

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

The Factors related to Postpartum Depression in Teenage Mothers

สุนิรัตน์ จันท์ศรี¹ วิมลพรรณ นิธิพงษ์*² บุษยนาฏ เรืองรอง¹

Suneerat Junsri¹ Vimolpun Nitipong*² Butsayanart Rueangrong¹

¹โรงพยาบาลราชบุรี ราชบุรี ประเทศไทย 70000

¹Ratchaburi Hospital, Ratchaburi, Thailand 70000

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ประเทศไทย 70000

²Boromarajonani Ratchaburi Nursing College, Ratchaburi, Thailand 70000

บทคัดย่อ

งานวิจัยแบบศึกษาย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นเอกสารบันทึกข้อมูลทุติยภูมิจากแบบสัมภาษณ์ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ที่อายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 278 คน โดยนำข้อมูลทุติยภูมิที่ได้ วิเคราะห์ด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าทดสอบไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่า มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 6.8 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรก ($X^2 = 17.60, p < 0.05$) และความไม่พร้อมของการตั้งครรภ์ ($X^2 = 6.57, p < 0.05$) ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ด้านการช่วยเหลือ ส่งเสริม และป้องกันภาวะซึมเศร้าในมารดาวัยรุ่นตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ครั้งแรก และติดตามจนถึงหลังคลอด โดยคัดกรองภาวะซึมเศร้าในมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ทุกราย ให้ความใส่ใจเป็นพิเศษในมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรก และไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ ให้คำปรึกษาช่วยเหลือร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ และสร้างเครือข่ายในการดูแลร่วมกับชุมชนอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มารดาวัยรุ่น

Abstract

The purposes of this retrospective study were to determine postpartum depression in teenage mothers and the factors related to depression among them. The samples were secondary data from case recorded through interview and depression questionnaire approached to 278 postpartum mothers who aged below 20 years old. The data were then analyzed for finding percentage, mean, and Chi-Square text. The study results revealed that 6.8% of these teenage mothers had postpartum depression. The factors related to depression among them were teenage primigravida ($X^2 = 17.6, p < 0.05$). and pregnancy without readiness ($X^2 = 6.57, p < 0.05$). This study findings can be used as guideline to efficiently develop nursing quality in preventing and supporting postpartum depression in teenage mothers at the beginning of antenatal care including following until postpartum period. In this regard screening depression in every teenage mother should be provided especially in those who are primigravida without readiness. Moreover there should be multidisciplinary collaboration in counseling and establish network of care within community continuously.

Keywords : postpartum depression, teenage mothers

Corresponding Author : *E-mail : nvimolpun11@hotmail.com

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

This study was supported by Boromarajonani Ratchaburi Nursing College, Ratchaburi

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก¹ คือการตั้งครรภ์ในผู้หญิงที่อายุน้อยกว่า 19 ปี หรือคือการตั้งครรภ์ในผู้หญิงที่อายุน้อยกว่า 20 ปี เมื่อนับถึงวันสิ้นสุดการตั้งครรภ์ซึ่งปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพวัยรุ่นซึ่งองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ จนนำมาสู่การหามาตรการป้องกันและแก้ไข สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ.2559 มีวัยรุ่นประมาณ 10 ล้านคน เป็นมารดาวัยรุ่นที่มีอายุ 10-19 ปี คลอดบุตร คิดเป็นร้อยละ 14.2 หรือเฉลี่ยถึงวันละ 252 ราย² วัยรุ่นเป็นช่วงอายุที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ อัตราการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้น และส่วนใหญ่เป็นเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย โดยวัยรุ่นเริ่มมีเพศสัมพันธ์ในอายุน้อยลง จากอัตราการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้นด้วย ในวัยรุ่นที่ไม่พร้อมจะตั้งครรภ์ มักหาทางออกด้วยการทำแท้ง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยและเป็นการทำแท้งที่ผิดกฎหมาย จากรายงานการแท้งในประเทศไทย ปี 2558 พบว่ามีการทำแท้งร้อยละ 43.1 โดยร้อยละ 28.6 มีสถานภาพเป็นนักเรียน/นักศึกษา และร้อยละ 26.3 อายุต่ำกว่า 20 ปี ส่วนเหตุผลของการทำแท้งคือ ความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ พบร้อยละ 92.62 ผลของการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยจะมีความเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะตกเลือด ซ็อกจากการเสียเลือด ติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูง นอกจากนี้ยังมีผลต่อสุขภาพของทารกในครรภ์อีกด้วย จากผลกระทบต่างๆ ดังกล่าวทำให้วัยรุ่นเกิดความเครียดต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อมแนวโน้มทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ต่อไป

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะทางจิตเวชที่มีอารมณ์ซึมเศร้า รู้สึกเบื่อ รู้สึกผิดหรือไร้ค่า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีเรี่ยวแรง สมาธิลดลง โดยอาการอาจเป็นเรื้อรังหรือเป็นซ้ำ นำไปสู่ความบกพร่องในการดำเนินชีวิต³ สำหรับการวิจัยในประเทศไทย^{4, 5} ภาวะซึมเศร้าของมารดาวัยรุ่นเกิดจากความวิตกกังวลในการเลี้ยงดูบุตรและการไม่ประสบความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา โดยมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งแรกในรายที่ไม่สามารถปรับตัวต่อบทบาทมารดาได้ มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าสูง นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ ระดับการศึกษาและรายได้ที่เพียงพอมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด^{6, 7, 8}

ในการส่งเสริมสุขภาพจิตมารดาวัยรุ่นหลังคลอด 2-3 วันแรก พบว่ามารดาวัยรุ่นจำนวนมาก นอกจากจะมีปัญหา

สุขภาพภายหลังคลอดแล้ว ยังพบมีปัญหาสุขภาพจิตด้วย มารดาบางรายมีความเครียดจากการขาดประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร บางรายมีปัญหาสัมพันธ์ภาพในครอบครัวจากการเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยว หรือความขัดแย้งในครอบครัว มารดาวัยรุ่น เหล่านี้จะแสดงออกถึงความท้อแท้ เบื่อหน่าย สีหน้าเศร้าหมอง บางรายไม่สนใจบุตร จากข้อมูลดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงสนใจ ที่จะศึกษาภาวะซึมเศร้าของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล มารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าให้เหมาะสม โดยมีแนวทางการปฏิบัติและกระบวนการพยาบาลที่ชัดเจน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือเอกสารที่เป็นข้อมูลทุติยภูมิจากแบบสัมภาษณ์และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ทีมผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลนี้เป็นงานประจำจากมารดาวัยรุ่นหลังคลอด อายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มาคลอดบุตรที่ตึกสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลราชบุรี ช่วงเดือนตุลาคม 2558 - เดือนกันยายน 2559 การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณตามวิธีของ G*Power 3.0.10 ได้จำนวน 278 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี ตามเลขที่หนังสือ COA-RBHEC 011/2017 ซึ่งคณะผู้วิจัยนำข้อมูลทุติยภูมิ จากแบบสัมภาษณ์และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ที่ทีมผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลนี้เป็นงานประจำจากมารดาวัยรุ่นหลังคลอด มาใช้วิเคราะห์ เอกสารข้อมูลที่ได้จากการวิจัย จะปกปิดเป็นความลับและเก็บไว้ในที่ปลอดภัย และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่มีความเกี่ยวข้องทราบ หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า The Center for Epidemiologic Studies – Depression (CES-D) Scale เป็นแบบสัมภาษณ์เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดา ตรีงคสมบัติและคณะ⁹ เป็นการประเมินระดับความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จาก 0 (ไม่เลย) ถึง 3 (ตลอดเวลา) พิสัยอยู่ในช่วง 0-60 คะแนน ถ้ามีคะแนนอยู่ในช่วง 0-15 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า ถ้าคะแนนรวมสูงกว่า 22 แสดงว่าอยู่ในข่ายมีภาวะซึมเศร้า เครื่องมือนี้ได้รับการแปล

เป็นภาษาไทย และมีการนำไปใช้แพร่หลายในมารดาวัยรุ่นแล้ว พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มวัยรุ่นไทยตามวิธี Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ข้อมูลอัตราส่วนของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ที่มีภาวะซึมเศร้า จากแบบสอบถาม CES-D วิเคราะห์โดยใช้อัตราส่วนต่อร้อยละ ประชากร การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่ตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และความพร้อมของการตั้งครรภ์ ประวัติการฝากครรภ์ ประวัติการคลอด และน้ำหนักของทารกกับภาวะซึมเศร้า ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและไคสแควร์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะซึมเศร้า (n = 278)

จำนวน	ร้อยละ
อายุ	
11 – 14 ปี	4
15 – 17 ปี	91
18 – 20 ปี	183
การศึกษา	
ประถมศึกษา	23
มัธยมศึกษา	188
ปวช./ปวส.	64
อื่น ๆ	3
สถานภาพสมรส	
คู่ อยู่ด้วยกัน	247
แยก/หย่า/ร้าง	31
อาชีพ	
รับจ้าง	62
ค้าขาย	23
นักเรียน	136
ไม่ได้ทำงาน	57
รายได้	
ไม่มีรายได้	193
1 – 10,000 บาท	75
10,000 บาทขึ้นไป	10

ตารางที่ 1 (ต่อ)

จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	
ครั้งที่ 1	215 77.3
ครั้งที่ 2	60 21.6
ครั้งที่ 3	3 1.1
ความพร้อมของการตั้งครรภ์	
พร้อม	88 31.7
ไม่พร้อม	190 68.3
ประวัติการฝากครรภ์	
ไม่ได้ฝากครรภ์	7 2.5
ฝากครรภ์ก่อน 20 สัปดาห์	207 74.5
ฝากครรภ์หลัง 20 สัปดาห์	64 23.0
ประวัติการคลอด	
คลอดปกติ	172 61.9
ผ่าคลอด	106 38.1
น้ำหนักทารก	
ต่ำกว่าเกณฑ์ (2,500 กรัม)	50 18.0
ปกติ	228 82.0
ภาวะซึมเศร้า	
มีภาวะซึมเศร้า	19 6.8
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	259 93.2

กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นหลังคลอดจำนวน 278 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 18-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.8 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 67.6 เป็นนักเรียน คิดเป็นร้อยละ 48.9 ไม่มีรายได้ประจำ คิดเป็นร้อยละ 69.4 สถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 88.8 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ เป็นครั้งที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 77.3 ส่วนใหญ่ยังไม่พร้อม คิดเป็นร้อยละ 68.3 ประวัติการมาฝากครรภ์ฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 74.5 ประวัติการคลอดมีการคลอดแบบปกติ คิดเป็นร้อยละ 61.9 และน้ำหนักของทารกหลังคลอด มีน้ำหนักปกติคือ 2,500 กรัมขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 82.0 และการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (CES-D) พบว่ามารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 6.8 ดังตารางที่ 1

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด พบว่าจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 17.60, p < 0.05$) โดยมารดาวัยรุ่นที่คลอดบุตรครั้งแรกมีภาวะซึมเศร้ามากกว่ามารดาวัยรุ่นที่เคยผ่านการคลอดบุตรมาแล้วหนึ่งครั้ง จากตารางมารดาวัยรุ่นที่คลอดบุตรคนแรกมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 63.2 มารดาวัยรุ่นที่คลอดบุตรคนที่สองมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 26.3 และมารดาวัยรุ่นที่คลอดบุตรคนที่สามมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 10.5 ความพร้อมของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของมารดาวัยรุ่น

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับภาวะซึมเศร้าของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

	จำนวน (%)		Chi-Square Tests	
	ซึมเศร้า (n = 19)	ไม่ซึมเศร้า (n = 259)		p-value
อายุ			3.82	.15
11 - 14 ปี	0 (0.0)	4 (1.5)		
15 - 17 ปี	10 (52.6)	81 (31.3)		
18 - 20 ปี	9 (47.4)	174 (67.2)		
การศึกษา			7.60	.05
ประถมศึกษา	3 (15.8)	20 (7.7)		
มัธยมศึกษา	14 (73.7)	174 (67.2)		
ปวช./ปวส.	1 (5.3)	63 (24.3)		
อื่นๆ	1 (5.3)	2 (0.8)		
สถานภาพ			2.01	.15
คู่ อยู่ด้วยกัน	15 (78.9)	232 (89.6)		
แยก/หย่า/ร้าง	4 (21.1)	27 (10.4)		
อาชีพ			3.85	.28
รับจ้าง	7 (36.8)	55 (21.2)		
ค้าขาย	0 (0.0)	23 (8.9)		
นักเรียน	3 (15.8)	54 (20.8)		
ไม่ได้ทำงาน	9 (47.4)	127 (49.0)		
รายได้			1.56	.45
ไม่มีรายได้	12 (63.2)	181 (69.9)		
1-10,000 บาท	7 (36.8)	68 (26.3)		
10,000 บาทขึ้นไป	0 (0.0)	10 (3.9)		
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์			17.60	.00
ครรภ์ที่ 1	12 (63.2)	203 (78.4)		
ครรภ์ที่ 2	5 (26.3)	55 (21.2)		
ครรภ์ที่ 3	2 (10.5)	1 (0.4)		
ความพร้อมของการตั้งครรภ์			6.57	.01
พร้อม	1 (5.3)	87 (33.6)		
ไม่พร้อม	18 (94.7)	172 (66.4)		
ประวัติการฝากครรภ์			3.05	.21
ไม่ได้ฝากครรภ์	1 (5.3)	6 (2.3)		
ฝากครรภ์ก่อน 20 สัปดาห์	11 (57.9)	196 (75.7)		
ฝากครรภ์หลัง 20 สัปดาห์	7 (36.8)	57 (22.0)		
ประวัติการคลอด .74 .39				
คลอดปกติ	10 (52.6)	162 (62.5)		
ผ่าคลอด	9 (47.7)	97 (37.5)		
น้ำหนักทารก .			13	.72
ต่ำกว่าเกณฑ์ (2,500 กรัม)	4 (21.1)	46 (17.8)		
ปกติ	15 (78.9)	213 (82.2)		

หลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 6.57$, $p < 0.05$) โดยมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ไม่มีความพร้อมของการตั้งครรรค์มีภาวะซึมเศร้ามากกว่ามารดาวัยรุ่นที่มีความพร้อมของการตั้งครรรค์ จากตารางมารดาวัยรุ่นที่ไม่มีความพร้อมของการตั้งครรรค์มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 94.7 มารดาวัยรุ่นที่มีความพร้อมของการตั้งครรรค์มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 5.3 ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ อายุที่ตั้งครรรค์ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ประวัติการฝากครรรค์ ประวัติการคลอด และน้ำหนักของทารกไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดดังแสดงในตารางที่ 2

สรุปและอภิปรายผล

สรุปการศึกษาครั้งนี้พบว่า มารดาวัยรุ่นหลังคลอด 2-3 วันแรก มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 6.8 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสมทำให้มารดาวัยรุ่นสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁰ และภาวะซึมเศร้าของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดจะค่อยๆ ลดลงในระยะเวลาที่ผ่านมา¹¹

ปัจจัยของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติการคลอด ประวัติการฝากครรรค์ และน้ำหนักบุตรแรกคลอด ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ จำนวนครั้งของการตั้งครรรค์ และความพร้อมของการตั้งครรรค์โดยพบว่ามารดาวัยรุ่นที่คลอดบุตรครรรค์แรกมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 63.2 ทั้งนี้ อาจเกิดจากการขาดความรู้และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร และความมั่นคงในชีวิตสมรส^{12, 13} โดย มารดาวัยรุ่นหลังคลอดร้อยละ 77.3 เป็นการตั้งครรรค์ครั้งแรก และร้อยละ 68.3 ตั้งครรรค์โดยไม่มีความพร้อมมารดาจึงต้องปรับตัวต่อบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปและไม่คุ้นเคย การเป็นมารดาวัยรุ่น ต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากผลกระทบของการตั้งครรรค์ไม่พร้อมตั้งแต่ก่อนคลอด เช่น ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรรค์ ภาวะการคลอดบุตรยาก การกลั้ว การคลอดบุตร การผ่าตัดคลอด ภาวะการตกเลือดหลังคลอด หรือการขาดประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร ทำให้มารดาวัยรุ่นเกิดความเครียดที่ไม่สามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ผลกระทบจากการตั้งครรรค์ที่ไม่พร้อม ทางด้านจิตสังคมทำให้วัยรุ่นต้องออกจากสถานศึกษากลางคัน แยกออกจากกลุ่มเพื่อน ถูกคำครหาจากสังคม ครอบครัวเกิดความ

อับอาย มารดาวัยรุ่นจึงเกิดความเครียดและวิตกกังวล ส่งผลให้ปัจจุบันมารดาวัยรุ่นมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น^{12, 13, 14} จากสาเหตุของความเครียดต่อการตั้งครรรค์ที่ไม่ได้วางแผน การถูกทารุณกรรมด้านร่างกาย การรับรู้ความสามารถของการเป็นมารดาต่ำ ความวิตกกังวลในการเลี้ยงบุตร และพฤติกรรมที่บุตรแสดงออก เนื่องจากเป็นบุตรคนแรกและมีบุตรบางรายที่มีปัญหาสุขภาพตั้งแต่แรกเกิด สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยกระตุ้นให้มารดาวัยรุ่นเกิดความเครียดได้ง่าย ซึ่งความเครียดที่เกิด ถ้าต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจะเกิดเป็นความเครียดสะสมและก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้^{4, 8, 12, 15}

นอกจากนี้มารดาวัยรุ่นยังขาดความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในการปรับบทบาทการเป็นมารดา อาจเกิดความไม่มั่นใจในการแสดงพฤติกรรมการเป็นมารดา และถ้าถูกตำหนิจากบุคคลรอบข้าง อาจทำให้รู้สึกผิดหวังในตนเอง โทษตนเอง เกิดความรู้สึกท้อแท้ และมีภาวะซึมเศร้าได้^{12, 14} การตั้งครรรค์โดยไม่พร้อมของมารดาวัยรุ่น จากการศึกษาพบถึงร้อยละ 48.9 ที่เป็นนักเรียนและต้องออกจากโรงเรียนก่อนเวลา ทำให้สูญเสียอนาคตทางการศึกษา และโอกาสในการประกอบอาชีพที่ดี ทำให้มีรายได้ไม่แน่นอน ส่งผลให้ครอบครัวของมารดาวัยรุ่นปัญหา รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ดังนั้น ควรมีการป้องกันการตั้งครรรค์ โดยการสอนเรื่องเพศศึกษาตั้งแต่ช่วงประถมศึกษาตอนปลาย เพื่อให้นักเรียนมีความรู้ในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ประชาสัมพันธ์ให้นักเรียนหญิงวัยรุ่นที่ไม่ต้องการตั้งครรรค์เข้าถึงสถานบริการในการคุมกำเนิดกึ่งถาวร โดยบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน (youth friendly) ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข^{16, 17} นอกจากนี้ยังพบว่า มารดาวัยรุ่นหลังคลอด ไม่มีรายได้ ร้อยละ 69.4 ทำให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการดำเนินชีวิต และในรายมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรแรกเกิดอยู่ในภาวะความเสี่ยงสูง การช่วยเหลือโดยให้คำปรึกษารายบุคคลจะช่วยจัดการกับปัญหาทางจิตใจ เสริมสร้างทักษะในความเป็นมารดาและช่วยสนับสนุนให้กำลังใจมารดาพัฒนาตนเองให้เปลี่ยนแปลงในทิศทางบวก¹⁴

กรณีมารดาวัยรุ่น หลังคลอดที่พบว่ามีความซึมเศร้า ซึ่งแต่ละรายมีภาวะซึมเศร้าจากปัญหาที่แตกต่างกัน บางราย วิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลบุตร จึงได้รับคำปรึกษาโดยจัดให้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร เช่น สอนการอาบน้ำ การเลี้ยงดูลูกด้วยนมมารดา เน้นสายใยระหว่างมารดากับบุตร เพื่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน และการดูแลเอาใจใส่ บางราย

เครียดเกี่ยวกับการศึกษาเนื่องจากต้องออกจากโรงเรียนกลางคัน กรณีที่มารดาวัยรุ่นต้องการศึกษาต่อ ควรแนะนำการศึกษา นอกโรงเรียน เพื่อให้มีวุฒิทางการศึกษานำไปต่อยอดการศึกษาต่อไป บางกรณีอาจมีการประสานทำความเข้าใจกับทางสถาบันการศึกษา โดยนักสังคมสงเคราะห์หรือนักจิตวิทยา ร่วมกับ ผู้ปกครองเป็นสื่อกลางในการประสาน เพื่อให้มารดาวัยรุ่น หลังคลอดที่พร้อมจะศึกษา สามารถกลับมาศึกษาในระบบ โรงเรียนต่อเนื่องเพื่อลดปัญหาการเสียโอกาสทางการศึกษา นอกจากนี้ ควรเพิ่มช่องทางการติดต่อ การฝึกอาชีพ ในกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะในรายที่พบมีภาวะซึมเศร้า เช่น ในกลุ่มแม่เลี้ยงเดี่ยว (single mom) ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน มีการประเมินภาวะสุขภาพจิต และส่งพบจิตแพทย์เด็ก เพื่อให้การดูแลรักษาและติดตามต่อเนื่อง ถ้ามีปัญหาทางเศรษฐกิจ ได้มีการประสานกับหน่วยงานภายในโรงพยาบาล เช่น ฝ่ายสวัสดิการสังคม และหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล ซึ่งเป็นเครือข่ายในการให้ความช่วยเหลือ ได้แก่ บ้านพักเด็กและครอบครัว และพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดราชบุรี ในการให้ความช่วยเหลือด้านของใช้จำเป็นสำหรับบุตร และค่าครองชีพเบื้องต้น รวมถึงมีการติดตามเป็นระยะ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้มารดาวัยรุ่นมีความเข้มแข็ง และเสริมพลังอำนาจภายใน ให้มารดาวัยรุ่นมีศักยภาพในการเลี้ยงดูบุตรได้อย่างเหมาะสม ป้องกันปัญหาการทอดทิ้งบุตร หรือไม่ใส่ใจดูแลบุตรทำให้เป็นภาระของคนในครอบครัว ในรายที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว มีการพูดคุยกับผู้ปกครองเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างมารดาวัยรุ่นและครอบครัว ไม่ตำหนิหรือซ้ำเติม เพื่อให้มารดาวัยรุ่นมีกำลังใจ และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการดำเนินการเชิงรุกในโรงเรียน ทั้งระดับ ประถมศึกษาและมัธยมศึกษา โดยการให้ความรู้แก่อาจารย์ ประจำชั้นหรืออาจารย์ที่ปรึกษา ในการสอดส่องดูแลวัยรุ่น และให้ความรู้แก่วัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม รวมถึงมีช่องทางในการประสานและส่งต่อกับโรงเรียน เมื่อพบวัยรุ่นมีปัญหา สามารถส่งไปรับคำปรึกษาและการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

2. พยาบาลควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของมารดาวัยรุ่นตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ทุกราย โดยให้ความสนใจเป็นพิเศษ ในกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรก ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ เนื่องจากมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า โดยใช้เวลาในการอธิบายขั้นตอนต่างๆ ให้คำปรึกษาเมื่อเกิดความคับข้องใจ เพื่อลดความวิตกกังวลในการปรับตัว ให้มารดาวัยรุ่นได้รับความรู้ และได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่ระยะเริ่มต้น โดยนำมารดาวัยรุ่นและคู่สมรสเข้ากลุ่มโรงเรียนพ่อแม่เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนคลอด ช่วยส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นมีการรับรู้บทบาทในการเป็นมารดาเพิ่มขึ้น ลดความเครียดที่อาจเกิดขึ้นหลังคลอดได้

3. กรณีมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่มาตรวจสุขภาพตามนัด พยาบาลควรมีการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพจิต ถ้าพบมีความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าควรส่งปรึกษาจิตแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพจิต เพื่อให้การดูแลรักษา และหาสาเหตุ นอกจากนี้ควรมีการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว และแนะนำการคุมกำเนิดที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการท้องซ้ำ และแนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

4. ควรมีการสร้างเครือข่ายในการเยี่ยมบ้าน ดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง ส่งต่อ ประสานกับชุมชนและครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมการเลี้ยงดูบุตรอย่างเหมาะสม ในกลุ่มมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

References

1. World Health Organization. Adolescent pregnancy, 2014
2. Public Health statistic, Ministry of Public Health, Thailand, 2016 (in Thai)
3. World Health Organization. Depression . 2012
4. Kaewjanta N. Depression in Teenage Pregnancy : Factors Affect and Prevention. Journal of Nursing Science & health. 2012 ; 35(1): 83-90. (in Thai)
5. Srisawad K. and Panyapinijugoon C. Stress among Pregnant Adolescent. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2016; 17(2): 7-11. (in Thai)

6. Somhom K. Postpartum Depression at Somdejpranangjao Sirikit Hospital. Faculty of nursing (Mental Health and Psychiatric nursing) Burapha University ; 2010. (in Thai).
7. Chunpoon T. & Yeekian C. A study of postpartum Blue. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2014 ; 26(1): 64-74. (in Thai).
8. Chaisawan, K., Serisathein, Y., Yusamran, C., & Vongsirimas, N. Factors predicting postpartum depression in adolescent mothers. Journal of Nursing Science. 2011 ; 29(4): 61-69. (in Thai)
9. Trungkasombut U. et. al. Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale. Journal of the Psychiatrist Association of Thailand. 1997 ; 42(1): 2-13 (in Thai).
10. Hemchayat U. et. al. The Adaptation of The Adolescent Mothers. Journal of Education and Social Development. 2015 ;11(1): 179-190. (in Thai).
11. H. – H. Chen. et. al. Archives of Psychiatric Nursing 30. (2016). 350 – 355.
12. Wongthongkua K. Postpartum Anxiety among Primiparous Adolescent Mothers. Faculty of Nursing (Mental Health Pschyciatric). Burapha University ; 2011. (in Thai)
13. Charoensirivilai P. Deoisres W. and Wacharasin C. Factors Influencing Stage of readiness to Postpartum Contraceptive Use among Unplanned Adolescent Pregnancy. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2015; 16(2): 88-96. (in Thai)
14. Niyomwan S. ,Kirdpitak P. and Malakul Na Ayudhaya P. The Development of Individual Counseling Model based on Psychoeducational Theory for Enhancing Maternal Role of Adolescent Mothers with High- Risk Newborns. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18(Supplement): 239-250. (in Thai)
15. Kongsuriyanavin W., Kunrattanaporn B., & Techatraisak. Factors Affecting Portum Women’s Mental Health. Thai Journal of Nursing Council. 2010 ; 25(1): 89-99. (in Thai).
16. Tungaensakul S.et.al. Effects of Sexual Health Life Skills Program on Perceived Self – Efficacy In Safe Sex of Early Adolescent Students. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18(2): 119-128. (in Thai)
17. Youth Friendly Health Services : YFHS, UNFPA, Ministry of Public Health, Thailand, 2014 (in Thai)