

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลราชวิถี

Factors Predicting Depression of Postpartum Mother in Rajavithi Hospital

Received: Jun 19, 2019

Revised: Aug 23, 2019

Accepted: Aug 30, 2019

สุภัทสรุ ภูเมฆ พยม. (Soopussara Pumek) M.D.¹เอกชัย โควาวีสารัช พร.ด. (Ekachai Kovavisarach) Ph.D.²มาลี เกื้อนพกุล พร.ด. (Malee Keanoppakun) Ph.D.³วรัญญา แสงพิทักษ์ พร.ด. (Waralya Sangpitak) Ph.D.⁴

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยทำนายที่ส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดภาวะซึมเศร้า การศึกษาปฏิบัติการณ สาเหตุหรือปัจจัยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากประสบการณ์คลอด และปัจจัยที่เป็นข้อบ่งชี้ว่าจะเกิดภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด การศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลไปข้างหน้าในระยะยาวในกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มารับบริการที่แผนกหลังคลอดสามัญจำนวน 2 ตึกของโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 500 คน ระหว่างเดือนมิถุนายน 2560 ถึง เดือนธันวาคม 2561 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q) และแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิตของประเทศไทย โดยเก็บข้อมูลในระยะ 48-72 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เพื่อซักถามอาการบาดเจ็บ การรักษาพยาบาลที่ได้รับ และประเมินด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q, 9Q) ก่อนมารดากลับบ้านวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ส่วนปัจจัยทำนายความผิดปกติหลังเกิดความรู้สึกที่สะท้อนใจของมารดาหลังคลอด ใช้สถิติถดถอยด้วยวิธีสเตปไวด์

ผลการวิจัยพบว่า มี 4 ปัจจัยที่ส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดภาวะซึมเศร้า ตัวแปรที่สามารถทำนายได้โดยเรียงจากมากที่สุดไปหาน้อยสุด 1) การมีที่คนคอยให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดความรู้สึก 2) คือระดับความปวดในระยะหลังคลอด 3) การมีประวัติเคยถูกทำร้ายด้านจิตใจในช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด 4) ช่วงอายุ 5) การมีแผลฝีเย็บ และ 6) อาชีพของหญิงตั้งครรภ์ ตามลำดับ ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดได้ ร้อยละ 20.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะ ควรมีการให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดแก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว เพื่อให้เข้าใจการเปลี่ยนแปลงร่างกายของหญิงตั้งครรภ์ และการให้สมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะสามีควรให้การดูแลมารดาหลังคลอดอย่างใกล้ชิด

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, มารดาหลังคลอด, ภาวะเครียด

^{1,3,4}อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร

E-mail: ¹soopussara.p@bcn.ac.th, ³Nart.geo54@gmail.com, ⁴waralya.s@bcn.ac.th

²แพทย์ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรม สาขาสูติเวชศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี E-mail: Kekchai1@gmail.com

^{1,3,4} Boromaraajonani College of Nursing, Bangkok, Thailand, ²Rajavithi Hospital, Bangkok, Thailand.

Abstract

This prospective longitudinal study aimed to: (a) investigate the incidence of acute post-traumatic stress disorder and depression from labor experience in postpartum women; and (b) identify factors influencing to post-traumatic stress disorder. Five hundred postpartum mothers were recruited from two postpartum units at Rajavithi hospital during June 2017 to December 2018. A depression inventory questionnaire developed by the Department of Mental Health, Thailand (2Q, 9Q) was used to collect data. Mothers in the period of 48-72 hours after delivery were interviewed to explore the received treatment and care during labor, perceptions of intrapartum care, and the present of trauma symptoms before discharge. Demographic data and incidence of postpartum depression were analyzed using descriptive statistics (percentage and mean average). Factors predicting depression in postpartum mothers were analyzed using stepwise multiple regression analysis.

Results: factors predicting depression in postpartum mothers included: 1) social support, 2) pain score of postpartum period, 3) history of being psychologically abused during 4-6 weeks before child birth, 4) age range of teenage or adult, 5) perineal wound, and 6) occupation. These six factors statistically significant explained 20.3% of the variance of postpartum depression ($p < .001$). Conclusion: findings from the study suggests that postpartum depression could be prevented during pregnancy by educating mothers themselves, their family, and, in particular husbands regarding physiological change and family support.

Keywords: depression, postpartum, stress

บทนำ

การตั้งครรภ์และการคลอดนั้นถึงแม้จะเป็นกลไกที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ แต่หากไม่เป็นไปตามที่คาดหวังหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤต ก็จะทำให้หญิงตั้งครรภ์และผู้คลอดรู้สึกถูกคุกคามต่อตนเองและบุตร เกิดการตอบสนองต่อจิตใจ เกิดภาวะเครียดรุนแรงได้ ในรายที่ไม่สามารถปรับตัวเพื่อเผชิญกับเหตุการณ์เหล่านี้ได้ก็อาจทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตตามมาได้¹⁻² ซึ่งทั่วโลกพบว่ามีมารดาหลังคลอดมีภาวะซึมเศร้าประมาณร้อยละ 13.00³ การศึกษาขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี ค.ศ. 2015 พบว่าในประเทศที่กำลังพัฒนามีอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดร้อยละ 20.00⁴⁻⁵ จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ประเทศเวียดนามมารดาหลังคลอดมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 21.30⁶ สำหรับประเทศไทยพบว่ามีมารดาหลังคลอดมีภาวะ

ซึมเศร้าในมารดาครรภ์แรกพบร้อยละ 48.28⁷-64.17⁸

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depression) หรือโรคซึมเศร้าหลังคลอด เป็นโรคทางอารมณ์อย่างหนึ่งที่สัมพันธ์กับการคลอดบุตร ซึ่งอาจพบได้ทั้งในฝ่ายชายและฝ่ายหญิง⁹⁻¹⁰ อาการสำคัญ เช่น มีอารมณ์เศร้าอย่างมาก รู้สึกไม่มีเรี่ยวแรง วิตกกังวล ร้องไห้บ่อย หงุดหงิด การนอนผิดปกติ (เช่น นอนไม่หลับ หรือนอนมากผิดปกติ) การกินผิดปกติ (เช่น กินไม่ลง หรือกินไม่หยุด) เป็นต้น ส่วนใหญ่มักพบที่เวลา 1 สัปดาห์ ถึง 1 เดือนหลังคลอด⁹ ภาวะนี้อาจส่งผลเสียต่อทารกได้¹¹ ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้แก่ 1) อายุของมารดาเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ มารดาวัยรุ่นมีความเสี่ยง 1.5 เท่า ส่วนมารดาที่อายุเกิน 35 ปี มีความเสี่ยง 1.3 เท่า 2) รายได้ 3) ภาวะเครียดในชีวิต

4) พฤติกรรมส่วนบุคคล 5) ภาวะสุขภาพจิตผิดปกติยิ่งเพิ่มความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 6) ขาดคนให้การช่วยเหลือ โดยเฉพาะสามียิ่งเพิ่มความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 7) มีความขัดแย้งในครอบครัว 8) ฐานะยากจน 9) คุณแม่เลี้ยงเดี่ยว 10) มีบุตรหลายคน 11) มีความเจ็บป่วยทางกายและใจยิ่งเพิ่มความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 12) มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับบุตรคนแรก หรือถูกตัวเองเมื่อให้บุตรไม่ได้ ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 13) ความมั่นใจในตนเองต่ำ 14) ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง 15) ประวัติครอบครัวเป็นโรคจิตกึ่งลง่ายหรือมีภาวะซึมเศร้า 16) ประวัติครอบครัวมีความผิดปกติทางอารมณ์ 17) รู้สึกโดดเดี่ยว 18) เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 19) การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า 20) ทารกมีปัญหาสุขภาพยิ่งเพิ่มความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ถ้าแม่มีประสบการณ์ด้านลบมาก่อน เช่น ถ้าแม่ที่บุตรต้องรับการรักษาในหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด¹² สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีนพบว่า หญิงอพยพในจีน ขาดคนให้การช่วยเหลือ รายได้น้อย หรือ มารดาครรภ์แรก ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าหลังคลอด¹³ นอกจากนี้ในประเทศตุรกี ยังพบว่า การผ่าตัดคลอดจากภาวะทารกในครรภ์มีภาวะพร่องออกซิเจนยิ่งเพิ่มความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าหลังคลอด¹⁴

จากการที่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมักพบในเวลา 1 สัปดาห์ ถึง 1 เดือน หลังคลอด⁹ ซึ่งการศึกษางานวิจัยในประเทศไทยพบเพียงภาวะซึมเศร้าในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอดเป็นส่วนใหญ่สำหรับภาวะซึมเศร้าในระยะ 48-72 ชั่วโมงแรกคลอดยังไม่ปรากฏ จากการที่ประเทศไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนามีการเปลี่ยนทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมทำให้สังคมไทยเปลี่ยนจากการที่เคยเป็นครอบครัวขยายกลายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ประชากรคนไทยย้ายเข้ามาทำงานในเมืองใหญ่มากขึ้น และมีประชากรที่มาจากประเทศเพื่อนบ้านจำนวนมาก เช่น ประเทศกัมพูชา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา และเวียดนาม¹⁵ ซึ่งการแยกจากครอบครัวใหญ่มาสร้างครอบครัวเดี่ยวทำให้บิดามารดาต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่จะต้องปรับตัวกับการมีสมาชิกใหม่เพิ่มขึ้นในครอบครัวเพียงลำพัง หรือการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวใหญ่

น้อยลง ส่งผลให้ครอบครัวเดียวต้องรับผิดชอบดูแลบุตรด้วยตนเองอาจส่งผลให้เกิดความเครียด เกิดความเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ จึงทำให้ชายหญิงที่ต้องปรับตัวปรับเปลี่ยนบทบาทในการเป็นบิดามารดา รู้สึกเกิดภาวะวิกฤตในชีวิตนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

จะเห็นได้ว่าสถานการณ์ปัจจุบันมีชาวทารกแรกเกิดถูกทิ้ง ถูกทำร้าย หรือเสียชีวิตจำนวนมาก¹⁶⁻¹⁷ ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด ซึ่งปัจจัยที่คณะผู้วิจัยสนใจศึกษาได้แก่ ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ อายุครรภ์ ความเจ็บป่วยขณะตั้งครรภ์ การมีคนให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียด มีประวัติเคยถูกทำร้ายร่างกายในช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด และมีประวัติเคยถูกทำร้ายจิตใจในช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด ส่วนปัจจัยด้านข้อมูลการคลอด ได้แก่ วิธีการคลอด ระดับความปวดขณะรอคลอด ระดับความปวดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และการมีแผลฝีเย็บเป็นต้น เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นข้อมูลสนับสนุนในการวางแผนดำเนินงานส่งเสริม และป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ที่มารับบริการ ที่โรงพยาบาลราชวิถี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชวิถี

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล (อายุ อายุครรภ์ ความเจ็บป่วยขณะตั้งครรภ์ การมีคนให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียด เคยถูกทำร้ายร่างกายในช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด และเคยถูกทำร้ายจิตใจในช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด) ปัจจัยด้านข้อมูลการคลอด (วิธีการคลอด ระดับความปวดขณะรอคลอด ระดับความปวดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และการมีแผลฝีเย็บ สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้า และ ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด โดยใช้ แนวคิดภาวะซึมเศร้าของ Beck¹⁸ เชื่อว่า การเกิดภาวะซึมเศร้า หลังคลอดมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางด้านจิตสังคม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะเครียดจากการดูแล บุตร ภาวะเครียดในชีวิต การสนับสนุนทางด้านสังคม ความวิตกกังวลในระหว่างตั้งครรภ์ และมีประวัติโรคซึมเศร้า ก่อนตั้งครรภ์¹⁸ และจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Hourse¹⁹ การที่บุคคลได้รับการดูแลช่วยเหลือและการตอบสนองจากบุคคลรอบข้างในการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จากปัจจัยที่คณะผู้วิจัย ศึกษาคาดว่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องและอาจส่งผลให้มารดา เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยวิเคราะห์ ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (descriptive predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ มารดาที่ มาคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี สุ่มเก็บข้อมูลระหว่างเดือน มิถุนายน 2560 ถึง เดือน ธันวาคม 2561 โดยเก็บข้อมูล ในมารดาหลังคลอดก่อนกลับบ้านที่ พุด พิง อ่าน หรือเขียน ภาษาไทยได้ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 500 ราย

พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลราชวิถี เอกสารเลขที่ 021/2560 เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยทำเอกสารชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ความสมัครใจและในระหว่างการศึกษา กลุ่มตัวอย่างสามารถ ถอนตัวได้ตลอดเวลาตามความต้องการโดยไม่มีผลกระทบ ต่อการดูแลรักษาใดๆ ข้อมูลทุกอย่างถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม และใช้เพื่อประโยชน์ทาง

การศึกษาเท่านั้น เมื่อผู้วิจัยแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์แล้ว กลุ่ม ตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจจึงให้ลงนาม ในเอกสารยินยอม และดำเนินการวิจัยต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ อายุครรภ์ ความเจ็บป่วยขณะตั้งครรภ์ การมีคนที่ให้ความช่วยเหลือเมื่อ เกิดความเครียด มีประวัติเคยถูกทำร้ายร่างกายในช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด และมีประวัติเคยถูกทำร้ายจิตใจในช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด ปัจจัยด้านข้อมูลการคลอด ได้แก่ วิธีการ คลอด ระดับความปวดขณะคลอด ระดับความปวดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และการมีแผลฝีเย็บ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพ จิตแห่งประเทศไทย ประกอบด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า ด้วย 2 คำถาม (2Q) การแปลผลและการดำเนินการต่อไป คือ 1) ถ้าคำตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 ข้อคำถาม หมายถึง ปกติ ไม่เป็น โรคซึมเศร้า 2) ถ้าตอบว่า “มี” เพียงข้อเดียวหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆในข้อคำถาม) หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยง หรือมี แนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ประเมินด้วยแบบประเมิน โรคซึมเศร้าด้วย 9Q ต่อไป ซึ่งแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) เป็นแบบประเมินความรุนแรงอาการโรค ซึมเศร้า ถ้าได้คะแนนมากกว่า 7 คะแนน²⁰

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) หาความเชื่อมั่นของการใช้คัดกรองด้วยแบบคัดกรองโรคซึม เศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย (9Q) ของกรมสุขภาพจิตประเทศไทย นำแบบสอบถามทั้งหมด ไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่แผนกหลังคลอดโรงพยาบาล ราชวิถี จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค ได้ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม 1 และ 0.99 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูลให้มีความ เข้าใจตรงกันในการใช้แบบสอบถามเพื่อการเก็บข้อมูลกับกลุ่ม ตัวอย่างคือมารดาหลังคลอดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลราชวิถี โดยมีการแจ้งสิทธิการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการวิจัยกับกลุ่ม

ตัวอย่างทุกครั้งให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัย ทำแบบสอบถามเสร็จและนำกลับมาส่งคณะผู้วิจัยทำการ ตรวจสอบความครบถ้วนในการตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละส่วนและวิเคราะห์ ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดที่มารับบริการ ที่โรงพยาบาลราชวิถี ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic regression) ด้วยวิธีสเตปไวท์

ผลการวิจัย

1. ด้านข้อมูลทั่วไป มารดาส่วนใหญ่มีอายุ 21-35 ปี จำนวน 370 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.00 มีอาชีพรับจ้างจำนวน 201 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.10 คลอดครบกำหนด จำนวน 311 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.20 มารดาเป็นท้องหลัง จำนวน 264 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.80 มารดาไม่มีความเจ็บป่วยขณะตั้งครรภ์ จำนวน 359 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.80 มารดาไม่มีใคร ให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียดจำนวน 316 ราย คิดเป็น ร้อยละ 63.30 มารดาส่วนใหญ่ไม่มีประวัติเคยได้รับบาดเจ็บ ทางด้านร่างกาย จำนวน 486 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.20 มารดา ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติเคยถูกทำร้ายจิตใจ จำนวน 481 ราย

คิดเป็นร้อยละ 96.2

2. ด้านข้อมูลการคลอดมีดังนี้ มารดาส่วนใหญ่ คลอดด้วยตนเองทางช่องคลอด จำนวน 320 ราย คิดเป็น ร้อยละ 64.00 มีระดับความเจ็บปวดในระยะรอคลอดในระดับ 7-10 คะแนน ซึ่งเป็นระดับที่ควรได้รับยาแก้ปวด จำนวน 278 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.60 ความปวดใน 24 ชั่วโมงแรกหลัง คลอด มารดาส่วนใหญ่มีความเจ็บปวดในระดับ 4-6 คะแนน จำนวน 182 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.40 การมีแผลฝีเย็บ เนื่องจาก มีผู้ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำนวน 175 ราย ดังนั้นมีผู้คลอด ทางช่องคลอดจำนวน 325 ราย มารดาหลังคลอดมีรอย ตัดบริเวณแผลฝีเย็บจำนวน 239 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.54 มารดามีแผลฉีกขาดนอกเหนือจากการตัดฝีเย็บจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.46 มารดามีแผลฝีเย็บบวมใสจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.46

มารดาหลังคลอดมีคะแนนภาวะซึมเศร้าในภาวะ ซึมเศร้าในภาพรวมมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.054 (SD. = 0.23) มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 94.80 รองลงมามีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 5.00 และมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 0.20 แต่ไม่พบว่ามีมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า ในระดับรุนแรง

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของคะแนนความซึมเศร้า (n = 500)

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า (<7 คะแนน)	474	94.80
มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย (7-12 คะแนน)	25	5.000
มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง (13-18 คะแนน)	1	0.20
	$\bar{X} = 1.054$	SD. = 0.234

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์พหุคูณ กำลังสองของค่าสหสัมพันธ์พหุคูณกำลังสองของค่าสหสัมพันธ์พหุคูณที่ปรับแก้ และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน

model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.310 ^a	.096	.094	2.555
2	.377 ^b	.142	.139	2.492
3	.421 ^c	.177	.172	2.443
4	.435 ^d	.189	.183	2.427
5	.444 ^e	.197	.189	2.418
6	.451 ^f	.203	.194	2.411

^aPredictors: (constant)X₁, ^bPredictors: (constant) X₁, X₂, ^cPredictors: (constant) X₁, X₂, X₃ ,

^dPredictors: (constant) X₁, X₂, X₃, X₄, ^ePredictors: (constant) X₁, X₂, X₃, X₄, X₅

^fPredictors: (constant) X₁, X₂, X₃, X₄, X₅, X₆

จากตาราง 2 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ มีค่า .451 และกำลังสองของค่าสหสัมพันธ์พหุคูณมีค่า .203 แสดงว่าตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 6 ตัว ร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ได้ร้อยละ 20.3 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์มีค่า 2.411

จากตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อทดสอบนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเกณฑ์และตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 6 ตัว มีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง ซึ่งสามารถนำไปสร้างเป็นสมการต่อไปได้

จากตาราง 4 พบว่า ในการสร้างสมการ ผู้วิจัยได้จัดลำดับการนำตัวแปรที่ต้องการศึกษาเข้าสู่สมการทำนาย ตามกรอบแนวคิดการวิจัยที่ได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับหลักทฤษฎีและการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ของมารดาหลังคลอด พบว่าตัวแปรพยากรณ์ที่ดีที่สุดที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดที่ระดับ .001 จำนวน 6 ตัวแปร ได้แก่ คนที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียด (X₁) ระดับความปวดหลังคลอด (X₂) การมีประวัติเคยถูกทำร้ายด้านจิตใจช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด (X₃) อายุ (X₄) สภาพแผลฝีเย็บ (X₅) และอาชีพ (X₆) สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดได้ ร้อยละ 20.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) สามารถเขียนเป็นสมการได้ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$\hat{Y} = -.164 + .506(X_1) + .159(X_2) + 2.503(X_3) - .906(X_4) + .372(X_5) + .092(X_6)$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\hat{Z} = .261(Z_1) + .208(Z_2) + .182(Z_3) - .111(Z_4) + .089(Z_5) - .081(Z_6)$$

ตาราง 3 แสดงความแปรปรวนที่ได้จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น

	Source of Variation	SS	df	MS	F	p-value
1	Regression	341.292	1	341.292	52.268*	<.001 ^a
	Residual	3206.071	491	6.530		
	Total	3547.363	492			
2	Regression	503.880	2	251.940	40.562*	<.001 ^b
	Residual	3043.483	490	6.211		
	Total	3547.363	492			
3	Regression	628.426	3	209.475	35.093*	<.001 ^c
	Residual	2918.937	489	5.969		
	Total	3547.363	492			
4	Regression	671.251	4	167.813	28.473*	<.001 ^d
	Residual	2876.113	488	5.894		
	Total	3547.363	492			
5	Regression	698.461	5	139.692	23.879*	<.001 ^e
	Residual	2876.113	487	5.850		
	Total	3547.363	492			
6	Regression	721.392	6	120.232	20.677*	<.001 ^f
	Residual	2825.971	486	5.815		
	Total	3547.363	492			

* มีระดับนัยสำคัญที่ระดับ .001, ^aPredictors: (constant)X₁, ^bPredictors: (constant) X₁, X₂, ^cPredictors: (constant) X₁, X₂, X₃, ^dPredictors: (constant) X₁, X₂, X₃, X₄, ^ePredictors: (constant) X₁, X₂, X₃, X₄, X₅

^fPredictors: (constant) X₁, X₂, X₃, X₄, X₅, X₆,

ตาราง 4 แสดงปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดโดยเก็บข้อมูลหลังคลอด 48-72 ชั่วโมง (n=500)

ปัจจัยทำนาย	สมการที่ 1			สมการที่ 2			สมการที่ 3			สมการที่ 4			สมการที่ 5			สมการที่ 6		
	β	SE _b	b	β	SE _b	b	β	SE _b	b	β	SE _b	b	β	SE _b	b	β	SE _b	b
คนที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียด (X_1)	.310***	.083	.601	.276***	.082	.535	.259***	.081	.501	.258***	.080	.501	.259***	.080	.501	.261***	.080	.506
ระดับความปวดหลังคลอด (X_2)				.217***	.032	.166	.208***	.032	.160	.204***	.032	.156	.207***	.032	.159	.208***	.032	.159
ประวัติเคยถูกทำร้ายจิตใจในช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด (X_3)							.189***	.568	2.593	.183***	.565	2.518	.179***	.563	2.465	.182***	.562	2.503
อายุ (X_4)										-.110**	.333	-.897	-.107**	.332	-.869	-.111**	.331	-.906
การมีแผลฝีเย็บ (X_5)													.088*	.169	.366	.089*	.169	.372
อาชีพ (X_6)																-.08*	.046	.092
ค่าคงที่ (constant)	1.148	.471	-2.120	-.345	-.565	-.164												
ค่าอำนาจในการพยากรณ์ (R^2)	.096		.142			.177			.189		.197	.203						

หมายเหตุ * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้ตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. มารดาหลังคลอดมีคะแนนภาวะซึมเศร้าในช่วง 48-72 แรกหลังคลอด พบว่า โดยรวมมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.054 (SD. = 0.23) มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 94.80 รองลงมามีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 5.00 และมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลางร้อยละ 0.20 แต่ไม่พบว่ามีการเกิดภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง ในการศึกษาที่ผ่านมามีการพบว่ามีมารดาหลังคลอดเกิดภาวะซึมเศร้าในช่วง 1-4 สัปดาห์หลังคลอด ร้อยละ 15.00⁹ ในมารดาวัยรุ่นและมารดาครรภ์แรกเกิดภาวะซึมเศร้าในช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอดร้อยละ 42.35⁷ และ 64.17⁸ ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่มารดาหลังคลอดมักมีอาการภาวะซึมเศร้าในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด จากผลการศึกษาพบว่ามารดาหลังคลอดเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะเวลาเพียง 2-3 วันหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับในสถานการณ์ปัจจุบันมักพบว่ามารดาหลังคลอดทอดทิ้งและทำร้ายลูก¹⁶⁻¹⁷ ดังนั้นทีมสุขภาพควรช่วยกันดูแลมารดาและทารกหลังคลอดอย่างใกล้ชิด เช่น การส่งเสริมสัมพันธภาพด้วยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งโดยปกติโรงพยาบาลราชวิถีมีนโยบายในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวมานาน 6 เดือน อาจส่งผลให้มารดาทารกมีความผูกพันกันและช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่ามารดาที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาได้ดีในช่วง 2 วันแรกคลอด จะพบว่ามีอาการซึมเศร้าหลังคลอดน้อยมากเมื่อหลังคลอด 6 เดือน²¹ บางรายงานพบว่ามารดาที่หยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว 4 เดือนหลังคลอดมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง²² แต่ในการศึกษาอื่นๆ พบว่ามารดามีอาการซึมเศร้าก่อนที่จะหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว ซึ่งยังไม่ชัดเจนว่าการเข้าสู่ภาวะซึมเศร้าจะขึ้นอยู่กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่²³ อย่างไรก็ตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพราะว่าช่วยส่งเสริมการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคตินหลังคลอด ลดการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนที่เกิดจากความเครียด ลดแรงกระทบจากแรงกดดัน และเพิ่มความผูกพันและพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงบุตร²⁴⁻²⁵

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดที่ดีที่สุดที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดที่ระดับ .001 จำนวน 6 ตัวแปร ได้แก่ คนที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียด (X1) ระดับความปวดหลังคลอด (X2) การมีประวัติเคยถูกทำร้ายด้านจิตใจช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด (X3) อายุ (X4) สภาพแผลฝีเย็บ (X5) และอาชีพ (X6) สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดได้ ร้อยละ 20.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ผลการศึกษา พบว่า คนที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียดสามารถทำนายภาวะซึมเศร้ามารดาหลังคลอดได้ดีที่สุดมีความสัมพันธ์ในทางบวก มารดาหลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนหลายตัว ส่งผลให้ฮอร์โมนความเครียดเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันก็ต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทในการเป็นมารดา ต้องแสดงบทบาทในการเลี้ยงดูบุตร มารดาหลังคลอดจึงเกิดความเครียดได้ง่าย จากผลการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้การขาดความช่วยเหลือในด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ในการเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด²⁶ การขาดคนในครอบครัวให้การสนับสนุนช่วยเหลือยิ่งเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยเฉพาะมารดาคลอดก่อนกำหนด²⁷ จากการศึกษาในประเทศจีนพบว่าหากมีความขัดแย้งกันภายในครอบครัวยิ่งเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด²⁸ จะเห็นได้ว่าการได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากสังคมจะช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้²⁹

ระดับความปวดหลังคลอดเป็นปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด เพราะในระยะหลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย ฮอร์โมนและบทบาทหน้าที่ หากมีความเจ็บปวดหลังคลอดจะเพิ่มความเครียดให้มารดาหลังคลอดมากขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความเจ็บปวดหลังคลอดแบบเฉียบพลันระดับรุนแรงซึ่งไม่ระบุวิธีการคลอดสามารถทำนายการคงอยู่ของความปวดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบว่า การคลอดด้วยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับความปวดแบบเรื้อรัง และพบร่วมภาวะซึมเศร้าบ่อยครั้ง การพบว่ามีความปวดแบบเฉียบพลันสามารถทำนายความปวดแบบเรื้อรังได้ดี จากผลศึกษามารดาหลังคลอด 1,288 คน ทั้งคลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอด

ทางหน้าท้อง ด้วยการสัมผัสภายใน 36 ชั่วโมงแรกคลอด และติดตามทางโทรศัพท์ 8 สัปดาห์ พบว่ามารดาหลังคลอดที่มีความปวดภายใน 36 ชั่วโมงแรกคลอด ร้อยละ 10.90 ขณะที่ในระยะ 8 สัปดาห์หลังคลอดจะยังคงมีความปวดเรื้อรัง และภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9.80 และ 11.20 ตามลำดับ³⁰

การมีประวัติเคยถูกทำร้ายด้านจิตใจช่วง 4-6 สัปดาห์ ก่อนคลอดเป็นปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด เนื่องจากคนที่มีความทุกข์ทางจิตก่อนคลอด ส่งผลให้การคิดแก้ไขปัญหาหรือเผชิญหน้ากับความเครียดได้น้อยลงเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมามีการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับการมีประวัติซึมเศร้าก่อนตั้งครรภ์³¹⁻³²

อายุ ปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด อายุของมารดาหลังคลอด มารดาส่วนใหญ่มีอายุ 21-35 ปี จำนวน 370 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.00 ส่วนน้อยเป็นมารดาวัยรุ่น (อายุ ≤ 20 ปี) จำนวน 61 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.20 ซึ่งมารดาหลังคลอดวัยผู้ใหญ่จะมีภูมิภาวะทางอารมณ์และจัดการกับความเครียดได้ดี จากการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาวัยรุ่นน้อยถึงส่งผลให้ประเด็นอายุของมารดาหลังคลอดไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาที่มีบุตรวัยรุ่นตั้งครรภ์ พบว่า มารดาที่มีบุตรวัยรุ่นตั้งครรภ์มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 89.00 จากการศึกษาวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การครุ่นคิดและการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในมารดาที่ตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ร้อยละ 57.00 ($R^2 = .57, p < .001$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้สูงที่สุดคือการครุ่นคิด ($\beta = .52, p < .001$) รองลงมาคือกลไกการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ($\beta = .30, p < .001$)³³ และสอดคล้องกับการศึกษาความทุกข์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในมารดาวัยรุ่น ช่วง 1-2 สัปดาห์ พบว่าอายุของผู้สมรส อาการปัสสาวะบ่อย และการมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ และความรู้สึกไม่พร้อมหรือไม่แน่ใจในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ($p < .05$)³⁴ วัยรุ่นมีความเสี่ยง 1.5 เท่าของมารดาหลังคลอด¹²

สภาพแผลฝีเย็บเป็นปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดได้ เพราะการมีแผลฝีเย็บทำให้มารดาหลัง

คลอดเกิดภาวะไม่สุขสบาย และปวดแผลฝีเย็บ บางคนก็อาจวิตกกังวลกลัวช่องคลอดไม่กลับคืนสภาพเดิมเหมือนก่อนตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการบาดเจ็บช่องคลอดขณะคลอด ทารกเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดพบว่า อาการซึมเศร้าหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับแผลฝีเย็บฉีกขาด ลึกระดับ 2 หรือมีแผลฝีเย็บฉีกขาดแบบกระรุ่งกระริ่งอย่างรุนแรง เริ่มพบที่ระยะ 1 เดือนหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .04$) ในระยะ 3 เดือนหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .03$)³⁵ เช่นเดียวกับการศึกษาเกี่ยวกับ การบาดเจ็บของแผลฝีเย็บเพิ่มภาวะการอักเสบส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบว่ามารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บฉีกขาดระดับ 2 ขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .02$) ในระยะ 1, 2, 3 และ 6 เดือนหลังคลอด³⁶

อาชีพเป็นปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมารดาส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง จำนวน 201 คิดเป็นร้อยละ 40.10 แสดงให้เห็นว่ารายได้ของมารดาอาจไม่เพียงพอ และยังเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องเลี้ยงดูทารก สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง เศรษฐฐานะกับภาวะซึมเศร้าพบว่ายังมีรายได้น้อยยิ่งเพิ่มความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าเมื่อหลังคลอด 7 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)³⁷

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลแผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด และหลังคลอด ควรตระหนักถึงความสำคัญในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์เป็นระยะ โดยเฉพาะในรายที่ขาดคนดูแลช่วยเหลือหลังคลอดจะเกิดความเครียดได้ง่าย ในรายที่มีประวัติเคยถูกทำร้ายด้านจิตใจช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด วัยรุ่น ระดับในรายที่มีความปวดหลังคลอดมาก มีแผลฝีเย็บ และอาชีพของผู้คลอด เพื่อติดตามเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขปัญหาเมื่อมารดาหลังคลอดมีอาการซึมเศร้า เพื่อลดอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้มารดา ทารก และครอบครัวมีความผูกพันกันมากขึ้น ทารกได้รับการเลี้ยงดูที่ดี ไม่ถูกทอดทิ้ง

2. สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลควรตระหนักถึงภาวะสุขภาพจิตของมารดา โดยนำองค์ความรู้เรื่องการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของมารดา โดยจัดให้นักศึกษาพยาบาลนำ

ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ
ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนางานวิจัยกึ่งทดลอง
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการลดภาวะซึมเศร้าของหญิง
ตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอด ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสายใยรัก
และความผูกพันในครอบครัว

References

1. Friedman SH, Resnick PJ. Postpartum depression: an update. *Women's Health* 2009;5(3):287-95.
2. Hutti MH. Social and professional support needs of families after perinatal loss. *JOGNN* 2004;(34)5: 630-8
3. Ayers L. Synthesizing timbre tremolos and flutter tonguing on wind instruments, proceedings of the 2004 international computer music conference. Miami, FL 2004; 390-3.
4. World Health Organization. Maternal mental health. [Internet]. 2015. [cited 2016 Sep 15]. Available from: http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/
5. Nivin T. Understanding postpartum depression-the basics. [Internet]. 2015. [cited 2015 March 31]. Available from: <http://www.webmd.com/depression/postpartumdepression/understanding-postpartum-depression-basics>
6. Hoang OT, Deoisres W, Suppaseemanont W. Factors predicting postpartum depression among women in Hai Phong City, Vietnam. *Journal of Boromarajonani Collage of Nursing, Bangkok* 2016;32(1):92-104. (in Thai).
7. Sriarporn P, Suntornlimsiri N, Juntratit K, Deeluea J, Nunchai J, Khiaokham P. Factors retated to postpartum depression among first time mothers and father. *Nursing Journal* 2015;42(3):37-50. (in Thai).
8. Pukdeesamai A, Sriarporn P, Xuto P. Factors predicting postpartum depression among first-time mother. *Nursing Journal* 2017;44(3):19-29. (in Thai).
9. National Institute of Mental Health. Postpartum depression facts. [Internet] 2017. [cited 2018 May 15]. Available from: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/postpartum-depression-facts/postpartum-depression-brochure_146657.pdf
10. Paulson, James F. "Focusing on depression in expectant and new fathers: prenatal and postpartum depression not limited to mothers". *Psychiatry Times*. 2010; 27(2):48 Available from: <https://go.gale.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA218449822&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=08932905&p=AONE&sw=w>
11. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2009;200(4):357-64.
12. Avital O, Schub T. Postpartum Depression. Pravikoff D. (ed.) Quick lesion. Cinahl Information systems, a division of EBSCO Information Services; 2018.

13. Smith N. Chinese Patients: Providing Culturally Competent Care to Prevent and Treat Postpartum Depression. Pravikoff, D.(ed.). Nursing Practice & Skill. Cinahl Information systems, a division of EBSCO Information Services; 2017
14. Cirik DA, Yerebasmaz N, Kotan VO, Salihoglu KN, Akpınar F, Yalvac S, Kandemir O. The impact of prenatal psychologic and obstetric parameters on postpartum depression in late-term pregnancies: a preliminary study. Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology 2016;55(3): 374-8
15. Harkins B. Thailand Migration Report 2019. Thailand: Ainergy Studio Company Limited; 2019.
16. The newborn baby was throw away by mother form condominium. (2017). [cited 2019 May 10]. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=_15IYj6s1VE
17. The newborn baby was throw away by mother form apartment. (2018). [cited 2019 May 10]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=eNkKnwXQO4U>
18. Beck CT. Predictors of postpartum depression. Nursing Research 2001;50(5):275-85.
19. House JS. Work stress and social support, MA: Addison-Wesley; 1981.
20. Department of Mental Health, Thailand. (2016). Questionnaire of depression. [cited 2017 April 10] Available from: <https://www.dmh.go.th/test/download/view.asp?id=22>
21. Henshaw EJ, Fried R, Siskind E, Newhouse L, Cooper M. Breastfeeding self-efficacy, mood, and breastfeeding outcomes among primiparous women. Journal of Human Lactation 2015;31(3):511-8.
22. Schiebel DA, Levy G. Evidence-base care sheet: breastfeeding and postpartum depression. Pravikoff D.(ed.). Nursing Practice & Skill. Cinahl Information Systems, A Division of EBSCO Information Services; 2018
23. Ystrom E. Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study. BMC Pregnancy and Childbirth 2012;12:36. [cited 2017 April 10] Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2393-12-36>
24. Sharma V, Corpse CS. Case study revisiting the association between breastfeeding and postpartum depression. Journal of Human Lactation 2008;24(1):77-9.
25. Zauderer C, Galea E. Breastfeeding and depression: empowering the new mother. British Journal of Midwifery 2010;18(2):88-91.
26. Tang L, Zhu R, Zhang X. Postpartum depression and social support in China: a cultural perspective. Journal of Health Communication: International Perspectives 2016;21(9):1055-61.
27. Wouk K, Stuebe AM, Meltzer-Brody S. Postpartum mental health and breastfeeding practices: an analysis using the 2010-2011 pregnancy risk assessment monitoring system. Maternal and Child Health 2017;21(3):636-47.
28. Tang L, Zhu R, Zhang X. Postpartum depression and social support in China: a cultural perspective. Journal of Health Communication: International Perspectives 2016;21(9):1055-61.

29. Calple C. Woten M. Postpartum Depression: Psychosocial Support. Evidence-Based Care Sheet. Pravikoff, D.(ed.). Nursing Practice & Skill. Cinahl Information Systems, A Division of EBSCO Information Services; 2018.
30. Eisenach JC, Pan PH, Smiley R, Lavand P, Landua R, Houle TT. Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *ELSEVIER* 2008;140(1):87-94.
31. Lowdermilk DL. Postpartum Complications. In: Perry SE, Hockenberry MJ, Lowdermilk DL, Wilson D. Maternal and child nursing care. (8th ed). Maryland Heighte, M: Mosby Elsever 2010; p. 741-50.
32. Chongpanish D, Kaewprom C, Pisaipan P, Pratoom L. Survey of understanding and attitudes amongst relatives regarding postpartum depression. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima* 2014;20(1):44-54. (in Thai).
33. Sunsaksawat N, Hengudomsub P, Vatanasin D, Pratoomsri W. Factors influencing depression among mothers of pregnancy teenage daughters. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2017;33(3):47-58. (in Thai).
34. Pummanee N. Depression after childbirth among teenage mothers at Sirindhorn Hospital Medicine Service Department. [Master' thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013 [cited 2017 April 10] from: <http://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456789/43524/1/5574355930.pdf>
35. Dunn AB, Paul S, Ware LZ, Corwin EJ. Perineal injury during childbirth increases risk of postpartum depressive symptoms and inflammatory markers. *Journal of Midwifery & Amp; Women Healthn* 2015;60(4) [cited 2018 April 10] from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jmwh.1229>
36. Dunn A, Paul S, Corwin E. Perineal injury during childbirth increases inflammatory response and risk of postpartum depression. *ELSIER* 2014; p. 40:2
37. Lewis BA, Billing L, Schuver K, Gjerdingen D, Avery M, Marcus B. The relationship between status and depression symptomatology among women at risk for postpartum depression. *Women Health (Lond)* 2017;13(3):3-9 [cited 2018 April 10] from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28480799>