังคลอดที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และอายุน้อยกว่า 20 ปี

- ในกลุ่มผู้ร่วมวิจัยที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยจึงมีการชี้แจงข้อมูลแก่ผู้ร่วมวิจัย ตอบข้อสงสัยต่างๆที่เกี่ยวกับการวิจัยและให้ผู้ร่วมวิจัยตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง โดยจะต้องลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร และผู้วิจัยหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องจะรับรองเป็นพยานในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

- ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี อาจมีมารดาวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 18 ปี รวมอยู่ด้วยซึ่งถือเป็นกลุ่มที่เปราะบาง (Vulnerable subjects) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีการชี้แจงข้อมูลเพิ่มเติมแก่ผู้ปกครองหรือสามีของผู้ร่วมวิจัยที่อายุน้อยกว่า 18 ปี และให้ร่วมกันในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย โดยให้ผู้ปกครองหรือสามีของผู้ร่วมวิจัยรับรองเป็นพยานในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วย

- แบบบันทึกข้อมูลจะไม่ระบุชื่อ ใช้การระบุเป็นเลขรหัส และจะมีการปกปิดข้อมูลเป็นความลับ ใช้ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น และเมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยตามขั้นตอนทุกอย่าง จะทำลายข้อมูลเอกสารทั้งหมด

5. การจัดกระทำข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้การจัดกระทำข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้ด้วยดังนี้

การจัดกระทำข้อมูล

1. ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของคำตอบในแบบวัดแต่ละชุด โดยใช้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่มีความสมบูรณ์มาดำเนินการวิเคราะห์
2. ตรวจสอบค่าคะแนนต่างๆในแบบวัดตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
3. นำค่าคะแนนที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย ค่าสูงสุดค่าต่ำสุด ค่าความเบ้ ความโด่ง เพื่อบรรยายลักษณะของข้อมูลและศึกษาการแจกแจงของตัวแปร วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

2. วิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นของปัจจัยเชิงสาเหตุ โดยใช้โปรแกรม LISREL ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือวัด และการวิเคราะห์แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแบบมีตัวแปรแฝง (Structural equation models for latent variable) เพื่อตรวจสอบความตรงของแบบจำลองสมมติฐานเชิงทฤษฎีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เนื่องจากได้กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตกับตัวแปรแฝงก่อน ตัวแปรสังเกตจะมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเฉพาะกับตัวองค์ประกอบเท่านั้น (Bollen. 1989: 228) ในการตัดสินใจจะเลือกข้อที่มีน้ำหนักองค์ประกอบที่มีนัยสำคัญ โดยในการวิเคราะห์และตรวจสอบแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแบบมีตัวแปรแฝงเพื่อตรวจสอบความตรงของแบบจำลองเชิงสมมติฐานเชิงทฤษฎีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีขั้นตอนการดังนี้

1.1 การกำหนดข้อมูลจำเพาะของแบบจำลอง (Specification of the model) เพื่อศึกษาว่าตัวแปรสาเหตุใดบ้างที่ส่งผลทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดครั้งแรก ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุผลประกอบด้วยตัวแปรแฝงและตัวแปรสังเกต โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลองความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น คือความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในโมเดลเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง มีคุณสมบัติเชิงบวก และเป็นความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแบบทางเดียวระหว่างตัวแปรภายนอกและตัวแปรภายใน

1.2 การระบุความเป็นไปได้ค่าเดียวของแบบจำลอง (Identification of the model) เป็นการระบุว่าแบบจำลองนั้นสามารถนำมาประมาณค่าพารามิเตอร์เป็นค่าเดียวได้หรือไม่ ทั้งนี้โมเดลที่สามารถประมาณค่าพารามิเตอร์ได้จะต้องมีจำนวนพารามิเตอร์ที่จะทำการประมาณค่ามากกว่าหรือเท่ากับจำนวนสมการที่ใช้ในการหาค่าพารามิเตอร์ ซึ่งหาได้จากสูตร $(1/2)(NI)(NI+1)$ โดย NI คือ จำนวนตัวแปรสังเกต

1.3 การประมาณค่าพารามิเตอร์ของแบบจำลอง (Parameter estimation from the model) ผู้วิจัยใช้การประมาณค่าด้วยวิธี Maximum Likelihood (ML) วิธีนี้เป็นที่นิยม และมีความคงเส้นคงวา มีประสิทธิภาพและมีความเป็นอิสระจากมาตรวัดในกรณีที่มีการแจกแจงของตัวแปรเป็นโค้งปกติ (สุวิมล ตรีภานันท์. 2553: 279) การประมาณค่าพารามิเตอร์ควรคำนึงถึงสิ่งสำคัญ 2 ประการคือ 1) เรื่องความลำเอียงหรือค่าที่ประมาณได้เท่ากับค่าพารามิเตอร์จริงๆ หรือไม่ พิจารณาจากค่าสถิติทดสอบนัยสำคัญของค่าพารามิเตอร์ ค่าสถิติทดสอบนัยสำคัญเหล่านั้นชี้ว่าค่าพารามิเตอร์ที่ประมาณได้มีโอกาสผิดพลาดเท่าใด 2) ประสิทธิภาพในการประมาณค่าพารามิเตอร์ วิธีที่ใช้ในการประมาณค่าพารามิเตอร์มีประสิทธิภาพมากที่สุดแล้วหรือยัง หรือโมเดลองค์ประกอบสอดคล้องกับข้อมูลข้อมูลดีหรือยัง หรือยังมีโมเดลทางเลือกอื่นที่สอดคล้องกับข้อมูลมากกว่าหรือไม่ พิจารณาจากค่าสถิติวัดความสอดคล้องของโมเดล

3. การตรวจสอบความสอดคล้องของแบบจำลอง (Goodness-of-fit measures) เป็นการประเมินความสอดคล้องของโมเดลองค์ประกอบ โดยพิจารณาค่าสถิติต่างๆ ในผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าสถิติเหล่านี้ใช้เป็นหลักฐานสนับสนุนว่าโมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีหรือไม่ หรือแนะนำว่าโมเดลไม่สอดคล้องกับข้อมูลอย่างไร หากโมเดลไม่สอดคล้องกับข้อมูลต้องปฏิเสธโมเดลองค์ประกอบตามสมมติฐาน หรืออาจใช้ค่าสถิติที่ผลการวิเคราะห์มาประกอบการตัดสินใจกำหนดข้อมูลจำเพาะของโมเดลหรือปรับโมเดลใหม่ ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาหรือตัดสินใจในการวิเคราะห์องค์ประกอบ ได้แก่

3.1 ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-square statistics, χ^2) เป็นสถิติที่ทดสอบสมมติฐานเป็นกลางว่าเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มประชากรมีค่าเท่ากัน ดังนั้นถ้าผลการทดสอบมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่ารูปแบบไม่มีความกลมกลืน ค่าสถิติไค-สแควร์ มีจุดอ่อนคือไม่อิสระจากขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ถ้ากลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่มาก ผลการทดสอบอาจมีนัยสำคัญได้ง่าย ถ้ากลุ่มตัวอย่างเล็กน้อยกว่า 100 ค่าที่ได้มีความน่าเชื่อถือลดลง (สุภมาส อังศุโชติ สมถวิล วิจิตรวรรณ และรัชนิกุล ภิญญภาณุวัฒน์. 2551) และค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ (Relative Chi-square) เป็นอัตราส่วนระหว่างค่าสถิติไค-สแควร์กับจำนวนองศาอิสระ (χ^2 / df) ควรมีค่าน้อยกว่า 5.00 (Kline. 2005)

3.2 ค่า RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) ค่า RMSEA เป็นค่าที่บ่งบอกถึงความไม่กลมกลืนของรูปแบบที่สร้างขึ้นกับเมทริกซ์ ความแปรปรวนร่วมของประชากร ดังนั้นรูปแบบที่มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ดี ควรมีค่า RMSEA เข้าใกล้ศูนย์ โดยถ้ามีค่าน้อยกว่า 0.05 แสดงว่ารูปแบบกลมกลืนดีมาก ถ้ามีค่าอยู่ระหว่าง 0.05-0.08 แสดงว่ารูปแบบกลมกลืนในระดับดีพอควร ถ้ามีค่าอยู่ระหว่าง 0.08-0.10 แสดงว่ารูปแบบมีความกลมกลืนปานกลาง

3.3 ค่า SRMR (Standardized Root Mean Square Residual) (SRMR) เป็นค่าเฉลี่ยของเศษที่เหลือจากการเปรียบเทียบค่าความแปรปรวนและความแปรปรวนร่วมที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างกับค่าที่ประมาณจากค่าพารามิเตอร์ ซึ่งถ้าค่า SRMR มีค่าน้อยกว่า 0.05 แสดงว่าแบบจำลองมีรูปแบบกลมกลืนในระดับที่ยอมรับได้

3.4 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (Goodness of fit index: GFI) ซึ่งเป็นอัตราส่วนของผลต่างระหว่างฟังก์ชันความกลมกลืนจากโมเดลก่อนและหลังการปรับโมเดลกับฟังก์ชันความกลมกลืนก่อนปรับโมเดล ค่า GFI มีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 หากมีค่ามากกว่า 0.9 แสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

3.5 ค่าดัชนีวัดความสอดคล้องที่ปรับแล้ว (Adjusted goodness of fit index : AGFI) ซึ่งนำ GFI มาปรับแก้และคำนึงถึงขนาดตัวแปรและกลุ่มตัวอย่าง ถ้าค่า AGFI มากกว่า .90 แสดงว่าแบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

4. การปรับโมเดล (Model adjustment) หากพบว่าโมเดลแรกไม่มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจาก ดัชนีปรับแก้ (Modification Index) และความเป็นไปได้ในเชิงทฤษฎีที่นำมาใช้ในงานวิจัยนี้ด้วย

การเปรียบเทียบแบบจำลอง

เมื่อมีการปรับโมเดลให้มีความกลมกลืนดีแล้ว ทั้ง 2 กลุ่ม จึงดำเนินการเปรียบเทียบแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครั้งแรกกับคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดระหว่างกลุ่มมารดาหลังคลอดอายุน้อยกว่า 20 ปีและกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไปเป็นการเปรียบเทียบค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตที่ใช้วัดตัวแปรแฝงและการเปรียบเทียบค่าอิทธิพลของตัวแปรสาเหตุที่มีต่อตัวแปรผล โดยทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบ 3 ขั้น คือ

ขั้นที่ 1 การวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของรูปแบบความสัมพันธ์ คือ เป็นการกำหนดให้แบบจำลองของทั้งสองกลุ่มมีรูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรเหมือนกัน โดยไม่มีการกำหนดเงื่อนไขแบบจำลองของทั้งสองกลุ่มมีค่าอิทธิพลเท่ากันระหว่างกลุ่ม การตรวจสอบพิจารณาจากดัชนีความกลมกลืน ซึ่งหากแบบจำลองในขั้นตอนี้มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์แสดงว่าโครงสร้าง

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบจำลองทั้งสองกลุ่มเหมือนกัน แต่อาจจะแตกต่างกันที่ขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยแบบจำลองที่ได้นี้ก็จะพื้นฐานในการทดสอบในขั้นที่ 2 ต่อไป

ขั้นที่ 2 การวิเคราะห์เพื่อค้นหาค่าน้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรสังเกตได้บ้างที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ซึ่งจะมีขั้นตอนย่อย คือ

2.1) กำหนดเงื่อนไขให้ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตทุกตัวเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ ระหว่างแบบจำลองในขั้นนี้กับขั้นที่ 1 ที่ระดับองศาอิสระเท่ากับผลต่างขององศาอิสระของแบบจำลองทั้งสอง หากไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยจะใช้แบบจำลองนี้เป็นฐานในการทดสอบในขั้นที่ 3 ต่อไป แต่หากผลการทดสอบมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตอย่างน้อย 1 ตัวแปร แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยจะต้องทดสอบค้นหาค่าน้ำหนักองค์ประกอบใดบ้างที่มีค่าแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

2.2) การทดสอบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบมีค่าแตกต่างกันระหว่างกลุ่มหรือไม่ ด้วยการกำหนดเงื่อนไขให้ค่าน้ำหนักองค์ประกอบนั้นมีค่าเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองนี้ กับขั้นที่ 1 ที่ระดับองศาอิสระเท่ากับผลต่างขององศาอิสระของแบบจำลองทั้งสอง หากผลการทดสอบมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตนี้มีค่าแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยจะต้องทดสอบทุกค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่มีการทดสอบนัยสำคัญในแบบจำลอง

2.3) การสรุป โดยการกำหนดเงื่อนไขให้ค่าน้ำหนักองค์ประกอบทุกตัวแปรที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีค่าเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองการสรุปนี้กับขั้นที่ 1 ที่ระดับองศาอิสระเท่ากับผลต่างขององศาอิสระของแบบจำลองทั้งสอง หากผลการทดสอบไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า แบบจำลองทั้งสองมีความกลมกลืนไม่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจะนำแบบจำลองขั้นการสรุปนี้เป็นฐานในการทดสอบความแตกต่างของค่าอิทธิพลในขั้นที่ 3 ต่อไป

ขั้นที่ 3 การวิเคราะห์เพื่อค้นหาค่าอิทธิพลของตัวแปรสาเหตุที่มีต่อตัวแปรผลได้บ้างที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม มีขั้นตอนย่อยดังนี้

3.1) การกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลทุกตัวเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองในขั้นนี้กับแบบจำลองขั้นที่ 2 (ในกรณีที่ผลการทดสอบในขั้นที่ 2 ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม) ที่ระดับองศาอิสระเท่ากับผลต่างขององศาอิสระของแบบจำลองทั้งสอง หากผลการทดสอบพบว่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองในขั้นนี้กับแบบจำลองขั้นที่ 2

มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า มีค่าอิทธิพลอย่างน้อย 1 ตัวที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยจะต้องดำเนินการทดสอบค้นหาว่ามีค่าอิทธิพลใดบ้างที่มีค่าแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

3.2) การทดสอบว่าค่าอิทธิพลมีค่าแตกต่างกันระหว่างกลุ่มหรือไม่ โดยการกำหนดเงื่อนไขให้มีค่าอิทธิพลนั้นมีค่าเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองนี้กับแบบจำลองของขั้นที่ 2 ที่ระดับของค่าอิสระเท่ากับผลต่างขององศาอิสระของแบบจำลองทั้งสอง ซึ่งหากผลการทดสอบพบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ค่าอิทธิพลนี้มีค่าแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยจะต้องดำเนินการทดสอบความแตกต่างทุกค่าอิทธิพลในแบบจำลอง

เมื่อการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้นทุกขั้นตอนแล้ว จึงนำมาเขียนผลการวิเคราะห์และอภิปรายผลการวิจัยต่อไป



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้มีความมุ่งหมายของการวิจัยเพื่อทดสอบและเปรียบเทียบแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านบุคคลและด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรกที่มีอายุต่างกัน โดยผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

การตรวจสอบการแจกแจงของตัวแปร

การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานการวิจัย

การทดสอบความสอดคล้องของแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลพื้นฐานของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งหมด 695 คน มีลักษณะดังแสดงในตาราง 2

จากตาราง 2 ข้อมูลพื้นฐานของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี กลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป และกลุ่มรวม พบว่ามารดาหลังคลอดครรภ์แรกส่วนใหญ่อยู่ในระยะหลังคลอดบุตร 4-12 สัปดาห์ รวมจำนวน 568 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.3 โดยเป็นกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 284 ราย และเป็นกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 281 ราย ลำดับรองลงมาคืออยู่ในระยะหลังคลอดบุตร 13-24 สัปดาห์ รวมจำนวน 76 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.8 โดยเป็นกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 28 ราย และเป็นกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 48 ราย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก จำนวนรวม 575 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.7 โดยเป็นกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 265 ราย และเป็นกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 310 ราย ลำดับรองลงมาคือการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 และ 3 เนื่องจากเคยมีประวัติการแท้งบุตร รวม 55 ราย และ 4 ราย ตามลำดับ มารดากลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด จำนวนรวม 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.3 โดยเป็นกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 3 ราย และเป็นกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 13 ราย

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลพื้นฐานของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี กลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป และกลุ่มรวม (n=695)

ข้อมูลพื้นฐาน	อายุน้อยกว่า 20 ปี (n=324)		อายุ 20 ปีขึ้นไป (n=371)		กลุ่มรวม (n=695)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาหลังคลอด (สัปดาห์)						
- 4 ถึง 12 สัปดาห์	284	87.7	281	75.7	565	81.3
- 13 ถึง 24 สัปดาห์	28	8.7	48	12.9	76	10.8
- 25 ถึง 36 สัปดาห์	6	1.8	23	6.2	29	4.3
- 37 ถึง 52 สัปดาห์	6	1.8	19	5.1	25	3.6
รวม	324	100	371	100	695	100
ตั้งครรภ์ครั้งที่						
- ครั้งแรก	265	81.8	310	83.6	575	82.7
- ครั้งที่ 2	55	17.0	44	11.9	99	14.3
- ครั้งที่ 3	4	1.2	17	4.6	21	3.0
รวม	324	100	371	100	695	100
ประวัติการแท้งบุตร						
-เคยแท้งบุตร	59	18.2	61	16.5	120	17.3
-ไม่เคยแท้งบุตร	265	81.8	310	83.6	575	82.7
รวม	324	100	371	100	695	100
ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดบุตร						
- ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดบุตร	3	0.9	13	3.5	16	2.3
ลักษณะครอบครัว						
-ครอบครัวเดี่ยว	70	21.6	154	41.5	224	32.2
-ครอบครัวขยาย	254	78.4	217	58.5	471	67.8
รวม	324	100	371	100	695	100

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	อายุน้อยกว่า 20 ปี		อายุ 20 ปีขึ้นไป		กลุ่มรวม	
	(n=324)		(n=371)		(n=695)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
-แม่บ้าน	121	37.3	116	31.3	237	34.1
-รับราชการ	3	0.9	38	10.2	41	5.9
-ค้าขาย	20	6.2	45	12.1	65	9.4
-พนักงานของรัฐ	2	0.6	23	6.2	25	3.6
-พนักงานบริษัท/โรงงาน	120	37.0	125	33.7	245	35.3
-ธุรกิจส่วนตัว	58	17.9	24	6.5	82	11.8
รวม	324	100	371	100	695	100
รายได้ครอบครัว						
-พอใช้	266	82.1	269	72.5	535	77.0
-ไม่พอใช้	37	11.4	33	8.9	70	10.1
-มีภาระหนี้สิน	31	9.6	47	12.7	78	11.2
-มีเหลือเก็บ	27	8.3	59	15.9	86	12.4
แหล่งสนับสนุนทางสังคม						
-บิดา	128	39.5	171	46.1	299	43.0
-มารดา	186	57.4	248	66.8	434	62.4
-พี่น้อง	102	31.5	119	32.1	221	31.8
-ญาติ	92	28.4	123	33.2	215	30.9
-เพื่อน/คนใกล้ชิด	17	5.2	16	4.3	47	6.8
การเลี้ยงบุตร						
-นมแม่อย่างเดียว	316	97.5	328	88.4	644	92.7
-นมแม่และนมผสม	102	31.5	117	31.5	219	31.5
-นมผสม	22	6.8	37	10	59	8.5
-อาหารเสริม	34	10.5	45	12.1	68	11.4

ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย จำนวนรวม 471 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.8 โดยเป็นกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 254 ราย และเป็นกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 217 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นพนักงานโรงงานหรือพนักงานบริษัท จำนวนรวม 245 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.3 โดยเป็นกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 120 ราย และเป็นกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 125 รายลำดับรองลงมาคือ อาชีพแม่บ้าน จำนวนรวม 237 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.1 โดยเป็นกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 121 ราย และเป็นกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 116 ราย รายได้ครอบครัวส่วนใหญ่พอใช้ จำนวนรวม 535 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.0 โดยเป็นกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 266 ราย และเป็นกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 269 ราย

กลุ่มตัวอย่างมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่จากมารดา จำนวนรวม 434 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.4 โดยเป็นกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 186 ราย และเป็นกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 248 ราย รองลงมาคือบิดา จำนวนรวม 299 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.0 โดยเป็นกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 128 ราย และเป็นกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 171 ราย และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว จำนวนรวม 644 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.7 โดยเป็นกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 316 ราย และเป็นกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 328 ราย รองลงมาคือเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ร่วมกับนมผสม จำนวนรวม 219 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.5 โดยเป็นกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 102 ราย และเป็นกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 117 ราย

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

การวิจัยนี้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลของตัวแปรที่ศึกษาด้วยการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับการวิเคราะห์แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ 2 ข้อ คือ 1) การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของตัวแปร 2) การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ดังนี้

2.1 การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของตัวแปร

การตรวจสอบข้อมูลว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นหรือไม่ โดยการพิจารณาลักษณะการแจกแจงข้อมูลต้องเป็นโค้งปกติ จากการศึกษาค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาทั้งในกลุ่มรวม กลุ่มมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่อายุน้อยกว่า 20 ปี และกลุ่มมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่อายุ 20 ปี ขึ้นไป โดยการคำนวณค่าเฉลี่ย (Mean, M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, SD) ค่าความเบ้ (Skewness, Sk) ค่าความโด่ง (Kurtosis, Ku) ค่า p-value ของสถิติทดสอบไค-สแควร์ (χ^2) โดยผู้วิจัยได้แปลงค่าตัวแปรให้กลายเป็นค่าคะแนนแบบปกติ (Normal Score) แล้วทดสอบว่าตัวแปรสังเกตที่ทำการศึกษาในแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์มีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติหรือไม่ โดยพิจารณาจากผลการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของทั้งค่าความเบ้และความโด่ง ถ้าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

แสดงว่าตัวแปรมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติซึ่งแสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตาราง3และการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาทั้งในกลุ่มรวม กลุ่มมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และกลุ่มมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่มีอายุ 20 ปี ขึ้นไปโดยใช้การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัว (Bivariate Relationship) ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) แสดงในตาราง4

จากตาราง3 เมื่อพิจารณาค่าสถิติพบว่าตัวแปรที่ใช้ศึกษาสะท้อนได้อย่างชัดเจนว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มคือ มารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรกกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี กับกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป มีคุณภาพชีวิตหลังคลอดบุตรอยู่ในระดับสูง ($M=4.507-5.640$) โดยกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.507-5.435 ในกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.633-5.640 โดยมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจทุกกลุ่มสูงกว่าด้านอื่นๆ ($M=5.435-5.640$) ตัวแปรพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มคือ มารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรกกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี กับกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว อยู่ในระดับสูง ($M=4.365-5.272$) โดยกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.365-4.998 ในกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.810-5.272 โดยมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวด้านการเป็นมารดาทุกกลุ่มสูงกว่าด้านอื่นๆ ($M=4.998-5.272$) กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับสูง ($M=5.054-5.146$) โดยกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 5.058-5.136 ในกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 5.054-5.146 โดยมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังการรับรู้ความสามารถตนเองทุกกลุ่มสูงกว่าด้านอื่น ($M=5.136-5.146$) ตัวแปรการกำกับตนเองพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีการกำกับตนเองอยู่ในระดับสูง ($M=4.907-5.497$) โดยกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.947-5.068 ในกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.907-5.497 โดยมีค่าเฉลี่ยการกำกับตนเองด้านการแสวงหาเพื่อสุขภาวะทุกกลุ่มสูงกว่าด้านอื่นๆ ($M=5.424-5.497$) ตัวแปรการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ($M=3.979-5.124$) โดยกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.076-5.124 ในกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.979-5.084 โดยมีค่าเฉลี่ยการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์แบบมุ่งแก้ปัญหาทุกกลุ่มสูงกว่าแบบมุ่งอารมณ์ ($M=5.084-5.124$) ตัวแปรการรับรู้สุขภาพบุตรพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีการรับรู้สุขภาพบุตรอยู่ในระดับสูง ($M=5.347-5.468$) โดยกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี ค่าเฉลี่ยอยู่ 5.468 ในกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 5.347 ตัวแปรการระต่อครอบครัวพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีภาระต่อครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ ($M=2.214-2.406$) โดยกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.214 ในกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.406 ตัวแปรการถ่ายทอดการเป็นมารดาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีการถ่ายทอดการเป็นมารดาอยู่ในระดับสูง

($M=4.344-5.058$) โดยกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.344-5.024 ในกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.404-5.058

เมื่อทำการตรวจสอบการแจกแจงของตัวแปรสังเกตในกลุ่มรวมพบว่าตัวแปรสังเกตที่ทำการศึกษาทุกตัวแปรไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value ของ Skewness; & Kurtosis มากกว่า .05) ซึ่งแสดงว่า ตัวแปรสังเกตที่ทำการศึกษาในกลุ่มรวมทุกตัวแปรมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ เช่นเดียวกับผลการตรวจสอบการแจกแจงของตัวแปรสังเกตในกลุ่มมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี กับกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ตัวแปรสังเกตทุกตัวแปรที่ทำการศึกษามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ดังนั้นข้อมูลที่น่ามาศึกษาในครั้งนี้จึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงแบบโค้งปกติ

หลังจากที่ได้ดำเนินการตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติของตัวแปรสังเกตที่น่ามาใช้ในการศึกษาในแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์ของกลุ่มรวม กลุ่มมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี กับกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไปแล้ว ผู้วิจัยจึงได้ทำการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัว (Bivariate Relationship) ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามที่ไคลน์ (Kline, 2005) ได้เสนอไว้ว่าหากตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันสูงกว่า .85 จะทำให้เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรง (Multicollinearity) ดังนั้นตัวแปรที่ใช้ในการศึกษานี้จึงควรมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ไม่เป็นปัญหาดังกล่าว และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากตาราง 4 ผลการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่ศึกษาพบว่า มีค่าความสัมพันธ์ไปในเชิงบวกอยู่ระหว่าง .005 ถึง .691 โดยตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุดคือการกำกับตนเองด้านการแสวงหาเพื่อสุขภาพะกับการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์แบบมุ่งแก้ปัญหา ($r = .691, p < .01$) รองลงมาคือความคาดหวังการรับรู้ความสามารถตนเองกับความคาดหวังผลของการกระทำ ($r = .674, p < .01$) ซึ่งตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรไม่เกิน .85 ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าตัวแปรไม่มีปัญหาภาวะร่วมเส้นตรง

2.2 การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาทั้งในกลุ่มรวม กลุ่มมารดาหลังคลอดบุตรแรกที่อายุน้อยกว่า 20 ปี และกลุ่มมารดาหลังคลอดบุตรแรกที่อายุ 20 ปี ขึ้นไป โดยใช้การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัว (Bivariate Relationship) ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) แสดงในตาราง 4

ตาราง 3 ค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal curve) ของตัวแปรสังเกตที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปร	กลุ่มมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่ อายุน้อยกว่า 20 ปี					กลุ่มมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่ อายุ 20 ปีขึ้นไป					กลุ่มรวม				
	M	SD	Sk	Ku	p-value	M	SD	Sk	Ku	p-value	M	SD	Sk	Ku	p-value
1. คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	4.554	.649	0.023	-0.080	0.982	4.633	.690	-0.025	-0.144	0.863	4.604	0.676	-0.011	-0.116	0.864
2. คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	5.435	.733	-0.054	-0.184	0.862	5.640	.534	-0.023	-0.273	0.902	5.563	0.623	-0.058	-0.113	0.843
3. คุณภาพชีวิตด้านการสนับสนุนทางสังคม	4.507	.624	-0.016	-0.122	0.960	4.789	.746	-0.042	-0.163	0.790	4.684	0.716	-0.026	-0.106	0.863
4. คุณภาพชีวิตด้านการดูแลบุตร	4.762	.656	0.013	-0.140	0.943	4.872	.712	-0.069	-0.219	0.589	4.831	0.693	-0.049	-0.187	0.564
5. พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการเป็นมารดา	4.998	.629	-0.010	-0.153	0.929	5.272	.497	-0.033	-0.227	0.639	5.170	0.566	-0.029	-0.184	0.622
6. พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการเป็นภรรยา	4.443	.779	-0.011	-0.115	0.969	4.810	.740	-0.085	-0.273	0.410	4.673	0.776	-0.060	-0.211	0.456
7. พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการดูแลบ้าน	4.365	.899	0.000	-0.152	0.931	4.858	.673	-0.087	-0.289	0.364	4.673	0.802	-0.062	-0.217	0.433
8. พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการดูแลตนเอง	4.881	.759	-0.043	-0.217	0.794	4.925	.709	-0.065	-0.238	0.546	4.909	.728	-0.055	-0.239	0.380
9. ความคาดหวังการรับรู้ความสามารถตนเอง	5.136	.834	-0.049	-0.213	0.802	5.146	.695	-0.055	-0.249	0.702	5.143	.749	-0.038	-0.112	0.792
10. ความคาดหวังผลของการกระทำ	5.058	.696	-0.092	-0.103	0.226	5.054	.722	-0.155	-0.139	0.547	5.056	.712	-0.153	-0.406	0.514
11. การทำกับตนเองด้านการกระทำในสิ่งบวก	5.287	.529	-0.128	-0.387	0.290	5.391	.550	-0.091	-0.237	0.433	5.352	.544	-0.073	-0.422	0.497
12. การทำกับตนเองด้านการควบคุมตนเอง	4.947	.965	-0.47	-0.284	0.641	4.907	.603	-0.056	-0.232	0.582	4.923	.639	-0.059	-0.255	0.324
13. การทำกับตนเองด้านการแสดงออกถึงความรัก	5.068	.636	-0.083	-0.163	0.801	5.265	.603	-0.150	-0.247	0.642	5.192	.622	-0.082	-0.215	0.417
14. การทำกับตนเองด้านการกล้าแสดงออก	5.027	.655	-0.079	-0.354	0.429	5.132	.581	-0.143	-0.409	0.079	5.093	.611	-0.125	-0.284	0.332
15. การทำกับตนเองด้านการแสวงหาเพื่อสุขภาวะ	5.424	.552	-0.055	-0.256	0.798	5.497	.528	-0.063	-0.243	0.551	5.470	.538	-0.080	-0.414	0.394
16. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์	4.076	.957	0.039	-0.235	0.762	3.979	.972	-0.014	-0.083	0.968	4.016	.967	-0.008	-0.096	0.914
17. การรับรู้สุขภาพบุตร	5.468	0.567	-0.078	-0.272	0.612	5.347	.590	-0.068	-0.274	0.311	5.393	.584	-0.083	-0.101	0.451
18. ภาวะต่อครอบครัว	2.214	0.852	0.082	-0.274	0.609	2.406	1.152	0.080	-0.320	0.300	2.334	1.053	-0.083	-0.311	0.150
19. การถ่ายทอดการเป็นมารดา	5.024	.675	-0.053	-0.209	0.795	5.058	.659	-0.018	-0.085	0.752	5.045	.659	-0.051	-0.194	0.538

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตกลุ่มมารดาหลังคลอดครรภ์แรก

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1. คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	1																		
2. คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	0.347 ^{***}	1																	
3. คุณภาพชีวิตด้านการสนับสนุนทางสังคม	0.313 ^{***}	0.470 ^{***}	1																
4. คุณภาพชีวิตด้านการดูแลบุตร	0.182 ^{***}	0.158 ^{***}	0.226 ^{***}	1															
5. พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการเป็นมารดา	0.323 ^{***}	0.543 ^{***}	0.345 ^{***}	0.308 ^{***}	1														
6. พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการเป็นภรรยา	0.266 ^{***}	0.279 ^{***}	0.503 ^{***}	0.164 ^{***}	0.403 ^{***}	1													
7. พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการดูแลบ้าน	0.252 ^{***}	0.415 ^{***}	0.384 ^{***}	0.182 ^{***}	0.461 ^{***}	0.462 ^{***}	1												
8. พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการดูแลตนเอง	0.233 ^{***}	0.436 ^{***}	0.408 ^{***}	0.170 ^{***}	0.454 ^{***}	0.372 ^{***}	0.548 ^{***}	1											
9. ความคาดหวังการรับรู้ความสามารถตนเอง	0.330 ^{***}	0.499 ^{***}	0.368 ^{***}	0.119 ^{***}	0.574 ^{***}	0.385 ^{***}	0.550 ^{***}	0.522 ^{***}	1										
10. ความคาดหวังผลของการกระทำ	0.250 ^{***}	0.428 ^{***}	0.405 ^{***}	0.146 ^{***}	0.538 ^{***}	0.463 ^{***}	0.528 ^{***}	0.438 ^{***}	0.674 ^{***}	1									
11. การกำกับตนเองด้านการกระทำในสิ่งบวก	0.215 ^{***}	0.380 ^{***}	0.379 ^{***}	0.227 ^{***}	0.431 ^{***}	0.297 ^{***}	0.454 ^{***}	0.307 ^{***}	0.499 ^{***}	0.439 ^{***}	1								
12. การกำกับตนเองด้านการควบคุมตนเอง	0.371 ^{***}	0.354 ^{***}	0.334 ^{***}	0.234 ^{***}	0.436 ^{***}	0.377 ^{***}	0.541 ^{***}	0.497 ^{***}	0.590 ^{***}	0.484 ^{***}	0.601 ^{***}	1							
13. การกำกับตนเองด้านการแสดงออกถึงความรัก	0.166 ^{***}	0.280 ^{***}	0.225 ^{***}	0.143 ^{***}	0.243 ^{***}	0.243 ^{***}	0.442 ^{***}	0.336 ^{***}	0.294 ^{***}	0.364 ^{***}	0.298 ^{***}	0.307 ^{***}	1						
14. การกำกับตนเองด้านการกล้าแสดงออก	0.173 ^{***}	0.394 ^{***}	0.317 ^{***}	0.125 ^{***}	0.461 ^{***}	0.389 ^{***}	0.405 ^{***}	0.333 ^{***}	0.468 ^{***}	0.540 ^{***}	0.421 ^{***}	0.405 ^{***}	0.335 ^{***}	1					
15. การกำกับตนเองด้านการแสวงหาเพื่อสุขภาพ	0.221 ^{***}	0.436 ^{***}	0.268 ^{***}	0.143 ^{***}	0.499 ^{***}	0.182 ^{***}	0.418 ^{***}	0.341 ^{***}	0.575 ^{***}	0.438 ^{***}	0.526 ^{***}	0.509 ^{***}	0.315 ^{***}	0.582 ^{***}	1				
16. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์	-0.140 ^{***}	0.109 ^{***}	-0.61 ^{***}	0.092 ^{***}	-0.023 ^{***}	0.096 ^{***}	0.127 ^{***}	0.040 ^{***}	-0.040 ^{***}	0.081 ^{***}	0.037 ^{***}	0.081 ^{***}	0.054 ^{***}	0.099 ^{***}	0.028 ^{***}	1			
17. การรับรู้สุขภาพบุตร	0.324 ^{***}	0.455 ^{***}	0.371 ^{***}	0.183 ^{***}	0.469 ^{***}	0.318 ^{***}	0.430 ^{***}	0.372 ^{***}	0.580 ^{***}	0.554 ^{***}	0.454 ^{***}	0.483 ^{***}	0.260 ^{***}	0.470 ^{***}	0.499 ^{***}	0.497 ^{***}	1		
18. ภาวะต่อครอบครัว	-0.174 ^{***}	-0.211 ^{***}	-0.211 ^{***}	-0.073 ^{***}	-0.144 ^{***}	-0.044 ^{***}	-0.055 ^{***}	-0.150 ^{***}	-0.231 ^{***}	-0.206 ^{***}	-0.113 ^{***}	-0.206 ^{***}	-0.065 ^{***}	-0.083 ^{***}	-0.153 ^{***}	-0.186 ^{***}	0.371 ^{***}	1	
19. การถ่ายทอดการเป็นมารดา	0.013 ^{***}	0.005 ^{***}	0.005 ^{***}	0.039 ^{***}	0.010 ^{***}	-0.033 ^{***}	-0.035 ^{***}	-0.066 ^{***}	0.016 ^{***}	0.023 ^{***}	-0.031 ^{***}	-0.008 ^{***}	-0.017 ^{***}	0.000 ^{***}	-0.033 ^{***}	-0.009 ^{***}	0.004 ^{***}	-0.024 ^{***}	1

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามรูปแบบการวิเคราะห์ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วนคือ

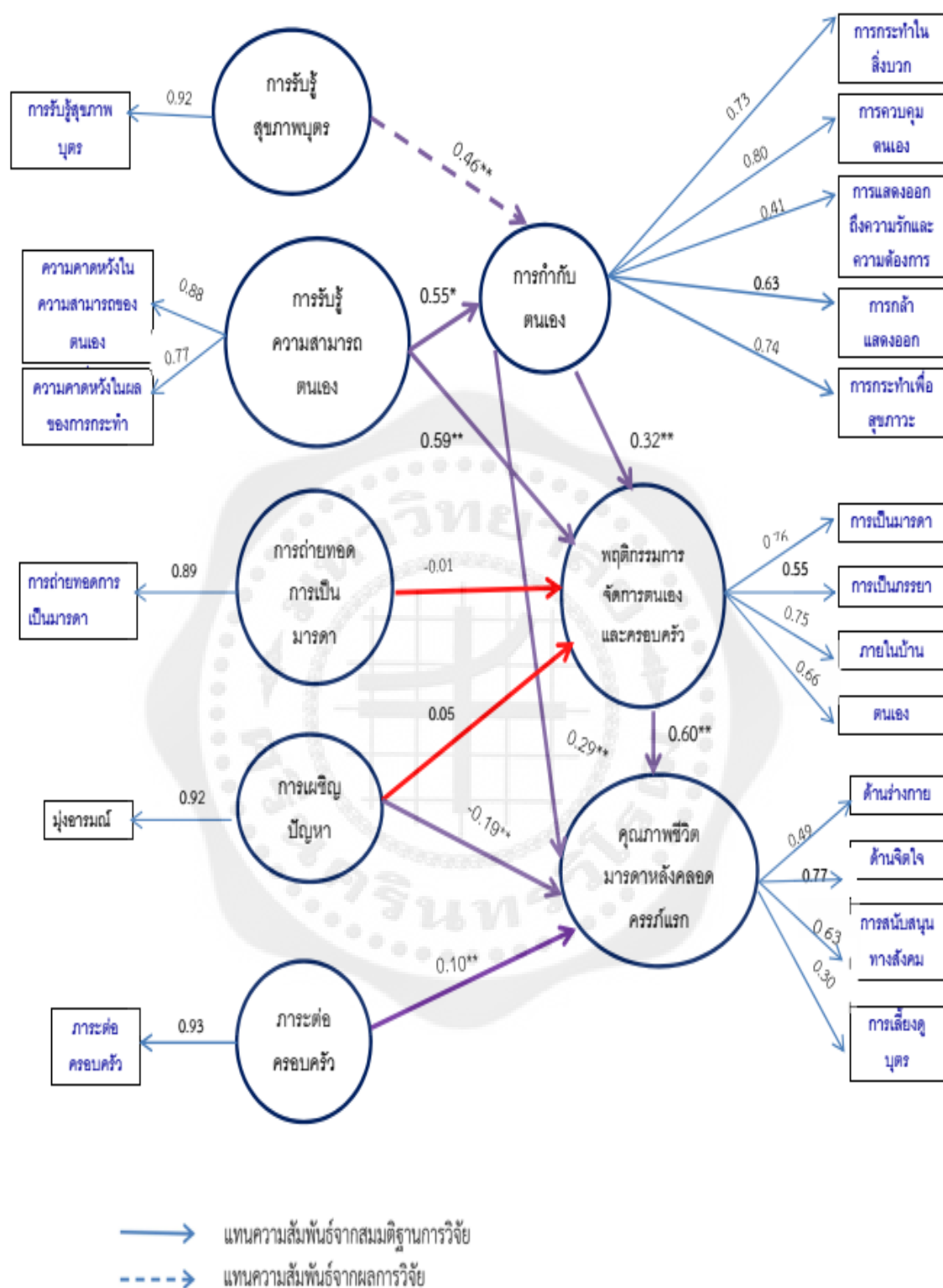
- 1) การทดสอบความสอดคล้องของแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ตามสมมติฐานที่ 1.1 ถึง 1.11
- 2) ผลการเปรียบเทียบแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดครรภ์แรกระหว่างกลุ่มมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรกที่ยาญน้อยกว่า 20 ปี กับกลุ่มมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่ยาญ 20 ปีขึ้นไป ตามสมมติฐานข้อที่ 2 และ
- 3) ผลการเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดครรภ์แรกระหว่างกลุ่มมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรกที่ยาญน้อยกว่า 20 ปี กับกลุ่มมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่ยาญ 20 ปีขึ้นไป ตามสมมติฐานข้อที่ 3

3.1 การทดสอบความสอดคล้องของแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ตามสมมติฐานที่ 1.1 ถึง 1.11

การวิเคราะห์แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเส้นหรือการวิเคราะห์โมเดลเชิงเส้น (Linear Structural Relationship Model: LISREL) เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรในโมเดลโดยการหาขนาดอิทธิพลที่ปรากฏในความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นและทดสอบว่าแบบจำลองที่พัฒนาขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่

สำหรับการวิจัยนี้ในการวิเคราะห์แบบจำลองสมมติฐานถ้าพบว่าแบบจำลองไม่มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยจะดำเนินการปรับแบบจำลองให้มีความกลมกลืนมากยิ่งขึ้นโดยพิจารณาจากการรายงานค่าดัชนีการปรับแก้ (Modification Index) และการคำนึงถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในเชิงแนวคิดและทฤษฎีตลอดจนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและความเป็นไปได้ในการอธิบายผลการวิจัยจากการปรับแบบจำลอง

ผลการตรวจสอบความกลมกลืนของแบบจำลองตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่า ค่าอิทธิพลและค่าทดสอบนัยสำคัญทางสถิติหลายตัวแปรไม่มีนัยสำคัญ ผู้วิจัยจึงดำเนินการปรับแบบจำลองโดยทำการปรับลดเส้นอิทธิพลที่ไม่มีนัยสำคัญออกและเพิ่มเส้นอิทธิพลในแบบจำลอง ซึ่งจะพิจารณาควบคู่ไปกับการเป็นไปได้อย่างมากจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและดำเนินการโดยยอมให้ความคลาดเคลื่อนในการวัดตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กันได้ ในการปรับลดและเพิ่มเส้นอิทธิพลในแบบจำลองและวิเคราะห์ใหม่ทีละครั้งมีดังนี้



ภาพประกอบ 23 รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุและผลของพฤติกรรมการจัดการตนเอง และครอบครัวของมารดาหลังคลอดครั้งแรกกับคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอด(หลังปรับ)

1. การปรับลดเส้นอิทธิพลระหว่างตัวแปรแฝงการถ่ายทอดการเป็นมารดา (MMS) ที่ส่งผลทางตรง (Direct Effect) ต่อการกำกับตนเอง (SR) และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ (CP)
2. การปรับลดเส้นอิทธิพลระหว่างตัวแปรการกำกับตนเอง (SR) ที่ส่งผลทางตรง (Direct Effect) ต่อการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ (CP)
3. การปรับลดเส้นอิทธิพลระหว่างตัวแปรการรับรู้ความสามารถตนเอง (SE) ที่ส่งผลทางตรง (Direct Effect) ต่อการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ (CP) และคุณภาพชีวิตการเป็นมารดา (MQOL)
4. การปรับลดเส้นอิทธิพลระหว่างตัวแปรการรับรู้สุขภาพบุตร (PCHM) ที่ส่งผลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตการเป็นมารดา (MQOL)
5. การเพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้สุขภาพบุตร (PCHM) ที่ส่งผลทางตรงต่อการกำกับตนเอง (SR)

ตาราง 5 ค่าดัชนีความกลมกลืนของแบบจำลองในกลุ่มรวมหลังปรับแบบจำลอง

ดัชนีความกลมกลืน	เกณฑ์	ค่าสถิติหลังปรับ กลุ่มรวม
χ^2	$p > .05$	528.44, df = 128, $p = 0.00$
χ^2 / df	น้อยกว่า 5	4.128
CFI	มากกว่า 0.90	0.97
SRMR	น้อยกว่า 0.05	0.041
RMSEA	น้อยกว่า 0.10	0.067

จากตาราง 5 ผลการตรวจสอบความกลมกลืนของแบบจำลองภายหลังจากการปรับแบบจำลองกับข้อมูลเชิงประจักษ์ทั้งกลุ่มรวม กลุ่มมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี และกลุ่มมารดาอายุ 20 ปีขึ้นไป พบว่า ค่าไค-สแควร์ (χ^2) มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่าสถิติดังกล่าวขึ้นกับขนาดของกลุ่มตัวอย่างซึ่งหากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่ค่าไค-สแควร์จะยิ่งสูงมากจนทำให้สรุปได้ไม่ถูกต้อง ดังนั้นจึงแก้ไขโดยการพิจารณาค่า χ^2 / df ซึ่งค่าที่ได้คือ 4.128 ซึ่งไม่เกิน 5 จึงถือว่าผ่านเกณฑ์ที่บ่งบอกได้ว่าแบบจำลองมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Bollen, 1989: 278) สำหรับค่า RMSEA มีค่า 0.0647 ซึ่งน้อยกว่า 0.10 แสดงว่า แบบจำลองมีความกลมกลืน ส่วนค่า SRMR มีค่า 0.041 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 แสดงว่าโมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และ CFI มีค่า 0.97 ซึ่งมากกว่า 0.90 แสดงว่าโมเดลสอดคล้องกับข้อมูลประจักษ์ จากค่าดัชนีดังกล่าวจึงสรุปได้ว่ารูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิง

สาเหตุของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกในเขตกรุงเทพมหานครที่ปรับแก้มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์และการประมาณค่าขนาดอิทธิพลในรูปแบบความสัมพันธ์เป็นที่ยอมรับได้ตามผลการวิเคราะห์ดังภาพประกอบ 24 และตาราง 5

ตาราง 6 คะแนนมาตรฐานของผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม อิทธิพลรวม
ของรูปแบบความสัมพันธ์กลุ่มรวม หลังปรับ

ตัวแปร	MQOL (R ² =.74)			SFMB (R ² =.79)			SR (R ² =.86)		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
SFMB	0.60**	-	0.60**	-	-	-	0.32*	-	0.32*
SE	-	0.62**	0.62**	0.59**	0.18**	0.77**	0.55*	-	0.55**
SR	0.29**	0.19**	0.48**	0.55*	-	0.55**	-	-	-
CP	-0.19**	0.03	-0.16**	0.05	-	0.05	-	-	-
MMS	-	-0.01	-0.01	-0.01	-	-0.01	-	-	-
PCHM	-	0.22**	0.22**	-	0.15**	0.15**	0.46**	-	0.46**
MFTM	0.10**	-	0.10**	-	-	-	-	-	-

$\chi^2 = 528.44$, $df = 128$ ($p = .00$), $\chi^2/df = 4.128$, CFI = 0.97, SRMR = 0.041, RMSEA = 0.067

หมายเหตุ DE หมายถึงค่าอิทธิพลทางตรง(Direct Effect) IE หมายถึงค่าอิทธิพลทางอ้อม(Indirect effect) และ TE หมายถึงค่าอิทธิพลรวม (Total Effect) และ * หมายถึงค่านัยสำคัญที่ระดับ .05 ** หมายถึงค่านัยสำคัญที่ระดับ .01

จากตาราง 6 และภาพประกอบ 23 อิทธิพลของตัวแปรเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อตัวแปรผลมีรายละเอียดดังนี้

1. อิทธิพลของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก (SFMB) ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก (MQOL)

จากภาพประกอบ 23 พบว่าพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก ที่ส่งอิทธิพลทางตรง (Direct Effect) ต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยตัวแปรพฤติกรรมกรรมการจัดการ

ตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกในด้านการเป็นมารดา(ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .76) ด้านการเป็นภรรยา (ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .55) ด้านการจัดการภายในบ้าน (ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .75) และด้านการจัดการตนเอง (ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .66)

ตัวแปรพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกทั้ง 4 ด้านทำให้เกิดคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกทั้งในคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านการสนับสนุนทางสังคม และด้านการเลี้ยงดูบุตร

2. อิทธิพลของการกำกับตนเอง(SR)การเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ (CP) ภาระต่อครอบครัว (MFTM)และการรับรู้ความสามารถตนเอง (SE)ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก (MQOL)

จากตาราง 6 และภาพประกอบ 23พบว่าตัวแปรการกำกับตนเอง การเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ และภาระต่อครอบครัวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก โดยที่ตัวแปรการกำกับตนเอง มีอิทธิพลรวมต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก(ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .48 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01) และยังพบอิทธิพลทางอ้อม (Indirect effect) ต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01)ดังนั้นจึงมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .29 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01)

ลำดับที่ 2 คือ ตัวแปรภาระต่อครอบครัวมีอิทธิพลรวม (Total effect)ต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก (มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01) โดยเป็นอิทธิพลทางตรง (Direct effect) และไม่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก

ลำดับที่ 3 คือ ตัวแปรการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์แบบมุ่งอารมณ์ที่ส่งอิทธิพลทางลบต่อคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดบุตร มีค่าอิทธิพลรวม (Total Effect)(ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -0.16 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01)โดยพบอิทธิพลทางตรง (Direct effect) (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -.0.19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01) และมีอิทธิพลทางอ้อม (Indirect effect) (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .03) ต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก

ลำดับที่ 4 ตัวแปรการรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลทางอ้อม (Indirect effect) ต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก(ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .62 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01)

3. อิทธิพลของการรับรู้ความสามารถตนเอง(SE)การกำกับตนเอง (SR)การเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์แบบมุ่งอารมณ์ (CP) และการถ่ายทอดการเป็นมารดา (MMS)ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก(SFMB)

ตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลรวม (TE) และอิทธิพลทางตรง (DE)และอิทธิพลทางอ้อม (IE)ต่อตัวแปรพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกสูงที่สุดคือ การรับรู้ความสามารถตนเองมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลรวม (TE)เท่ากับ 0.77 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง (DE) เท่ากับ 0.59 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01และค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางอ้อม (IE) มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.18กล่าวได้ว่ามารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรกที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองในด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .88) ด้านความคาดหวังในผลของการกระทำ (ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .77) จะส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก

ตัวแปรลำดับที่ 2 คือ การกำกับตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลรวม (TE) เท่ากับ 0.55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง (DE) เท่ากับ 0.55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01ไม่พบค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางอ้อม (IE) กล่าวได้ว่ามารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรกที่มีการกำกับตนเอง ในด้านการกระทำในสิ่งบวก (ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .73) ด้านการควบคุมตนเอง (ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .80) ด้านการแสดงออกถึงความรักและความต้องการ (ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .41)ด้านการกล้าแสดงออก (ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .63) และด้านการกระทำเพื่อสุขภาวะ (ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .74)จะส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก

ตัวแปรลำดับที่ 3 และ 4 คือตัวแปรการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ คือ มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลรวม (TE) เท่ากับ 0.05 และค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง (DE) เท่ากับ 0.05 โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และตัวแปรการถ่ายทอดการเป็นมารดามีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลรวม (TE) เท่ากับ -0.01 ส่งอิทธิพลทางลบต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกและค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง (DE) เท่ากับ -0.01โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นตัวแปรการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ และการถ่ายทอดการเป็นมารดา จะไม่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก

4. อิทธิพลการรับรู้สุขภาพบุตร (PCHM)และการรับรู้ความสามารถตนเอง(SE) ที่ส่งผลต่อการกำกับตนเอง (SR)

จากตาราง 6 และภาพประกอบ 23 พบว่าตัวแปรการรับรู้สุขภาพบุตร (PCHM) มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลรวม (TE) เท่ากับ 0.46 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง (DE) เท่ากับ 0.46 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ไม่พบค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางอ้อม (IE) กล่าวได้ว่าการรับรู้สุขภาพบุตร (PCHM) ส่งผลทำให้เกิดการกำกับตนเอง (SR) ในมารดาหลังคลอดครั้งแรก

ตัวแปรการรับรู้ความสามารถตนเอง (SE) มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลรวม (TE) เท่ากับ 0.55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง (DE) เท่ากับ 0.55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ไม่พบค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางอ้อม (IE) กล่าวได้ว่าการรับรู้ความสามารถตนเอง (SE) ส่งผลทำให้เกิด การกำกับตนเอง (SR) ในมารดาหลังคลอดครั้งแรก จากอิทธิพลของตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีต่อตัวแปรผลดังภาพประกอบ 24 และตาราง 6 สามารถสรุปผลการวิเคราะห์ตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 – 1.11 ดังนี้

1. แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกในเขตกรุงเทพมหานครที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยมีสมมติฐานย่อยตามเส้นทางอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ดังนี้

สมมติฐานที่ 1.1 การกำกับตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก

ผลการวิจัยพบว่า ในแบบจำลองกลุ่มรวม(หลังปรับ)ตัวแปรการกำกับตนเองมีอิทธิพลทางตรง (DE) ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก สอดคล้องตามสมมติฐานโดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง ในแบบจำลองกลุ่มรวม (.32, $P < .01$)

สมมติฐานที่ 1.2 การกำกับตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ และ คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก

ในแบบจำลองกลุ่มรวม ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรการกำกับตนเองมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลรวม (TE) เท่ากับ 0.48 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีอิทธิพลทางตรง (DE) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง เท่ากับ 0.32 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางอ้อม (IE) เท่ากับ 0.19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตัวแปรการกำกับตนเองไม่พบการส่งอิทธิพลใดต่อการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ สมมติฐานข้อนี้จึงสอดคล้องตามสมมติฐานเพียงบางส่วน

สมมติฐานที่ 1.3 การรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก

ผลการวิจัยพบว่า ในแบบจำลองกลุ่มรวม (หลังปรับ) ตัวแปรการรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก สอดคล้องตามสมมติฐาน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง(DE)เท่ากับ 0.59 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางอ้อม (IE)เท่ากับ 0.18 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลรวม (TE)เท่ากับ 0.77 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สมมติฐานที่ 1.4 การรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อการกำกับตนเองและการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์

ในแบบจำลองกลุ่มรวม ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรการรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลทางตรง (DE) ต่อการกำกับตนเอง (SR) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง เท่ากับ 0.55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ไม่พบการส่งอิทธิพลใดต่อการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ สมมติฐานข้อนี้จึงสอดคล้องตามสมมติฐานเพียงบางส่วน

สมมติฐานที่ 1.5 การเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์มีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก

ในแบบจำลองกลุ่มรวม (หลังปรับ) ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์มีอิทธิพลทางตรง (DE) ต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงเท่ากับ -0.19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางอ้อม (IE) เท่ากับ 0.03 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลรวม (TE) เท่ากับ -0.16 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งแสดงถึงการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์มีอิทธิพลทางลบกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก สมมติฐานข้อนี้จึงสอดคล้องตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1.6 การเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก

ในแบบจำลองกลุ่มรวม (หลังปรับ) ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์มีอิทธิพลทางตรง (DE) ต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง เท่ากับ 0.05 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น สมมติฐานข้อนี้จึงไม่สอดคล้องตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1.7 การถ่ายทอดการเป็นมารดามีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก การกำกับตนเองและการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์

ผลการวิจัยพบว่า ในแบบจำลองกลุ่มรวม (หลังปรับ) ตัวแปรการถ่ายทอดการเป็นมารดา (MMS) มีอิทธิพลทางตรง (DE) ต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง เท่ากับ -0.01 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และถ่ายทอดการเป็นมารดา (MMS) ไม่พบการส่งอิทธิพลใดต่อการกำกับตนเองและการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ ดังนั้นสมมติฐานข้อนี้จึงไม่สอดคล้องตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1.8 การรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก

ผลการวิจัยพบว่าในแบบจำลองกลุ่มรวม (หลังปรับ) ไม่พบการส่งอิทธิพลใดระหว่างตัวแปรการรับรู้ความสามารถตนเอง (SE) กับคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก (MQOL) ดังนั้นสมมติฐานข้อนี้จึงไม่สอดคล้องตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1.9 พฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก

ผลการวิจัยพบว่าในแบบจำลองกลุ่มรวม (หลังปรับ) ตัวแปรพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก มีอิทธิพลทางตรง (DE) ต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงเท่ากับ 0.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.01$ จึงสอดคล้องตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1.10 การรับรู้สุขภาพบุตรมีอิทธิพลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตร

ผลการวิจัยพบว่าในแบบจำลองกลุ่มรวม (หลังปรับ) การรับรู้สุขภาพบุตรไม่พบการส่งอิทธิพลใดต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก ดังนั้นสมมติฐานข้อนี้จึงไม่สอดคล้องตามสมมติฐาน

ผลการวิจัยพบเพิ่มเติมว่า ตัวแปรการรับรู้สุขภาพบุตรมีอิทธิพลทางตรงต่อการกำกับตนเอง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง เท่ากับ 0.46 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.01$ ซึ่งเพิ่มเติมจากสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 1.11 ภาวะต่อครอบครัวมีอิทธิพลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก

ในแบบจำลองกลุ่มรวม(หลังปรับ)ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรภาวะต่อครอบครัวมีอิทธิพลทางตรง (DE) ต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงเท่ากับ 0.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.01$ จึงสอดคล้องตามสมมติฐาน

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของพฤติกรรม การจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกกับคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอด ระหว่างกลุ่มมารดาหลังคลอดอายุน้อยกว่า 20 ปีและกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป ตามสมมติฐานข้อ 2

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเปรียบเทียบแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของ พฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกกับคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอด ระหว่างกลุ่มมารดาหลังคลอดอายุน้อยกว่า 20 ปีและกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไปเป็นการเปรียบเทียบค่าน้ำหนัก องค์ประกอบของตัวแปรสังเกตที่ใช้อัตราตัวแปรแฝงและการเปรียบเทียบค่าอิทธิพลของตัวแปรสาเหตุที่มีต่อ ตัวแปรผลโดยทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบ 3 ขั้น คือ

ขั้นที่ 1 การวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของรูปแบบความสัมพันธ์ คือ เป็นการกำหนดให้ แบบจำลองของทั้งสองกลุ่มมีรูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรเหมือนกัน โดยไม่มีการกำหนดเงื่อนไข แบบจำลองของทั้งสองกลุ่มมีค่าอิทธิพลเท่ากันระหว่างกลุ่ม การตรวจสอบพิจารณาจากดัชนีความ กลมกลืน ซึ่งหากแบบจำลองในขั้นตอนนี้มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์แสดงว่าโครงสร้าง ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบจำลองทั้งสองกลุ่มเหมือนกัน แต่อาจจะแตกต่างกันที่ขนาด ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยแบบจำลองที่ได้นี้ก็จะเป็นฐานในการทดสอบในขั้นที่ 2 ต่อไป

ขั้นที่ 2 การวิเคราะห์เพื่อค้นหาค่าน้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรสังเกตใดบ้างที่แตกต่างกัน ระหว่างกลุ่ม ซึ่งจะมีขั้นตอนย่อย คือ 2.1) กำหนดเงื่อนไขให้ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตทุก ตัวเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ ระหว่างแบบจำลองในขั้นนี้ กับขั้นที่ 1 ที่ระดับของค่าอิสระเท่ากับผลต่างขององศาอิสระของแบบจำลองทั้งสอง หากไม่มีนัยสำคัญทาง สถิติ แสดงว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยจะใช้ แบบจำลองนี้เป็นฐานในการทดสอบในขั้นที่ 3 ต่อไป แต่หากผลการทดสอบมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตอย่างน้อย 1 ตัวแปร แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยจะต้อง ทดสอบค้นหาค่าน้ำหนักองค์ประกอบใดบ้างที่มีค่าแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม 2.2) การทดสอบว่าค่า น้ำหนักองค์ประกอบมีค่าแตกต่างกันระหว่างกลุ่มหรือไม่ ด้วยการกำหนดเงื่อนไขให้ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบนั้นมีค่าเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่าง แบบจำลองนี้ กับขั้นที่ 1 ที่ระดับของค่าอิสระเท่ากับผลต่างขององศาอิสระของแบบจำลองทั้งสอง หากผล การทดสอบมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตนี้มีค่าแตกต่างกัน ระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยจะต้องทดสอบทุกค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่มีการทดสอบนัยสำคัญในแบบจำลอง 2.3) การสรุป โดยการกำหนดเงื่อนไขให้ค่าน้ำหนักองค์ประกอบทุกตัวแปรที่ไม่แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติมีค่าเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่าง แบบจำลองการสรุปนี้กับขั้นที่ 1 ที่ระดับของค่าอิสระเท่ากับผลต่างขององศาอิสระของแบบจำลองทั้งสอง

หากผลการทดสอบไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า แบบจำลองทั้งสองมีความกลมกลืนไม่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจะนำแบบจำลองขึ้นการสรุปนี้เป็นฐานในการทดสอบความแตกต่างของค่าอิทธิพลในขั้นที่ 3 ต่อไป

ขั้นที่ 3 การวิเคราะห์เพื่อค้นหาว่ามีค่าอิทธิพลของตัวแปรสาเหตุที่มีต่อตัวแปรผลใดบ้างที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม มีขั้นตอนย่อยดังนี้ 3.1) การกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลทุกตัวเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองในขั้นนี้กับแบบจำลองขั้นที่ 2 (ในกรณีที่ผลการทดสอบในขั้นที่ 2 ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม) ที่ระดับของค่าอิสระเท่ากับผลต่างของค่าอิสระของแบบจำลองทั้งสอง หากผลการทดสอบพบว่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองในขั้นนี้กับแบบจำลองขั้นที่ 2 มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า มีค่าอิทธิพลอย่างน้อย 1 ตัวที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยจะต้องดำเนินการทดสอบค้นหาว่ามีค่าอิทธิพลใดบ้างที่มีค่าแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม 3.2) การทดสอบว่าค่าอิทธิพลมีค่าแตกต่างกันระหว่างกลุ่มหรือไม่ โดยการกำหนดเงื่อนไขให้มีค่าอิทธิพลนั้นมีค่าเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองนี้กับแบบจำลองของขั้นที่ 2 ที่ระดับของค่าอิสระเท่ากับผลต่างของค่าอิสระของแบบจำลองทั้งสอง ซึ่งหากผลการทดสอบพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ค่าอิทธิพลนี้มีค่าแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยจะต้องดำเนินการทดสอบความแตกต่างทุกค่าอิทธิพลในแบบจำลอง ซึ่งผลการวิเคราะห์ โดยแสดงรายละเอียดตามตาราง 7

ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของพฤติกรรมกาจัดการตนเองและครอบครัวของมารดา หลังคลอดครรภ์แรกกับคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดระหว่างกลุ่มมารดาหลังคลอดอายุน้อยกว่า 20 ปี และกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป

รูปแบบความสัมพันธ์ ตามสมมติฐาน	ดัชนีความกลมกลืน (Fit Index)						เงื่อนไขความไม่แปรเปลี่ยน		
	χ^2	df	p-value	RMSEA	χ^2/df	CFI	$\Delta\chi^2$	Δdf	p-value
ขั้นที่ 1 รูปแบบความสัมพันธ์ เหมือนกันและไม่มีการกำหนด เงื่อนไขบังคับให้ค่าอิทธิพลใน แบบจำลองเท่ากัน ระหว่างกลุ่ม	834.10	291	0.000	0.073	2.866	0.95	-	-	-
ขั้นที่ 2 กำหนดเงื่อนไขให้ค่า สัมประสิทธิ์องค์ประกอบใน การวัดตัวแปรแฝงทุกตัวใน รูปแบบเท่ากันระหว่างกลุ่ม	898.95	302	0.000	0.076	2.976	0.95	64.85 (ขั้นที่ 2-ขั้นที่ 1)	11 (ขั้นที่ 2-ขั้นที่ 1)	0.000

ตาราง 7 (ต่อ)

รูปแบบความสัมพันธ์ ตามสมมติฐาน	ดัชนีความกลมกลืน (Fit Index)						เงื่อนไขความไม่แปรเปลี่ยน		
	χ^2	df	p-value	RMSEA	χ^2/df	CFI	$\Delta\chi^2$	Δdf	p-value
ขั้นที่ 2.1 กำหนดเงื่อนไขให้ค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบตัวแปรคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่มีต่อคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอด ครั้งแรกเท่ากันระหว่างกลุ่ม	841.58	292	0.00	0.074	2.882	0.95	7.48	1	0.006
ขั้นที่ 2.2 กำหนดเงื่อนไขให้ค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบตัวแปรคุณภาพชีวิตด้านร่างกายที่มีต่อคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอด ครั้งแรกเท่ากันระหว่างกลุ่ม	839.63	292	0.00	0.074	2.875	0.95	5.53	1	0.018
ขั้นที่ 2.3 กำหนดเงื่อนไขให้ค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบตัวแปรพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านดูแลบ้านที่มีต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครั้งแรกเท่ากันระหว่างกลุ่ม	846.76	292	0.00	0.074	2.899	0.95	12.66	1	0.000
ขั้นที่ 2.4 กำหนดเงื่อนไขให้ค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบตัวแปรพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการดูแลตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครั้งแรกเท่ากันระหว่างกลุ่ม	839.18	292	0.00	0.074	2.873	0.95	5.08	1	0.024
ขั้นที่ 2.5 กำหนดเงื่อนไขให้ค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบตัวแปรความคาดหวังผลการกระทำที่มีต่อการรับรู้ความสามารถตนเองของมารดาหลังคลอดครั้งแรกเท่ากันระหว่างกลุ่ม	840.82	292	0.00	0.074	2.879	0.95	6.72	1	0.009
ขั้นที่ 2.6 กำหนดเงื่อนไขให้ค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบตัวแปรคาดหวังการรับรู้ความสามารถตนเองที่มีต่อการรับรู้ความสามารถตนเองของมารดาหลังคลอดครั้งแรกเท่ากันระหว่างกลุ่ม	856.89	292	0.00	0.074	2.934	0.95	22.79	1	0.000

ตาราง 7 (ต่อ)

รูปแบบความสัมพันธ์ ตามสมมติฐาน	ดัชนีความกลมกลืน (Fit Index)						เงื่อนไขความไม่แปรเปลี่ยน		
	χ^2	df	p-value	RMSEA	χ^2/df	CFI	$\Delta\chi^2$	Δdf	p-value
ขั้นที่ 2.7 กำหนดเงื่อนไขให้ค่า สัมประสิทธิ์องค์ประกอบตัวแปร การกำกับตนเองด้านการควบคุม ตนเองที่มีต่อการกำกับตนเองของ มารดาหลังคลอดครรภ์แรกเท่านั้น ระหว่างกลุ่ม	842.19	292	0.00	0.074	2.884	0.95	8.09	1	0.004
ขั้นที่ 2.8 กำหนดเงื่อนไขให้ค่า สัมประสิทธิ์องค์ประกอบตัวแปร การกำกับตนเองด้านการ แสดงออกที่มีต่อการกำกับตนเอง ของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกเท่านั้น ระหว่างกลุ่ม	850.51	292	0.00	0.074	2.913	0.95	16.41	1	0.000
ขั้นที่ 2.9 กำหนดเงื่อนไขให้ค่า สัมประสิทธิ์องค์ประกอบตัวแปร การกำกับตนเองด้านการกระทำ สิ่งบวกที่มีต่อการกำกับตนเองของ มารดาหลังคลอดครรภ์แรกเท่านั้น ระหว่างกลุ่ม	841.48	292	0.00	0.074	2.882	0.95	7.38	1	0.006
ขั้นที่ 3 กำหนดเงื่อนไข ให้ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล ตัวแปรสาเหตุที่มีต่อตัวแปรผล ทุกตัวเท่ากันระหว่างกลุ่ม	888.96	307	0.00	0.074	2.895	0.95	43.94	10	0.000
ขั้นที่ 3.1 กำหนดเงื่อนไขให้ค่า อิทธิพลตัวแปรคุณภาพชีวิต มารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่มีต่อ ตัวแปรพฤติกรรมกรรมการจัดการ ตนเองและครอบครัวเท่ากัน ระหว่างกลุ่ม	869.09	298	0.00	0.074	2.916	0.95	24.07	1	0.000
ขั้นที่ 3.2 กำหนดเงื่อนไขให้ค่า อิทธิพลตัวแปรคุณภาพชีวิต มารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่มีต่อ ตัวแปรการเผชิญปัญหาแบบมุ่ง อารมณ์เท่ากันระหว่างกลุ่ม	852.66	298	0.00	0.073	2.861	0.95	7.64	1	0.006

ตาราง 7 (ต่อ)

รูปแบบความสัมพันธ์ ตามสมมติฐาน	ดัชนีความกลมกลืน (Fit Index)					เงื่อนไขความไม่แปรเปลี่ยน			
	χ^2	df	p-value	RMSEA	χ^2/df	CFI	$\Delta\chi^2$	Δdf	p-value
ขั้นที่ 3.3 กำหนดเงื่อนไขให้ค่า อิทธิพลตัวแปรคุณภาพชีวิต มารดาหลังคลอดครั้งแรกที่มี ต่อตัวแปรการกำกับตนเอง เท่ากันระหว่างกลุ่ม	868.87	298	0.00	0.074	2.916	0.95	23.85	1	0.000
ขั้นที่ 3.4 กำหนดเงื่อนไขให้ค่า อิทธิพลตัวแปรการกำกับ ตนเองที่มีต่อตัวแปรการรับรู้ สุขภาพบุตรเท่ากันระหว่าง กลุ่ม	853.88	298	0.00	0.073	2.865	0.95	8.86	1	0.003

จากตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครั้งแรกกับคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดระหว่างกลุ่มมารดาหลังคลอดอายุน้อยกว่า 20 ปีและกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป

ขั้นที่ 1 เป็นการกำหนดให้แบบจำลองของทั้งสองกลุ่มมีรูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรเหมือนกัน โดยไม่มีการกำหนดเงื่อนไขแบบจำลองของทั้งสองกลุ่มมีค่าอิทธิพลเท่ากันระหว่างกลุ่ม ซึ่งพิจารณาจากดัชนีความกลมกลืน ผลการทดสอบพบว่า การวิเคราะห์ในขั้นที่ 1 ดัชนีแสดงความกลมกลืนของแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์ที่สร้างขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีค่าเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ($\chi^2 = 834.10$, $df = 291$, $p\text{-value} = 0.00$, $\chi^2/df = 2.866$, $RMSEA = 0.073$, $CFI = 0.95$) แสดงว่าโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบจำลองทั้งสองกลุ่มเหมือนกัน แต่อาจแตกต่างกันที่ขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ซึ่งแบบจำลองที่ได้นี้จะเป็พื้นฐานในการทดสอบในขั้นที่ 2 ต่อไป จึงได้ดำเนินการวิเคราะห์ในขั้นต่อไป ซึ่งเป็นการวิเคราะห์เพื่อทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ขั้นที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบว่ามีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรสังเกตใดบ้างที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินการโดยกำหนดเงื่อนไขให้ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตในการวัดตัวแปรแฝงทุกตัวเท่ากันระหว่างกลุ่ม ผลการทดสอบจะพิจารณาจากผลต่างของค่าไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองในขั้นนี้กับขั้นที่ 1 ที่ระดับของค่าอิสระเท่ากับผลต่างขององศาอิสระของแบบจำลองทั้งสอง ผลการทดสอบพบว่า ค่าผลต่างค่าไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองในขั้นนี้กับขั้นที่ 1 ที่ระดับของค่าอิสระเท่ากับผลต่างขององศาอิสระของแบบจำลองทั้งสองพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

.001 ($\Delta\chi^2=64.85$, $\Delta df=11$, $p\text{-value}=0.000$) แสดงว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตอย่างน้อย 1 ตัวที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มดังนั้นจึงทำการวิเคราะห์เพื่อค้นหาว่ามีค่าน้ำหนักองค์ประกอบค่าใดบ้างที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ดังนี้

2.1) กำหนดเงื่อนไขให้ค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบตัวแปรคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่มีต่อคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดครรภ์แรกเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองนี้ กับแบบจำลองขั้นที่ 1 พบว่ามีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($\Delta\chi^2=7.48$, $\Delta df=1$, $p\text{-value}=0.006$) แสดงว่า ค่าอิทธิพลตัวแปรคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่มีต่อคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดครรภ์แรกแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

2.2) กำหนดเงื่อนไขให้ค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบตัวแปรคุณภาพชีวิตด้านร่างกายที่มีต่อคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดครรภ์แรกเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองนี้ กับแบบจำลองขั้นที่ 1 พบว่ามีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\Delta\chi^2=5.53$, $\Delta df=1$, $p\text{-value}=0.018$) แสดงว่า ค่าอิทธิพลตัวแปรคุณภาพชีวิตด้านร่างกายที่มีต่อคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดครรภ์แรกแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

2.3) กำหนดเงื่อนไขให้ค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบตัวแปรพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านดูแลบ้านที่มีต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองนี้ กับแบบจำลองขั้นที่ 1 พบว่ามีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($\Delta\chi^2=12.66$, $\Delta df=1$, $p\text{-value}=0.000$) แสดงว่า ค่าอิทธิพลตัวแปรพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านดูแลบ้านที่มีต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

2.4) กำหนดเงื่อนไขให้ค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบตัวแปรพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการดูแลตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองนี้ กับแบบจำลองขั้นที่ 1 พบว่ามีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\Delta\chi^2=5.08$, $\Delta df=1$, $p\text{-value}=0.024$) แสดงว่า ค่าอิทธิพลตัวแปรพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการดูแลตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

2.5) กำหนดเงื่อนไขให้ค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบตัวแปรความคาดหวังผลการกระทำที่มีต่อการรับรู้ความสามารถตนเองของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองนี้ กับแบบจำลองขั้นที่ 1 พบว่ามีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($\Delta\chi^2=6.72$, $\Delta df=1$, $p\text{-value}=0.009$) แสดงว่า ค่าอิทธิพลตัวแปร

ความคาดหวังผลการกระทำที่มีต่อการรับรู้ความสามารถตนเองของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

2.6) กำหนดเงื่อนไขให้ค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบตัวแปรคาดหวังการรับรู้ความสามารถตนเองที่มีต่อการรับรู้ความสามารถตนเองของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองนี้ กับแบบจำลองขั้นที่ 1 พบว่ามีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($\Delta\chi^2=22.79$, $\Delta df=1$, $p\text{-value}=0.000$) แสดงว่า ค่าอิทธิพลตัวแปรคาดหวังการรับรู้ความสามารถตนเองที่มีต่อการรับรู้ความสามารถตนเองของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

2.7) กำหนดเงื่อนไขให้ค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบตัวแปรการกำกับตนเองด้านการควบคุมตนเองที่มีต่อการกำกับตนเองของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองนี้ กับแบบจำลองขั้นที่ 1 พบว่ามีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($\Delta\chi^2=8.09$, $\Delta df=1$, $p\text{-value}=0.004$) แสดงว่า ค่าอิทธิพลตัวแปรการกำกับตนเองด้านการควบคุมตนเองที่มีต่อการกำกับตนเองของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

2.8) กำหนดเงื่อนไขให้ค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบตัวแปรการกำกับตนเองด้านการแสดงออกที่มีต่อการกำกับตนเองของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองนี้ กับแบบจำลองขั้นที่ 1 พบว่ามีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($\Delta\chi^2=16.41$, $\Delta df=1$, $p\text{-value}=0.000$) แสดงว่า ค่าอิทธิพลตัวแปรการกำกับตนเองด้านการแสดงออกที่มีต่อการกำกับตนเองของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

2.9) กำหนดเงื่อนไขให้ค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบตัวแปรการกำกับตนเองด้านการกระทำสิ่งบวกที่มีต่อการกำกับตนเองของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองนี้ กับแบบจำลองขั้นที่ 1 พบว่ามีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($\Delta\chi^2=7.38$, $\Delta df=1$, $p\text{-value}=0.006$) แสดงว่า ค่าอิทธิพลตัวแปรการกำกับตนเองด้านการกระทำสิ่งบวกที่มีต่อการกำกับตนเองของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

จากการสรุปขั้นตอนที่ 2 โดยการกำหนดเงื่อนไขให้ค่าน้ำหนักองค์ประกอบทุกตัวแปรที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีค่าเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองการสรุปนี้กับขั้นที่ 1 ที่ระดับของค่าอิสระเท่ากับผลต่างขององศาอิสระของแบบจำลองทั้งสอง พบผลการทดสอบไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\Delta\chi^2=10.92$, $\Delta df=5$, $p\text{-value}=0.053$)

แสดงว่า แบบจำลองทั้งสองมีความกลมกลืนไม่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจะนำแบบจำลองขึ้นการสรุปนี้เป็นฐานในการทดสอบความแตกต่างของค่าอิทธิพลในขั้นที่ 3 ต่อไป

ขั้นที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบว่ามีค่าอิทธิพลของตัวแปรสาเหตุที่มีต่อตัวแปรผลใดบ้างที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

กำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลของตัวแปรสาเหตุที่มีต่อตัวแปรผลทุกตัวเท่ากันระหว่างกลุ่ม ผลการทดสอบพบว่า ผลต่างของค่าไคสแควร์ระหว่างแบบจำลองในขั้นที่ 3 นี้กับแบบจำลองขั้นที่ 2 มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($\Delta\chi^2=43.94$, $\Delta df=10$, $p\text{-value}=0.000$) แสดงว่า มีค่าอิทธิพลอย่างน้อย 1 ตัวที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ดังนั้นจึงทำการวิเคราะห์เพื่อค้นหาว่ามีค่าอิทธิพลค่าใดบ้างที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ดังนี้

3.1) กำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลตัวแปรคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่มีต่อตัวแปรพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวเท่ากันระหว่างกลุ่มและพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองนี้ กับแบบจำลองขั้นที่ 2 พบว่ามีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\Delta\chi^2=24.07$, $\Delta df=1$, $p\text{-value}=0.000$) แสดงว่า ค่าอิทธิพลตัวแปรคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่มีต่อตัวแปรพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

3.2) กำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลตัวแปรคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่มีต่อตัวแปรการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์เท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองนี้ กับแบบจำลองขั้นที่ 2 พบว่ามีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\Delta\chi^2=7.64$, $\Delta df=1$, $p\text{-value}=0.005$) แสดงว่า ค่าอิทธิพลตัวแปรคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่มีต่อตัวแปรการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

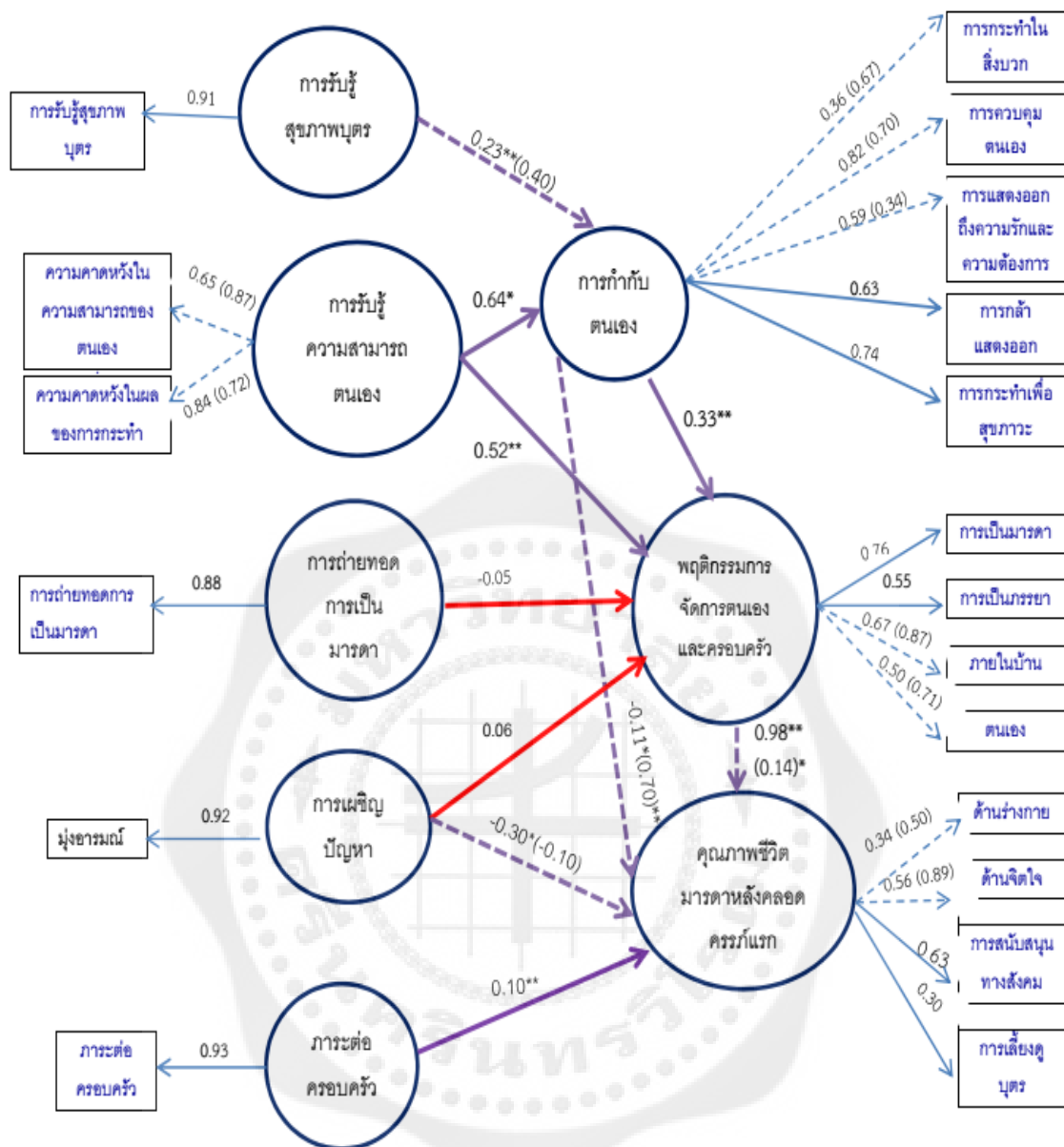
3.3) กำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลตัวแปรคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่มีต่อตัวแปรการกำกับตนเองเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองนี้ กับแบบจำลองขั้นที่ 2 พบว่ามีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\Delta\chi^2=24.07$, $\Delta df=1$, $p\text{-value}=0.000$) แสดงว่า ค่าอิทธิพลตัวแปรคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่มีต่อตัวแปรการกำกับตนเองแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

3.4) กำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลตัวแปรการกำกับตนเองที่มีต่อตัวแปรการรับรู้สุขภาพบุตรเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองนี้ กับแบบจำลองขั้นที่ 2 พบว่ามีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($\Delta\chi^2=8.86$, $\Delta df=1$, $p\text{-value}=0.002$) แสดงว่า ค่าอิทธิพลตัวแปรการกำกับตนเองที่มีต่อตัวแปรการรับรู้สุขภาพบุตรแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

สรุปผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยที่ 2 “การเปรียบเทียบแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกกับคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดระหว่างกลุ่มมารดาหลังคลอดอายุน้อยกว่า 20 ปีและกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไปแตกต่างกัน” ผลการวิจัยพบว่า แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกกับคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดระหว่างกลุ่มมารดาหลังคลอดอายุน้อยกว่า 20 ปีและกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไปมีรูปแบบความสัมพันธ์มีลักษณะไม่แปรเปลี่ยนระหว่างกลุ่ม และพบว่า มีความแปรเปลี่ยนของค่าพารามิเตอร์ที่ทดสอบบางตัว กล่าวคือ จากการทดสอบพบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตที่วัดตัวแปรแฝงแตกต่างกันระหว่างกลุ่มในบางตัวแปรและค่าอิทธิพลของตัวแปรสาเหตุที่มีต่อตัวแปรผลลัพธ์แตกต่างกันระหว่างกลุ่มในบางตัวแปร ผลการวิจัยจึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ 2 เพียงบางส่วน

ในด้านสัมประสิทธิ์องค์ประกอบของตัวแปรแฝง พบว่ามีความแตกต่างกันทั้งหมด 9 องค์ประกอบ คือ 1) ในตัวแปรคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก แตกต่างกัน 2 องค์ประกอบ ในคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 2) ตัวแปรพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว แตกต่างกัน 2 องค์ประกอบ ในด้านการจัดการภายในบ้านและการจัดการตนเอง 3) ตัวแปรการกำกับตนเอง แตกต่างกัน 3 องค์ประกอบ ในด้านการกระทำในสิ่งบวก ด้านการควบคุมตนเอง และด้านการแสดงออกถึงความรักและความต้องการ 4) ตัวแปรการรับรู้ความสามารถตนเอง แตกต่างกันทั้ง 2 องค์ประกอบ ในด้านความคาดหวังความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลของการกระทำ

ในด้านสัมประสิทธิ์อิทธิพล พบว่ามีความแตกต่างกันทั้งหมด 4 ตัวแปร คือ 1) ตัวแปรการรับรู้สุขภาพบุตรกับการกำกับตนเองเปรียบเทียบกับกลุ่มมารดาอายุ 20 ปีขึ้นไปกับอายุน้อยกว่า 20 ปี ($\beta=0.23, p<.01$; $\beta=0.40, p<.01$) 2) ตัวแปรการกำกับตนเองกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก ($\beta=-0.11, p<.05$; $\beta=0.70, p<.01$) 3) ตัวแปรการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์กับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก ($\beta=-0.30, p<.01$; $\beta=-0.10, p<.01$) 4) ตัวแปรพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก ($\beta=0.98, p<.01$; $\beta=0.14, p<.05$)



$\chi^2=847.60$, $df=303$, $p\text{-value}=0.00$, $\chi^2/df=2.63$, $RMSEA=0.072$, $GFI=0.89$, $CFI=0.95$

หมายเหตุ: * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

--- ➔ เส้นอิทธิพลที่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

ในวงเล็บ = ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของกลุ่มมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี

ภาพประกอบ 24 ผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐาน เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์

โครงสร้างเชิงสาเหตุและผลของพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครั้งแรกกับ

คุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดระหว่างกลุ่มมารดาหลังคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปีและกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกกับคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดระหว่างกลุ่มมารดาหลังคลอดอายุน้อยกว่า 20 ปีและกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไปตามสมมติฐานข้อ 3

ตาราง 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของพฤติกรรม
การจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกกับคุณภาพชีวิตมารดาหลัง
คลอดระหว่างกลุ่มมารดาหลังคลอดอายุน้อยกว่า 20 ปีและกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป

ตัวแปรแฝง	ผลต่าง ค่าเฉลี่ย	ความคลาดเคลื่อน มาตรฐาน	t-value
คุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดครรภ์แรก	0.01	0.03	0.47
พฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัว	-0.26	0.03	-9.05*
การรับรู้สุขภาพบุตร	-0.13	0.04	-3.02*
การกำกับตนเอง	-0.01	0.02	-0.39
การเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์	0.72	0.09	8.27*
การรับรู้ความสามารถตนเอง	-0.01	0.06	-0.15
การถ่ายทอดการเป็นมารดา	-0.05	0.04	-1.10
ภาระต่อครอบครัว	-0.07	0.06	-1.15

หมายเหตุ: * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, ผลต่างค่าเฉลี่ย= ค่าเฉลี่ยของกลุ่มมารดาหลังคลอดครรภ์แรกอายุ 20 ปีขึ้นไป – ค่าเฉลี่ยของกลุ่มมารดาหลังคลอดครรภ์แรกอายุน้อยกว่า 20 ปี

ตาราง 8 แสดงผลการค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของมีต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรกระหว่างกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปีและกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไปในการวิเคราะห์ครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี เป็นฐาน และให้กลุ่มมารดาอายุ 20 ปี ขึ้นไปเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนั้น ถ้าผลต่างมีค่าเป็นบวก แสดงว่า กลุ่มมารดาอายุ 20 ปี ขึ้นไปมีค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝง สูงกว่า กลุ่มมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี แต่ถ้าผลต่างมีค่าเป็นลบ แสดงว่า กลุ่มมารดาอายุ 20 ปี ขึ้นไปมีค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงน้อยกว่า กลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี ซึ่งผลการทดสอบ พบว่า ตัวแปรแฝงที่พบค่าเฉลี่ยแตกต่างกันระหว่างกลุ่มมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี และกลุ่มมารดาอายุต่ำกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ

ตัวแปรพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว ตัวแปรการรับรู้สุขภาพบุตร และตัวแปรการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ โดยตัวแปรที่กลุ่มมารดาอายุ 20 ปี ขึ้นไปมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี คือ ตัวแปรพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว ตัวแปรการรับรู้สุขภาพบุตร (t -value = -9.05 และ -3.02 ตามลำดับ) ส่วนตัวแปรการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ กลุ่มมารดาอายุ 20 ปี ขึ้นไปมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี (t -value = 8.27) และพบว่าตัวแปรคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก การรับรู้ความสามารถตนเองการกำกับตนเอง การถ่ายทอดการเป็นมารดา และภาระต่อครอบครัว พบว่า ค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (t -value = 0.47, -0.15, -0.39, -1.10 และ -1.15ตามลำดับ)

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูล ตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์ระหว่างกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปีและกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป แตกต่างกัน โดยมีค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงแตกต่างกันเพียงบางส่วน ดังนั้น จึงยอมรับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 3 บางส่วน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกในเขตกรุงเทพมหานคร มีความมุ่งหมายในการวิจัย 3 ประการคือ 1) เพื่อทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านบุคคลและด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก 2) เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และอายุ 20 ปีขึ้นไป และ 3) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว ในรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และอายุ 20 ปีขึ้นไป

การศึกษานี้กำหนดสมมติฐาน 3 ข้อ ได้แก่ 1) รูปแบบความสัมพันธ์สมมติฐานที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีสมมติฐานย่อยตามเส้นทางอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ดังนี้ (1.1) การกำกับตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก (1.2) การกำกับตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อ การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก (1.3) การรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก (1.4) การรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อการกำกับตนเองและการเผชิญปัญหา (1.5) การเผชิญปัญหามีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก (1.6) การเผชิญปัญหามีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก (1.7) การถ่ายทอดการเป็นมารดามีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก การกำกับตนเองและการเผชิญปัญหา (1.8) การรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก (1.9) พฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก (1.10) การรับรู้ต่อบุตรมีอิทธิพลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตร (1.11) ภาวะต่อครอบครัวมีอิทธิพลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตร 2) รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกระหว่างกลุ่มมารดาหลังคลอดอายุน้อยกว่า 20 ปีกับกลุ่มมารดาหลังคลอดอายุ 20 ปีขึ้นไป แตกต่างกัน และ 3)

ค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรกกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก ในรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้าง ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มมารดาหลังคลอดอายุน้อยกว่า 20 ปีกับกลุ่มมารดาหลังคลอดอายุ 20 ปีขึ้นไป แตกต่างกัน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นมารดาหลังคลอดครรภ์แรกระหว่าง 4 สัปดาห์ ถึง 1 ปี ที่เข้ารับบริการ ในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร 8 แห่ง และโรงพยาบาลในกำกับกรุงเทพมหานคร อีก 1 แห่ง รวมเป็น 9 แห่ง โดยมารับบริการตรวจหลังคลอดบุตรที่ห้องตรวจนรีเวชกรรมหรือหน่วยวางแผนครอบครัว หรือนำบุตรมารับวัคซีนตามนัดที่ห้องตรวจกุมารเวชกรรม จำนวนทั้งหมด 695 คน เป็นกลุ่มมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 324 คน และเป็นกลุ่มมารดาอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 371 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนของประชากรในโรงพยาบาล 9 แห่ง (Proportional Stratified random sampling) และกำหนดโควต้าตามกลุ่มอายุของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกอย่างน้อยกลุ่มละ 210 คน ตามเกณฑ์ของ ชูแมคเกอร์และโลแมกซ์ (Schumacker; & Lomax. 1996) ที่กำหนดเกณฑ์ความเพียงพอในการวิเคราะห์สมการเชิงโครงสร้างว่าควรมีขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 10 คน ต่อ ตัวแปรสังเกต 1 ตัวแปร ซึ่งตัวแปรสังเกตในงานวิจัยนี้มี 19 ตัวแปร จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 190 คน รวมทั้งหมดอย่างน้อย 380 คน เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวเสร็จสิ้น พบว่า ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 695 คนโดยเป็นกลุ่มมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 324 ราย คิดเป็น 17 คนต่อ 1 ตัวแปรสังเกต และเป็นกลุ่มมารดาอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 371 คน คิดเป็น 19 คนต่อ 1 ตัวแปรสังเกต จึงเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มากพอทำให้เกิดความเชื่อมั่นในผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 9 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.795 และมีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ ระหว่าง 0.222-0.590 และจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์การวัดคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดครรภ์แรกมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีข้อที่ผ่านคุณภาพการคัดเลือก จำนวน 16 ข้อ จากทั้งหมด 40 ข้อ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.345-0.755

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.792 และมีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ ระหว่าง 0.373-0.692 และจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่ารูปแบบความสัมพันธ์การวัดพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกมีความ

กลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีข้อที่ผ่านคุณภาพการคัดเลือก จำนวน 25 ข้อ จากทั้งหมด 29 ข้อ คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.380-0.870

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.816 และมีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ ระหว่าง 0.368-0.625 และจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์การวัดการรับรู้ความสามารถตนเองของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีข้อที่ผ่านคุณภาพการคัดเลือก จำนวน 8 ข้อ จากทั้งหมด 10 ข้อ คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.389-0.847

ตอนที่ 5 แบบสอบถามการกำกับตนเองของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.848 และมีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ ระหว่าง 0.316-0.731 และจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์การวัดการกำกับตนเองของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีข้อที่ผ่านคุณภาพการคัดเลือก จำนวน 12 ข้อ จากทั้งหมด 25 ข้อ คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.475-0.819

ตอนที่ 6 แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.852 และมีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ ระหว่าง 0.585-0.753 และจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์การวัดการเผชิญปัญหาของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีข้อที่ผ่านคุณภาพการคัดเลือก จำนวน 5 ข้อ จากทั้งหมด 7 ข้อ คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.644-0.825

ตอนที่ 7 แบบสอบถามการถ่ายทอดการเป็นมารดาของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.792 และมีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ ระหว่าง 0.293-0.698 และจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์การวัดการถ่ายทอดการเป็นมารดาของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีข้อที่ผ่านคุณภาพการคัดเลือก จำนวน 7 ข้อ จากทั้งหมด 14 ข้อ คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.527-0.658

ตอนที่ 8 แบบสอบถามการระต่อครอบครัวมารดาหลังคลอดครรภ์แรกมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.868 และมีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ ระหว่าง 0.446-0.780 และจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่ารูปแบบความสัมพันธ์การวัดการระต่อ

ครอบครัวมารดาหลังคลอดครั้งแรก มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีข้อที่ผ่านคุณภาพการคัดเลือก จำนวน 7 ข้อ จากทั้งหมด 9 ข้อ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.534-0.876

ตอนที่ 9 แบบสอบถามการรับรู้สุขภาพบุตรของมารดาหลังคลอดครั้งแรกมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.851 และมีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ระหว่าง 0.547-0.717 และจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์การวัดการรับรู้สุขภาพบุตรของมารดาหลังคลอดครั้งแรก มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีข้อที่ผ่านคุณภาพการคัดเลือก จำนวน 6 ข้อ จากทั้งหมด 9 ข้อ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.641-0.912

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง 2) การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา และ 3) การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้สามารถสรุปผลการวิจัยตามจุดมุ่งหมายได้ ดังนี้

1. จุดมุ่งหมายการวิจัยข้อที่ 1 เพื่อทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านบุคคลและ ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก

1.1 ผลการตรวจสอบความกลมกลืนของรูปแบบความสัมพันธ์ภายหลังจากการปรับรูปแบบความสัมพันธ์กับข้อมูลเชิงประจักษ์ทั้งกลุ่มรวม กลุ่มมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี และกลุ่มมารดาอายุ 20 ปีขึ้นไปพบว่า ค่าไค-สแควร์ (2) มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่าสถิติดังกล่าวขึ้นกับขนาดของกลุ่มตัวอย่างซึ่งหากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่ค่าไค-สแควร์จะยิ่งสูงมากจนทำให้สรุปได้ไม่ถูกต้อง ดังนั้นจึงแก้ไขโดยการพิจารณาค่า $2/df$ ซึ่งค่าที่ได้คือ 4.128 ซึ่งไม่เกิน 5 จึงถือว่าผ่านเกณฑ์ที่บ่งบอกได้ว่ารูปแบบความสัมพันธ์มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Bollen, 1989) สำหรับค่า RMSEA มีค่า 0.0647 ซึ่งน้อยกว่า 0.10 แสดงว่า รูปแบบความสัมพันธ์มีความกลมกลืน ส่วนค่า SRMR มีค่า 0.041 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 แสดงว่าโมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และ CFI มีค่า 0.97 ซึ่งมากกว่า 0.90 แสดงว่าโมเดลสอดคล้องกับข้อมูลประจักษ์ จากค่าดัชนีดังกล่าวจึงสรุปได้ว่ารูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกในเขตกรุงเทพมหานครที่ปรับแก้มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และการประมาณค่าขนาดอิทธิพลในรูปแบบความสัมพันธ์เป็นที่ยอมรับ

1.2 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีผลต่อตัวแปรผลในรูปแบบความสัมพันธ์ตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1- 1.11

จากอิทธิพลของตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีต่อตัวแปรผลดังภาพประกอบ 24, 25 และตาราง 6 สามารถสรุปผลการวิเคราะห์ตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 – 1.11 ดังนี้

สมมติฐานที่ 1.1 การกำกับตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก

ผลการวิจัยพบว่า ในรูปแบบความสัมพันธ์กลุ่มรวม(หลังปรับ) ตัวแปรการกำกับตนเองมีอิทธิพลทางตรง (DE) ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก สอดคล้องตามสมมติฐาน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง ในรูปแบบความสัมพันธ์กลุ่มรวมเท่ากับ 0.32 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐาน เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์ทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกัน โดยที่กลุ่มมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.14 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มมารดาอายุ 20 ปีขึ้นไป มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.98 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1.2 การกำกับตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อการเผชิญปัญหา และ คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก

ในรูปแบบความสัมพันธ์กลุ่มรวม (หลังปรับ) และจากผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐาน เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่พบอิทธิพลระหว่างการกำกับตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อการเผชิญปัญหา และ คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก จึงไม่สอดคล้องตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1.3 การรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก

ผลการวิจัยพบว่า ในรูปแบบความสัมพันธ์กลุ่มรวม (หลังปรับ) มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.59 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และจากผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐาน เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์ทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน โดย มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.52 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงสอดคล้องตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1.4 การรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อการกำกับตนเองและการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์

ผลการวิจัยพบว่า ในรูปแบบความสัมพันธ์กลุ่มรวม (หลังปรับ) การรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อการกำกับตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .01 และจากผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐาน เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์ทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน โดย การรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อการกำกับตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.64 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ผลการวิจัยไม่พบอิทธิพลทางตรงระหว่าง การรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลทางตรงและการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ สมมติฐานนี้จึงสอดคล้องเพียงบางส่วน

สมมติฐานที่ 1.5 การเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์มีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก

ผลการวิจัยพบว่า ในรูปแบบความสัมพันธ์กลุ่มรวม (หลังปรับ) มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ -0.19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และจากผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐาน เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์ทั้ง 2 กลุ่ม แตกต่างกันโดยที่กลุ่มมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มมารดาอายุ 20 ปีขึ้นไป มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สมมติฐานข้อนี้จึงสอดคล้องตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1.6 การเผชิญปัญหามีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก

ผลการวิจัยพบว่า ในรูปแบบความสัมพันธ์กลุ่มรวม (หลังปรับ) มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.05 ไม่มีนัยสำคัญ และจากผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐาน เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์ทั้ง 2 กลุ่มมีค่าเท่ากัน มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.06 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ สมมติฐานข้อนี้จึงไม่สอดคล้องตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1.7 การถ่ายทอดการเป็นมารดามีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก การกำกับตนเองและการเผชิญปัญหา

ผลการวิจัยพบว่า ในรูปแบบความสัมพันธ์กลุ่มรวม (หลังปรับ) การถ่ายทอดการเป็นมารดามีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ -0.01 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ และจากผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐาน เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.06 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการวิเคราะห์ไม่พบอิทธิพลระหว่างการถ่ายทอดการเป็นมารดากับ การกำกับตนเองและการเผชิญปัญหา สมมติฐานนี้จึงไม่สอดคล้องตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1.8 การรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก

ผลการวิจัยพบว่าในรูปแบบความสัมพันธ์กลุ่มรวม (หลังปรับ) และจากผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐานเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่พบอิทธิพลระหว่างการเรียนรู้ความสามารถตนเองมีต่อคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก จึงไม่สอดคล้องตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1.9 พฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก

ผลการวิจัยพบว่าในรูปแบบความสัมพันธ์กลุ่มรวม (หลังปรับ) มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และจากผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐานเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์ทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกัน โดยที่กลุ่มมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.14 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มมารดาอายุ 20 ปีขึ้นไป มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.98 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการวิจัยจึงสอดคล้องตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1.10 การรับรู้สุขภาพบุตรมีอิทธิพลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก

ผลการวิจัยพบว่าในรูปแบบความสัมพันธ์กลุ่มรวม (หลังปรับ) และจากผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐาน เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่พบอิทธิพลระหว่างการเรียนรู้สุขภาพบุตรกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก ผลการวิจัยจึงไม่สอดคล้องตามสมมติฐาน

พบผลการวิจัยเพิ่มเติมว่า ตัวแปรการเรียนรู้สุขภาพบุตรมีอิทธิพลทางตรงต่อการกำกับตนเอง ในรูปแบบความสัมพันธ์กลุ่มรวม (หลังปรับ) มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.59 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และจากผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐาน เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์ทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงเท่ากับ 0.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มมารดาอายุ 20 ปีขึ้นไป มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงเท่ากับ 0.23 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เพิ่มเติมจากสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 1.11 ภาวะต่อครอบครัวมีอิทธิพลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก

ผลการวิจัยพบว่า ในรูปแบบความสัมพันธ์กลุ่มรวม (หลังปรับ) มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และจากผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล

มาตรฐาน เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์ทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการวิจัยจึงสอดคล้องตามสมมติฐาน

2.สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรกที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และอายุ 20 ปีขึ้นไป

ผลการวิจัยพบว่า ผลทดสอบการไม่แปรเปลี่ยนของรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรกที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และอายุ 20 ปีขึ้นไป 1) รูปแบบความสัมพันธ์ไม่มีการแปรเปลี่ยนในด้านรูปแบบ ($\chi^2 = 834.10$, $df = 291$ ($p = .00$), $\chi^2/df = 2.866$, $CFI = 0.95$, $SRMR = 0.077$, $RMSEA = 0.073$) 2) ผลการทดสอบการไม่แปรเปลี่ยนด้านสัมประสิทธิ์องค์ประกอบของตัวแปรแฝง พบว่ามีความแตกต่างกันทั้งหมด 9 ประการ 3) ผลการทดสอบการไม่แปรเปลี่ยนของสัมประสิทธิ์อิทธิพล พบว่ามีความแตกต่างกันทั้งหมด 4 ตัว จึงสามารถสรุปได้ว่า จากผลการทดสอบการไม่แปรเปลี่ยนนี้สอดคล้องกับสมมติฐานบางส่วน

3.จุดมุ่งหมายการวิจัยข้อที่ 3 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว ในรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรกที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และอายุ 20 ปีขึ้นไป พบว่าค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรกระหว่างกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปีและกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป แตกต่างกัน โดยมีค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงแตกต่างกันเพียงบางส่วน ดังนั้น จึงยอมรับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 3 บางส่วน

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 รูปแบบความสัมพันธ์สมมติฐานที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีสมมติฐานย่อยตามเส้นทางอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ดังนี้

สมมติฐานที่ 1.1 การกำกับตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก

ผลการวิจัยพบว่า ในรูปแบบความสัมพันธ์กลุ่มรวม(หลังปรับ) ตัวแปรการกำกับตนเองมีอิทธิพลทางตรง (DE) ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง ในรูปแบบความสัมพันธ์กลุ่มรวม (.32, $P < .01$) ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐาน

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ดังกล่าว พบว่าสอดคล้องตามทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัว ได้พัฒนาขึ้นในปี 2009 โดย Ryan & Sawin ทฤษฎีนี้มีจุดเน้นให้ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวสามารถเกิดการจัดการตนเองได้โดยมองว่า ครอบครัวและผู้ป่วยเป็นหน่วยเดียวกัน มีอิทธิพลต่อการเกิดก่อเหตุให้เกิดการกระทำพฤติกรรม เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การที่จะทำให้ผู้ป่วยมี พฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมและปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องนั้น ขึ้นอยู่กับการสนับสนุนจากครอบครัว (Family support) เป็นส่วนสำคัญ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี มีความรักความเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการพัฒนาความรู้ทักษะ (Knowledge) และความสามารถในการกำกับตนเอง (self-regulation skill & abilities) ให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ได้ ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการตนเองต่อภาวะโรคได้อย่างต่อเนื่องยาวนาน จนเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี จะเห็นได้ว่าการกำกับตนเองเป็นปัจจัยหลักปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก

สมมติฐานที่ 1.2 การกำกับตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ และคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก

ในรูปแบบความสัมพันธ์กลุ่มรวม ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรการกำกับตนเองมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลรวม (TE) เท่ากับ 0.48 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีอิทธิพลทางตรง (DE) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง เท่ากับ 0.32 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางอ้อม (IE) เท่ากับ 0.19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตัวแปรการกำกับตนเองไม่พบการส่งอิทธิพลโดยตรงต่อการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์
สมมติฐานข้อนี้จึงสอดคล้องตามสมมติฐานเพียงบางส่วน

ปัจจัยทางจิตสังคมหลายประการมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตอย่างมาก โดยเฉพาะกับผู้ป่วย ดังเช่นการศึกษาของเอคเท (Echteld; et al. (2001) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่สวนหัวใจเพื่อการรักษาหลอดเลือดหัวใจตีบ สัมพันธ์กันอย่างมากกับการกำกับตนเอง และการเผชิญปัญหา ซึ่งผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง หากมีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง ไม่เผชิญกับความเป็นจริง ซึ่งจะทำให้การกำกับตนเองให้ปฏิบัติตนอย่างถูกต้องตามภาวะสุขภาพของตนเองต่ำลง ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยของ เนสและคณะ (Nes; et al. 2013) ศึกษาการกำกับตนเองในอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีการกำกับตนเองจากอาการเหนื่อยล้าสูง โดยที่ผู้ป่วยมีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง (Avoidance) จะสัมพันธ์กับการต่ำลงของคุณภาพชีวิต ซึ่งแสดงถึงการที่บุคคลมีภาวะใดภาวะหนึ่งที่กำลังเผชิญอยู่ส่งผลให้บุคคลมีการกำกับตนเองต่อภาวะ

นั้น และหากบุคคลมีลักษณะการเผชิญปัญหาที่หลีกเลี่ยงไม่เผชิญหน้าเพื่อแก้ปัญหาโดยตรง อาจทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ลดต่ำลงได้

สมมติฐานที่ 1.3 การรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก

ผลการวิจัยพบว่า ในรูปแบบความสัมพันธ์กลุ่มรวม (หลังปรับ) ตัวแปรการรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก สอดคล้องตามสมมติฐาน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง(DE) เท่ากับ 0.59 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางอ้อม (IE) เท่ากับ 0.18 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลรวม (TE) เท่ากับ 0.77 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ความสามารถของมารดาหลังคลอดบุตรแรกสอดคล้องกับทฤษฎีและส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก เนื่องจากการรับรู้ความสามารถเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองว่าจะจัดการดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในใจในสถานการณ์ที่แปลกใหม่ ที่ทำให้เกิดความเครียด ได้หรือไม่ โดยเทียบกับการรับรู้ความสามารถของตัวมารดาเอง ว่าตนเองจะสามารถแสดงพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวภายหลังคลอดบุตรได้ จากค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลระหว่างตัวแปรทั้ง 2 ค่อนข้างสูง หมายถึงมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกเมื่อผ่านระยะเวลาการปรับตัวต่อการแสดงบทบาทตนเองภายหลังคลอดอย่างน้อย 4 สัปดาห์แล้วมีการรับรู้ความสามารถตนเองว่าจะกระทำพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรได้

สอดคล้องกับการวิจัยของจันท์เพ็ญ อามพัฒน์และคณะ (2554) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาครั้งแรก พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของณรงค์กร ชัยวงศ์และคณะ (2557) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ศึกษาปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัวและภาวะซึมเศร้าที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองและครอบครัวของผู้ป่วย โดยใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัวของ ไรอันและซาวิน (Ryan; & Sawin. 2009) เป็นกรอบแนวคิด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับปานกลางและ การรับรู้ความสามารถตนเองกับการสนับสนุนจากครอบครัวร่วมกันทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองได้ร้อยละ 51 ($R^2=0.51$, $p<0.001$)

สมมติฐานที่ 1.4 การรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อการกำกับตนเองและการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์

ในรูปแบบความสัมพันธ์กลุ่มรวม ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรการรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลทางตรง (DE) ต่อการกำกับตนเอง (SR) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง เท่ากับ 0.55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ไม่พบการส่งอิทธิพลใดต่อการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ สมมติฐานข้อนี้จึงสอดคล้องตามสมมติฐานเพียงบางส่วน

การรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลทางตรง (DE) ต่อการกำกับตนเอง (SR) ทั้งการรับรู้ความสามารถตนเองและการกำกับตนเองเป็นองค์ประกอบในการมิติของกระบวนการจัดการตนเองตามกรอบทฤษฎีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว (Ryan & Sawin, 2009) ปัจจัยในมิตินี้ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจของ บุคคล ทักษะในการกำกับตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งทักษะการกำกับตนเองเป็นผลที่เกิดมาจากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองแล้วเกิดการทำการกระบวนการซ้ำๆ จนเป็นทักษะที่สามารถทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัย

การรับรู้ความสามารถตนเองไม่พบการส่งอิทธิพลใดต่อการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของหยางและคณะ ในวัยรุ่นที่รอดชีวิตจากแผ่นดินไหวในประเทศจีน พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญปัญหามุ่งแก้ไขปัญห ($r=0.292$, $p<.01$) แต่วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์นั้นไม่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเอง (Yang; et al. 2010)

สมมติฐานที่ 1.5 การเผชิญปัญหามีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก

ในรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุกลุ่มรวม (หลังปรับ) ผลการวิจัยพบว่า การเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์มีอิทธิพลทางตรง (DE) ต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง เท่ากับ -0.19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางอ้อม (IE) เท่ากับ 0.03 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลรวม (TE) เท่ากับ -0.16 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งแสดงถึงการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์มีอิทธิพลทางลบกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก สมมติฐานข้อนี้จึงสอดคล้องตามสมมติฐาน

การพบค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงติดลบ แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ในทางกลับกัน ระหว่างการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์กับคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก หากบุคคลมีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกลดลงได้ ซึ่งสอดคล้อง

กับการศึกษาของไวด์บรัช (Wiedebusch. 2010) ที่พบว่าผู้ปกครองของเด็กที่มีภาวะป่วยทางไต ซึ่งมีภาวะเครียด เมื่อศึกษาถึงวิธีเผชิญความเครียด พบว่าหากมารดามีการเผชิญปัญหาโดยการมุ่งเป้าหมายไปที่บุตรเพียงอย่างเดียวและมีการรับรู้ว่าจะมีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน มารดาจะมีคุณภาพชีวิตที่ลดต่ำลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ เพอร์ซาที่ศึกษาในมารดาที่ดูแลบุตรเป็นหอบหืด พบว่าคุณภาพชีวิตของมารดา ไม่ได้ขึ้นกับภาวะโรคที่มากน้อยของบุตร แต่ขึ้นกับวิธีเผชิญปัญหาของมารดา หากมารดามุ่งไปที่อาการเจ็บป่วยของบุตร หรือใช้หลักทางศาสนาในการเผชิญความเครียด คุณภาพชีวิตของมารดาและบุตรจะลดต่ำลง (Perosa. 2013)

สมมติฐานที่ 1.6 การเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก

ในรูปแบบความสัมพันธ์กลุ่มรวม(หลังปรับ) ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์มีอิทธิพลทางตรง (DE) ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง เท่ากับ 0.05 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นสมมติฐานข้อนี้จึงไม่สอดคล้องตามสมมติฐาน

การศึกษาของแพดดิสันและคณะ (Paddison; et al. 2008)พบว่าปัจจัยทางจิต ได้แก่ความเชื่อเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราว และการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งต่างๆ ควบคุมได้ยากมาก จึงไม่มีความแน่นอน สามารถเปลี่ยนไปมาได้ แม้ว่าปัจจัยทางจิตจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล ในบางครั้งอาจส่งผลทางบวก บางครั้งอาจส่งผลทางลบ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ เป็นปัจจัยทางจิตตัวหนึ่งที่อาจส่งผลไม่แน่นอนต่อการปรับพฤติกรรม จึงสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้

สมมติฐานที่ 1.7 การถ่ายทอดการเป็นมารดาที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก การกำกับตนเองและการเผชิญปัญหา

ผลการวิจัยพบว่า ในรูปแบบความสัมพันธ์กลุ่มรวม (หลังปรับ) ตัวแปรการถ่ายทอดการเป็นมารดา (MMS) มีอิทธิพลทางตรง (DE) ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง เท่ากับ -0.01 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และถ่ายทอดการเป็นมารดา (MMS) ไม่พบการส่งอิทธิพลใดต่อการกำกับตนเองและการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ ดังนั้นสมมติฐานข้อนี้จึงไม่สอดคล้องตามสมมติฐาน

ถ่ายทอดทางสังคมเกี่ยวกับการเป็นมารดาเป็นประสบการณ์พื้นฐานความคิด ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม บรรทัดฐานและการกระทำพฤติกรรมต่างๆ ในเรื่องของการเป็นมารดาที่บุคคลได้รับมาจากครอบครัวและบริบทในชีวิต บทบาททางเพศเป็นส่วนสำคัญในการเรียนรู้จากการถ่ายทอดทางสังคมของมารดาสู่บุตรสาว ซึ่งอาจเกิดจากการสอนโดยตรงหรือจากการเลียนแบบจากมารดา การถ่ายทอดทางสังคมนั้นมีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ความเชื่อ บรรทัดฐานทางสังคม สภาพแวดล้อม

ที่อยู่อาศัย รูปแบบของการเลี้ยงดูและการส่งเสริมพัฒนาการ ระดับการศึกษาของผู้ถ่ายทอด แต่ลักษณะของการถ่ายทอดทางสังคมนั้นขึ้นกับปัจจัยหลายประการ เช่น วุฒิภาวะในขณะที่ถ่ายทอด ระหว่างผู้ถ่ายทอดกับผู้รับการถ่ายทอด อาจทำให้ความเข้าใจคลาดเคลื่อนเป้าหมายของผู้ถ่ายทอดกับผู้รับการถ่ายทอดอาจไม่ตรงกัน สภาวะร่างกายและอารมณ์ในขณะที่ถ่ายทอด เหล่านี้อาจทำให้ประสิทธิภาพการถ่ายทอดทางสังคมไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร (Rossen; et al. (2016) ดังเช่นการถ่ายทอดการเป็นมารดาที่ผู้ถ่ายทอดทั้งทางตรงและทางอ้อม อาจมีปัจจัยบางประการที่ส่งผลให้ประสิทธิภาพหรือความชัดเจนในการถ่ายทอดนั้นไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดอิทธิพลที่มีนัยสำคัญต่อตัวแปรที่ศึกษาได้

สมมติฐานที่ 1.8 การรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก

ผลการวิจัยพบว่าในรูปแบบความสัมพันธ์กลุ่มรวม (หลังปรับ) ไม่พบการส่งอิทธิพลใดระหว่างตัวแปรการรับรู้ความสามารถตนเอง (SE) กับคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก (MQOL) ดังนั้นสมมติฐานข้อนี้จึงไม่สอดคล้องตามสมมติฐาน

ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของครัมม์และคณะ (Crumm; et al. 2013) ได้ศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ความสามารถตนเองของเด็กป่วย ผู้ปกครอง กับคุณภาพชีวิต พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ปกครองในคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจไม่สามารถทำนายได้ แต่คุณภาพชีวิตด้านสังคมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < .01$ ซึ่งในการดูความสัมพันธ์ระหว่างกันนั้น อาจเกิดความไม่แน่นอนในเรื่องของอาการ ความคงที่ของโรค หรือการมีอาการที่กำเริบขึ้น ซึ่งส่งผลให้เกิดความไม่สัมพันธ์กันได้ การไม่ได้กำหนด หรือถามถึงบริบทเหล่านี้ อาจส่งผลต่อความสัมพันธ์หรืออำนาจการทำนายได้

จากผลการวิจัยไม่พบอิทธิพลทางตรงตามสมมติฐานแต่จากรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุหลังปรับโมเดล พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลทางอ้อมส่งผ่านทางพฤติกรรม การจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกไปสู่คุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกซึ่งสอดคล้องตามทฤษฎีพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกของไรอันและซาวิน (Ryan; & Sawin. 2009) ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ระยะสั้นคือพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัว ซึ่งจะทำให้เกิดผลลัพธ์ระยะยาวคือเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

สมมติฐานที่ 1.9 พฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก

ผลการวิจัยพบว่าในรูปแบบความสัมพันธ์กลุ่มรวม (หลังปรับ) ตัวแปรพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก มีอิทธิพลทางตรง (DE) ต่อคุณภาพชีวิตของ

มารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง เท่ากับ 0.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงสอดคล้องตามสมมติฐาน

แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด หากมารดาสามารถแสดงพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวได้ดี คุณภาพชีวิตของมารดาก็จะดีตามไปด้วย จะเห็นได้ว่าเป็นไปตามทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัวของไรอันและซาวิน (2009) โดยทฤษฎีกล่าวถึง การที่บุคคลและครอบครัวกำลังอยู่ในสภาวะที่เกิดการเปลี่ยนแปลงได้แก่การมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือเป็นการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการครอบครัว จะทำให้บริบท สถานการณ์ของปัจจัยเสี่ยงต่างๆรวมถึงการป้องกันสุขภาพได้เปลี่ยนแปลงไป ทำให้บุคคลในครอบครัวเกิดกระบวนการจัดการตนเอง จนได้ผลลัพธ์ระยะสั้นคือ เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามเงื่อนไขที่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่นั้น และจะนำไปสู่ผลลัพธ์ระยะยาว คือเกิดคุณภาพชีวิตและความผาสุกในครอบครัว

อีกทั้งยังสอดคล้องกับการวิจัยของมิสราและเลเกอร์ (Misra; & Lager. 2008) ได้ทำการวิเคราะห์อิทธิพล (path model) การทำนายคุณภาพชีวิตของในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีภาวะเบาหวาน จำนวน 180 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองดี จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี โดยที่พฤติกรรมการจัดการตนเองเป็นตัวแปรต้นกลางระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต การสนับสนุนทางสังคมจึงมีอิทธิพลทั้งทางตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($\beta = -.28$) และอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิต ในขณะที่พฤติกรรมการจัดการตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิต ($\beta = .39$) และจากการศึกษาของณรงค์กร ชัยวงศ์และคณะ (2557) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) ศึกษาปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัวและภาวะซึมเศร้าที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองและครอบครัวของผู้ป่วย โดยใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัวของ ไรอันและซาวิน (Ryan; & Sawin. 2009) เป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างคือผู้มาตรวจรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอก จำนวน 155 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 20 ราย ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง ค่า Cronbach' alpha coefficient ระหว่าง 0.87-0.97 ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยหลายตัวแปร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับปานกลางและ การรับรู้ความสามารถตนเองกับการสนับสนุนจากครอบครัวร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ร้อยละ 51 ($R^2=0.51$, $p<0.001$) การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($r=-0.167$, $p<0.05$)

สมมติฐานที่ 1.10 การรับรู้ต่อบุตรมีอิทธิพลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตร

ผลการวิจัยพบว่าในรูปแบบความสัมพันธ์ฯ กลุ่มรวม (หลังปรับ) การรับรู้สุขภาพบุตรไม่พบการส่งอิทธิพลใดต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก ดังนั้นสมมติฐานข้อนี้จึงไม่สอดคล้องตามสมมติฐาน

จากการศึกษาของรีเบคคาและคณะ (Rebecca; et al. 2017) พบว่าการมีทัศนคติบางอย่างที่นั่นเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพจิต ซึ่งส่งผลต่อการมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีของบุตรบิดาของเด็กที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 8 ปี มีทัศนคติทางลบต่อแหล่งสุขภาพจิต และการมีทัศนคติต่อภาวะทางจิตของบุตรนั้นเป็นเรื่องที่จัดการได้ยาก จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของบุตรไม่ดีขึ้น

ผลการวิจัยพบเพิ่มเติมว่า ตัวแปรการรับรู้สุขภาพบุตรมีอิทธิพลทางตรงต่อการกำกับตนเองโดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง เท่ากับ 0.46 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเพิ่มเติมจากสมมติฐานที่ตั้งไว้

ผลการวิจัยพบความสัมพันธ์เพิ่มเติมจากสมมติฐานที่ตั้งไว้ คือตัวแปรการรับรู้สุขภาพบุตรมีอิทธิพลทางตรงต่อการกำกับตนเอง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง เมื่อพิจารณาแล้วจะพบว่าเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคมของบันดูรา (Bandura. 1986) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงไม่ได้เป็นผลมาจากสภาพแวดล้อมเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลจากกระบวนการทางปัญญา 3 ประการคือ 1) การเรียนรู้จากการสังเกต 2) การกำกับตนเอง และ 3) การรับรู้ความสามารถตนเอง ซึ่งการเปลี่ยนพฤติกรรมจากสตรีที่มีครอบครัวก้าวไปสู่การมีบุตรต้องแสดงพฤติกรรมการเป็นมารดา อาศัยกระบวนการทางปัญญานี้เช่นกัน ซึ่งปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการกำกับตนเอง มีหลายประการ ได้แก่ ประโยชน์ส่วนตัว (Personal benefits) รางวัลทางสังคม (Social reward) การสนับสนุนจากตัวแบบ (Modeling support) ปฏิกริยาทางลบจากผู้อื่น (Negative sanction) การสนับสนุนจากสภาพแวดล้อม (Contextual support) และการลงโทษตนเอง (Self-Inflicted punishment) ซึ่งการรับรู้สุขภาพบุตร เป็นการรับรู้ของมารดาหลังคลอดบุตรในด้านภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและอารมณ์ตามการรับรู้ของมารดา เช่น การเจริญเติบโตตามพัฒนาการ การมีน้ำหนักเพิ่มตามเกณฑ์ปกติ การรับประทานอาหารได้ตามวัย การมีสุขภาพแข็งแรง การมีอารมณ์ดีเป็นส่วนหนึ่งของความรักผูกพันต่อบุตร (Bonding and attachment) ซึ่งส่วนหนึ่งของความรักและผูกพันนี้เกิดจากการตอบสนองทางอารมณ์ร่วมกัน การมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งและกันระหว่างมารดากับบุตรมารดาจะรู้สึกมีความสุขเมื่อได้กระทำสิ่งต่างๆ ให้บุตร (Mercer. 2004) จะเห็นได้ว่า การรับรู้ต่อบุตรเป็นปัจจัยประการหนึ่งในปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกำกับตนเองการรับรู้ว่ามีสุขภาพดี มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ดี เป็นเสมือนการได้รับรางวัลจากบทบาทมารดา (social reward) และ

รู้สึกเหมือนตนกำลังได้รับประโยชน์ส่วนตัวจากการเลี้ยงดูบุตร (personal benefits) ส่งผลให้มารดามีการกำกับตนเองในการกระทำพฤติกรรมการเป็นมารดาหลังคลอดบุตรได้ดี

ความสัมพันธ์ส่งไปยังพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว โดยการกำกับตนเองเป็นตัวแปรคั่นกลาง อ้าง (Thun-Hohenstein; et al. 2008: 9) จากการอภิปรายข้างต้น หากพิจารณาต่อเนื่องถึงตัวแปรพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก จะเห็นได้ว่าการรับรู้สุขภาพบุตรนั้นเกิดกับมารดาตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ (Thun-Hohenstein; et al. 2008) เนื่องจากการวิจัยของ ทันโฮลสเทน พบว่าความผูกพัน การปฏิสัมพันธ์กันระหว่างมารดาและบุตรในครรภ์ นั้นเกิดขณะมารดาทำอัลตราซาวนด์ได้เห็นใบหน้า แขนขา ได้เตะในบริเวณที่เป็นใบหน้า ผ่านทางหน้าท้องในบริเวณที่เห็นจากจออัลตราซาวนด์ แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าเกิดความรักความผูกพันกับบุตรตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ และคงอยู่นานแม้จะผ่านการคลอดไปแล้ว 3 เดือน

มารดาส่วนใหญ่ทั้ง 2 กลุ่มอายุเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ ซึ่งการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่จะก่อให้เกิดความรักความผูกพันกันอย่างมาก ส่งผลให้การรับรู้สุขภาพบุตรดี การได้ให้นมบุตรด้วยตนเองเป็นพฤติกรรมการเป็นมารดาอย่างหนึ่งที่ทำให้มารดาต้องปรับตัวให้มีการกำกับตนเองสูง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายคือ ให้นมบุตรได้นมแม่จนอิ่ม

สมมติฐานที่ 1.11 ภาวะต่อครอบครัวมีอิทธิพลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก

ในรูปแบบความสัมพันธ์กลุ่มรวม (หลังปรับ) ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรภาวะต่อครอบครัวมีอิทธิพลทางตรง (DE) ต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงเท่ากับ 0.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงสอดคล้องตามสมมติฐาน

ภาวะต่อครอบครัว เป็นการรับรู้ของมารดาหลังคลอดว่าตนเองต้องรับผิดชอบต่อบุคคลในครอบครัว ในการหารายได้ใช้จ่ายในครอบครัว การดูแลความเป็นอยู่บุคคลในครอบครัว การรับผิดชอบต่อการงานบ้านว่ามีมากน้อยเพียงใด หากมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรกมีภาวะต่อครอบครัวมาก อาทิเช่น การต้องหารายได้เข้าสู่ครอบครัว ในขณะที่ต้องเลี้ยงดูบุตรคนแรก และยังต้องดูแลงานบ้าน ทำให้มารดาหลังคลอดครรภ์แรก เกิดภาวะเครียดซึ่งจะส่งผลทางลบต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจของมารดา (Hung. 2006; Zhou; et.al.2009; Coyle. 2009) ทำให้คุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกลดต่ำลง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอังคินันท์อินทรกำแหงและคณะ (2550) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและดัชนีวัดภาวะวิกฤตชีวิตสตรีไทยสมรสวัยกลางคนที่ทำงานนอกบ้านในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่าภาวะต่อครอบครัวส่งผลต่อภาวะวิกฤตชีวิตสตรีไทย ($B=0.138, p<.000$) และ การศึกษาของอรพินทร์ ชูชมและคณะ (2552) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์

ระหว่างครอบครัว-งานที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต พบว่าภาวะครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตสมรสและคุณภาพการดูแลบุตร ($r = -0.096$, $p < .001$)

สมมติฐานข้อที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และอายุ 20 ปีขึ้นไป

ผลการวิจัยพบว่า ผลทดสอบการไม่แปรเปลี่ยนของรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรกที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และอายุ 20 ปีขึ้นไป 1) รูปแบบความสัมพันธ์ไม่มีการแปรเปลี่ยนในด้านรูปแบบ ($\chi^2 = 834.10$, $df = 291$ ($p = .00$), $\chi^2 / df = 2.866$, $CFI = 0.95$, $SRMR = 0.077$, $RMSEA = 0.073$) 2) ผลการทดสอบการไม่แปรเปลี่ยนด้านสัมประสิทธิ์องค์ประกอบของตัวแปรแฝง พบว่ามีความแตกต่างกันทั้งหมด 9 องค์ประกอบ 3) ผลการทดสอบการไม่แปรเปลี่ยนของสัมประสิทธิ์อิทธิพล พบว่ามีความแตกต่างกันทั้งหมด 4 ตัวแปร จึงสามารถสรุปได้ว่าจากการทดสอบการไม่แปรเปลี่ยนนี้สอดคล้องกับสมมติฐานบางส่วน

ในด้านสัมประสิทธิ์องค์ประกอบของตัวแปรแฝง พบว่ามีความแตกต่างกันทั้งหมด 9 องค์ประกอบคือ 1) ในตัวแปรคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก แตกต่างกัน 2 องค์ประกอบ ในคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 2) ตัวแปรพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัว แตกต่างกัน 2 องค์ประกอบ ในด้านการจัดการภายในบ้านและการจัดการตนเอง 3) ตัวแปรการกำกับตนเอง แตกต่างกัน 3 องค์ประกอบ ในด้านการกระทำในสิ่งบวก ด้านการควบคุมตนเอง และด้านการแสดงออกถึงความรักและความต้องการ 4) ตัวแปรการรับรู้ความสามารถตนเอง แตกต่างกันทั้ง 2 องค์ประกอบ ในด้านความคาดหวังความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลของการกระทำสัมประสิทธิ์องค์ประกอบของตัวแปรแฝงที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มมารดาอายุ 20 ปีขึ้นไปกับอายุน้อยกว่า 20 ปี แสดงถึงค่าน้ำหนักของตัวแปรสังเกตที่ได้ออกมาจากการโดยวัดผ่านเครื่องมือเดียวกัน แต่ให้ค่าที่แตกต่างกันซึ่งส่วนใหญ่ค่าในกลุ่มมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปีมีค่าที่สูงกว่ามารดาอายุ 20 ปีขึ้นไป ดังนั้นเครื่องมือที่ใช้ในการวัดครั้งนี้ในองค์ประกอบที่แตกต่างกันอาจพิจารณาใช้เครื่องมือที่แตกต่างกัน

ในด้านสัมประสิทธิ์อิทธิพล พบว่ามีความแตกต่างกันทั้งหมด 4 ตัวแปร คือ 1) ตัวแปรการรับรู้สุขภาพบุตรกับการกำกับตนเองเปรียบเทียบกับกลุ่มมารดาอายุ 20 ปีขึ้นไปกับอายุน้อยกว่า 20 ปี ($\beta = 0.23$, $p < .01$; $\beta = 0.40$, $p < .01$) 2) ตัวแปรการกำกับตนเองกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก ($\beta = -0.11$, $p < .05$; $\beta = 0.70$, $p < .01$) 3) ตัวแปรการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์กับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก ($\beta = -0.30$, $p < .01$; $\beta = -0.10$, $p < .01$) 4) ตัวแปร

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก ($\beta=0.98, p<.01; \beta=0.14, p<.05$)

จากการพิจารณาผลการวิจัยที่พบทั้งจากรูปแบบความสัมพันธ์กลุ่มรวมและการ (หลังปรับ) เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์ที่เพิ่มเติมจากสมมติฐาน โดยการพิจารณากลุ่ม พบผลการวิจัย 2 ทั้งความสัมพันธ์ทั้งอทธิพลทางตรง ร่วมกับอทธิพลทางอ้อม การส่งผ่านอทธิพลของตัวแปรส่งผ่าน และความแตกต่างของกลุ่มมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก พบได้ว่ามีความสัมพันธ์ที่น่าสนใจ คือ

ความสัมพันธ์ของตัวแปร การกำกับตนเอง พฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก และคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก ในกลุ่มมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี และกลุ่มมารดาอายุ 20 ปีขึ้นไป

กลุ่มมารดาอายุ 20 ปีขึ้นไป พบความสัมพันธ์อทธิพลระหว่างการกำกับตนเองและคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรกมีค่าเป็นลบจากการศึกษาของรีปีทและคณะ (2016) พบว่าการกำกับตนเองมีอทธิพลทางลบแสดงถึงการเกิดความล้มเหลวของการกำกับตนเอง ซึ่งอาจเกิดได้ในกรณีบุคคลเกิดอารมณ์ทางลบต่อสถานการณ์ (negative affect) ความล่าช้าทางอารมณ์ การตัดสินใจ การปรับตัวของบุคคล (procrastination) (Rebetez; et al. 2016) อีกทั้งหากบุคคลมีการตัดสินใจที่ไม่ดี (maladaptive decision making) จะส่งผลให้ การกำกับตนเองล้มเหลวได้เช่นกัน (Halama. 2017) ความล่าช้านี้จะสัมพันธ์กับแรงจูงใจ กระบวนการคิดและอารมณ์ ทำให้เกิดการขาดหายไปของการบูรณาการ หรือการคิดอ่านที่ชัดเจน (Rebetez; et al. 2015) ซึ่งในกลุ่มมารดาที่อายุ 20 ปีขึ้นไปอาจเกิดความล้มเหลวในการกำกับตนเองได้หากมารดาไม่มีความรู้สึกในทางลบ

3.สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงเชิงสาเหตุของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว ในรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรกที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และอายุ 20 ปีขึ้นไป พบว่าค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรกระหว่างกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปีและกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป แตกต่างกัน โดยมีค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงแตกต่างกันเพียงบางส่วน ดังนั้น จึงยอมรับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 3 บางส่วน

ผลการค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของมีต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรกระหว่างกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปีและกลุ่มอายุ 20 ปีในการวิเคราะห์ครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี เป็นฐาน และให้กลุ่มมารดาอายุ 20 ปี ขึ้นไปเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ตัวแปรแฝงที่พบค่าเฉลี่ยแตกต่างกันระหว่างกลุ่มมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี และกลุ่มมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ตัวแปรพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว ตัวแปร

การรับรู้สุขภาพบุตร และตัวแปรการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ โดยตัวแปรที่กลุ่มมารดาอายุ 20 ปีขึ้นไปมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี คือ ตัวแปรพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว ตัวแปรการรับรู้สุขภาพบุตร (t -value = -9.05 และ -3.02 ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่าตัวแปรพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครั้งแรกทั้งในด้านการเป็นมารดา การเป็นภรรยา การจัดการเรื่องภายในบ้านและการดูแลตนเองของมารดาอายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถแสดงพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวได้ดีกว่ามารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Steinberg (2011) พบว่ามารดาวัยรุ่นจะมีความยากลำบากในการจัดการบทบาทตนเองให้เกิดความสมดุลระหว่างบทบาทวัยรุ่นของตนเองและบทบาทการเป็นมารดา และการศึกษาของ McVeigh และ Smith (2000) พบว่าอายุของมารดาหลังคลอดจะสัมพันธ์กับความมั่นใจในการเป็นมารดา เมื่อเลี้ยงบุตรด้วยตนเองทำให้ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้อย่างมีคุณภาพเนื่องจากพฤติกรรมในการเลี้ยงดูบุตรที่ไม่เหมาะสมทั้งในด้านการมีปฏิสัมพันธ์ตัวแปรการรับรู้สุขภาพบุตรในกลุ่มมารดาอายุ 20 ปีขึ้นไปมีค่าเฉลี่ยที่สูงกว่ากลุ่มมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Lewin และคณะ (2013) พบว่ามารดาอายุน้อยมักไม่ค่อยเล่นหรือพูดคุยกับบุตร ไม่ค่อยใส่ใจในบุตรของตน ไม่ดูแลฝึกฝนทักษะต่างๆ ให้บุตร ซึ่งส่งผลให้มารดาที่มีการรับรู้สุขภาพบุตรน้อย

ตัวแปรการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ กลุ่มมารดาอายุ 20 ปีขึ้นไปมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มอายุ 20 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของฤติปงบางกะดี (2551) และ Lamela และ Figueiredo (2013) ที่พบว่ามารดาวัยรุ่นยังอยู่ในช่วงพัฒนาการที่มักตอบสนองต่อความต้องการของตนเองก่อน นึกถึงความต้องการของบุตรน้อย มีความอดทนน้อย เกิดความขัดแย้งระหว่างการมุ่งเน้นดูแลที่บุตรหรือการมุ่งเน้นที่ความต้องการของตัวเอง มารดาวัยรุ่นกลัวการปฏิเสธจากเพื่อน กลัวการอยู่คนเดียว การต้องแยกตัวออกจากสังคมเพื่อนเพื่อเลี้ยงดูบุตร จึงส่งผลให้เกิดความเครียดสูงและส่งผลให้มีการเผชิญปัญหาแบบก้าวร้าว และอาจทำร้ายบุตรได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ประโยชน์

1. จากการวิจัยนี้พบว่าการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ส่งอิทธิพลทางลบสูงที่สุดต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดครั้งแรกทั้งในกลุ่มมารดาที่อายุน้อยกว่า 20 ปี และกลุ่มมารดาอายุ 20 ปีขึ้นไป แสดงว่าหากมารดาหลังคลอดครั้งแรกมีวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์จะส่งผลให้มารดาที่มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง ดังนั้นในสถานบริการสุขภาพ ทั้งหน่วยฝากครรภ์ และตึกหลังคลอด ควรมีการประเมินวิธีในการแก้ปัญหาของสตรีตั้งครรภ์หรือมารดาหลังคลอดเป็นรายบุคคล หากพบว่าวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ พยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพควรมีการพูดคุย อธิบายเพื่อให้ทราบถึง

ข้อดีและข้อดีของการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ ซึ่งแจ้งให้มารดาเกิดความตระหนักและลดการใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ลง มารดาจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. จากการวิจัยในกลุ่มมารดาหลังคลอดครรภ์แรกอายุน้อยกว่า 20 ปีพบว่ามารดาที่รับรู้สุขภาพบุตรส่งผลทางตรงต่อการกำกับตนเองของ มารดาหลังคลอดครรภ์แรก มากกว่ามารดาอายุ 20 ปีขึ้นไป ดังนั้นในมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี ควรส่งเสริมให้มีการรับรู้สุขภาพบุตร เพื่อให้เกิดการกำกับตนเองที่ดีและเหมาะสม บุคลากรสุขภาพในตึกหลังคลอด และหน่วยตรวจหลังคลอด ควรเปิดโอกาสให้มารดาได้พบบุตร ได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุตร และควรให้มารดา ได้พูดคุยและทราบถึงสุขภาพบุตรจากแพทย์โดยตรง หรือควรเตรียมการเพิ่มการรับรู้สุขภาพบุตรในทางบวกแก่มารดา ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ โดยอาจรวมแนวทางการดูแลบุตรให้มีสุขภาพดีอยู่ในคำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์และหลังคลอดแก่มารดา ซึ่งปรับเป็นรูปแบบคำแนะนำ วิดีทัศน์ การ์ตูน หรือสื่อที่น่าสนใจเหมาะสมตามวัยของมารดา เพื่อส่งเสริมให้มารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี มีการกำกับตนเองในการเป็นมารดาและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การวิจัยยังพบอีกว่าในกลุ่มมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่อายุน้อยกว่า 20 ปี การกำกับตนเองจะส่งผลดีโดยตรงและสูงที่สุดต่อคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ดังนั้นหากต้องการให้มารดาอายุน้อยกว่า 20 ปีมีคุณภาพชีวิตที่ดี บุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องและบุคคลในครอบครัว ควรเน้นการสร้างเสริมการกำกับตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการกระทำในสิ่งบวก การควบคุมตนเอง และการแสดงออกถึงความรักและความต้องการแก่มารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่ดีโดยเฉพาะในคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจที่ส่งผลทางบวกมากกว่ากลุ่มมารดาอายุ 20 ปีขึ้นไป

3. ในกลุ่มมารดาหลังคลอดครรภ์แรก อายุ 20 ปีขึ้นไป การวิจัยนี้พบว่ามารดาที่กำกับตนเองส่งอิทธิพลทางลบไปสู่คุณภาพชีวิตมารดาในขณะที่พฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวส่งผลบวกสูงสุดไปยังคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดครรภ์แรก จะเห็นได้ว่าในกลุ่มมารดาอายุ 20 ปีขึ้นไป หากต้องการให้เกิดคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่ดี จะต้องมุ่งไปที่การส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวที่ดีจึงจะผลมาสู่คุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดครรภ์แรก หากส่งเสริมการกำกับตนเองเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น อาจส่งผลในทางลบต่อมารดาหลังคลอดที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปได้ ดังนั้นในมารดาในกลุ่มนี้ บุคลากรทางสุขภาพในระยะหลังคลอดควรจัดโปรแกรมให้ความรู้และให้คำปรึกษาแก่มารดาหลังคลอดและครอบครัว เพื่อสร้างพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัวที่เหมาะสม ทั้งในด้านการเป็นมารดา การเป็นภรรยา และควรเน้นหนักในด้านการจัดการภายในบ้าน และด้านการจัดการตนเองให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น ให้มารดาและสมาชิกในครอบครัวสามารถรู้ถึง

บทบาทหน้าที่ของตนเอง การวางแผนในการจัดการสิ่งต่างๆ ตามบทบาทของมารดาหลังคลอด และบทบาทของสมาชิกในครอบครัวที่คอยช่วยเหลือ สนับสนุนมารดาหลังคลอดครรภ์แรก

4. จากการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลทางตรงและมีค่าสูงสุดต่อการกำกับตนเองและพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกทั้ง 2 กลุ่ม ดังนั้นการทำให้มารดาหลังคลอดมีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับสูงจะส่งผลให้เกิดการกำกับตนเองและมีพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว ในระดับสูงเช่นกัน โดยที่มารดาในกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปีควรมุ่งเน้นส่งเสริมให้เกิดความคาดหวังในความสามารถตนเอง ในขณะที่มารดาอายุ 20 ปีขึ้นไป ควรมุ่งเน้นส่งเสริมให้เกิดความคาดหวังในผลของการกระทำ จึงเหมาะสมที่จะส่งผลให้การรับรู้ความสามารถตนเองของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกเพิ่มมากขึ้นได้ ดังนั้นบุคลากรในหน่วยฝากครรภ์และตึกหลังคลอดควรมีการจัดโปรแกรมสำหรับการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองในการเป็นมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี เน้นสร้างความมั่นใจ ให้พลังใจ ในการเป็นมารดา โดยพยาบาลประจำหน่วยพูดคุยสร้างพลังใจ ให้คำปรึกษา ชี้แจง ตอบข้อสงสัยแก่มารดา หรือให้มารดาได้ดู วิดีทัศน์ การพูดให้กำลังใจจากมารดาที่อยู่ในกลุ่มอายุเดียวกัน แต่ในกลุ่มมารดาอายุ 20 ปีขึ้นไป การจัดโปรแกรมสำหรับการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองมุ่งเน้นไปที่การสร้างพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวที่ดี จะส่งผลลัพธ์ที่ดีอย่างไรบ้างต่อตัวมารดาและต่อบุตร โดยให้คำแนะนำ ให้ความรู้ และให้ดูวิดีโอเกี่ยวกับขั้นตอนการจัดการตนเองและครอบครัวที่ดีเป็นอย่างไร และทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีอย่างไรบ้าง

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัยต่อไป

1. จากผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกกับคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดระหว่างกลุ่มมารดาหลังคลอดอายุน้อยกว่า 20 ปีและกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป พบว่ามีความแตกต่างกันทั้งค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบและค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล โดยมีความแตกต่างกันในค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบระหว่างกลุ่มของตัวแปรการกำกับตนเอง พฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว คุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดครรภ์แรก และการรับรู้ความสามารถตนเอง การศึกษาครั้งต่อไปที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรเหล่านี้ จึงควรพิจารณาการสร้างเครื่องมือในการวัดให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มคือกลุ่มมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี และกลุ่มมารดาอายุ 20 ปีขึ้นไปจะเหมาะสมยิ่งขึ้น

ในทำนองเดียวกันงานวิจัยนี้พบความแตกต่างกันในค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล ระหว่างกลุ่มของการรับรู้สุขภาพบุตร การเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ พฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวและคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดครรภ์แรก การศึกษาครั้งต่อไปที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรเหล่านี้ จึงควร

พิจารณาจัดแยกการศึกษาเฉพาะกลุ่มอายุมารดาหลังคลอดครรภ์แรกจะมีความเหมาะสมมากกว่า การศึกษารวมกันทั้ง 2 กลุ่ม

2. จากผลการวิจัยพบว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกมีการส่งอิทธิพลผ่านพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวก่อนที่จะมาสู่คุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ดังนั้นในการศึกษาต่อไปอาจค้นคว้า การพัฒนาพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกให้เหมาะสมนั้น จะมีตัวแปรคั่นกลางใดที่ทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวที่ดี เพื่อนำไปสู่การวางแผนปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมต่อไป

3. จากข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง จะเห็นได้ว่าการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลในโรงพยาบาลทั้ง 9 แห่ง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาจากคลินิกการตรวจหลังคลอดบุตร ซึ่งระยะเวลาในการตรวจหลังคลอดบุตรจะอยู่ในช่วงเวลา 4-12 สัปดาห์ ทำให้ได้กลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีช่วงเวลาในการจัดการตนเองและครอบครัวที่เน้นหนักมาในช่วงแรกถึง ร้อยละ 81.3 ในการศึกษาครั้งต่อไปอาจพิจารณารวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลอื่นๆ ร่วมด้วยหรืออาจแบ่งกลุ่มจำแนกตามช่วงอายุครรภ์ ช่วงเวลาหลังคลอด เพื่อให้ระยะเวลาที่มารดาใช้ในการปรับตัวมีหลากหลายและมีการกระจายมากขึ้น

4. การศึกษาครั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝงที่ค่อนข้างซับซ้อน แต่เมื่อภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผลการวิจัยมีความสัมพันธ์หลายๆคู่ตัวแปรที่ไม่ส่งอิทธิพลต่อกัน อาจเกิดจากการนำการวิจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างกันไม่ชัดเจนมากพอที่ควรนำมาตั้งสมมติฐาน การวิจัยครั้งต่อไปอาจลดข้อจำกัดนี้ด้วยการนำการวิจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างที่ชัดเจนมากขึ้นเพื่อนำมาสร้างรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุที่เหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กัลยา นาคเพ็ชร จุไร อภัยจิรรัตน์ และสมพิศ ไยสุน. (2548). **จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล**.
วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. โครงการผลิตตำราวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.
งามตา วนินทานนท์. (2545). **เอกสารประกอบการสอน วป. 581 การถ่ายทอดทางสังคมกับพัฒนาการ
ของมนุษย์**. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 729 หน้า.
- งามนิตย์ รัตนานุกูล (2555). **การวางแผนการพยาบาลมารดาและทารก**. เช่นเกจเลนนิ่ง. กรุงเทพฯ
จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์; เพ็ญภา วิชกุล; และอารีรัตน์ วิเชียรประภา. (2554). **ความสัมพันธ์ระหว่าง
การรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของ
มารดาครรภ์แรก**. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 22(1): 28-37.
- ชุดาณัฐ ชุนเพชร. (2557). **การดำเนินชีวิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดบุตรคนแรก**. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
นภาพร นพพัฒน์กุล และ วิภา จีระแพทย์. (2557). **ผลของการส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดาพร้อมกับ
การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนต่อพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดของมารดาวัยรุ่น
ครรภ์แรก**. วารสารเกื้อการุณย์, 21(1): 144-160.
- ผกา สัตยธรรม. (2552). **สุขภาพจิตเด็ก**. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. พิมพ์ครั้งที่ 8.
สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 212 หน้า.
- ฤดี ปุ่บบางกะดี. (2540). **การศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิง
ตั้งครรภ์วัยรุ่น**. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต (การพยาบาลแม่และเด็ก). บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลดาวลัย ฤทธิกล้า. (2555). **ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อภาวะหายใจลำบาก
การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบและคุณภาพชีวิต**. งานการพยาบาลผู้ป่วย
อายุรกรรมชาย โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. 144 หน้า.
- มานิช หล่อตระกูล ชนิตา หิรัญเทพ และนิตา ลิ้มสุวรรณ. (2555). **ตำราพฤติกรรมศาสตร์ทาง
การแพทย์**. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณรงครณ์ ชัยวงศ์; สุภาภรณ์ ดั่งแพง และ เขมรดี มาสิงบุญ. (2557). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ
พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน**. วารสารไทยเภสัช
ศาสตร์วิทยาการสุขภาพ, 9(3):112-119.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2556). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 8.

กรุงเทพมหานคร, สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุพัตรา สุภาพ. (2537). **สังคมวิทยา**. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพมหานคร, โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.

สุนน อมรวิวัฒน์ และคณะ. (2534). การอบรมเลี้ยงดูเด็กตามวิถีไทย. กรุงเทพฯ. คณะครุศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2556). **สถิติสาธารณสุข พ.ศ.
2556 . กระทรวงสาธารณสุข**.

อรพินทร์ ชูชม; อัจฉรา สุCHARมณ; & อังศิณห์อินทรกำแหง. (2552). **การวิเคราะห์ความสัมพันธ์
ระหว่างครอบครัว-งานที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต**. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์:

กรุงเทพมหานคร.

อังศิณห์อินทรกำแหง อรพินทร์ ชูชม และ อัจฉรา สุCHARมณ (2550). **การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิง
สาเหตุและดัชนีวัดภาวะวิกฤตชีวิตสตรีไทยสมรสวัยกลางคนที่ทำงานนอกบ้านใน
กรุงเทพมหานครและปริมณฑล**. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทร-
วิโรฒ.

อ้อมเดือน สดมณี และ สุภาศุภร์ จันประเสริฐ. (2554). **การพัฒนาคุณธรรม จริยธรรม: จากแนวคิดสู่
แนวทางการปฏิบัติ**. วารสารพฤติกรรมศาสตร์, 17(1): 18-30.

อัจฉรา สุCHARมณ. (2542). **EQ กับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก**. วารสารพฤติกรรมศาสตร์, 5(1): 1-6.

อัจฉโรบล แสงประเสริฐ พรวิไล คล้ายจันทร์ และพลอยไพลิน มาสุข กำแพงจินดา. (2557).

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ
มารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์**, 6(1):
1-11.

อำไพพรรณปัญญาโรจน์. (2542). **การอบรมเลี้ยงดูเด็ก**. กรุงเทพฯ: สถาบันราชภัฏจันทรเกษม.

Abaied, L., Jamie; Wagner, Caitlin; & Sanders, Wesley. (2014). Parent socialization of
coping in emerging adulthood: Moderation by respiratory sinus arrhythmia. **Journal
of Applied Developmental Psychology**. 35: 357–369.

Albany, Akella, D.; & Albany, Jordan, M. (2015). Impact of Social and Cultural Factors on
Teen Pregnancy. **Journal of Health Disparities Research and Practice**, 8(1): 41 – 62.

Baghirzada, K.N.; Downey, A.J; & Macarthur, L. (2013). Assessment of quality of life
indicators in the postpartum period. **International Journal of Obstetric Anesthesia**.
22: 209-216.

- Bandura, A. (1986). **Social foundation of thought and action**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. **Annals of Child Development**, 6: 1-60.
- Bandura, A.; & Adams, N. (1997). Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. **Cognitive Therapy and Research**, 1: 287-310.
- Barkin, L. Jennifer; et al. (2010). Development of the Barkin Index of Maternal Functioning. **Journal of Women's Health**, 19(12): 2239-2246.
- Barkin, L. Jennifer; & Wisner, I. Katherine. (2013). The role of maternal self-care in new motherhood. **Midwifery**, 29: 1050-1055.
- Barimani, M. & Vikström, A. (2015). Successful early postpartum support linked to management, informational, and relational continuity. **Midwifery**, 31: 811–817.
- Baumeister, Roy, F.; Leith, Karen, P; Muraven, Mark; & Bratslavsky, Ellen. (1998). **Improving Competence across the Lifespan**, edited by Pushkar et al. Plenum Press, New York.
- Berns, Roberta, M. (1997). **Child, Family, School, Community: Socialization and Support**. 4th ed. Fort Worth : Harcourt Brace College.
- Berns, Roberta, M. (2013). **Child, Family, School, Community: Socialization and Support**. 9th ed. Wadsworth: USA.
- Boudreau, Julie Émelie; & Dubé, Anik. (2014). Quality of life in end stage renal disease: A concept analysis. **Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists**, 24: 12-20.
- Bollen, A. Kenneth. (1989). **Structural Equations with Latent Variables**. New York: John Wiley & Sons.
- Bromberg, J.; et al. (2012). A Randomized Trial of a Web-Based Intervention to Improve Migraine Self-Management and Coping. **Headache**, 52: 244-261.
- Brophy-Herb, Holly, E.; Stansbury, Kathy; Bocknek, Erika; & Horodyski, Mildred A. (2012). Modeling maternal emotion-related socialization behaviors in a low-income sample: Relations with toddlers' self-regulation. **Early Childhood Research Quarterly**, 27: 352–364.

- Brown, Christian T. & Emberton, Mark. (2004). Could self-management challenge pharmacotherapy as a longterm treatment for uncomplicated lower urinary tract symptoms? **Current Opinion in Urology**, 14: 7–12.
- Carver, C. S.; Pozo, C.; Harris, S. D.; Noriega, V.; Scheier, M. F.; Robinson, D. S.; Ketcham, A. S.; Moffat, F. L.; & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. **Journal of Personality and Social Psychology**, 65(2): 375–390.
- Coren, Esther; Barlow, Jane; & Stewart-Brown, Sarah. (2003). The effectiveness of individual and group-based parenting programs in improving outcomes for teenage mothers and their children: a systematic review. **Journal of Adolescence**, 26: 79–103.
- County, Birjand; et al. (2011). An investigation of the relationship between quality of life and self-efficacy of mothers of students with retardation. **Social and Behavioral Sciences**, 15: 3038–3041.
- Coyle, Susan, B. (2009). Health-Related Quality of Life of Mothers: A Review of the Research Health Care for Women International, 30:484–506, ISSN: 0739-9332 print / 1096-4665 online DOI: 10.1080/07399330902801260.
- Cramm, Jane, M.; Strating, Mathilde, M. H.; Roebroek, Marij, E.; & Nieboer, Anna, P. (2013). The Importance of General Self-Efficacy for the Quality of Life of Adolescents with Chronic Conditions. **Social Indices Research**, 113: 551–561.
- Cummins, R.A. (1997). Comprehensive Quality of Life Scale: Manual. Melbourne: Deakin University.
- Currie, Janet. (2009). Managing Motherhood: Strategies Used by New Mothers to Maintain Perceptions of Wellness. Health Care for Women International, 30: 655–670.
- Degol, Jessica L; & Bachman, Heather J. (2015). Preschool teachers' classroom behavioral socialization practices and low-income children's self-regulation skills. **Early Childhood Research Quarterly**, 31: 89-100.
- Doering, Jennifer. (2013). Theoretical contributions to a program of research promoting postpartum health. **Applied Nursing Research**, 26: 96–98.

- Fei-Yin, Florrie, Tamis-LeMonda, Catherine, S., Erin, B. Godfrey et al.(2012).Dynamics of Mothers' Goals for Children in Ethnically Diverse Populations across the First Three Years of Life.**Social Development**, 21(4), 821-848.
- Flanagan, J.C.(1978).A research approach to improving our quality of life. **American Psychologist**,33:138–147. doi: 10.1037//0003-066X.33.2.138.
- George, L.K. & Bearson, L.B. (1980). Quality of life in older persons; meaning and measurement. **Human Sciences Press**. New York.
- Grey, Margaret; Knafl, Kathleen; & McCorkle, Ruth. (2006).A framework for the study of self- and family management of chronic conditions.**Nursing Outlook**.54:278-286.
- Gupta, Nandini; Kiran, Usha; & Bhal, Kiron. (2008). Teenage pregnancies: Obstetric characteristics and outcome. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 137: 165–171.
- Halama, Peter. (2017). Self-Regulation Capacity and Decision Making of Slovak Managers in Routine Situations and in Situations with Possible Negative Outcomes.**Studia Psychologica**, 59(2): 156-168. Doi: 10.21909/sp.2017.02.737
- Heale, R. & Griffin, M.T.Q. (2009). Self-efficacy with application to adolescent smoking cessation: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(4): 912–918.
- Hill, et al. (2006).Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire.**Procedia Social and Behavioral Sciences**, 15: 204–225.
- Hung, Chich-Hsiu.(2006).Revalidation of the postpartum stress scale.**Journal of clinical Nursing**, 15(6): 718–725.
- Iacobelli, Silvia; et al. (2014).Longitudinal health outcome and wellbeing of mother–infant pairs after adolescent pregnancy in Reunion Island, Indian Ocean. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 125: 44–48.
- Ibanez, Manuel I.; Ruiperez, Maria, A.; Moya, Jorge; Marques, Maria, J.; & Generos, Ortel.(2005). A Short version of the Self-Regulation Inventory (SRI-S).**Personality and Individual Differences**, 39: 1055–1059.
- Jacques Milliez. (2009). Rights to safe motherhood and newborn health: Ethical issues. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 106: 110–111.

- Joan, Webster; et al. (2011). Quality of life and depression following childbirth: impact of social support. *Midwifery*, 27: 745–749.
- Johnson, R. (1981). The black family and black community development. *Journal of Black Psychology*, 8: 35–52.
- Joseph, Rodney, P.; Royse, Kathryn, E.; Benitez, Tanya, J.; & Pekmezi, Dorothy, W. (2014). Physical activity and quality of life among university students: exploring self-efficacy, self-esteem, and affect as potential mediators. *Quality of Life Research*, 23: 661–669.
- Kanfer, Ruth; Phillip, L-Ackerman; & Eric, Bheggstad. (1996). Motivational Skills & Self-Regulation for Learning: A Trait Perspective. *Learning and Individual Differences*, 8(3): 185-209.
- Kochanska, Grazyna. (1997). Mutually responsive orientation between mothers and their young children: Implications for early socialization. *Child Development*, 68(1): 94-112.
- Krieg, Balsink, Dana. (2007). Does Motherhood Get Easier the Second-Time Around? Examining Parenting Stress and Marital Quality Among Mothers Having Their First or Second Child. *Parenting: Science and Practice*, 7 (2): 149–175.
- Kuijer, Roeline, G.; et al. (2007). Effects of a short self-management intervention for patients with asthma and diabetes: Evaluating health-related quality of life using then-test methodology. *Psychology and Health*, 22(4): 387–411.
- Lavasani, Masoud, G.; Hejazi, Elahe; & Varzaneh, Javad, Yazdani. (2011). The predicting model of math anxiety: the role of classroom goal structure, self-regulation and math self-efficacy. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 15: 557–562.
- Lazarus, R S, (1991). **Emotion and Adaptation**. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S.; & Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal & coping**. New York : Springer.
- Lenz, E. R.; & Shortridge-Baggett, L. M. (2002). **Self-efficacy in nursing**. New York: Springer.
- Lewin, Amy; Mitchell, Stephanie, J. & Ronzio, Cynthia, R. (2013). Developmental Differences in Parenting Behavior: Comparing Adolescent, Emerging Adult, and Adult Mothers. *Merrill-Palmer Quarterly*, 59(1): 23–49.

- Ljubica, N.; Ilija, D.; Frosina, R.; Saiti, S.; Suzana, P.; & Mitrev, Z. (2013). Qualitative and quantitative analysis of the parenting styles, coping strategies and perceived stress in mothers of children who have undergone cardiac interventions. **Procedia Social and Behavioral Sciences**, 84: 1809 – 1814.
- Lamela, D.; & Figueiredo, B. (2013). Parents' physical victimization in childhood and current risk of child maltreatment: The mediator role of psychosomatic symptoms. **Journal of Psychosomatic Research**, 75: 178-183.
- Lavasani, Masoud, G.; et al. (2011). The predicting model of math anxiety: the role of classroom goal structure, self-regulation and math self-efficacy. **Procedia Social and Behavioral Sciences**, 15: 557–562.
- Lowdermilk, D.L.; & Perry, S.E. (2004). **Maternity & women's health care**. (7th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Magdie, Kohn; & Brian, James, Murray. (2008). "Sleep and Quality of Life in Pregnancy and Postpartum" From: J. C. Verster et al. (eds.): *Sleep and Quality of Life in Clinical Medicine*. Humana Press: Totowa, NJ.
- Mandzuk, Lynda L.; & McMillan, Diana E. (2005). A concept analysis of quality of life. **Journal of Orthopaedic Nursing**, 9: 12–18.
- Marques, Maria, J; Ibanez, Manuel I.; Ruiperez, Maria, A.; Moya, Jorge; & Generos, Ortet. (2005). The Self-Regulation Inventory (SRI): Psychometric properties of a health related coping measure. **Personality and Individual Differences**, 39: 1043–1054.
- Martikainen, Pekka. (1995). Women's employment, marriage, motherhood and mortality: A test of the multiple role and role accumulation hypotheses. **Social Science Medicine**. 40(2): 199-212.
- McStay, Rebecca L; Trembath, David; & Dissanayake, Cheryl. (2014). Maternal stress and family quality of life in response to raising a child with autism: From preschool to adolescence. **Research in Developmental Disabilities**, 35: 3119–3130.
- McVeigh, Carol; & Smith, Mavis. (2000). A comparison of adult and teenage mother's self-esteem and satisfaction with social support. **Midwifery**, 16: 269-276.

- Medoff-Cooper, B.; Bakewell-Sachs, S.; Buus-Frank, M. E.; & Santa-Donato, A. (2005). The AWHONN near-term infant initiative: A conceptual framework for optimizing health for near-term infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 34: 666-671.
- Mercer, R.T. (1985). The process of maternal role attainment over the first year. *Nursing Research*, 4: 198-204.
- Mercer, R.T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3): 226-232.
- Miller, Wendy R.; Lasiter, Sue; Ellis, Rebecca B.; & Buelow, Janice M. (2015). Chronic disease Self-management: A Hybrid concept analysis. *Nursing Outlook*, 63: 154-161.
- Misra, Ranjita; & Lager, Julie. (2008). Predictors of quality of life among adults with type 2 diabetes mellitus. *Journal Diabetes and Its complications*, 22: 217-223.
- Modi, A.; Pai, A.; Hommel, K. A.; Hood, K.; Cortina, S.; Hilliard, M. E.; . . . Drotar, D. (2012). Pediatric self-management: A framework for research practice and policy. *Pediatrics*, 129: e473-e485.
- Mogos, Mulubrhan F.; Euna M. August & Abraham A. Salinas-Miranda. (2013). A Systematic Review of Quality of Life Measures in Pregnant and Postpartum Mothers. *Applied Research Quality Life*, 8: 219-250.
- Morrill, Ippolito, Melinda; et al. (2010). Pathways Between Marriage and Parenting for Wives and Husbands: The Role of Coparenting. *Family Process*, 49: 59-73.
- Mouser, April L. (2014). Health-Related Quality of Life in Patients With Moderate to Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Concept Analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25(2): 73-79.
- Müller, M.E. (1996). Prenatal and postnatal attachment: a modest correlation. *Journal Obstetric Gynecology Neonatal Nursing*, 25(2): 161-6.
- Nes, Lise, Solberg; Ehlers, Shawna, L.; Patten, Christi, A.; & Gastineau, Dennis, A. (2013). Self-regulatory Fatigue in Hematologic Malignancies: Impact on Quality of Life, Coping, and Adherence to Medical Recommendations. *International Journal Behavior Medicine*, 20: 13-21.

- Okamoto, Miwako & Matsuoka, Megumi. (2009). Causal Model Structure Analysis of Emotional Unrest in First Time Mothers Faced with Persistent Infant Crying 6–7 Weeks Postpartum. **Asian Nursing Research**, 3(1): 1-14.
- Ong, Shu, Fen; et al. (2013). Postnatal experiences and support needs of first-time mothers in Singapore: A descriptive qualitative study. **Midwifery**. 31: 124-132.
- Paddison, C..A.M.; Alpass, F.M.; & Stephens, C.V. (2008). Psychological Factors Account for Variation in Metabolic Control and Perceived Quality of Life among People with Type 2 Diabetes in New Zealand. **International Journal of Medicine**, 15: 180-186.
- Pamela, D. Hill and Jean, C. Aldag. (2007). Maternal Perceived Quality of Life Following Childbirth. **Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing**. July/ August : 328-344.
- Parks, P.L; et al.(1999). What happens when fatigue lingers for 18 months after delivery. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**. 28: 87–93.
- Patricia, Leahy-Warren; Geraldine, McCarthy; & Paul Corcoran. (2011). Postnatal Depression in First-Time Mothers: Prevalence and Relationships Between Functional and Structural Social Support at 6 and 12 Weeks Postpartum. **Archives of Psychiatric Nursing**, 25(3): 174–184.
- Paterson, Catherine; Robertson, Allison; & Nabi, Ghulam. (2015). Exploring prostate cancer survivors' self-management behaviours and examining the mechanism effect that links coping and social support to health-related quality of life, anxiety and depression: A prospective longitudinal study. **European Journal of Oncology Nursing**, 19: 120-128.
- Rebecca, Giallo; Melissa, Dunning; & Angela, Gent.(2017). Attitudinal barriers to help-seeking and preferences for mental health support among Australian fathers. **Journal of Reproductive & Infant Psychology**, 35 (3): 236-247.
- Rebetez, Marie, M.L; Rochat, Lucien; & Linden, Martial, V.D. (2015). Cognitive, emotional, and motivational factors related to procrastination: A cluster analytic approach. **Personality and Individual Differences**, 76: 1–6.
- Robb, Meigan. (2012). Self-Efficacy with Application to Nursing Education: A Concept Analysis. **Nursing Forum**, 47(3): 166-172.

- Rossen, Larissa; et al. (2016). Predictors of postnatal mother-infant bonding: the role of antenatal bonding, maternal substance use and mental health. **Archives of Women's Mental Health**, 19(4), 609–622.
- Rittenour, Christine E.; Colaner, Colleen Warner; & Odenweller, Kelly Geier. (2014). Mothers' Identities and Gender Socialization of Daughters. **Southern Communication Journal**, 79(3): 215–234.
- Rueda, B.; & Pérez-García, A. M. (2013). Coping strategies, depressive symptoms and quality of life in hypertensive patients: Mediation and prospective relations. **Psychology & Health**, 28(10): 1152–1170.
- Ryan, Polly; & Sawin, Kathleen J. (2009). The Individual and Family Self-Management Theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. **Nursing Outlook**, July/August: 217-225.
- Schumacker, R.E.; & Lomax, R.G. (2004). **A Beginner's Guide to Structural equation modeling**. 2nd ed. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc
- Schwarzer, R.; & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, **Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs**: 35-37.
- Schuermans, Hanneke. (2005). How to measure self-management abilities in older people by self-report: The development of the SMAS-30. **Quality of Life Research**, 14: 2215–2228.
- Schmid, C. (2012). The value “social responsibility” as a motivating factor for adolescents' readiness to participate in different types of political actions, and its socialization in parent and peer contexts. **Journal of Adolescence**, 35: 533-547.
- Seidl-de-Moura, L. Maria, et al. (2008). Brazilian mothers' socialization goals: Intracultural differences in seven Brazilian cities. **International Journal of Behavioral Development**, 32 (6), 465–472.
- Shaw, E.; Wong, S.; & Kaczorowski, J. (2006). Systematic review of the literature on postpartum care: effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. **Birth**, 33(3): 210-220.
- Steinberg, L. (2011). **Adolescence** (9th ed.). New York, NY: McGraw-Hill.

- Thaithae, Suparp; &Thato, Ratsiri. (2011). Obstetric and Perinatal Outcomes of Teenage Pregnancies in Thailand.**Journal Pediatric Adolescence Gynecology**, 24: 342-346.
- Thun-Hohenstein L, Wienerroither C, Schreuer M, Seim G, Wienerroither, H. (2008). Antenatal mental representations about the child and mother–infant interaction at three months post partum. **Europe Child Adolescent Psychiatry**, 17(1): 9–19.
- Wang, Panchalli; Shwu-Ru, Liou; &Ching-Yu, Cheng. (2013). Prediction of maternal quality of life on preterm birth and low birth weight: a longitudinal study. **BMC Pregnancy and Childbirth**.13:124-132.
- Wang, Qian; et al. (2015). Development of a self-management behavior scale for liver cirrhosis. **International Journal of nursing sciences**, 2: 73-79.
- Walker, A. (1992). Conceptual perspectives on gender and family caregiving. In: J. Dwyer, & R. Coward (Eds.), *Gender, families, and elder care* (pp. 34–46). Newbury Park, CA: Sage.
- Weiss, Jonathan, A.; et al. (2013).Family hardiness, social support, and self-efficacy in mothers of individuals with Autism Spectrum Disorders.**Research in Autism Spectrum Disorders**, 7: 1310–1317.
- WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rational and current status. In **Journal Mental Health**, 23: 24-56.
- Wiedebusch, S.; Konrad, M.; Foppe, H.; Reichwald-Klugger, E.; Schaefer, F.; Vera; & Muthny, F. A. (2010). Health-related quality of life, psychosocial strains, and coping in parents of children with chronic renal failure. **Pediatric Nephrology**, 25:1477–1485.
- Wilkins, Carol. (2006). A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. **Midwifery**, 22: 169–180.
- Woude, D. A.A. V.;Pijnenborg, J. M..A.; &Jolanda.V. (2015). Health status and quality of life in postpartum women: a systematicreview of associated factors. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, 185: 45–52.
- Unger, Wendy R.; &Buelow, Janice M. (2009). Hybrid concept analysis of self-management in adults newly diagnosed with epilepsy. **Epilepsy &Behavior** , 14: 89–95.

- Visser, Marieke M.; et al. (2015). Coping, Problem Solving, Depression, and Health-Related Quality of Life in Patients Receiving Outpatient Stroke Rehabilitation. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, 96: 1492-1498.
- Yang, Jun; et al. (2010). Self-efficacy, social support, and coping strategies of adolescent earthquake survivors in china. **Social Behavior and Personality**. 38(9): 1219-1228.
- Yoo, H; Kim, CJ; Jang, Y; & You, M-A. (2011). Self-efficacy associated with self-management behaviors and health status of South Koreans with chronic diseases. **International Journal of Nursing Practice**, 17: 599–606.
- Zhan, L.(1992). Quality of life: conceptual and measurement issues. **Journal Advance Nursing**, 17(7): 795-800.
- Zhou, Sui-Zan; Wang, Xiao-Li; & Wang, Yan.(2009). Design of a questionnaire for evaluating the quality of life of postpartum women (PQOL) in China. **Quality of Life Research**, 18: 497–508.
- Zubaran, Carlos; & Foresti, Katia. (2011). Investigating quality of life and depressive symptoms in the postpartum period. **Women and Birth**, 24: 10-16.
- Zulkosky, K. (2009). Self-efficacy: A concept analysis. **Nursing Forum**, 44(2): 93–102.



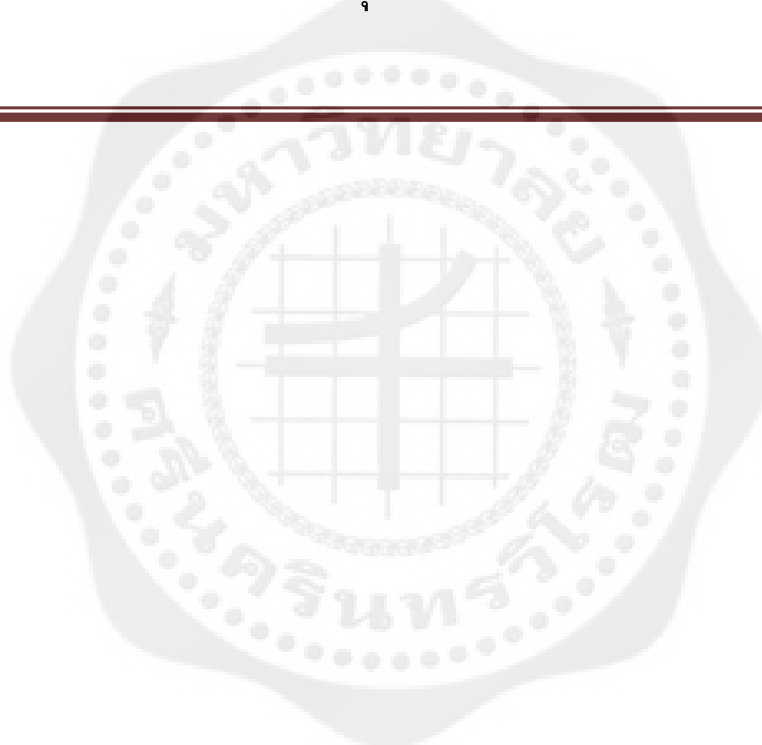
ภาคผนวก ก
แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัย



แบบสอบถามงานวิจัย

เรื่อง

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการจัดการตนเอง
และครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก
ในเขตกรุงเทพมหานคร



งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งในวิทยานิพนธ์หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

--	--	--	--	--

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ

มารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก แบ่งเป็น 9 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก จำนวน 9 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก จำนวน 16 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก
จำนวน 25 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก
จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 5 แบบสอบถามการกำกับตนเองของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก
จำนวน 12 ข้อ

ตอนที่ 6 แบบสอบถามการเผชิญปัญหาของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก
จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 7 แบบสอบถามการรับรู้สุขภาพบุตรของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก
จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 8 แบบสอบถามภาระต่อครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก
จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 9 แบบสอบถามการถ่ายทอดการเป็นมารดาของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก
จำนวน 7 ข้อ

แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก
 กรุณากรอกข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

1. รหัสในการวิจัย..... อายุ..... วันเดือนปีเกิด/...../.....
2. สถานภาพสมรส
☐ คู่ ☐ หม้าย ☐ หย่า ☐ แยก
3. คลอดวันที่/...../..... ตั้งครรภ์ครั้งที่.....
 แท้ง ☐ ไม่เคย ☐ เคย.....ครั้ง คลอดบุตรเสียชีวิต ☐ ไม่เคย ☐ เคย.....ครั้ง
 อาการแทรกซ้อนหลังคลอด ☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ
4. ลักษณะครรภ์ ☐ เดี่ยว ☐ ขยาย (อยู่ร่วมกับญาติพี่น้อง)
5. จำนวนบุคคลในครัวเรือน.....คน (รวมตัวท่าน)
6. อาชีพ
☐ แม่บ้าน ☐ รับราชการ ☐ พนักงานของรัฐ
☐ ค้าขาย ☐ พนักงานบริษัท/โรงงาน
☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)
7. รายได้ครอบครัวต่อเดือน(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ พอใช้ ☐ ไม่พอใช้ ☐ มีภาระหนี้สิน
☐ มีเหลือเก็บ ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)
8. แหล่งความช่วยเหลือเมื่อต้องการ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ บิดา ☐ มารดา ☐ เพื่อน
☐ เพื่อนบ้าน ☐ พี่/ น้อง ☐ ญาติ
☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)
9. การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (นับตั้งแต่แรกเกิดถึงปัจจุบัน)
 - เลี้ยงด้วยนมมารดาอย่างเดียว ตั้งแต่แรกเกิด ถึง.....เดือน
 - เลี้ยงด้วยนมมารดา ร่วมกับนมผสม ตั้งแต่.....เดือน ถึง.....เดือน
 - เลี้ยงด้วยนมผสมอย่างเดียว ตั้งแต่.....เดือน ถึง.....เดือน
 - ให้อาหารเสริม เมื่อบุตรอายุ.....เดือน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดครรภ์แรก จำนวน 16 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อที่	ข้อคำถาม	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด	ไม่ จริง เลย
		6	5	4	3	2	1
1	ฉันพอใจกับสุขภาพทางร่างกายของฉัน						
2	ในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ฉันพอใจกับการนอนหลับอย่างเพียงพอ						
3	ฉันพอใจที่สามารถจัดการเวลาให้สมดุลระหว่างการทำงานกับการเลี้ยงลูกได้						
4	ฉันพอใจที่สามารถทำงานต่างๆได้อย่างที่เคยทำมา						
5	ฉันพึงพอใจในการดูแลคนในบ้านให้มีสุขภาพดี						
6	ฉันพึงพอใจที่ฉันมีทักษะในการเลี้ยงดูลูก						
7	ฉันเอาใจใส่ต่อลูกของฉันเสมอ						
8	ฉันรู้สึกว่ามีพละกำลังพอใจกับการเป็นแม่ของลูกของฉัน						
9	ฉันได้พบปะกับเพื่อนฝูงที่เคยเจอกันได้บ่อยตามที่ต้องการ						
10	ฉันมีเวลาพูดคุยกับเพื่อนบ้านเสมอ						
11	ฉันคิดว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างสามีกับฉันใกล้ชิดดีเหมือนเดิม						
12	คนในครอบครัวช่วยเหลือฉันในการทำงานบ้าน						
13	ฉันพอใจกับบรรยากาศการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน						
14	ฉันพึงพอใจกับสุขภาพของลูกในขณะนี้						
15	ฉันคิดว่าฉันแม่เพียงพอต่อความต้องการของลูก						
16	ฉันพึงพอใจกับการกินนมและการกินอาหารของลูกในปัจจุบัน						

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก จำนวน 25 ข้อ
คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความถาม	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด	ไม่ จริง เลย
		6	5	4	3	2	1
1	ฉันสังเกตอุปนิสัยของลูกและวางแผนก่อนที่จะทำสิ่งต่างๆ ให้ลูก						
2	ฉันเลี้ยงลูกด้วยตนเองเสมอ						
3	ฉันอาบน้ำ/ สระผม/ ทำความสะอาดลูกด้วยตนเอง						
4	ฉันเลือกและวางแผนในการส่งเสริมพัฒนาการของลูก						
5	ฉันพูดคุย/ เล่น/ หาของเล่น เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของลูกด้วยตนเอง						
6	ฉันจัดหาสิ่งของและตอบสนองตามความต้องการของลูกด้วยตนเอง						
7	ฉันจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับลูกด้วยตนเอง						
8	ฉันสังเกตและวางแผนเพื่อให้ลูกมีสุขภาพแข็งแรง						
9	ฉันจัดการดูแลสุขภาพลูกให้แข็งแรง ด้วยตนเอง						
10	ฉันจัดสรรเวลาในการดูแลสิ่งต่างๆ ให้สามีได้เสมอ						
11	ฉันใช้เวลาพักผ่อนกับสามีได้ตามปกติ						
12	ฉันกับสามีปรึกษากันในเรื่องการใช้ชีวิตภายหลังการคลอดลูก						
13	ฉันทำสิ่งต่างๆ และพูดคุย ปรับทุกข์ร่วมกับสามีเสมอ						
14	ฉันมักส่งเสริมให้สามีแสดงบทบาทความเป็นพ่อกับลูกเสมอ						
15	ฉันดูแลสมาชิกภายในครอบครัวด้วยตนเองเสมอ						
16	ฉันพูดคุยและจัดสรร ให้สมาชิกภายในครอบครัวดูแลสภาพแวดล้อมในบ้านให้เรียบร้อย						
17	ฉันพูดคุยและจัดสรร ให้สมาชิกภายในครอบครัวดูแลความเป็นอยู่ซึ่งกันและกันของคนในครอบครัว						
18	ฉันพูดคุยและจัดสรร ให้สมาชิกภายในครอบครัวใช้ข้าวของเครื่องใช้ที่มีในบ้านอย่างเหมาะสม						

ข้อที่	ข้อความ	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด	ไม่ จริง เลย
		6	5	4	3	2	1
19	ฉันพูดคุยและชักชวน ให้สมาชิกภายในครอบครัวช่วยเหลือ การทำกิจกรรมต่างๆ ของฉัน						
20	ฉันพูดคุยและชักชวนให้สมาชิกภายในครอบครัวให้ดูแล สุขภาพซึ่งกันและกัน						
21	ฉันคิดพิจารณาความเหมาะสมก่อนที่จะทำตามคำแนะนำ เกี่ยวกับการเลี้ยงลูก ที่ได้รับจากบุคคลรอบข้าง						
22	ฉันเลือกรับประทานแต่อาหารที่ดีมีประโยชน์						
23	ฉันควบคุมให้ตนเองมีอารมณ์ดีอยู่เสมอ						
24	ฉันจัดเวลาให้ตนเองพักผ่อนอย่างเพียงพอ						
25	ฉันหลีกเลี่ยงสิ่งที่อันตรายต่อสุขภาพ เช่น บุหรี่ สุรา						

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก จำนวน 8 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความถาม	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด	ไม่จริง เลย
		6	5	4	3	2	1
1	ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถเลี้ยงดูลูกได้ด้วยดี						
2	ฉันมั่นใจว่าสามารถเลี้ยงดูลูกให้ปลอดภัยจากโรคภัยและอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้						
3	ฉันมั่นใจว่าสามารถแบ่งเวลามาดูแลตนเองให้แข็งแรงเพื่อดูแลลูกได้อย่างต่อเนื่อง						
4	ฉันมั่นใจว่าสามารถดูแลสามีและคนในบ้านไปพร้อมๆกับการดูแลลูก						
5	ฉันคิดว่าฉันสามารถดูแลลูกเมื่อเจ็บป่วยให้หายดีได้						
6	ฉันคิดว่าสิ่งที่ฉันทำให้ลูกอย่างดี จะทำให้ลูกมีพัฒนาการที่เหมาะสมในทุกด้าน						
7	ฉันคิดว่าฉันมีเวลาเพียงพอที่จะดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรงได้ตามที่ฉันต้องการ						
8	แม้ว่าจะเผชิญปัญหา ฉันคิดว่าสามารถแบ่งเวลามาดูแลสามีและคนในบ้านได้						

ตอนที่ 5 แบบสอบถามการกำกับตนเองของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก จำนวน 12 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	จริง มากที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด	ไม่จริง เลย
		6	5	4	3	2	1
1	ฉันพอใจและอารมณ์ดีเสมอ เมื่อได้ทำสิ่งต่างๆ ให้ลูก						
2	เมื่อลูกงอแง หรือทำเลอะเทอะ ฉันก็ไม่หงุดหงิด เพราะคือ พัฒนาการตามวัย						
3	ฉันควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อพบปัญหาในการเลี้ยงลูก						
4	ฉันสามารถควบคุมตนเองได้ แม้ว่าคนในครอบครัว ทำในสิ่งที่ฉันไม่พอใจ						
5	เมื่อมีปัญหาในครอบครัว ฉันเลือกใช้วิธีที่จะไม่ทำให้ปัญหาลุกลามเพิ่มขึ้น						
6	ฉันสามารถปล่อยวางได้ เมื่อรู้ว่าเหตุการณ์ที่เป็นปัญหานั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้						
7	ฉันห่วงใยและดูแลเอาใจใส่คนในครอบครัวของฉันเสมอ						
8	ฉันแสดงความรักกับลูกเสมอ						
9	ฉันสามารถหาผู้ที่ไว้ใจได้มาดูแลลูกของฉันแทน หากฉันต้องไปทำธุระ						
10	ฉันกล้าที่จะทำสิ่งที่สามารถปกป้องตนเองและลูกได้เสมอ						
11	ฉันเลือกทำสิ่งต่างๆ ที่คิดว่าดีสำหรับลูกเสมอ						
12	ฉันต้องการให้ตัวเองและลูกมีภาวะสุขภาพที่ดีต่อเนื่องยาวนาน						

ตอนที่ 6 แบบสอบถามการเผชิญปัญหามุ่งอารมณ์ของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก จำนวน 5 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อที่	ข้อคำถาม	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด	ไม่ จริง เลย
		6	5	4	3	2	1
1	เมื่อเกิดสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่คาดไว้ ฉันมักเลือกการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหานั้น						
2	เมื่อเกิดปัญหาหรืออุปสรรคในชีวิต ฉันมักผ่อนคลายจิตใจด้วยสิ่งที่ชอบทำ เช่น ฟังเพลง เล่นกีฬา อ่านหนังสือ ไปท่องเที่ยว เป็นต้น						
3	ฉันมักวิตกกังวล ถึงแม้จะรู้ว่าเหตุการณ์ที่เป็นปัญหานั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้						
4	เมื่อเกิดปัญหาไม่เป็นไปตามที่คาดไว้ ฉันมักเพิกเฉย ไม่สนใจต่อสิ่งนั้น						
5	เมื่อเกิดอุปสรรคกับงานที่ทำอยู่ ฉันจะเลือกทำงานอื่นแทนงานเดิมที่พบปัญหา						

ตอนที่ 7 แบบสอบถามการรับรู้ต่อบุตรของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก จำนวน 6 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความคำถาม	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด	ไม่ จริง เลย
		6	5	4	3	2	1
1	ฉันคิดว่าลูกของฉันมีการเจริญเติบโตเป็นไปตามเกณฑ์ปกติ						
2	ฉันคิดว่าลูกของฉันมีภาวะสุขภาพร่างกายเหมาะสมตามวัย						
3	ฉันคิดว่าลูกของฉันมีการรับประทานอาหารได้ปกติตามวัย						
4	ฉันคิดว่าลูกของฉันมีการตอบสนองทางอารมณ์เหมาะสมดี						
5	ฉันคิดว่าลูกของฉันมีการตอบสนองต่อบุคคลและสภาพแวดล้อมเหมาะสมดี						
6	ฉันคิดว่าลูกของฉันมีพัฒนาการเหมาะสมตามวัย						

ตอนที่ 8 แบบสอบถามภาระต่อครอบครัวของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก จำนวน 7 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความถาม	จริง มากที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด	ไม่ จริง เลย
		6	5	4	3	2	1
1	ฉันสังเกตว่าเวลานี้ฉันรับภาระงานในบ้านที่มีอยู่มากเกินไปกำลัง						
2	ฉันมีปัญหาในครอบครัวที่ทำให้ฉันกังวล						
3	ฉันหงุดหงิดที่ต้องคอยดูแลสมาชิกในครอบครัวทั้งๆที่เหนื่อยจากงานนอกบ้านมาแล้ว						
4	ฉันมีภาระหนี้สินมากจนเป็นเหตุให้อารมณ์เสียอยู่บ่อยๆ						
5	รายได้ของครอบครัวในแต่ละเดือนไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย						
6	ฉันมีญาติที่เจ็บป่วยต้องคอยดูแลอย่างใกล้ชิด						
7	ฉันต้องคอยดูแลทุกคนในบ้าน จนไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง						

ตอนที่ 9 แบบสอบถามการถ่ายทอดการเป็นมารดาของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก จำนวน 7 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความถาม	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด	ไม่ จริง เลย
		6	5	4	3	2	1
1	การดูโทรทัศน์ ดูวิดีโอเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก ทำให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้						
2	การหาข้อมูลจากหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต การดูคลิปวิดีโอ การดูเฟสบุ๊ค เกี่ยวกับการดูแลเด็กช่วยให้ฉันเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็น						
3	ฉันจดจำเลียนแบบในการเล่นกับลูก ทำสิ่งที่ลูกต้องการมาจากแม่/ ญาติของฉัน						
4	ฉันเล่นกับลูก ทำสิ่งที่ลูกต้องการได้เพราะอ่านจากหนังสือการเลี้ยงดูเด็ก						
5	การดูโทรทัศน์ ดูวิดีโอเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กทำให้สามารถเล่นกับลูก ทำสิ่งที่ลูกต้องการได้						
6	ฉันเลี้ยงลูกได้เพราะแม่/ ญาติของฉันสอนให้ฉันทำ						
7	ฉันเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้เพราะพยาบาล/ บุคลากรในโรงพยาบาลสอนให้ฉันทำ						

ขอขอบคุณในการสละเวลาที่มีค่าของท่านตอบแบบสอบถาม



ภาคผนวก ข

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. รองศาสตราจารย์ ประณต คำฉิม หัวหน้าภาควิชาจิตวิทยา
มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิชุดา กิจธรรม อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัตนา จารุวรรณ ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์
เกษมบัณฑิต มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พีรพันธ์ วิศาลสกุลวงศ์ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารก
และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์เกษมบัณฑิต
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
5. อาจารย์ ดร.พิชญานี พูนพล อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



ภาคผนวก ค
ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตาราง 9 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้
(Corrected Item-Total Correlation) ของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดครั้งแรก

ข้อ	ค่า Corrected Item-Total Correlation	
	ฉบับทดลองใช้ (n=100)	ฉบับใช้จริง (n=695)
1	.277	.346
2	.281	.351
3	.204	.297
4	.244	.412
5	.406	.573
6	.527	.511
7	.515	.590
8	.323	.343
9	.413	.321
10	.509	.453
11	.411	.451
12	.370	.351
13	.437	.464
14	.489	.222
15	.216	.346
16	.238	.384
ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ	.748	.795

ตาราง 10 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้
(Corrected Item-Total Correlation) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว
ของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก

ข้อ	ค่า Corrected Item-Total Correlation	
	ฉบับทดลองใช้ (n=100)	ฉบับใช้จริง (n=695)
1	.434	.438
2	.341	.373
3	.372	.453
4	.224	.391
5	.540	.616
6	.273	.465
7	.499	.547
8	.486	.595
9	.547	.566
10	.613	.470
11	.556	.392
12	.580	.539
13	.461	.472
14	.321	.378
15	.467	.572
16	.569	.623
17	.618	.611
18	.691	.692
19	.664	.633
20	.496	.489
21	.554	.561
22	.506	.514
23	.568	.492
24	.639	.469
25	.420	.439
ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ	.899	.792

ตาราง 11 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้
(Corrected Item-Total Correlation) ของแบบสอบถามการกำกับตนเองของมารดาหลังคลอด
ครรภ์แรก

ข้อ	ค่า Corrected Item-Total Correlation	
	ฉบับทดลองใช้ (n=100)	ฉบับใช้จริง (n=695)
1	.638	.418
2	.602	.630
3	.553	.713
4	.624	.606
5	.588	.491
6	.574	.481
7	.388	.447
8	.337	.316
9	.546	.560
10	.556	.611
11	.461	.540
12	.332	.345
ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ	.845	.848

ตาราง 12 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ (Corrected Item-Total Correlation) ของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองของมารดา หลังคลอดครรภ์แรก

ข้อ	ค่า Corrected Item-Total Correlation	
	ฉบับทดลองใช้ (n=100)	ฉบับใช้จริง (n=695)
1	.245	.368
2	.360	.489
3	.527	.625
4	.536	.563
5	.421	.502
6	.536	.591
7	.574	.594
8	.411	.467
ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ	.766	.816

ตาราง 13 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้
(Corrected Item-Total Correlation) ของแบบสอบถามการเผชิญปัญหาผู้สูงอายุของมารดา
หลังคลอดครั้งแรก

ข้อ	ค่า Corrected Item-Total Correlation	
	ฉบับทดลองใช้ (n=100)	ฉบับใช้จริง (n=695)
1	.645	.585
2	.679	.611
3	.780	.753
4	.606	.666
5	.632	.708
ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ	.854	.852

ตาราง 14 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ (Corrected Item-Total Correlation) ของแบบสอบถามการถ่ายทอดการเป็นมารดาของมารดาหลังคลอดครั้งแรก

ข้อ	ค่า Corrected Item-Total Correlation	
	ฉบับทดลองใช้ (n=100)	ฉบับใช้จริง (n=695)
1	.690	.668
2	.309	.698
3	.385	.667
4	.615	.596
5	.366	.336
6	.240	.375
7	.578	.293
ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ	.746	.792

ตาราง 15 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ (Corrected Item-Total Correlation) ของแบบสอบถามภาวะต่อครอบครัวของมารดาหลังคลอดครั้งแรก

ข้อ	ค่า Corrected Item-Total Correlation	
	ฉบับทดลองใช้ (n=100)	ฉบับใช้จริง (n=695)
1	.664	.693
2	.696	.732
3	.839	.780
4	.794	.759
5	.479	.589
6	.498	.446
7	.541	.505
ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ	.865	.868

ตาราง 16 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้
(Corrected Item-Total Correlation) ของแบบสอบถามการรับรู้สุขภาพบุตรของมารดาหลังคลอด
ครรภ์แรก

ข้อ	ค่า Corrected Item-Total Correlation	
	ฉบับทดลองใช้ (n=100)	ฉบับใช้จริง (n=695)
1	.852	.677
2	.678	.717
3	.480	.573
4	.802	.600
5	.871	.547
6	.798	.672
ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ	.900	.851



ภาคผนวก ง

ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างข้อคำถามที่ใช้
ในการวิเคราะห์แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

ตาราง 17 ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของข้อคำถามในตัวแปรคุณภาพชีวิตของ
มารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก (n=695)

ข้อคำถาม	Standardize Loading				R ²
	ด้านร่างกาย	ด้านจิตใจ	การสนับสนุนทางสังคม	การเลี้ยงดูบุตร	
1	0.600				0.360
2	0.553				0.305
3	0.464				0.215
4	0.454				0.206
5		0.688			0.474
6		0.685			0.469
7			0.660		0.435
8			0.452		0.204
9			0.438		0.192
10			0.427		0.182
11			0.345		0.119
12			0.497		0.247
13				0.500	0.250
14				0.564	0.318
15				0.755	0.569
16				0.613	0.477
Standardized Loading	0.376	0.902	0.580	0.420	
รายองค์ประกอบ					
$\chi^2 = 150.023$, df = 82 (p = .000), CFI = 0.922, SRMR = 0.048, RMSEA = 0.045					

ตาราง 18 ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของข้อคำถามในตัวแปรพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว
ของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก (n=695)

ข้อคำถาม	Standardize Loading				R ²
	MSFM	WSFM	HSFM	SSFM	
1	0.43				0.18
2	0.49				0.24
3	0.54				0.29
4	0.38				0.15
5	0.43				0.19
6	0.78				0.60
7	0.69				0.47
8	0.76				0.58
9	0.80				0.63
10	0.69				0.47
11		0.65			0.42
12		0.65			0.43
13		0.71			0.51
14		0.61			0.37
15			0.47		0.23
16			0.76		0.57
17			0.85		0.71
18			0.87		0.76
19			0.80		0.64
20			0.65		0.42
21			0.71		0.50
22				0.63	0.39
23				0.71	0.50
24				0.55	0.30
25				0.63	0.39
Stand.Loading	0.70	0.71	0.75	0.78	
ร้อยละประกอบ					
$\chi^2 = 150.023$, df = 82 (p = .000), CFI = 0.922, SRMR = 0.048, RMSEA = 0.045					

มารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก (n=695)

ข้อคำถาม	Standardize Loading					R ²
	PSR	CSR	NSR	ASR	WSR	
1	0.554					0.307
2	0.661					0.437
3		0.819				0.670
4		0.662				0.438
5		0.595				0.354
6		0.535				0.286
7			0.608			0.370
8			0.571			0.326
9				0.572		0.327
10				0.475		0.226
11					0.606	0.368
12					0.509	0.259
Standardized Loading	0.73	0.80	0.51	0.63	0.74	

รายชื่อข้อคำถาม

$\chi^2 = 128.947$, $df = 37$ ($p = .000$), CFI = 0.922, SRMR = 0.049, RMSEA = 0.078

ตาราง 20 ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของข้อคำถามในตัวแปรการรับรู้ความสามารถตนเอง
ของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก (n=695)

ข้อคำถาม	Standardize Loading		R ²
	ความคาดหวังในความสามารถ	ความคาดหวังในผลของการกระทำ	
	ของตนเอง	กระทำ	
1	0.389		0.152
2	0.432		0.187
3	0.631		0.398
4	0.523		0.274
5		0.664	0.441
6		0.791	0.626
7		0.847	0.718
8		0.641	0.411
Standardized Loading	0.78	0.89	
รายองค์ประกอบ			
$\chi^2 = 35.180$, $df = 16$ ($p = 0.0038$), $CFI = 0.968$, $SRMR = 0.033$, $RMSEA = 0.054$			

ตาราง 21 ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของข้อคำถามในตัวแปรการเผชิญปัญหาผู้สูงอายุ
ของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก (n=695)

ข้อคำถาม	Standardize Loading	R ²
	การเผชิญปัญหาผู้สูงอายุ	
1	0.657	0.431
2	0.644	0.415
3	0.825	0.681
4	0.736	0.542
5	0.705	0.497
Standardized Loading	0.90	
รายองค์ประกอบ		
$\chi^2 = 13.366$, df = 5(p = 0.0202), CFI = 0.976, SRMR = 0.027, RMSEA = 0.064		

ตาราง 22 ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของข้อคำถามในตัวแปรการถ่ายทอดการเป็นมารดา
ของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก (n=695)

ข้อคำถาม	Standardize Loading	R ²
	การถ่ายทอดการเป็นมารดา	
1	0.658	0.434
2	0.527	0.277
3	0.586	0.344
4	0.593	0.352
5	0.632	0.399
6	0.600	0.360
7	0.641	0.412
Standardized Loading รายองค์ประกอบ	0.87	
$\chi^2 = 85.104$, $df = 32$ ($p = .000$), $CFI = 0.926$, $SRMR = 0.049$, $RMSEA = 0.063$		

ตาราง 23 ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของข้อคำถามในตัวแปรภาระต่อครอบครัว ของมารดา
หลังคลอดบุตรครั้งแรก (n=695)

ข้อคำถาม	Standardize Loading	R ²
1	0.721	0.520
2	0.778	0.605
3	0.876	0.767
4	0.767	0.588
5	0.663	0.440
6	0.534	0.285
7	0.638	0.407
Standardized Loading	0.89	
รายองค์ประกอบ		
$\chi^2 = 34.982$, df = 10(p = .000), CFI = 0.964, SRMR = 0.028, RMSEA = 0.078		

ตาราง 24 ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของข้อคำถามในตัวแปรการรับรู้สุขภาพบุตร ของมารดาหลังคลอดบุตรครั้งแรก (n=695)

ข้อคำถาม	Standardize Loading	R ²
1	0.693	0.480
2	0.715	0.511
3	0.641	0.411
4	0.912	0.831
5	0.860	0.740
6	0.906	0.820
Standardized Loading	0.90	
รายองค์ประกอบ		
$\chi^2 = 16.756$, df = 6(p = 0.0102), CFI = 0.979, SRMR = 0.017, RMSEA = 0.066		

ประวัติย่อผู้วิจัย



ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	จารุภา วงศ์ช่างหล่อ
วันเดือนปีเกิด	4 กันยายน 2515
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	กรุงเทพมหานคร
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	อาจารย์
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	ภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการนวดครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ.2536	พย.บ (พยาบาล) จาก วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
พ.ศ.2542	ศม. (จิตวิทยาสังคม) คณะจิตวิทยา จาก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พ.ศ.2549	พย.ม (มารดาและทารกแรกเกิด) คณะพยาบาลศาสตร์ จาก มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ.2560	ปร.ด (วิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์) จาก สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ