

Prevalence and Predictive Factors of Postpartum Depression in Chumphae Hospital, Khon Kaen

Pongsak Junngam, M.D.*

Abstract

Objective: To study the prevalence of postpartum depression, and factors that can predict postpartum depression among postpartum mothers in Chumphae Hospital, Khon Kaen.

Methods: This is cross-sectional analytical research. The samples were purposively selected to recruit 306 postpartum mothers within 48-72 hours after giving birth, who gave birth at Chumphae Hospital, Khon Kaen Province, between July and October 2023. The tools used were a general information questionnaire, Stress Test Questionnaire (ST5), and Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS $\geq$ 11), which are standard assessments of the Ministry of Public Health, used in maternal and infant health records. The Cronbach's alpha coefficient of ST5 in this study was .81, and EPDS was .75. The data were analyzed using descriptive statistics, and statistical analysis chi-square and binary logistic regression.

Results: The prevalence of postpartum depression was found to be 8.5%. Factors that predict postpartum maternal depression, there are mental health problems ($OR_{adj}=44.18$, $p<0.001$), had postpartum complications ($OR_{adj}=7.34$, $p=0.014$), planned to breastfeed for less than 6 months ($OR_{adj}=8.34$, $p<0.001$), and had a birth weight less than 2,500 grams ($OR_{adj}=10.08$, $p<0.001$), and explained 33.9% of the variation in postpartum maternal depression ($R^2=0.339$, $p<0.001$).

Conclusions: This study found that the prevalence of depression in the 48-72 hours after birth was quite high. There are the factors of mental health problems, postpartum complications, plan for breastfeeding, and newborn baby weight, which can explain variations in postpartum depression. Therefore, every mother should be assessed for postpartum depression before discharge, to provide mothers with prompt care and assistance, and to prevent, and monitor the occurrence of postpartum depression.

Keywords: depression; postpartum depression; postpartum mothers

*Chumphae Hospital, Khon Kaen Province

Received: December 2, 2023; Revised: February 22, 2024; Accepted: March 26, 2024

ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในโรงพยาบาลชุมแพ ขอนแก่น

พงษ์ศักดิ์ จันทรัมย์, พ.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และปัจจัยที่ร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นมารดา 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 306 ราย ที่มาคลอดในโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ในระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงตุลาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเครียด Stress Test Questionnaire (ST5) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS $\geq$ 11) เป็นแบบประเมินมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขที่ใช้ในสมุดบันทึกสุขภาพมารดาและทารก ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของ ST5 ในการศึกษารั้งนี้เท่ากับ .81 และ EPDS เท่ากับ .75 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติวิเคราะห์ไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบ 2 กลุ่ม

ผลการศึกษา: พบความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 8.5 ปัจจัยที่ร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดได้ ได้แก่ มีปัญหาทางจิตใจ ($OR_{adj}=44.18, p<0.001$) มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ($OR_{adj}=7.34, p=0.014$) วางแผนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่า 6 เดือน ($OR_{adj}=8.34, p<0.001$) และน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ($OR_{adj}=10.08, p<0.001$) และร่วมอธิบายความแปรปรวนภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดได้ร้อยละ 33.9 ($R^2=0.339, p<0.001$)

สรุป: การศึกษารั้งนี้พบความชุกภาวะซึมเศร้าใน 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด ค่อนข้างสูง และปัจจัยด้านปัญหาทางจิตใจ ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด วางแผนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และน้ำหนักทารกแรกเกิด สามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ ดังนั้น ควรประเมินภาวะซึมเศร้ามารดาหลังคลอดทุกรายก่อนการจำหน่าย เพื่อให้มารดาได้รับการดูแลและช่วยเหลือที่รวดเร็ว และเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า; ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด; มารดาหลังคลอด

*โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

ได้รับต้นฉบับ: 2 ธันวาคม 2566; แก้ไขบทความ: 22 กุมภาพันธ์ 2567; รับลงตีพิมพ์: 26 มีนาคม 2567

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ที่ไม่ใช่โรคจิตเวช เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ที่พบได้บ่อยทั่วโลกพบได้ร้อยละ 13-32 พบมากในประเทศด้อยพัฒนามากกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว⁽¹⁾ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตา (meta-analysis) จำนวน 565 การศึกษาจาก 80 ประเทศ พบว่ามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 17.22⁽²⁾ สำหรับประเทศไทยพบความชุกภาวะซึมเศร้าหลังคลอดทั่วไปร้อยละ 10.3-23.59⁽³⁾ อย่างไรก็ตาม พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัย เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ระยะเวลาหลังคลอดที่ทำการศึกษา และลักษณะประชากรในแต่ละพื้นที่ และสามารถพบได้ตั้งแต่วันแรกหลังคลอด โดยมีการศึกษาในมารดาภายใน 72 ชั่วโมงหลังคลอดพบร้อยละ 13.8⁽⁴⁾ สาเหตุเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย การผันผวนของฮอร์โมน (hormonal fluctuation) ความอ่อนแอทางชีววิทยา (biological vulnerability) และแรงกดดันทางจิตสังคม (psychosocial stressors) ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จนหลังคลอด⁽⁵⁾ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะมีอาการรู้สึกเศร้า อารมณ์ไม่คงที่ เบื่อหน่าย เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงนอนไม่หลับ รู้สึกตนเองไร้ค่า ไม่มีสมาธิ ความจำแยลงหมดหวัง แยกตัวเอง คิดถึงเรื่องการตายหรือคิดอยากตาย⁽⁵⁻⁶⁾ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดพบได้มากกว่าระหว่าง 4 ถึง 10 สัปดาห์หลังคลอด⁽⁵⁾ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นใน 3 เดือนแรกหลังคลอด⁽⁶⁾ มารดาหลังคลอด

ส่วนใหญ่รับรู้ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นความเจ็บป่วยด้านจิตใจเป็นมลทินทางสังคม จึงปกปิดอาการ⁽⁷⁻⁸⁾ ที่มีผลต่อการแสวงหาการรักษาและความช่วยเหลือด้านการแพทย์ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพมารดา สัมพันธภาพมารดา-ทารก การเลี้ยงดูทารก และพัฒนาการของทารก⁽⁹⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่มีความสำคัญ ได้แก่ อารมณ์เศร้าขณะตั้งครรภ์ มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมาก่อน ความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ ฐานะยากจน และความขัดแย้งระหว่างคู่สมรส⁽⁵⁾ มารดาที่ทำงานหรือมีอาชีพรายได้มาก ปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปัญหาสุขภาพจิตหรือปัญหาทางด้านจิตใจในขณะตั้งครรภ์⁽⁹⁾ มารดาที่มีอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่ำ⁽¹⁰⁾ แรงสนับสนุนทางสังคมไม่ดี⁽⁹⁾ ไม่ได้วางแผนหรือไม่ได้ตั้งใจตั้งครรภ์ สถานภาพหย่า /ร้าง /ไม่ได้แต่งงาน รายได้น้อย มารดาอายุมาก จำนวนการคลอดมาก มีปัญหาทางด้านจิตใจ มีประวัติความรุนแรงมาก่อนการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษาต่ำ ผ่าตัดคลอด ไม่มีงานทำ คลอดก่อนกำหนด APGAR score < 7 ไม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่^(1,11) ไม่มีความผูกพันกับทารกในครรภ์⁽¹²⁾ ผ่านการคลอดหลายครั้ง ความรุนแรงจากคู่สมรส ทศนคติลบต่อการตั้งครรภ์ มีโรคประจำตัว การนอนเบี่ยงเบนขณะตั้งครรภ์ มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ อารมณ์เศร้าหลังคลอด เครียดจากการเลี้ยงลูก มีความกลัวและกังวลต่อการคลอด มีภาวะซึมเศร้าในขณะตั้งครรภ์ ความสัมพันธ์กับคู่สมรสไม่ดี⁽¹³⁾ จำนวนบุตร

ความพึงพอใจในรูปร่าง สัมพันธ์ภาพกับมารดาของตนเอง⁽¹⁴⁾ การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบว่ามีความหลากหลายทั้งที่เหมือนกันและแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับลักษณะของมารดาหลังคลอด พื้นที่ในการศึกษา การเลือกสรรตัวแปรในการศึกษา และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินที่แตกต่างกัน ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจึงควรทำการศึกษาในแต่ละพื้นที่

การตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จะทำให้มารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการรักษาที่รวดเร็ว และได้รับการดูแล ติดตามและเฝ้าระวังในรายที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อไปอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม พบว่ามารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ไม่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า แม้ว่าในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁵⁾ จะระบุให้มีการประเมินภาวะสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอดก่อนการจำหน่าย ตลอดจน 6 สัปดาห์หลังคลอดก็ตาม โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับ 5 ขนาด 350 เตียง ที่ผ่านมายังไม่ได้ดำเนินการประเมินภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดก่อนจำหน่ายกลับบ้านครั้งนี้ จะช่วยให้มารดาหลังคลอดได้รับการดูแล การเฝ้าระวัง และการช่วยเหลือได้ถูกต้องและรวดเร็วขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (cross-sectional analytical research) เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามในมารดาหลังคลอด 48-72 ชั่วโมง ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยในสูตินรีเวช โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2566 ถึงตุลาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้เป็นมารดาหลังคลอดทุกกลุ่มอายุ ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น การคำนวณขนาดตัวอย่างพิจารณาตามรูปแบบการวิจัยและวิธีการทางสถิติที่ใช้วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายหลายตัวแปร (multiple analysis)⁽¹⁶⁾ ดังนี้

$$n = \frac{\left(Z_{1-\alpha/2} \sqrt{\frac{P(1-P)}{B}} + Z_{1-\beta} \sqrt{\frac{P_0(1-P_0) + \frac{P_1(1-P_1)(1-B)}{B}}{B}} \right)^2}{[(P_0 - P_1)^2(1-B)]}$$

โดยกำหนดใช้ค่า P_0 , P_1 และ B จากการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาหลังคลอด ในโรงพยาบาลตาคี จังหวัดนครสวรรค์ ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 10.3⁽¹⁷⁾ ได้ $n = 208$ คน เนื่องจาก การศึกษาในครั้งนี้เป็นการหาความสัมพันธ์หลายตัวแปร จำเป็นต้องนำจำนวนตัวอย่างที่ได้มาปรับค่า variance inflation factor (VIF) เพื่อป้องกันการประมาณค่าเกินความจริง (overfitting) ผู้วิจัยเลือกค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วน (partial correlation coefficient) เท่ากับ 0.5 ซึ่งไม่มากจนเกินไปที่จะส่งผลต่อความสัมพันธ์กันระหว่างตัวแปรต่าง ๆ (multi collinearity)⁽¹⁶⁾

จะได้ขนาดตัวอย่าง 278 คน และเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้มารดาหลังคลอดตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งอาจได้รับการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนตัวอย่างมากขึ้นอีกร้อยละ 10⁽¹⁸⁾ ได้ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 306 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ มารดาที่มาคลอดในโรงพยาบาลชุมแพ ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เข้าใจภาษาไทย อ่านออกและเขียนภาษาไทยได้ สามารถสื่อสารให้เข้าใจได้ อยู่ในช่วง 48-72 ชั่วโมงหลังคลอดก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กมาด้วย (สมุดสีชมพู) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวช เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นโรคซึมเศร้าที่อยู่ระหว่างการบำบัดรักษา มีปัญหาสายตาและการได้ยิน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบประเมินสุขภาพจิต 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และมีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย ข้อมูลด้านอายุ อาชีพ การศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อายุของสามี อาชีพสามี การอยู่อาศัย ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ 2) ข้อมูลการตั้งครรภ์และฝากครรภ์ ได้แก่ น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ ดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนการตั้งครรภ์

อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ สถานที่ฝากครรภ์มากที่สุด ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ ความกังวลขณะตั้งครรภ์ ความเครียดขณะตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ 3) ข้อมูลการคลอดและหลังคลอด ได้แก่ อายุครรภ์ขณะคลอด จำนวนการตั้งครรภ์ จำนวนการแท้ง จำนวนการคลอดก่อนกำหนด ปัญหาทางด้านจิตใจ ความรุนแรงในครอบครัว วิธีการคลอด ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ความพึงพอใจในการคลอด ระยะเวลาที่ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว และ 4) ข้อมูลทารกแรกเกิด ได้แก่ น้ำหนักแรกเกิด เพศ สุขภาพหลังคลอด ความผิดปกติทางร่างกาย การนอนรักษาใน NICU การจำหน่ายพร้อมมารดา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสุขภาพจิต ของกระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁵⁾ ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ได้แก่ 1) แบบประเมินความเครียด Stress Test Questionnaire (ST5) ข้อคำถาม 5 ข้อ มีมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนน 0-3 คะแนนรวมทั้งหมด 15 คะแนน แบ่งความเครียดเป็น 3 ระดับ คือ เครียดน้อย/ไม่มีอาการ 0-4 คะแนน เครียดปานกลาง 5-7 คะแนน และเครียดสูง 8-15 คะแนน และ 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) เป็นแบบประเมินด้วยตนเองจำนวน 10 ข้อ มีมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ 0-3 ระดับ มีคะแนนรวม 0-30 คะแนน ใช้จุดตัด ≥ 11 คะแนน จัดว่ามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งมีการตรวจสอบคุณภาพโดยนำไปหาความเที่ยงตรงของแบบประเมินได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's

alpha coefficient) ST5 เท่ากับ 0.81 และ EPDS เท่ากับ 0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการตรวจสอบ medical chart ของมารดาหลังคลอดทุกคนที่อยู่ในช่วงหลังคลอด 48-72 ชั่วโมง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ เก็บข้อมูลการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ และการคลอดจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) และ medical chart ส่วนแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมิน ST5 และ EPDS มารดาหลังคลอดเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง (self-report questionnaire) เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2566 ถึงเดือนตุลาคม 2566 จนได้จำนวนตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics analysis) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สถิติในการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ในแบบสอบถามส่วนที่ 1 และแบบประเมิน ST5 กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ด้วยไคสแควร์ และสถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบสองกลุ่ม (binary logistic regression) ด้วยวิธี forward stepwise เพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยกำหนดตัวแปรเชิงคุณภาพเป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) มีภาวะซึมเศร้า = 1 ไม่มีภาวะซึมเศร้า = 0 ส่วนตัวแปรต้นที่กำหนดเป็นตัวแปรหุ่นเช่นเดียวกัน โดยกำหนดมีปัจจัยเสี่ยง = 1 ไม่มีปัจจัยเสี่ยง = 0

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมแพ และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ ลำดับที่ 2/2566 เลขที่ HE 661002 ลงวันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 ในกรณีที่มารดาหลังคลอดมีอายุน้อยกว่า 18 ปี จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง หากผู้ปกครองไม่ได้มาด้วย ผู้วิจัยได้แนวมารดาหลังคลอดปรึกษากับผู้ปกครองก่อน และเก็บข้อมูลในวันถัดไป

ผลการศึกษา

ปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 8.5 (ตาราง 1) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-34 ปี ร้อยละ 71.9 น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ 40-70 กิโลกรัม ร้อยละ 82.4 ดัชนีมวลกาย 18.5-24.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร ร้อยละ 58.8 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 67.3 การศึกษามัธยมศึกษาปลายขึ้นไป ร้อยละ 67.3 เป็นบุตรคนที่ 2 ขึ้นไป ร้อยละ 52.9 อายุสามีอยู่ระหว่าง 30-59 ปี ร้อยละ 52.3 สามีมีงานทำ ร้อยละ 91.5 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 90.8 อยู่กับสามีและพ่อแม่ ร้อยละ 45.8 ความสัมพันธ์ในครอบครัวรักใคร่กันดี ร้อยละ 86.3 มีความเพียงพอทางการเงิน ร้อยละ 85.9 ไม่มีปัญหาทางจิตใจ ร้อยละ 95.4 ไม่มี ความรุนแรงในครอบครัว ร้อยละ 86.3 และพบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัว ($p=0.015$) ปัญหาทางจิตใจ ($p<0.001$) ความรุนแรงในครอบครัว ($p=0.015$) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 2)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซีมเศร้าของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น (n = 306)

สุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
มีภาวะซีมเศร้า (EPAS ≥ 11 คะแนน)	26	8.5
ไม่มีภาวะซีมเศร้า (EPAS < 11 คะแนน)	280	91.5

ปัจจัยการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ ครั้งแรกที่อายุครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป ร้อยละ 53.6 ฝากครรภ์ 6 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 79.7 ฝากครรภ์ ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 90.2 ฝากครรภ์ใน โรงพยาบาลรัฐ ร้อยละ 64.7 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 90.2 ไม่มีความกังวล ขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 81.7 และไม่มีภาวะเครียด ขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 83.7 ตั้งครรภ์ครบกำหนด ร้อยละ 70.6 เป็นครรภ์หลัง ร้อยละ 67.3 ไม่เคยแท้ง ร้อยละ 83.0 ไม่เคยคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 78.4 ตั้งใจตั้งครรภ์ ร้อยละ 66.0 และพบว่าจำนวนการ ฝากครรภ์ ($p=0.020$) ความกังวลขณะตั้งครรภ์ ($p<0.001$) ความเครียดขณะตั้งครรภ์ ($p=0.004$) ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ($p=0.031$) และความตั้งใจในการตั้งครรภ์ ($p=0.024$) มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 2)

ปัจจัยการคลอดและหลังคลอด ส่วนใหญ่ คลอดปกติ ร้อยละ 65.4 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หลังคลอด ร้อยละ 95.4 มีความพึงพอใจในการ คลอด ร้อยละ 87.6 วางแผนเลี้ยงลูกด้วยนม แม่อย่างน้อย 6 เดือน ร้อยละ 83.7 ไม่ทำหมัน ร้อยละ 66.7 มีความเครียดหลังคลอดระดับน้อย ร้อยละ 84.3 และพบว่าภาวะแทรกซ้อนหลัง คลอด ($p=0.023$) การวางแผนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ($p=0.004$) และความเครียดหลังคลอด ($p<0.001$) มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าหลังคลอดอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 2)

ปัจจัยด้านทารกแรกเกิด น้ำหนักทารก แรกเกิดส่วนใหญ่ 2,500 กรัมขึ้นไป ร้อยละ 89.5 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.6 หลังคลอดไม่เจ็บป่วย ร้อยละ 87.6 ไม่ต้องนอนรักษาในหอผู้ป่วยทารก วิกฤต (NICU) ร้อยละ 89.5 ได้กลับบ้านพร้อมกับมารดา ร้อยละ 92.2 และพบว่าน้ำหนักทารก แรกเกิด ($p=0.040$) มีความสัมพันธ์กับภาวะซีม เศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 2)

ตาราง 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลชุมแพ
จังหวัดขอนแก่น (n=306)

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า		Crude OR (95% CI)	p-value
	ไม่มี จำนวน (ร้อยละ)	มี จำนวน (ร้อยละ)		
ความสัมพันธ์ในครอบครัว				0.015*
ทะเลาะ ขัดแย้ง	34 (81.0)	8 (19.0)	3.22 (1.30-7.96)	
รักใคร่กันดี	246 (93.2)	18 (6.8)	1	
ปัญหาทางด้านจิตใจ				<0.001***
ไม่มี	274 (93.8)	18 (6.2)	1	
มี	6 (42.9)	8 (57.1)	20.30 (6.36-64.81)	
ความรุนแรงในครอบครัว				0.015*
ไม่มี	246 (93.2)	18 (6.8)	1	
มี	34 (81.0)	8 (19.0)	3.22 (1.30-7.96)	
จำนวนการฝากครรภ์				0.020*
1-5 ครั้ง	52 (83.9)	10 (16.1)	2.74 (1.18-6.38)	
6 ครั้งขึ้นไป	228 (93.4)	16 (6.6)	1	
ความกังวลขณะตั้งครรภ์				<0.001***
ไม่มี	236 (94.4)	14 (5.6)	1	
มี	44 (78.6)	12 (21.4)	4.60 (1.99-10.60)	
ความเครียดขณะตั้งครรภ์				0.004**
ไม่มี	240 (93.8)	16 (6.2)	1	
มี	40 (80.0)	10 (20.0)	3.75 (1.59-8.84)	
ประวัติการคลอดก่อนกำหนด				0.031*
ไม่เคย	224 (93.3)	16 (6.7)	1	
1-2 ครั้ง	56 (84.8)	10 (15.2)	2.50 (1.08-5.81)	
ความตั้งใจในการตั้งครรภ์				0.024*
ตั้งใจ	190 (94.1)	12 (5.9)	1	
ไม่ตั้งใจ	90 (86.5)	14 (13.5)	2.46 (1.09-5.54)	
ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด				0.023*
ไม่มี	270 (92.5)	22 (7.5)	1	
มี	10 (71.4)	4 (28.6)	4.91 (1.42-16.93)	
ความเครียดหลังคลอด				<0.001***
เครียดน้อย	246 (95.3)	12 (4.7)	1	
เครียดปานกลางถึงรุนแรง	34 (70.8)	14 (29.2)	8.44 (3.61-19.76)	
การวางแผนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่				0.004**
1-5 เดือน	40 (80.0)	10 (20.0)	3.75 (1.59-8.84)	
6 เดือนขึ้นไป	240 (93.8)	16 (6.2)	1	

ตาราง 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น (n=306)

ปัจจัย	ภาวะซีมเศร้า		Crude OR (95% CI)	p-value
	ไม่มี จำนวน (ร้อยละ)	มี จำนวน (ร้อยละ)		
น้ำหนักทารกแรกเกิด				0.040*
1,900-2,499 กรัม	26 (81.3)	6 (18.7)	2.93 (1.08-7.95)	
2,500 กรัมขึ้นไป	254 (92.7)	20 (7.3)	1	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ***มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบสองกลุ่ม (binary logistic regression) เพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะซีมเศร้าของมารดาหลังคลอด ผู้วิจัยพิจารณาจากผลการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการตั้งครรภ์ ปัจจัยการคลอด และหลังคลอด และปัจจัยทารกแรกเกิดกับภาวะซีมเศร้าหลังคลอด (ตารางที่ 2) ที่มีค่า $p < 0.05$ ทั้งหมด 12 ตัวแปร ได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาจิตใจ ความรุนแรงในครอบครัว จำนวนการฝากครรภ์ ความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ ความเครียดขณะตั้งครรภ์ ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ความเครียดหลังคลอด การวางแผนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และน้ำหนักทารกแรกเกิดพบว่าปัจจัยที่ร่วมทำนายภาวะซีมเศร้ามารดาหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ มีปัญหาทางจิตใจ ($OR_{adj} = 44.18, p < 0.001$) มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ($OR_{adj} = 7.34, p = 0.014$) การวางแผนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่า 6 เดือน ($OR_{adj} = 8.34, p < 0.001$) และน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ($OR_{adj} = 10.08, p < 0.001$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซีมเศร้ามารดาหลังคลอดได้ ร้อยละ 33.9 ($R^2 = 0.339, p < 0.001$) (ตาราง 3)

ตาราง 3 การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกของปัจจัยทำนายกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด
โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยทำนาย	B	S.E.	Wald	Sig.	Exp(B) OR _{adj}	95% CI for Exp(B)	
						lower	upper
ปัญหาทางด้านจิตใจ	3.78	.72	27.91	<0.001	44.18	10.84	180.13
ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด	1.99	.81	14.05	0.014	7.34	1.489	36.24
การวางแผนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	2.12	.56	14.05	<0.001	8.34	2.751	25.29
น้ำหนักทารกแรกเกิด	2.31	.64	13.18	<0.001	10.08	2.90	35.09
ค่าคงที่ (constant)	-3.96	.47	72.52	<0.001	0.02		

Nagelkerke R² 0.339, p<0.001

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้พบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 8.5 เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่ใช้แบบประเมิน EPDS และใช้เกณฑ์ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่จุดตัด ≥ 11 เช่นเดียวกัน พบว่าต่ำกว่าการศึกษาในมารดาหลังคลอดภายใน 72 ชั่วโมง ที่พบร้อยละ 13.8⁽⁴⁾ และต่ำกว่าการศึกษาในไต้หวันในช่วงเวลา 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด ใช้เกณฑ์ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่จุดตัด ≥ 10 พบร้อยละ 10.2⁽¹¹⁾ ต่ำกว่าการศึกษาในมารดาหลังคลอด 4 สัปดาห์ที่โรงพยาบาลบางพลี สมุทรปราการ พบร้อยละ 13.1⁽⁵⁾ และการศึกษาในมารดาที่มาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบร้อยละ 19.5⁽¹⁹⁾ ต่ำกว่าการศึกษาในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ในมารดาที่มาตรวจหลังคลอด โดยใช้เกณฑ์ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่จุดตัด ≥ 7 พบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 18.4⁽²⁰⁾ ต่ำกว่าการศึกษาในอัลบาเนีย

(Albania) ในมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ ใช้เกณฑ์ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่จุดตัด ≥ 12 พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 21⁽¹³⁾ แต่สูงกว่าการศึกษาในมาเลเซีย ในมารดาตั้งแต่ 1 วันถึง 12 เดือนหลังคลอด ใช้เกณฑ์ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่จุดตัด ≥ 11.5 พบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 2.6⁽⁹⁾ จะเห็นได้ว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา เนื่องจากภาวะซึมเศร้าหลังคลอดส่วนใหญ่จะเกิดในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงที่มารดาจำหน่ายกลับบ้านไปแล้ว มารดาต้องรับผิดชอบหลายบทบาทรวมทั้งการเลี้ยงดูทารก ทำให้มารดาได้รับการพักผ่อนน้อย มีความเครียด มีผลต่อสุขภาพทางกายและจิตใจของมารดา ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น⁽²¹⁾ นอกจากนั้น การใช้เกณฑ์จุดตัดที่ค่อนข้างต่ำ ทำให้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าได้สูงขึ้น การเก็บข้อมูลในมารดาหลังคลอดที่มีพื้นฐานทางประชากร ภูมิภาค วัฒนธรรมแตกต่างกัน

สถานที่ศึกษา และช่วงเวลาหลังคลอดที่แตกต่างกัน ทำให้พบความชุกของภาวะซีมเศร้าหลังคลอดแตกต่างกัน⁽²¹⁾ ความชุกของภาวะซีมเศร้าหลังคลอดจะเพิ่มขึ้นใน 3 เดือนหลังคลอด⁽²²⁾ แต่การศึกษาในญี่ปุ่นในมารดาหลังคลอดใน 1 เดือนหลังคลอดพบร้อยละ 6.3 และใน 3 เดือนหลังคลอดพบร้อยละ 5.1⁽²³⁾ ส่วนการศึกษาในอินโดนีเซียในมารดา 1, 2 และ 3 เดือนหลังคลอด ใช้เกณฑ์ภาวะซีมเศร้าหลังคลอดที่จุดตัด ≥ 13 พบภาวะซีมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 18.37, 15.19 และ 26.15 ตามลำดับ⁽⁶⁾ จึงเป็นการยากที่จะระบุช่วงเวลาการเกิดภาวะซีมเศร้าหลังคลอด เนื่องจากหลังคลอดมีปัจจัยก่อความมากมาย เช่น ความเหนื่อยล้าหลังคลอด การนอนถูกรบกวน การรับรู้การบาดเจ็บของทารก การปรับบทบาทการเป็นมารดา และการขาดแรงสนับสนุนทางสังคม⁽²⁴⁾ รวมถึงพื้นฐานประชากร ระยะเวลา ช่วงเวลาที่ศึกษา และการใช้เกณฑ์ภาวะซีมเศร้าหลังคลอดที่จุดตัดแตกต่างกัน ทำให้มีความชุกของภาวะซีมเศร้าหลังคลอดในแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน จึงควรทำการศึกษาในแต่ละพื้นที่ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าภาวะซีมเศร้าหลังคลอดเกิดขึ้นได้ตั้งแต่แรก 2-3 วันหลังคลอด

ปัจจัยที่ร่วมทำนายภาวะซีมเศร้าของมารดาหลังคลอดได้ จากการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ มีปัญหาทางจิตใจ ($OR_{adj} = 44.18, p < 0.001$) มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ($OR_{adj} = 7.34, p = 0.014$) การวางแผนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่า 6 เดือน ($OR_{adj} = 8.34, p < 0.001$) และน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ($OR_{adj} =$

10.08, $p < 0.001$) และร่วมอธิบายความแปรปรวนภาวะซีมเศร้าของมารดาหลังคลอดได้ร้อยละ 33.9 ($R^2 = .339, p < 0.001$)

ปัญหาทางด้านจิตใจ ประวัติความผิดปกติทางจิตใจ มีประวัติซีมเศร้า ความวิตกกังวลเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญที่สุดของภาวะซีมเศร้าหลังคลอด⁽²⁵⁾ สอดคล้องกับการศึกษาในมารดา 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด ที่พบว่าความรุนแรงในครอบครัวหรือมีประวัติถูกทำร้ายทางด้านจิตใจสามารถทำนายภาวะซีมเศร้าหลังคลอดได้⁽²⁶⁾ การศึกษาในประเทศจีนที่พบว่าหากมีความขัดแย้งในครอบครัว จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะซีมเศร้าหลังคลอด⁽²⁷⁾ จะเห็นได้ว่า ความรุนแรงในครอบครัว ประวัติถูกทำร้ายทางด้านจิตใจ และความขัดแย้งในครอบครัว ทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ มารดาที่มีปัญหาทางด้านจิตใจทั้งก่อนคลอดและหลังคลอด ส่งผลให้การคิดแก้ไขปัญหาลำบากหรือเผชิญกับปัญหาได้น้อยลง จึงเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะซีมเศร้า⁽²⁶⁾ นอกจากนั้น ความวิตกกังวลเป็นปัญหาทางด้านจิตใจ และพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีมเศร้าหลังคลอด 4.6 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความวิตกกังวล สอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ⁽⁵⁾

ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดทำให้มารดาเกิดความเครียดหลังคลอด ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 29.4 ทารกแรกเกิดเจ็บป่วยร้อยละ 12.4 ต้องนอนรักษาใน NICU ร้อยละ 10.5 อาจเพิ่มความเครียดและความวิตกกังวลในมารดามากขึ้น ความรู้สึก

ไม่สุขสบายจากการคลอดและภาวะหลังคลอด ความกลัวและกังวลต่อสุขภาพตนเองหลังคลอด ทำให้มารดาเกิดความเครียด ความวิตกกังวล

ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด อาจทำให้ มารดามีประสบการณ์ในทางลบเกี่ยวกับการ ตั้งครรภ์และการคลอด⁽²¹⁾ ต้องปรับตัวทั้งทาง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมมากขึ้น หากมารดา ไม่สามารถปรับตัวต่อปัญหาสุขภาพได้ จะทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และนำไปสู่ภาวะ ซึมเศร้าหลังคลอด

การวางแผนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หลังคลอด มารดาจะรู้สึกเครียดจากการเลี้ยงดูทารก ความยากลำบากในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ต้องปรับตัวกับสิ่งใหม่ที่เกิดขึ้น จึงทำให้เกิด ความเครียดได้ง่ายและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า หลังคลอดได้มากขึ้น^(20,26) นอกจากนั้น มารดา ที่วางแผนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ถึง 6 เดือน จะเป็นมารดาที่มีอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนม แม่ ความสามารถและความเชื่อมั่นในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ต่ำ⁽¹⁰⁾ ทำให้เกิดความเครียดได้มากขึ้น

น้ำหนักทารกแรกเกิด เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญ ของการมีชีวิตและพัฒนาการของทารก น้ำหนัก ทารกแรกเกิดเป็นตัวบ่งชี้ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ของมารดาหลังคลอด⁽¹¹⁾ สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่ามารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม จะมีความวิตกกังวลและความเครียด มากกว่ามารดาที่คลอดน้ำหนักปกติ⁽⁴⁾ เนื่องจาก ทารกที่คลอดน้ำหนักน้อยจะได้รับการดูแลจาก บุคลากรทางสุขภาพมากกว่าปกติ ทำให้มารดาเกิด ความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ และการดูแลทารก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่าน

มาที่พบว่าอายุครรภ์มีความสัมพันธ์กับภาวะซึม เศร้าหลังคลอด อายุครรภ์ที่น้อย การคลอดก่อน กำหนด เป็นตัวบ่งชี้ของน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อย และเป็นตัวทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด^(2,11)

สรุป

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด พบร้อยละ 8.5 ซึ่งพบ ค่อนข้างมาก และปัญหาทางด้านจิตใจ ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด การวางแผนเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ และน้ำหนักทารกแรกเกิด สามารถ ร่วมอธิบายความแปรปรวนภาวะซึมเศร้า หลังคลอดได้ บุคลากรทางสุขภาพจึงควรทำการ คัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ก่อนจำหน่าย มารดาหลังคลอดออกจากโรงพยาบาลทุกครั้ง และทุกราย เพื่อให้มารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึม เศร้าได้รับการดูแล ช่วยเหลือที่รวดเร็วในเวลา ที่เหมาะสม และควรนำปัจจัยที่สามารถร่วมอธิบาย ความแปรปรวนภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้จาก การศึกษาครั้งนี้ มาวางแผนป้องกันภาวะซึมเศร้า หลังคลอด ให้คำแนะนำ และคำปรึกษาในมารดา ที่มีปัจจัยเสี่ยง เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งต่อไป ควรหาแนวทาง ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของมารดาตั้งแต่ ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด โดยการ พัฒนาโปรแกรมหรือแนวปฏิบัติในการป้องกัน ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และการดูแลในมารดา ที่มีภาวะซึมเศร้า

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ชุมแพที่สนับสนุนให้ดำเนินการวิจัย คณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาล
ชุมแพ และผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำและให้

ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้
ขอขอบคุณหัวหน้าแผนกผู้ป่วยในสูตินรีเวช
ที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และ
ขอบคุณมารดาหลังคลอดทุกรายที่ให้ความร่วมมือ
ในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Lee MI, Lee JJ, Park S, Kim S, Lee H. Is social support associated with postpartum depression, anxiety, and perceived stress among Korean women within the first year postpartum? J Psychosom Obstet Gynecol 2023;44(1):223-1629.
2. Wang Z, Liu J, Shuai H, Cai Z, Fu X, Lui Y, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. Transl Psychiatry 2021;11(1):1-13.
3. กุศล สมบูรณ์, ฉัญฉยมล สุริยานิมิตรสุข, กิตติพร ประชาศรีสรเดช, นวพร มาลาก. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2564;31(2):128-39.
4. วันชัย กิตติโชติวัฒน์. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของโรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี. วารสารกรมการแพทย์ 2561;43(5):125-30.
5. เอกชัย เพ็ชรพรประภาส. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. จิตเวชวิทยาสาร 2563;36(2):172-85.
6. Nurbaeti I, Deoisres W, Hengudomsu P. Postpartum depression in Indonesian mothers: its changes and predicting factors. Pacific Rim Int J Nurs Res 2018;22(2):93-105.
7. Bina R. Predictors of postpartum depression service use: a theory-informed, integrative systematic review. Women Birth 2020;33(1):24-32.
8. Tarar AH, Ijaz MM, Tarar MA, Batool M. Postpartum depression: assessment of cultural risk factors. Pak Armed Forces Med J 2021;71(suppl1):s47-51.
9. Nadzirah R, Salina M, Norley S, Mohamad IS, Omar A. Social support and the associated risk factors for postpartum depression among mothers attending primary care centers in Malaysia. Asian J Psychiatr 2023;23(S):1-12.
10. Palancı AY O, Aktas S. The effect of maternal functional and postpartum depression status on breastfeeding self-efficacy of the mothers: a cross-sectional study. Health Care Women Int 2024;45(2):236-50.

11. Tsai JM, Tsay SL, Tsay SL, Chen YH. The prevalence and risk factors of postpartum depression among women during the early postpartum period: a retrospective secondary data analysis. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2023;62(3):406-11.
12. Smorti M, Ponti L, Pancetti F. A Comprehensive analysis of post-partum depression risk factors: the role of socio-demographic, individual, relational, and delivery characteristics. *Front Public Health* 2019;7:295.
13. Elwood J, Murray E, Bell A, Sinclair M, Kernohan WG, Stockdale J. A systematic review investigating if genetic or epigenetic markers are associated with postnatal depression. *J Affect Disord* 2019;15:253:51-62.
14. สุพิชญานีต์ พงษ์พิเดช, ชนพุม สุรวัฒนวิเศษภา, กวินนาถ ธนาภิจบริสุทธิ, ภูสิษฐ์ ศीलประชา วงค์, ณัททัย ศรีสุวรรณ, มัชฌิมาพร ชาตกิตติคุณวงศ์, และคณะ. ปัจจัยและประสิทธิภาพของการรักษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยผู้ใหญ่ตอนต้น. *เวชเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง* 2564;65(3):211-20.
15. กรมอนามัยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
16. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Statist Med* 1998;17(14):1623-34.
17. ศรุตา ช่อไสว, นงลักษณ์ วรรักษธนานันท์. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลตาคี จังหวัดนครสวรรค์. *สวรรค์ประชากรเวชศาสตร์* 2556; 10(30):103-18.
18. Israel GD. Determining sample size. University of Florida Cooperative Extension Service, Institute of Food and Agriculture Sciences, EDIS: Florida; 1992.
19. มยุรัตน์ รักเกียรติ, ประนอม พูลพัฒน์. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา* 2563;38(1):38-47.
20. นกสนันท์ สุขเกษม, รัชนี เรืองพรวิสุทธิ, พรณพิไล ศรีอาภรณ์, วีรพันธ์ ศิริฤทธิ์, พรธนา วัชรประภาพงศ์. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2559;34(1):47-55.
21. Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K, Alder KR, Olshansky EF. *Maternity & women's health care*. 12th ed. St. Louis, USA: Missouri; 2020.

22. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, San Tam WW, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2018;104:235-48.
23. Nakano M, Sourander A, Luntamo T, Chudal R, Skokauskas N, Kaneko H. Early risk factors for postpartum depression: a longitudinal Japanese population-based study. *J Affect Disord* 2020;269:148-53.
24. Baattaiah BA, Alharbi MD, Babteen NM, Al-Maqbool HM, Babgi FA, Albatati AA. The relationship between fatigue, sleep quality, resilience, and the risk of postpartum depression: an emphasis on maternal mental health. *BMC Psychol* 2023;11(1):1-17.
25. Elwood J, Murray E, Bell A, Sinclair M, Kernohan WG, Stockdale J. A systematic review investigating if genetic or epigenetic markers are associated with postnatal depression. *J Affect Disord* 2019;253:51-62.
26. สุภัตสร่า ภูเมฆ, เอกชัย โควาริสารัตน์, มาลี เกื้อนพกุล, วรัญญา แสงพิทักษ์. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลราชวิถี. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล* 2562;35(3):158-70.
27. Tang L, Zhu R, Zhang X. Postpartum depression and social support in China: a cultural perspective. *J Health Commu* 2016;21990:1055-61.