

การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตหญิงหลังคลอด ระหว่างการคลอดปกติทางช่องคลอดกับการผ่าตัดคลอด

มนัสชนก มณีอินทร์ วท.ม. (วิทยาการระบาด)

โรงพยาบาลธนบุรี กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ ปัจจุบันอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรมีแนวโน้มสูงขึ้นทั่วโลก แต่การผ่าตัดคลอดมีผลเสียทั้งต่อมารดาและทารก การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตหญิงหลังคลอดระหว่างการคลอดปกติทางช่องคลอดกับการผ่าตัดคลอด การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบไปข้างหน้า (prospective cohort study) กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงหลังคลอด แผนกหลังคลอดโรงพยาบาลศิริราช 228 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ การคลอดปกติทางช่องคลอด การเลือกผ่าตัดคลอด และการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน กลุ่มละ 76 ราย โครงการดำเนินตั้งแต่มิถุนายน - ธันวาคม 2556 เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอด โดยสัมภาษณ์ในวันที่ 2 และช่วง 4 - 6 สัปดาห์หลังคลอด จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดสัมภาษณ์ครบที่ 4 - 6 สัปดาห์หลังคลอด 176 ราย แบ่งออกเป็น 59:58:59 ราย ตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่าหญิงหลังคลอดด้วยวิธีการคลอดปกติมีคะแนนคุณภาพชีวิต (maternal postpartum quality of life - MAPP-QOL) ภาพรวมและรายด้านดีกว่าการเลือกผ่าตัดคลอด และการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน (คะแนน MAPP-QOL = 24.0: 22.7:22.4) แต่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ คือ วันที่ 2 หลังคลอด คะแนนคุณภาพชีวิตรายด้าน การคลอดปกติทางช่องคลอดดีกว่าการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ในด้านความสัมพันธ์ของคู่สมรส ($\text{mean} \pm \text{SD} = 24.3 \pm 3.8: 22.9 \pm 3.5$) ด้านสุขภาพและการทำงาน ($\text{mean} \pm \text{SD} = 22.4 \pm 3.8: 18.7 \pm 5.2$) ที่ 4 - 6 สัปดาห์หลังคลอด ด้านเศรษฐกิจ และสังคม ($\text{mean} \pm \text{SD} = 25.9 \pm 2.3: 24.9 \pm 2.4$) และด้านความสัมพันธ์ของคู่สมรส ($\text{mean} \pm \text{SD} = 26.5 \pm 2.8: 25.6 \pm 2.8$) ถึงแม้ว่าผลคะแนนคุณภาพชีวิต มีความแตกต่างกันไม่มาก แต่ก็แสดงให้เห็นว่าวิธีการคลอดมีผลต่อคุณภาพชีวิตหญิงหลังคลอด ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับผลประโยชน์ต่อมารดาและทารกในแง่ของการ คลอดทางช่องคลอด กับการผ่าตัดคลอด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีข้อมูลในการเลือกวิธีการคลอดได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: หลังคลอด, คุณภาพชีวิต, คลอดปกติทางช่องคลอด, ผ่าตัดคลอด

บทนำ

ปัจจุบันอัตราการผ่าตัดคลอดของหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มสูงขึ้นทั่วโลก เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาจากข้อมูลสถิติของศูนย์ควบคุมโรค (Centers for Disease Control and Prevention) พบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดมีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 คือร้อยละ 20.7 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.0 และ 32.0 ในปี 2002 และ 2007 ตามลำดับ และสถิติล่าสุดในปี ค.ศ. 2013 อัตรา

การผ่าตัดคลอดคงอยู่ที่ร้อยละ 32.7^(1,2) สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการสำรวจแบบแผนการคลอดบุตรของหญิงไทยในรอบ 12 ปี พบว่ามีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงขึ้นโดยมีอัตราการผ่าตัดคลอดปี พ.ศ. 2533 อยู่ที่ร้อยละ 14.8 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.7 ในปี พ.ศ. 2544⁽³⁾ และพบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดที่สูงขึ้นพบในโรงพยาบาลเอกชนมากกว่าโรงพยาบาล

ของรัฐ จากข้อมูลการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลศิริราช ก็พบว่ามียัตราการผ่าตัดคลอดสูงขึ้นเช่นกัน คือมียัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.9 ในปี พ.ศ.2541 เป็นร้อยละ 32.8 และ 39.7 ในปี พ.ศ. 2546 และ 2551 ตามลำดับ⁽⁴⁾ ซึ่งสูงกว่ามาตรฐานที่องค์การอนามัยโลก ได้แนะนำไว้ว่ายัตราการผ่าตัดคลอดไม่ควรเกินร้อยละ 15.0 ของการคลอดทั้งหมด⁽⁵⁾

การผ่าตัดคลอดที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์มีผลเสียทั้งต่อมารดาและทารก เนื่องจากการผ่าตัดคลอดทำให้มารดาอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น การเสียเลือด ผลข้างเคียงจากการใช้ยาสลบ การติดเชื้อของแผลผ่าตัดฯ ส่วนทารกอาจเกิดภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด (transient tachypnea of the newborn) คือภาวะหายใจเร็วที่เกิดจากการมีน้ำเหลืองอยู่ในปอดมากกว่าปกติหลังคลอด ได้มากกว่าการคลอดแบบธรรมชาติ 4.5 เท่า⁽⁶⁾ อาการหายใจเร็วจะค่อยๆ หายเป็นปกติได้ แต่ทารกที่มีอาการรุนแรงอาจใช้เวลา 5 - 7 วัน และมักมีปัญหาระบบทางเดินหายใจ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กในระยะยาว⁽⁷⁾

ภาวะหลังคลอดบุตรเป็นระยะเวลาที่หญิงหลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคม มีการศึกษาเปรียบเทียบประสบการณ์หลังคลอดระหว่างการคลอดชนิดต่างๆ พบว่าการคลอดปกติทางช่องคลอดมีความเจ็บปวดใน 3 วันแรกน้อยกว่าการผ่าตัดคลอด⁽⁸⁾ และจากการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตหญิงหลังคลอดระหว่างการคลอดปกติทางช่องคลอดกับการผ่าตัดคลอด พบว่าหญิงหลังคลอดปกติมีคะแนนด้านพลังงาน (vitality) และสุขภาพจิต (mental health) สูงกว่าการผ่าตัดคลอดที่ 6 - 8 สัปดาห์หลังคลอด และมีคะแนนด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (physical functioning) สูงกว่าการผ่าตัดคลอด ที่ 12 - 14 สัปดาห์หลังคลอด⁽⁹⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของหญิงหลังคลอด ระหว่างการคลอดปกติกับการผ่าตัดคลอดว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ และ

ศึกษาปัจจัยที่อิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตหญิงหลังคลอด

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยศึกษาติดตามกลุ่มตัวอย่างไปข้างหน้า (prospective cohort study) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือหญิงหลังคลอดที่แผนกหลังคลอดโรงพยาบาลศิริราช ใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ $N = \lambda / \Delta$ ⁽¹⁰⁾

$$\Delta = \frac{1}{\sigma^2} \sum_{i=1}^k (\mu_i - \bar{\mu})^2, \quad \bar{\mu} = \frac{1}{k} \sum_{j=1}^k \mu_j$$

กำหนดให้

N = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มที่ใช้ในการวิจัย

λ ค่าจากตาราง ที่ระดับความเชื่อมั่น $\alpha = 0.05$ อำนาจการทดสอบ $(1 - \beta) = 0.08$ และ $k = 3$

σ^2 = ค่าความแปรปรวนของข้อมูลภายในแต่ละกลุ่ม
 $\mu =$ ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มที่ 1, 2 และ 3

k = จำนวนกลุ่มที่ศึกษา

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มคือ 58 ราย แต่คาดว่ามีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 30.0 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจะต้องมีขนาดเพิ่มขึ้นเป็น 76 ราย การวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 228 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ การคลอดปกติทางช่องคลอด การเลือกผ่าตัดคลอด และการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน กลุ่มละ 76 ราย ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน 2556 - ธันวาคม 2556 กลุ่มตัวอย่างได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดเรียงลำดับไปจนครบแต่ละกลุ่ม โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ (1) หญิงหลังคลอดมีอายุ 20-35 ปี (2) อายุครรภ์ 37 - 42 สัปดาห์ (3) มีประวัติการฝากครรภ์ และ (4) หญิงหลังคลอดห้องสามัญ เกณฑ์การคัดออก คือ (1) ไม่ได้รับการฝากครรภ์ (2) มีโรคประจำตัวทางอายุรกรรม เช่น

โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือโรคภูมิคุ้มกัน-ตนเองบกพร่อง (3) ตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์/ภาวะครรภ์เป็นพิษ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ตกเลือดก่อนคลอด (4) ติดยาเสพติด (5) มีประวัติเป็นโรคทางจิต หรือมีประสบการณ์ทำให้เกิดความเครียด เช่น การหย่าร้าง มีปัญหาครอบครัว หรือสูญเสียสมาชิกในครอบครัว (6) ทารกมีความผิดปกติแต่กำเนิด หรือตายปริกำเนิด หรือมีความเจ็บป่วยที่ต้องรับการรักษา หรือต้องอยู่ภายใต้การสังเกตมากกว่า 24 ชั่วโมง (7) ไม่สามารถติดตามสัมภาษณ์ได้

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ก่อนดำเนินการวิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบ หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ลงนามยินยอมด้วยความสมัครใจ 2 ครั้ง คือ (1) วันที่ 2 หลังคลอด ที่แผนกหลังคลอด และ (2) ช่วง 4 - 6 สัปดาห์หลังคลอด ที่แผนกตรวจหลังคลอด ผู้ป่วยนอก แต่หากมารดาหลังคลอดไม่มาตรวจตามนัด ผู้วิจัยจะติดตามเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยทางโทรศัพท์

เครื่องมือที่ใช้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลระหว่างการคลอด และเหตุผลของหญิงหลังคลอดต่อวิธีการคลอด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเจ็บปวด

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์วัดระดับคุณภาพชีวิตของหญิงหลังคลอด (MAPP-QOL) ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอด โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 2 ส่วนคือ ความพึงพอใจและความสำคัญ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ

- 1) จิตใจ/ทารก (psychological/baby)
- 2) สังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic)
- 3) ความสัมพันธ์ของสามี/คู่รัก (relational/spouse-

partner)

4. ความสัมพันธ์กับครอบครัว/เพื่อน (relational/family-friend)

5. สุขภาพ/การทำหน้าที่ของร่างกาย (health & function)

มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับโดยการทำด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.9

การให้คะแนน

ผลคะแนนจะถูกคำนวณโดยถ่วงคะแนน ระหว่างความพึงพอใจกับความสำคัญ ซึ่งจับคู่ในข้อคำถามเดียวกัน โดยแบ่งออกเป็นการคำนวณคะแนนคุณภาพชีวิตในภาพรวมและการคำนวณคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้าน ความเป็นไปได้ของคะแนนคือ 0 - 30 ตามวิธีการคำนวณของ Ferrans and Powers⁽¹¹⁾

การแปลความหมายของคุณภาพชีวิตจะใช้คะแนนที่คำนวณได้มาหาค่าเฉลี่ยในภาพรวม และแต่ละด้านแล้วนำคะแนนมาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มวิธีการคลอดที่ต่างกัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เปรียบเทียบความตรงกันตามหลักการแปลแบบย้อนกลับ (back translation) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ สูติแพทย์ และพยาบาลแผนกสูติกรรม ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหา (CVI) = 0.9 และหาความเชื่อมั่นตรง (reliability) สัมประสิทธิ์แอลฟา มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคลของหญิงหลังคลอด ข้อมูลและทัศนคติการคลอด คะแนนความปวด และคะแนนคุณภาพชีวิตวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การเปรียบเทียบความปวดหลังคลอดระหว่างกลุ่ม ใช้สถิติ “Mann-Whitney U Test” เปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตหญิงหลังคลอดระหว่าง 3 กลุ่ม ใช้ ANOVA test การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคุณภาพชีวิต ตัวแปรเชิงเดี่ยว (Univariable

analysis) ใช้สถิติ t-test, ANOVA, Spearman rank correlation และการวิเคราะห์ตัวแปรพหุ ใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้น (multiple linear regression)

ผลการศึกษา

จากการสัมภาษณ์หญิงหลังคลอดตาม inclusion criteria วันที่ 2 หลังคลอด ทั้งหมด 228 ราย โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. การคลอดปกติทางช่องคลอด (normal delivery)
2. การเลือกผ่าตัดคลอด (elective C/S)
3. การผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน (emergency C/S) กลุ่มละ

76 ราย

เมื่อติดตามสัมภาษณ์ที่ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด มีผู้ที่ไม่สามารถติดตามได้ 52 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มละ 17, 18 และ 17 รายตามลำดับ เนื่องจากสาเหตุดังนี้

1. หญิงหลังคลอดมีนัดตรวจหลังคลอดใกล้บ้าน ไม่สะดวกให้ข้อมูลเมื่อสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์
2. หญิงหลังคลอดกลับไปอยู่ต่างจังหวัดให้หมายเลขโทรศัพท์ญาติ เมื่อขอหมายเลขติดต่อจากญาติ ไม่สามารถติดต่อได้
3. หมายเลขโทรศัพท์ที่ให้ไว้ไม่สามารถติดต่อได้

เมื่อนำข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่สูญหายมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้ เพื่อดูลักษณะของข้อมูล ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตหญิงหลังคลอดแตกต่างกัน พบว่าลักษณะของข้อมูลไม่แตกต่างกัน

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ 176 ราย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มตามวิธีการคลอด คือ

1. คลอดปกติ 59 ราย
2. การเลือกผ่าตัดคลอด 58 ราย
3. ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน 59 ราย

ความตั้งใจของหญิงตั้งครรภ์ในระยะก่อนคลอด ส่วนใหญ่มีความตั้งใจอยากคลอดทางช่องคลอดมากกว่า การผ่าตัดคลอด ด้วยเหตุผลพื้นฐานตัวเร็วหลังคลอดร้อยละ 88.1 ดังแสดงในตารางที่ 1

คะแนนเฉลี่ยความปวดด้วยวิธีการคลอดปกติวันที่ 2 หลังคลอด คือ Median=3, IQR=2-4 ที่ 4-6 สัปดาห์ หลังคลอด คือ Median=0, IQR=0-1 ส่วนการ ผ่าตัดคลอดทั้ง 2 วิธีมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากันทั้งวันที่ 2 และ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด คือ Median=5, IQR=4-6, IQR=3-6 และ Median=1, IQR=0-2 ตามลำดับ โดยพบว่าการคลอดปกติทางช่องคลอดมีคะแนนความปวดน้อยกว่าการเลือกผ่าตัดคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.05$ วันที่ 2 และ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด และน้อยกว่าการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.05$ ในวันที่ 2 และ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด ตามลำดับ

คะแนนคุณภาพชีวิตหญิงหลังคลอดทั้งภาพรวม และแต่ละด้านแสดงในตารางที่ 2 พบว่า วันที่ 2 หลังคลอด การคลอดปกติทางช่องคลอดมีคะแนนคุณภาพชีวิตมากกว่าการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินในภาพรวม โดยการคลอดปกติทางช่องคลอดมีคะแนนคุณภาพชีวิตมากกว่าการผ่าตัดคลอดทั้ง 2 วิธี (mean MAPP-OQL (ภาพรวม) = 24.0:22.7:22.4) ในรายด้านคือ ด้านจิตใจ/ทารก และด้านสุขภาพ/การทำหน้าที่ของร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$ และที่ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด การคลอดปกติทางช่องคลอดมีคะแนนคุณภาพชีวิตมากกว่าการเลือกผ่าตัดคลอด ในรายด้าน คือ ด้านสุขภาพ/การทำหน้าที่ของร่างกาย ($p<0.05$) (ตารางที่ 2)

การศึกษาปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตหญิงหลังคลอดโดยควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ด้วยสถิติ Multiple linear regression พบว่าวิธีการคลอดไม่มีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิตในภาพรวมทั้งวันที่ 2 และ 4-6 สัปดาห์ หลังคลอด แต่มีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิตหญิงหลังคลอดในรายด้าน ในวันที่ 2 หลังคลอด คือ ด้านความสัมพันธ์ของสามี/คู่รัก โดยการคลอดปกติจะมีคะแนนคุณภาพชีวิตมากกว่าการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน 1.85 คะแนน ($p<0.05$) และด้านสุขภาพ/การทำหน้าที่ของร่างกาย (คะแนนมากกว่า 2.21 คะแนน, $p<0.05$) ที่ 4-6 สัปดาห์ หลังคลอด คือ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

(คะแนนมากกว่า 1.23 คะแนน, $p < 0.05$) และความ
สัมพันธ์ของสามี/คู่รัก (คะแนนมากกว่า 1.50 คะแนน
 $p < 0.05$) ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่พบความสัมพันธ์กับ
คุณภาพชีวิตหญิงหลังคลอดคือ อาชีพ รายได้ และ
ความปวด (ตารางที่ 3 และ 4)
จากการวิเคราะห์เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ สรุปว่า วิธี
การคลอดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตรายด้านอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ คือ วันที่ 2 หลังคลอด

ตารางที่ 1 ความตั้งใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อวิธีการคลอด และเหตุผลการเลือกช่องทางคลอดในระยะก่อนคลอด

วิธีการคลอด	คลอดปกติทางช่องคลอด (n = 59)		เลือกผ่าตัดคลอด (n = 58)		ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน (n = 59)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
ก่อนคลอดมีความตั้งใจคลอดด้วยวิธี						
คลอดปกติทางช่องคลอด	57	(96.6)	26	(44.8)	46	(77.9)
ผ่าตัดคลอด	2	(3.4)	32	(55.2)	13	(22.1)
เหตุผลในการเลือกคลอดปกติทางช่องคลอด (เลือกได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)						
กลัวการผ่าตัด และการดมยาสลบ	25	(42.2)	8	(13.8)	14	(23.7)
ต้องการให้เป็นไปตามธรรมชาติ	48	(81.4)	18	(31)	35	(59.3)
ฟื้นตัวเร็วหลังคลอด	52	(88.1)	25	(43.1)	42	(71.2)
ได้แสดงบทบาทการเป็นมารดาอย่างสมบูรณ์	39	(66.1)	12	(20.7)	19	(32.2)
การคลอดเองมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน หลังคลอดน้อยกว่าการผ่าตัดคลอด	30	(50.8)	17	(29.9)	21	(35.6)
ทารกที่คลอดทางช่องคลอดจะมีสุขภาพ ดีกว่าทารกที่ผ่าตัดคลอด	26	(44.1)	8	(13.8)	10	(16.9)
การคลอดเองเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่า	35	(59.3)	15	(25.9)	20	(33.9)
เหตุผลในการเลือกผ่าตัดคลอด (เลือกได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)						
เคยมีการผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อน	0	(0)	42	(72.4)	0	(0)
ทารกมีส่วนนำ หรือทำผิดปกติ	0	(0)	2	(3.4)	0	(0)
มีภาวะรกเกาะต่ำ	0	(0)	0	(0)	0	(0)
ต้องการเลือกวันคลอด	0	(0)	2	(3.4)	2	(3.4)
วิตกกังวล / กลัวการเจ็บครรภ์คลอด	2	(3.4)	7	(12.1)	4	(6.8)
หลีกเลี่ยงการฉีกขาดของช่องทางคลอด / การผ่าตัดฝีเย็บ	1	(1.7)	2	(3.4)	2	(3.4)
ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกระบังลมหย่อน	0	(0)	1	(1.7)	0	(0)
มีประสบการณ์การคลอดทางช่องคลอดที่ไม่ดี เช่น เจ็บครรภ์คลอดนาน, บุตรได้รับบาดเจ็บ	0	(0)	3	(5.2)	1	(1.7)
การคลอดทางช่องคลอดอาจมีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์	0	(0)	1	(1.7)	0	(0)
กลัวบุตรได้รับอันตรายระหว่างคลอด	1	(1.7)	2	(3.4)	2	(3.4)
ในปัจจุบันผู้หญิงมีการเลือกผ่าตัดคลอดมากขึ้น	0	(0)	2	(3.4)	0	(0)

คะแนนคุณภาพชีวิตการคลอดปกติทางช่องคลอดมากกว่าการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินในด้านความสัมพันธ์ของคู่สมรส (mean±SD=24.3±3.8:22.9±3.5) ด้านสุขภาพและการทำงาน (mean±SD=22.4±3.8:18.7±5.2) และที่ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด ในด้านเศรษฐกิจและสังคม (mean±SD=25.9±2.3:24.9±2.4) และด้านความสัมพันธ์ของคู่สมรส (mean±SD=26.5±2.8:25.6±2.8)

วิจารณ์

การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตหญิงหลังคลอดระหว่างการคลอดปกติทางช่องคลอดกับการผ่าตัดคลอด การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในภาพรวม และรายด้าน ผลการวิจัยพบว่าคะแนนที่ออกมามีความแตกต่างกันไม่มากเพียง 1-2 คะแนน โดยกลุ่มการคลอดปกติมีคะแนนคุณภาพชีวิตดีกว่าการผ่าตัดคลอด แต่ก็มีผลแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Mousavi และคณะ กับ Huang และคณะ ที่พบว่า

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตหญิงหลังคลอด วันที่ 2 และ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด โดยการทดสอบ ANOVA

วิธีการคลอด	คุณภาพชีวิตโดยรวม/รายด้าน	วันที่ 2 หลังคลอด		4-6 สัปดาห์หลังคลอด	
		Mean	(SD)	Mean	(SD)
คลอดปกติทางช่องคลอด (n=59)	MAPP-QOL(โดยรวม)	24.0	(2.9) ^a	26.2	(1.8)
	ด้านจิตใจ/ทารก	24.8	(3.6) ^b	26.6	(2.1)
	ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	23.6	(4.0)	25.9	(2.3)
	ด้านความสัมพันธ์ของสามี/คู่รัก	24.3	(3.8)	26.5	(2.8)
	ด้านความสัมพันธ์กับครอบครัว/เพื่อน	26.4	(2.6) ^c	27.0	(2.0)
	ด้านสุขภาพ/การทำหน้าที่ของร่างกาย	22.4	(3.8) ^d	25.4	(2.4) ^c
เลือกผ่าตัดคลอด (n=58)	MAPP-QOL(โดยรวม)	22.7	(3.1)	25.6	(2.3)
	ด้านจิตใจ/ทารก	22.5	(4.4) ^b	26.6	(5.4)
	ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	23.7	(3.6)	25.5	(2.6)
	ด้านความสัมพันธ์ของสามี/คู่รัก	23.0	(3.7)	25.9	(2.7)
	ด้านความสัมพันธ์กับครอบครัว/เพื่อน	25.2	(2.8) ^c	26.6	(2.7)
	ด้านสุขภาพ/การทำหน้าที่ของร่างกาย	19.0	(4.6) ^d	23.9	(3.2) ^c
ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน (n=59)	MAPP-QOL(โดยรวม)	22.4	(2.9) ^a	25.5	(1.9)
	ด้านจิตใจ/ทารก	22.6	(4.2) ^b	26.2	(2.4)
	ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	23.1	(3.5)	24.9	(2.4)
	ด้านความสัมพันธ์ของสามี/คู่รัก	22.9	(3.5)	25.6	(2.8)
	ด้านความสัมพันธ์กับครอบครัว/เพื่อน	25.3	(2.7)	26.7	(2.3)
	ด้านสุขภาพ/การทำหน้าที่ของร่างกาย	18.7	(5.2) ^d	24.8	(2.9)

MAPP-QOL = คุณภาพชีวิตหญิงหลังคลอด

a การคลอดปกติทางช่องคลอด แตกต่างกับ การผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน p<0.05

b การคลอดปกติทางช่องคลอด แตกต่างกับ การเลือกผ่าตัดคลอด และการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน p<0.05

c การคลอดปกติทางช่องคลอด แตกต่างกับการเลือกผ่าตัดคลอด p<0.05

d การคลอดปกติทางช่องคลอด แตกต่างกับ การเลือกผ่าตัดคลอด และการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน p<0.05

คุณภาพชีวิตโดยรวมหญิงหลังคลอดทางช่องคลอดดีกว่า การผ่าตัดคลอด^(12,13)

คะแนนคุณภาพชีวิตวันที่ 2 หลังคลอดพบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตระหว่างการคลอดปกติกับผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ในรายด้านสุขภาพ/การทำหน้าที่ของร่างกาย ($p < 0.05$) คะแนนคุณภาพชีวิตที่ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด พบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตระหว่างการคลอดปกติกับผ่าตัดคลอดฉุกเฉินในด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านสุขภาพ/การทำหน้าที่ของร่างกาย และพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ/การทำหน้าที่ของร่างกายมีคะแนนต่ำสุดเหมือนกันทั้ง 3 กลุ่มเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่น ๆ ทั้งวันที่ 2 และ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Torkan และคณะ ที่พบว่า

คุณภาพชีวิตหญิงหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอดดีกว่า การผ่าตัดคลอดในด้านพลังงาน สุขภาพจิต และการทำหน้าที่ของร่างกาย⁽⁹⁾ และ Mousavi และคณะ ที่พบว่า คุณภาพชีวิตหญิงหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอดดีกว่า การผ่าตัดคลอดในด้านกายภาพ จิตใจ และสังคม⁽¹²⁾ ความแตกต่างที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากความเจ็บปวด หรือความอ่อนเพลียหลังคลอด เพราะการคลอดเองทางช่องคลอดมีความปวดหลังคลอดน้อยกว่าการผ่าตัดคลอด และสามารถฟื้นตัวได้เร็วกว่า ทำให้มีผลกับความความสามารถในการช่วยเหลือตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีความสามารถในการเลี้ยงดูและให้นมบุตรหลังคลอด ซึ่งส่งผลถึงด้านจิตใจ และสัมพันธภาพกับสามี สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wu และคณะ ที่พบว่า

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตหญิงหลังคลอดวันที่ 2 ด้วย multiple linear regression เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตวันที่ 2 หลังคลอด (p-value)					
	คุณภาพชีวิตโดยรวม	1	2	3	4	5
อายุ (ปี)	-0.04 (0.428)	-0.06 (0.394)	-0.03 (0.673)	-0.08 (0.212)	-0.08 (0.100)	-0.07 (0.314)
อาชีพ						
แม่บ้าน/อื่น ๆ	-	-	-	-	-	-
รับจ้าง	0.50 (0.397)	0.72 (0.377)	1.08 (0.144)	1.70 (0.023)	0.54 (0.325)	-0.91 (0.283)
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ พนักงานบริษัท/ธุรกิจส่วนตัว	0.39 (0.447)	0.67 (0.344)	1.09 (0.088)	0.80 (0.212)	0.13 (0.783)	-0.78 (0.288)
รายได้ครอบครัว						
เพียงพอ	-	-	-	-	-	-
มีเหลือเก็บ	1.37 (0.887)	1.72 (0.082)	1.33 (0.137)	0.68 (0.447)	0.10 (0.884)	2.61 (0.012)
ความตั้งใจต่อวิธีการคลอด						
ก่อนคลอด						
วิธีคลอดตรงกับความตั้งใจ	-	-	-	-	-	-
ก่อนคลอด						
วิธีคลอดไม่ตรงกับความตั้งใจ	0.08 (0.871)	1.30 (0.103)	-0.69 (0.340)	-1.12 (0.113)	0.12 (0.825)	0.12 (0.883)
ก่อนคลอด						
วิธีการคลอด						
ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน	-	-	-	-	-	-
คลอดปกติทางช่องคลอด	1.01 (0.165)	0.68 (0.497)	0.59 (0.512)	1.85 (0.042)	0.58 (0.390)	2.21 (0.035)
เลือกผ่าตัดคลอด	0.39 (0.964)	-0.27 (0.744)	1.12 (0.131)	0.84 (0.256)	0.10 (0.855)	0.88 (0.301)
ความปวด	-0.36 (0.006)	-0.33 (0.065)	0.14 (0.422)	-0.19 (0.227)	-0.08 (0.637)	-0.97 (<0.001)

- = อ้างอิง

1 = ด้านจิตใจ/ทารก

2 = ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

3 = ด้านความสัมพันธ์ของสามี/คู่รัก

4 = ด้านความสัมพันธ์กับครอบครัว/เพื่อน

5 = ด้านสุขภาพ/การทำหน้าที่ของร่างกาย

ความปวดหลังการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ทำให้คุณภาพชีวิตด้านกายภาพและจิตใจเลวลง⁽¹⁴⁾

ในการศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจ/ทารก และความสัมพันธ์กับครอบครัว/เพื่อน อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกแบบเจาะจง โดยหญิงหลังคลอดที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ มีความเครียด มีประวัติการหย่าร้าง หรือมีปัญหาครอบครัวจะถูกคัดออก กลุ่มตัวอย่างที่ได้จึงเป็นกลุ่มที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ และได้รับการดูแลจากครอบครัวเป็นอย่างดี ทำให้ไม่เห็นความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในด้านนี้

จากผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตระหว่างการเลือกผ่าตัดคลอด กับ การผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน และทั้งวันที่ 2 และ 4 - 6 สัปดาห์หลังคลอด อาจเกิด

จากความปวด เนื่องจากคะแนนความปวดหลังคลอดของวิธีการคลอดทั้ง 2 วิธีไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Katz พบว่า การบรรเทาความปวดให้กับผู้ป่วยทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽¹⁵⁾ หรือวิธีการคลอดอาจไม่ได้มีผลกับคุณภาพชีวิตหญิงหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Huang และคณะ ที่พบว่า วิธีการคลอดไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตหญิงหลังคลอด⁽¹³⁾

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต คือการประกอบอาชีพ วิธีการคลอด รายได้ของครอบครัว และความปวด อาชีพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตหลังคลอดในภาพรวม และด้านความสัมพันธ์ของสามี/คู่รัก สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นที่พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพ-

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตหญิงหลังคลอด 4-6 สัปดาห์ ด้วย multiple linear regression เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตวันที่ 2 หลังคลอด (p-value)					
	คุณภาพชีวิตโดยรวม	1	2	3	4	5
อายุ(ปี)	-0.06 (0.077)	-0.11 (0.078)	-0.07(0.106)	-0.04 (0.346)	-0.04 (0.352)	-0.04 (0.406)
อาชีพ						
แม่บ้าน/อื่น ๆ	-	-	-	-	-	-
รับจ้าง	0.55 (0.175)	0.78 (0.280)	0.65(0.177)	0.01 (0.983)	0.22 (0.618)	-0.02 (0.967)
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ พนักงานบริษัท/ธุรกิจส่วนตัว	0.71 (0.042)	1.22 (0.051)	0.89(0.032)	0.40 (0.407)	0.12 (0.750)	-0.07 (0.889)
รายได้ครอบครัว						
เพียงพอ	-	-	-	-	-	-
มีเหลือเก็บ	0.66 (0.781)	0.91 (0.862)	1.85(0.001)	1.75 (0.008)	0.34 (0.521)	1.40 (0.042)
ความตั้งใจต่อวิธีการคลอด						
ก่อนคลอด						
วิธีการคลอดตรงกับความตั้งใจ	-	-	-	-	-	-
ก่อนคลอด						
วิธีการคลอดไม่ตรงกับความตั้งใจ	-0.11 (0.785)	0.91 (0.203)	-0.43(0.362)	-0.95 (0.084)	-0.01 (0.983)	0.18 (0.756)
วิธีการคลอด						
ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน	-	-	-	-	-	-
คลอดปกติทางช่องคลอด	0.49 (0.310)	-0.78 (0.374)	1.23(0.029)	1.50 (0.027)	0.19 (0.723)	0.09 (0.896)
เลือกผ่าตัดคลอด	0.32 (0.427)	0.48 (0.508)	0.77(0.109)	0.72 (0.199)	-0.01 (0.987)	-0.91 (0.115)
ความปวด	-0.18 (0.235)	-0.46 (0.092)	0.14(0.422)	-0.14 (0.513)	-0.08 (0.637)	-0.53 (0.014)

- = อ้างอิง

1 = ด้านจิตใจ/ทารก

2 = ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

3 = ด้านความสัมพันธ์ของสามี/คู่รัก

4 = ด้านความสัมพันธ์กับครอบครัว/เพื่อน

5 = ด้านสุขภาพ/การทำหน้าที่ของร่างกาย

ชีวิต^(16,17) โดยหญิงหลังคลอดผู้ทำอาชีพรับข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ/เอกชน หรือธุรกิจส่วนตัวจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ทำงานบ้าน หรืออื่นๆ เนื่องจากอาชีพคือการทำงานที่มีรายได้ เป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดรายได้ การทำงานจึงเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต ได้รับการยอมรับ เป็นคนที่มีคุณค่า สร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจให้กับตนเองและครอบครัว

รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตหลังคลอดในด้านสุขภาพ/การทำหน้าที่ของร่างกาย สังคมและเศรษฐกิจ และความสัมพันธ์ของสามี/คู่รัก เพราะรายได้เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับการศึกษาและอาชีพ ผู้ที่มีรายได้เพียงพอจะเป็นผู้ที่สามารถตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต และหญิงหลังคลอดส่วนใหญ่ทำงานบ้าน มีรายได้ของครอบครัวเพียงพอ สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่พบว่า รายได้ของครอบครัวมีผลต่อภาวะซึมเศร้าของหญิงหลังคลอด⁽¹⁸⁾ มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการปรับตัวในบทบาทการเป็นมารดา⁽¹⁹⁾ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Mousavi และคณะ พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตหญิงหลังคลอดในด้านจิตใจ⁽¹²⁾

สรุป

ถึงแม้คะแนนคุณภาพชีวิตของหญิงหลังคลอดมีความแตกต่างกันไม่มาก แต่การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าวิธีการคลอดมีผลต่อคุณภาพชีวิตหญิงหลังคลอด โดยการคลอดปกติทางช่องคลอดมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าการผ่าตัดคลอด และพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีเหตุผลในการเลือกวิธีการคลอดจากประสบการณ์ ความรู้สึก มากกว่าการใช้ความรู้ทางการแพทย์ ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับผลประโยชน์ต่อมารดาและทารกในแง่ของการคลอดทางช่องคลอด กับการผ่าตัดคลอด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีข้อมูลในการเลือกวิธีการคลอดได้อย่างเหมาะสมเพื่อช่วยลดอัตราการผ่าตัดคลอด

โดยไม่จำเป็นในปัจจุบัน และการจัดการกับความปวดหลังคลอดจะส่งเสริมให้หญิงหลังคลอดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาความรู้และทัศนคติต่อการผ่าตัดคลอดในครรภ์แรกในโรงพยาบาลเอกชนกับโรงพยาบาลของรัฐ และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตหญิงหลังคลอด ระหว่างการคลอดปกติทางช่องคลอดกับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลเอกชน เพื่ออธิบายเหตุผลของการผ่าตัดคลอดที่สูงขึ้นในปัจจุบัน และเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตหญิงหลังคลอดเป็นเครื่องมือใหม่ ต้องมีความจำเป็นในการทดสอบกับหญิงหลังคลอดกลุ่มอื่นๆ ต่อไปในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย รศ.ดร.พญ.พรพิมล เรืองวุฒิเลิศ และผศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้ให้คำแนะนำ คำปรึกษา ตลอดจนให้ข้อคิดเห็นต่างๆ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการวิจารณ์งานวิจัยให้มีคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Menacker F, Hamilton BE. Recent trends in cesarean delivery in the United States. NCHS Data Brief 2010; 35: 1-8.
2. Osterman MJK, Martin JA. Trends in low-risk Cesarean delivery in the United States, 1990-2013. National Vital Statistics Reports [Internet]. 2014 [cited 2015 Mar 7]; Available from: http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr63/nvsr63_06.pdf
3. ยศ ตรีวัฒนานนท์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สัญญา ศรีรัตนะ, ปรีศณี ทิพย์โสคติ. แบบแผนการคลอดบุตรของหญิงไทยในรอบ 12 ปี (พ.ศ. 2533-2544). วารสารวิชาการ-สาธารณสุข 2548;12:1-18.
4. สุชาติ อินทวิวัฒน์, สมศักดิ์ ไทลเวชพิทยา. การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง. ใน: มานี ปยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ, ประเสริฐ ตันสนียวิทยกุล,บรรณาธิการ. ตำรา-

- สูติศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: พี.อี. ลีฟวิ่ง; 2548. หน้า 177-82.
5. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;2:436-7.
 6. DeMott RK, Sandmire HF. The Green Bay cesarean section study. I. The physician factor as a determinant of cesarean birth rates. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162:1593-9.
 7. Hansen AK, Wisborg K, Ulbjerg N, Henriksen TB. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ* 2008;336:85-7.
 8. Schindl M, Birner P, Reingrabner M, Joura E, Husslein P, Langer M. Elective cesarean section vs. spontaneous delivery: a comparative study of birth experience. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:834-40.
 9. Torkan B, Parsay S, Lamyian M, Kazemnejad A, Montazeri A. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009;9:1-7.
 10. Chow SC, Shau J, Wang H. Sample size calculations in clinical research. 2nd ed. New York: Chaman and Hall/CRC Taylor and Francis Group; 2008.
 11. Ferrans CE, Power M. Quality of life index : questionnaires and scoring [Internet]. 1984&1998 [cited 2013 Feb 6]. Available from: <http://www.uci.edu/orgs/qli>
 12. Mousavi SA, Mortazavi F, Chaman R, Khosravi A. Quality of life after cesarean and vaginal delivery. *Oman Med J* 2013;28:245-51.
 13. Huang K, Tao F, Liu L, Wu X. Does delivery mode affect women's postpartum quality of life in rural China. *J Clin Nurs* 2012;21:1534-43.
 14. Wu CL, Naqibuddin M, Rowlingson AJ, Lietman SA, Jermyn RM, Fleisher LA. The effect of pain on health-related quality of life in the immediate postoperative period. *Anesthesia and Analgesia* 2003;97:1078-85.
 15. Katz N. The impact of pain management on quality of life. *J Pain Symptom Manage* 2002;24(1 Suppl):S38-47.
 16. วรรณมา คงสุริยะ, เบญจวรรณ คุณรัตนภรณ์, กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์. ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของหญิงหลังคลอด. *วารสารสภาการพยาบาล* 2553;25:88-99.
 17. Noimuenwai P. Social support, self-care deficit and quality of life in HIV infected persons [M.S. Thesis in Nursing]. Bangkok: Mahidol University; 1993.
 18. Chutima Nitising. Relationship between maternal self-efficacy, social support and maternal depression among Thai adult mothers with children under one year [The Degree of Master of Primary Health Care Management]. Bangkok: Mahidol University; 2009.
 19. พนิดา วาราชนนท์. การสนับสนุนจากคู่สมรสและการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดา [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.

Abstract: Comparative Study of Postpartum Quality of Life between Patients Having Normal Vaginal Delivery and Cesarean Section

Manatchanok Maneein, M.Sc. (Epidemiology)

Thonburi Hospital, Bangkok, Thailand

Journal of Health Science 2015;24:648-58.

The global cesarean section rate trends to be continually increased but the cesarean section (C/S) still has negative effect to both mothers and babies. This research therefore had the objectives to investigate and compare the postpartum quality of life between patients having normal vaginal delivery and cesarean section. This research was a prospective cohort study consisted of 228 postpartum patients of the Postpartum Care Unit, Siriraj Hospital, who were divided into three groups, 76 samples per group, based on their delivery method: (1) normal vaginal delivery, (2) elective C/S, and (3) emergency C/S. The data were collected during June – December 2013 using the Maternal Postpartum Quality of Life (MAPP-QOL) as the research instrument whereas the patients were interviewed on the second day and during 4-6 weeks after the delivery. Among the 228 samples, 176 patients were completely interviewed in the 4-6 weeks after their delivery, and the number in each group was 59, 58 and 59, respectively. It was found that the MAPP-QOL (overall) and domains scores of the patients having the normal vaginal delivery were higher than those with the elective C/S, and emergency C/S (mean (MAPP-QOL (overall)) = 24.0:22.7:22.4) with the statistical significance of $p < 0.05$. In details, patients who had normal vaginal delivery were higher than those with emergency C/S in terms of the spouse/partner relationship (mean±SD=24.3±3.8:22.9±3.5), and health and function (mean±SD=22.4±3.8:18.7±5.2), while during 4-6 weeks after the delivery, the economy and society (mean±SD= 25.9±2.3:24.9±2.4), and spouse/partner relationship (mean±SD= 26.5±2.8:25.6±2.8), respectively. The author suggested that although the postpartum quality of life scores in this research might not be much different, it was still obviously seen that delivery methods totally affected the postpartum quality of life of the patients. So, medical staffs should provide their patients with proper knowledge on the benefits and advantages of the normal vaginal delivery and the cesarean section so that the patients could make their best decision.

Key words: postpartum, quality of life, normal vaginal delivery, cesarean section