**บทความวิจัย**

# Stress, Fatigue, and Maternal Role Attainment in Postpartum Mothers with Severe Preeclampsia: Transition from Pregnancy through Postpartum

**Received:** Oct 21, 2024
**Revised:** Mar 18, 2025
**Accepted:** Mar 27, 2025

Phenphitcha Chantharason, M.N.S.[1]
Boonmee Phoodaangau, Ph.D.[2*]
Kochaporn Singhala, Ph.D.[3]

## Abstract

**Introduction:** Severe preeclampsia in pregnant women leads to stress and fatigue in postpartum mothers. This may affect their ability to achievement of maternal role.

**Research objectives:** To examine the relationship between stress, fatigue, and maternal role attainment among postpartum mothers who experienced severe preeclampsia from pregnancy through postpartum period.

**Research methodology:** This study employed a descriptive correlational research design. Data were collected between June and September 2024 at a tertiary hospital in Mahasarakham. The sample comprised 53 postpartum mothers who had experienced severe preeclampsia during pregnancy and continued into the postpartum period. The research instruments consisted of the Thai versions of the Postpartum Stress Assessment, the Fatigue Assessment, and the Maternal Role Attainment Assessment, with reported Cronbach's alpha coefficients of .85, .92, and .94, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and the Spearman correlation coefficient.

**Results:** Among postpartum mothers who experienced severe preeclampsia during pregnancy through the postpartum period, 69.80% reported low levels of stress and 86.80% reported low levels of fatigue. Additionally, 60.40% reported high levels of maternal role attainment. A significant negative correlation was found between stress and maternal role attainment ($r = -.296$, $p < .05$). In contrast, fatigue was not significantly correlated with maternal role attainment.

**Conclusion:** Higher stress was associated with lower maternal role attainment

**Implications:** Midwifes should assess, plan and deliver nursing care that emphasizes family involvement, promoting comfort, rest and relaxation to support postpartum mothers with severe preeclampsia in successfully maintaining maternal role attainment.

**Keywords:** stress, fatigue, maternal role attainment, severe preeclampsia

*[1]Student of Master of Nursing Science Program, Email: e-hskyoflove@hotmail.com*

*[2*]Corresponding author: Assistant professor, Email: bphoodaangau@gmail.com*

*[3]Assistant professor, Email: ksinghala@gmail.com*

*[1]Mahasarakham Hospital, Mahasarakham, Thailand.*

*[2-3]Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Mahasarakham, Thailand.*

# ความเครียด ความเหนื่อยล้าและการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง: การเปลี่ยนผ่านจากระยะตั้งครรภ์สู่หลังคลอด

**Received:** Oct 21, 2024
**Revised:** Mar 18, 2025
**Accepted:** Mar 27, 2025

เพ็ญพิชชา จันทรสอน พย.ม.[1]
บุญมี ภูด่านงัว ปร.ด.[2*]
กชพร สิงหะหล้า ปร.ด.[3]

**บทคัดย่อ**

**บทนำ:** ผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ก่อให้เกิดความเครียด และความเหนื่อยล้าของมารดาหลังคลอด ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัวต่อการดำรงบทบาทมารดาให้ประสบความสำเร็จ

**วัตถุประสงค์การวิจัย:** เพื่อศึกษาระดับและความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ถึงระยะหลังคลอด

**ระเบียบวิธีวิจัย:** การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ถึงหลังคลอด จำนวน 53 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินความเครียดในมารดาหลังคลอด แบบประเมินความเหนื่อยล้าของพิวจ์และคณะ ฉบับภาษาไทยโดยจรัสศรี ธีระกุลชัย และแบบประเมินการดำรงบทบาทมารดาหลังคลอด มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบากเท่ากับ .85, .92 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

**ผลการวิจัย:** มารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง มีความเครียดในระดับต่ำ ร้อยละ 69.80 มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 86.80 และมีการดำรงบทบาทมารดาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 60.40 ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดำรงบทบาทมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.296$, $p < .05$) สำหรับความเหนื่อยล้าไม่มีความสัมพันธ์กับการดำรงบทบาทมารดา

**สรุปผล:** ความเครียดส่งผลต่อการดำรงบทบาทมารดา แต่ความเหนื่อยล้าไม่มีความสัมพันธ์กับการดำรงบทบาทมารดา

**ข้อเสนอแนะ:** พยาบาลผดุงครรภ์ควรประเมิน วางแผน และให้การพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว การส่งเสริมความสุขสบาย การพักผ่อนและการผ่อนคลายเพื่อลดความเครียดและความเหนื่อยล้า เพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง

**คำสำคัญ:** ความเครียด ความเหนื่อยล้า การดำรงบทบาทมารดา ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง

[1]*นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต Email: e-hskyoflove@hotmail.com*

[2*]*Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: bphoodaangau@gmail.com*

[3]*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: ksinghala@gmail.com*

[1]*โรงพยาบาลมหาสารคาม มหาสารคาม ประเทศไทย*

[2-3]*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาสารคาม ประเทศไทย*

**บทนำ**

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย มีอุบัติการณ์ถึงร้อยละ 5 - 10 ของการตั้งครรภ์ และเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก รวมถึงส่งผลต่อทารก ได้แก่ ทารกเกิดก่อนกำหนด ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน และที่ร้ายแรงที่สุดคือ ทารกอาจเสียชีวิต[1] ดังนั้น สตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาให้เร็วที่สุด บางรายจำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์หรือคลอดก่อนกำหนด และบางรายจำเป็นต้องผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องฉุกเฉิน[2] ซึ่งก่อให้เกิดความเครียด และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อภาวะสุขภาพตนเองและทารก รวมถึงการได้รับการรักษาโดยการให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟตเพื่อป้องกันการชัก ซึ่งมีผลข้างเคียงของยาที่พบบ่อย คือ มีอาการร้อนวูบวาบ[2] ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย และความเหนื่อยล้าจากการรักษาและจากกระบวนการคลอด ต่อเนื่องถึงในระยะหลังคลอด จากการสูญเสียพลังงาน การหดรัดตัวของมดลูก การสูญเสียเลือด และการใช้ออกซิเจนที่เพิ่มขึ้น[3] รวมถึงมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงมักเกิดความเครียดกับภาวะสุขภาพของตนเองและสุขภาพของทารก ซึ่งอาจเกิดจากความรุนแรงของโรค การรักษา ผลข้างเคียงของยา ความรู้สึกไม่ปลอดภัย กลัวอันตราย และกลัวตาย[4] ดังนั้น มารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง จึงเผชิญกับความเครียดทั้งเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา และภาวะสุขภาพของตนเองและทารก เพราะอยู่ในสภาวะเป็นผู้ป่วย และเป็นมารดาหลังคลอดในการรับผิดชอบดูแลบุตรพร้อมกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อการปรับตัวต่อบทบาทมารดา และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทของมารดา[5] และเผชิญกับความเหนื่อยล้าทั้งที่เกี่ยวข้องกับโรค แผนการรักษา การสูญเสียเลือด สูญเสียพลังงาน ภาวะไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของยากันชัก วิธีการคลอด และการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจหลังคลอด ซึ่งความเหนื่อยล้าเป็นอีกภาวะหนึ่งที่พบมากในมารดาหลังคลอด โดยที่การพักผ่อนเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้อาการเหนื่อยล้าลดลง[6] และอาจส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองลดลง และอาจทำให้มีการปรับตัวต่อการดำรงบทบาทมารดาในระยะหลังคลอดได้ล่าช้าหรือลำบาก

การดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ในระยะ 48 - 72 ชั่วโมง ซึ่งเป็นระยะแสดงบทบาทตามรูปแบบ (Formal stage) เริ่มเมื่อทารกเกิด[7] เป็นระยะเปลี่ยนผ่านของมารดาหลังคลอดที่จะพยายามเรียนรู้ ฝึกทักษะ แลกเปลี่ยน ซักถาม จากทีมสุขภาพเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง รวมถึงการฝึกทักษะการเป็นมารดา พยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในทุกระยะทั้งขณะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรกหลังคลอด ซึ่งมารดาได้เผชิญกับสถานการณ์จริง เป็นช่วงระยะเวลาของการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญทั้งที่เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพ ภาวะจิตใจ และการแสดงบทบาทมารดา ดังนั้น การประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการดำรงบทบาทมารดา และปัจจัยที่อาจส่งผลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาจึงสำคัญ เพื่อลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรค และส่งเสริมปัจจัยที่สนับสนุนความสำเร็จของการดำรงบทบาทมารดา ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับความเครียด และความเหนื่อยล้า กับการดำรงบทบาทมารดาในระยะแรกของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงในขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ก่อนที่มารดาจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยคาดหวังผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา และการติดตามดูแลในระยะหลังคลอดต่อไป

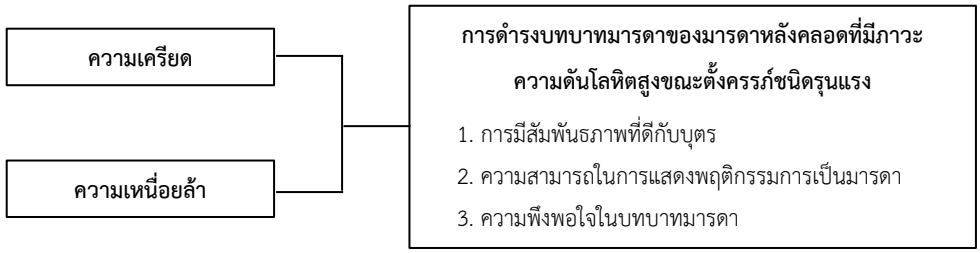
**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

การศึกษานี้ ใช้แนวคิดการดำรงบทบาทมารดาของ Mercer[7-8] ความเครียดใช้แนวคิดของ Lazarus และ Folkman[9] และความเหนื่อยล้าตามแนวคิดของ Pugh และ Milligan[10] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ดังภาพที่ 1




**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

**ระเบียบวิธีวิจัย**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation study)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ มารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง และได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟตในระยะหลังคลอด 24 ชั่วโมง ที่เข้าพักรักษาตัว ณ แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ในระหว่างเดือนมิถุนายน - กันยายน 2567

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษาทั้งในระยะคลอดและระยะหลังคลอด เช่น ภาวะชัก ภาวะกลุ่มอาการเม็ดเลือดแดงแตก ระดับเอนไซม์ตับสูง และเกล็ดเลือดต่ำ (Hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets: HEELP syndrome) ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะปอดบวมน้ำ ภาวะรกเกาะต่ำ ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด และภาวะช็อก เป็นต้น สามารถอ่านออก เขียนภาษาไทยได้ ทารกไม่ได้นอนพักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยทารกวิกฤติ (NICU) ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ และเกณฑ์คัดออก ดังนี้ มารดาหลังคลอดมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในระหว่างการให้ข้อมูล เช่น ปวดแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหรือปวดแผลฝีเย็บรุนแรง มีคะแนนความปวดมากกว่า 7/10 คะแนน มีภาวะซีดจำเป็นต้องให้เลือดทดแทน เป็นต้น และทารกมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในระหว่างมารดาพักรักษาตัวในระยะ 48 - 72 ชั่วโมงหลังคลอด เช่น ภาวะหายใจเร็วหรือหายใจลำบาก หรือมีภาวะตัวเหลือง และได้รับการรักษาด้วยวิธีการส่องไฟ และการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G* power 3.1.9.7 โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ (Significant level) .05 ให้อำนาจการทดสอบ (Level of power) .95 และการประมาณค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect size) ที่ .46 จากงานวิจัยของดาราวรรณ กำเสียงใส[11]

ได้กลุ่มตัวอย่าง 46 ราย และผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลร้อยละ 15[12] ได้กลุ่มจำนวนตัวอย่างเพิ่ม จำนวน 7 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 53 ราย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดจากเวชระเบียน ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด และทารกแรกเกิด

2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว และรายได้ต่อเดือน

3) แบบประเมินความเครียดในมารดาหลังคลอด ของรัตนา แทนไธสง[13] ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของณหทัย วงศ์ปการันต์ และทินกร วงศ์ปการันย์ [14] มีจำนวน 10 ข้อ โดยมีทั้งคำถามด้านบวกและด้านลบ มีข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ข้อ 4, 5, 7 และ 8 และคำถามด้านลบ 1, 2, 3, 6, 9 และ 10 การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน คะแนนรวม 0 - 40 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ คะแนนน้อยกว่า 10, 10 - 20, 21 - 30 และ 31 - 40 หมายถึง ไม่มีความเครียดหรือมีความเครียดในระดับต่ำมาก มีความเครียดระดับต่ำ ปานกลาง และสูงตามลำดับ

4) แบบประเมินความเหนื่อยล้า (The Modified Fatigue Symptoms Checklist [The MFSC]) ของ Pugh และคณะ[15] แปลเป็นภาษาไทยโดยจรัสศรี ธีระกุลชัย[16] มีข้อคำถาม 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 4 คะแนน คะแนนรวม 30 - 120 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ คะแนนรวมเท่ากับ 30 คะแนน, 31 -60, 61 -90 และ 91 -120 หมายถึงไม่มีความเหนื่อยล้า มีความเหนื่อยล้าในระดับต่ำ ปานกลาง และรุนแรง ตามลำดับ

5) แบบประเมินการดำรงบทบาทมารดาหลังคลอด ดัดแปลงจากแบบประเมินการปรับตัวต่อบทบาทมารดาของ รัตนา แทนไธสง[13] มีข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 - 5 คะแนนรวม 28 - 140 แบ่งเป็น 4 ระดับ คะแนนรวม เท่ากับ 28 - 56 คะแนน, 57 - 85, 86 - 114 และ 115 - 140 หมายถึง สามารถดำรงบทบาทมารดาได้น้อย สามารถดำรงบทบาทมารดาได้ปานกลาง สามารถดำรงบทบาทมารดาได้ดี และสามารถดำรงบทบาทมารดาได้ดีมาก ตามลำดับ

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

แบบประเมินการดำรงบทบาทมารดาหลังคลอดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงทางเนื้อหา เท่ากับ 1.00 และหาความเชื่อมั่นโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาก ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความเครียดในมารดาหลังคลอด แบบประเมินความเหนื่อยล้า และแบบประเมินการดำรงบทบาทมารดาหลังคลอด เท่ากับ .85, .92 และ .94 ตามลำดับ

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 245-005/ 2567 ลงวันที่ 25 เมษายน 2567 และหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่รับรอง MSKH_REC 67 – 01 - 008 ลงวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567 จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และได้รับการชี้แจงจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล สิทธิการปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาหรือบริการที่ได้รับ ไม่มีความเสี่ยงใดที่จะเกิดกับกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้

เป็นความลับ รวมทั้งใช้รหัสแทนชื่อ-สกุลจริง หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถสอบถามได้ตลอด และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยสำรวจและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจากเวชระเบียน จากนั้นผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย เมื่อมารดาหลังคลอดฯ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยทำการประเมินอาการ ประเมินระดับความปวด และประเมินความดันโลหิตก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล หากมารดาหลังคลอดฯ มีความดันโลหิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/100 มิลลิเมตรปรอท ระดับความปวดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6/10 (มีความปวดระดับปานกลาง) และไม่มีอาการปวดศีรษะ มารดาหลังคลอดมีความพร้อมหรือสะดวกในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้มารดาหลังคลอดตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยผู้วิจัยช่วยดูแลบุตรในระหว่างที่ มารดาฯ ตอบแบบสอบถาม กรณีทารกร้องไห้หรือต้องการดูดนม มารดาหลังคลอดฯ สามารถหยุดตอบแบบสอบถามชั่วคราวได้ และสามารถทำแบบสอบถามต่อได้ภายหลังที่สะดวกจากการปฏิบัติการดูแลทารก เมื่อมารดาหลังคลอดฯ ตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา และทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ-สเมียรนอฟ (One sample kolmogorov smirnov test) และกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 พบว่า การกระจายข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation)

**ผลการวิจัย**

**1. ข้อมูลทั่วไป** กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 30 - 34 ปี ร้อยละ 30.20 (Max = 45, Min = 18, M = 30.79, SD = 6.34) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 47.20 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 41.50 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 54.70 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 47.20 (Max = 40,000, Min = 8,000, M = 22,566, SD = 9,118) และมีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 43.40

**2. ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด และทารกแรกเกิด** กลุ่มตัวอย่างตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 39.60 เป็นการคลอดครั้งแรก ร้อยละ 39.60 ไม่เคยแท้ง ร้อยละ 92.50 บุตรมีชีวิตอยู่จำนวน 1 คน ร้อยละ 45.30 ทั้งหมดมีการฝากครรภ์ ร้อยละ 100 อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกส่วนใหญ่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 71.70 จำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์ 9 - 12 ครั้ง ร้อยละ 47.20 มีความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด มากกว่า 33 vol% ร้อยละ 88.70 (M = 36.54 , SD = 2.80) มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ มากกว่าหรือเท่ากับ 30 กก/ตรม. ร้อยละ 39.60 โดยมีน้ำหนักตัวมากที่สุดคือ 120 กิโลกรัม น้ำหนักตัวน้อยที่สุด 42 กิโลกรัม (M = 72.41, SD = 17.52) มีน้ำหนักก่อนคลอดมากกว่า 80 กิโลกรัม ร้อยละ 54.70 มีน้ำหนักที่เพิ่มตลอดการตั้งครรภ์ 11 - 15 กิโลกรัม ร้อยละ 34 (M = 13.97, SD = 5.64) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัวและไม่ได้สูบบุหรี่ แต่มีภาวะเสี่ยงทางสูติศาสตร์ขณะตั้งครรภ์โดยมีโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 22.60 ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งต่อเพื่อมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลมหาสารคาม ถึงร้อยละ 47.20 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่มีการหดรัดตัวของมดลูกก่อนคลอด (Uterine contraction)

ร้อยละ 88.70 มีวิธีการคลอดโดยการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 92.50 คลอดเมื่ออายุครรภ์ 33 - 36 สัปดาห์ ร้อยละ 52.80 ใช้วิธีการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่อง ไขสันหลัง ร้อยละ 85.70 มีการสูญเสียเลือดจากการคลอด 301 - 500 มิลลิลิตร ร้อยละ 58.50 (M = 370.75, SD = 108.06) สี่ชั่วโมงก่อนการหยุดให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต หลังคลอดมีระดับ Mg level ที่ 4.80 - 8.40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร้อยละ 88.70 (M = 5.23, SD = .47) และข้อมูลเกี่ยวกับทารกแรกเกิด ทารกเพศชาย ร้อยละ 50.90 น้ำหนักทารกแรกเกิดอยู่ระหว่าง 2,500 - 2,999 กรัม ร้อยละ 66 (M = 2,889.91, SD = 362.56) คะแนน Apgar score ของทารกแรกเกิด นาทีที่ 1 ส่วนใหญ่ 9 คะแนน ร้อยละ 100 Apgar score ที่ 5 นาที 10 คะแนน ร้อยละ 100 ทารกแรกเกิดทั้งหมด ร้อยละ 100 ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน (Birth Asphyxia) และไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีทารกเพียง ร้อยละ 7.50 ที่มีภาวะลิ้นติดในระดับเล็กน้อย (Mild tongue)

**3. ข้อมูลความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดา** พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 69.80 (M = 19.41, SD = 2.97) มีคะแนนความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 86.80 (M = 47.52, SD = 8.74) และมีความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 60.40 (M = 118.66, SD = 8.39) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวน ร้อยละ ของระดับความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดา (n = 53)

| ความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดา | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **ความเครียด (max = 25, min = 15, M = 19.41, SD = 2.97)** | | |
| ระดับต่ำ (10 - 20 คะแนน) | 37 | 69.80 |
| ระดับปานกลาง (21 - 30 คะแนน) | 16 | 30.20 |
| **ความเหนื่อยล้า (max = 66, min = 32, M = 47.52, SD = 8.74)** | | |
| ระดับต่ำ (31 - 60 คะแนน) | 46 | 86.80 |
| ระดับปานกลาง (61 - 90 คะแนน) | 7 | 13.20 |
| **การดำรงบทบาทมารดา (max = 137, min = 105, M = 118.66, SD = 8.39)** | | |
| ระดับดี (86 - 114 คะแนน) | 21 | 39.60 |
| ระดับดีมาก (115 - 140 คะแนน) | 32 | 60.40 |

**4. ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดา** พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับการดำรงบทบาทมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.296, p-value <.05) สำหรับความเหนื่อยล้าไม่มีความสัมพันธ์กับการดำรงบทบาทมารดา ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดาของกลุ่มตัวอย่าง (n = 53)

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

** p-value <.01 level (1-tailed), *p-value <.05 level (1-tailed)

**อภิปรายผลการวิจัย**

**1. ระดับความเครียด** กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30 - 34 เป็นช่วงวัยผู้ใหญ่ซึ่งมีวุฒิภาวะมากกว่ามารดาอายุน้อย มีทักษะการตัดสินใจ ทักษะการแก้ปัญหา มีความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ ทนต่อการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ต่าง ๆ มีความเป็นผู้ใหญ่มากขึ้น จึงสามารถจัดการสิ่งต่าง ๆ ได้ดีขึ้นตามประสบการณ์ สามารถปรับตัวได้ดี และมีความพร้อมต่อการเป็นมารดามากกว่ามารดาอายุน้อย[13,17] กลุ่มตัวอย่างเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไปถึงร้อยละ 60.30 และมีจำนวนบุตรที่มีชีวิตตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ร้อยละ 58.50 สะท้อนได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสั่งสมประสบการณ์ของการเป็นมารดา ซึ่งประสบการณ์การดูแลทารกทำให้มารดามีโอกาสในการเรียนรู้ และคุ้นเคยต่อการดูแลทารกมาก่อน ในขณะที่มารดาที่ขาดประสบการณ์จะมีความวิตกกังวล และไม่แน่ใจต่อบทบาทการเป็นมารดาของตน และไม่สามารถคาดเดาการตอบสนองและความต้องการของบุตรได้[13, 17] รวมถึงทารกแรกเกิดไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย มารดาหลังคลอดมีระดับความดันโลหิตลดลง ไม่ได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟตหรือยาป้องกันการชักแล้ว และไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เกิดขึ้นภายหลังคลอด อาจทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงหรืออันตรายต่อตนเองลดลง ร่วมกับการได้รับการดูแลจากพยาบาลผดุงครรภ์และครอบครัว ทำให้มารดาหลังคลอดได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งอาจช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในระดับต่ำ

**2. ระดับความเหนื่อยล้า** กลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยล้าในระดับต่ำ อาจด้วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้สูญเสียพลังงานจากการเผชิญกับความปวดขณะคลอด หรือวิธีการรักษาที่ยาวนาน ซึ่งการสูญเสียพลังงานและความปวดเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเหนื่อยล้า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่มีการหดรัดตัวของมดลูกก่อนคลอดถึงร้อยละ 88.70 รวมถึงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal block: SB) ถึงร้อยละ 85.70 ซึ่งการเจ็บแผลจะน้อยกว่าวิธีการระงับความรู้สึกด้วยการดมยา (General anesthesia: GA) เนื่องจากการระงับความรู้สึกด้วย SB ยายังมีฤทธิ์อยู่ 4 - 6 ชั่วโมงหลังผ่าตัด การเจ็บแผลหลังคลอดจึงน้อยในช่วงแรกหลังผ่าตัดคลอด[18] ดังนั้น เมื่อหลังคลอดจึงฟื้นตัวจากความเหนื่อยล้าได้เร็ว และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด มากกว่า 33 Volume% ถึงร้อยละ 88.70 และมีการสูญเสียเลือดจากการคลอดประมาณ 301 - 500 มิลลิลิตร ร้อยละ 58.50 จึงไม่มีภาวะซีด และร่างกายได้รับออกซิเจนและสารอาหารเพียงพอ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนการตั้งครรภ์ ทำให้สามารถฟื้นตัวได้เร็วและมีความเหนื่อยล้าลดลง รวมถึงในระยะเวลาหลังคลอด 48 - 72 ชั่วโมง มารดาหลังคลอดมีความดันโลหิตลดลง ร่วมกับการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาลผดุงครรภ์ และเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ เช่น การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การดูแลทารกแรกเกิด ซึ่งส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกสุขสบาย ได้พักผ่อน และความเครียดลดลง ระดับความเหนื่อยล้าจึงยังไม่มาก เนื่องจากยังไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ของการเป็นมารดาอย่างเต็มที่ ซึ่งความเหนื่อยล้าจะเพิ่มมากขึ้นใน 10 วันหลังคลอด เนื่องจากได้ปฏิบัติบทบาทอย่างเต็มที่ และการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้มากขึ้น[19] ซึ่งการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว พยาบาลผดุงครรภ์ และเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่ช่วยลดความเหนื่อยล้าในมารดาหลังคลอดได้[20]

**3. ระดับการดำรงบทบาทมารดา** กลุ่มตัวอย่างมีการดำรงบทบาทมารดาหลังคลอดอยู่ในระดับดีและดีมากถึงร้อยละ 39.60 และ 60.40 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีช่วงอายุอยู่ระหว่างมากกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี ร้อยละ 58.50 และเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไปถึงร้อยละ 60.30 และมีจำนวนบุตรที่มีชีวิตตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ร้อยละ 58.50 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีทักษะการคิด และการตัดสินใจ และมีความสามารถจัดการสิ่งต่าง ๆ

ได้ดีขึ้นตามประสบการณ์และสามารถปรับตัวได้ดี โดยอายุ เป็นปัจจัยบ่งบอกถึงวุฒิภาวะทางด้านอารมณ์ ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมและเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม มีความรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนได้กระทำ และมีผลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา ซึ่งในมารดาวัยรุ่น จะมีความพร้อมด้านร่างกายและด้านจิตใจน้อยกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่[17] นอกจากนี้ ในการศึกษาครั้งนี้ มารดาและทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด มารดาหลังคลอดมีความดันโลหิตกลับสู่ภาวะปกติ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อความสามารถของตนเองว่าสามารถดำรงบทบาทมารดาได้ดี รวมถึงการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว พยาบาลผดุงครรภ์ และเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพทำให้ความเครียด และความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดสามารถดำรงบทบาทมารดาได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .464$, $p < .001$)[21]

**4. ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง** พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการดำรงบทบาทมารดาในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.296$, $p < .05$) แสดงว่า มารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงที่มีความเครียดต่ำจะมีการดำรงบทบาทมารดาได้ดี ความเครียดระดับต่ำจะเป็นผลดีต่อบุคคล เป็นระดับที่ทำให้บุคคลมีแรงจูงใจกระตือรือร้นทำให้สามารถเผชิญปัญหาต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาได้ดี[9] สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนา แทนไธสง[13] พบว่า การปรับตัวต่อบทบาทมารดามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.72$, $p < .001$) และการศึกษาของ ปิยรัตน์ สมันตรัฐ และคณะ[5] พบว่า ความเครียดระหว่างและหลังตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา ($r = -.23$, $p < .05$)

**5. ความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้ากับการดำรงบทบาทมารดาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง** พบว่า ความเหนื่อยล้าไม่มีความสัมพันธ์กับการดำรงบทบาทมารดา อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยล้าในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 86.80 มารดาหลังคลอดทั้งหมดไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ส่วนใหญ่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ร้อยละ 85.70 และมีความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด มากกว่า 33 Volume% ถึงร้อยละ 88.70 ร่างกายจึงได้รับออกซิเจน และสารอาหารเพียงพอ ทำให้มีความเหนื่อยล้าลดลง และร่างกายสามารถฟื้นตัวได้เร็ว นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี ถึงร้อยละ 58.50 ซึ่งเป็นช่วงวัยผู้ใหญ่มีวุฒิภาวะและความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้น รวมถึงเป็นการคลอดครั้งที่ 2 ขึ้นไป ถึงร้อยละ 60.30 จึงมีประสบการณ์ในการเป็นมารดา ส่งผลให้ความสามารถในการปรับตัว และฟื้นตัวได้เร็วขึ้น ความเหนื่อยล้าจึงลดลง รวมถึงในระยะเวลาที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มารดาหลังคลอดได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว พยาบาลผดุงครรภ์ และเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้พักผ่อน ระดับความเหนื่อยล้าจึงต่ำ[20] และการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในระยะ 48 - 72 ชั่วโมงก่อนจำหน่ายมารดาหลังคลอดออกจากโรงพยาบาลเท่านั้น มารดาหลังคลอดอาจรับรู้ความสามารถในการปรับตัวต่อบทบาทมารดาในระดับสูงเพราะยังไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ของการเป็นมารดาอย่างเต็มที่ ซึ่งความเหนื่อยล้าจะเพิ่มมากขึ้นใน 10 วันหลังคลอด และจะลดลงในระยะ 1 และ 3 เดือนตามลำดับ[19]

ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาความเหนื่อยล้ากับการดำรงบทบาทมารดาในระยะยาวต่อไป ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาที่มารดาหลังคลอดได้กระทำบทบาทการเป็นมารดาอย่างเต็มที่

**ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้**

พยาบาลผดุงครรภ์ควรให้การพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว การส่งเสริมความสุขสบาย การพักผ่อนและการผ่อนคลายเพื่อลดความเครียด ลดความเหนื่อยล้า และส่งเสริมการปรับตัวเพื่อดำรงบทบาทมารดาหลังคลอดในระยะแรกให้สำเร็จ

**ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต**

ศึกษาการจัดทำโปรแกรมเพื่อลดความเครียด และความเหนื่อยล้าในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง รวมถึงควรมีการศึกษาติดตามในระยะยาวทั้งระดับความเครียด ความเหนื่อยล้า และการดำรงบทบาทมารดา เช่น ในระยะ 1, 2, 4 และ 6 สัปดาห์หลังคลอดในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงเพื่อติดตามความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาที่เกิดขึ้นจริงต่อไป

## References


1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Williams obstetrics. 25th ed. New York: McGraw- Hill; 2018.
2. Suttijamnong J, Kala S, Kritcharoen S. Nursing care needs of hospitalized pregnant women with pregnancy induced hypertension for overcoming a crisis. Songklanagarind Journal of Nursing [Internet]. 2016 [cited 2025 Mar. 21];36Suppl4:132-45. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/73480 (in Thai)
3. Ream E, Richardson A. Fatigue: a concept analysis. International Journal of Nursing Study [Internet]. 1996 [cited 2025 Mar. 21];33(5):519-29. Available from: https://doi.org/10.1016/0020-7489(96)00004-1
4. Yuriah S, Kartini F, Isnaeni Y. Experiences of women with preeclampsia. International Journal of Health & Medical Sciences [Internet]. 2022 [cited 2025 Mar. 21];5(3):201-10. Available from: https://doi.org/10.21744/ijhms.v5n3.1901
5. Samantarath P, Phungprasonka R, Chumpathat N, Buala O, Siri O. Predictors of maternal role attainment among adolescent mothers in Eastern of Thailand. Nursing Science Journal of Thailand 2024;42(1):69-83. (in Thai)
6. Piper BF, Dibble SL, Dodd M., Weiss MC. Slaughter RE, et al. The revised Piper fatigue scale: psychometric evaluation in women with breast cancer. Oncology Nursing Forum [Internet]. 1998 [cited 2025 Mar. 21];25:677-84. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9599351/
7. Mercer RT. The process of maternal role attainment over the first year. Nursing Research [Internet]. 1985 [cited 2025 Mar. 21];34(4):198-204. Available from: https://doi.org/10.1097/00006199-198507000-00002
8. Mercer RT. Becoming a mother: research on maternal role identity from Rubin to the present. New York: Springer; 1995.

9. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, coping. New York: Springer; 1984.
10. Pugh LC, Milligan RA. A framework for the study of childbearing fatigue. Advanced In Nursing Science [Internet]. 1993 [cited 2025 Mar. 21];15(4):60-70. Available from: https://doi.org/10.1097/00012272-199306000-00007
11. Kumsingsai D. The relationship between stress level, social support and maternal adaptation in mothers with obstetric complications. [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University;1996. (in Thai)
12. Polit FD, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 11th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2021.
13. Tanthaisong R, Wattananukulkiat S. The relationship between adjustments to maternal role, sleep disturbance, social support, postpartum fatigue and stress in advanced maternal age. Journal of Nursing Science & Health 2017;40(3):12-23. (in Thai)
14. Wongpakaran N, Wongpakaran T. The Thai version of the PSS-10: an investigation of its psychometric properties. Biopsychosocial Medicine [Internet]. 2010 [cited 2025 Mar. 21];4:6. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2905320/pdf/1751-0759-4-6.pdf.
15. Pugh LC, Milligan R, Parks PL, Lenz ER, Kitzman H. Clinical approaches in the assessment of childbearing fatigue. Journal Of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing [Internet]. 1999 [cited 2025 Mar. 21];28(1):74-80. [cited 2025 Mar. 21] Available from: https://www.jognn.org/action/showPdf?pii=S0884-2175%2815%2933615-7
16. Theerakulchai J. Factors related to fatigue and fatigue management among Thai postpartum women. [doctoral's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2004.
17. Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attainment. Journal of Nursing Scholarship [Internet]. 2004 [cited 2025 Mar. 21];36(3):226-32. Available from: https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x
18. Hemachandra A. Preparing for a non – emergency caesarean section. In: Tharangrat Hanprasertpong T, editor. Medical practice in obstetric outpatient. Bangkok: Sahamit Phatthana; 2017. p. 127-44. (in Thai)
19. Henderson J, Alderdice F, Redshaw M. Factors associated with maternal postpartum fatigue: an observational study. BMJ Open [Internet]. 2019 [cited 2025 Mar. 21];9:7. Available from: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025927
20. Taylor J, Johnson M. The role of anxiety and other factors in predicting postnatal fatigue: From birth to 6 months. Midwifery [Internet]. 2013 [cited 2025 Mar. 21];29:526-34. Available from: https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.04.011
21. Thammarat R, Supprasri P, Siriarunrat S. Factors associated with the maternal role attainment of teenage muslim mothers. Advanced Midwifery. Princess of Naradhiwas University Journal [Internet]. 2017 [cited 2025 Mar. 21];9(3):37-47. Available from: https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/99134 (in Thai)