



ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ชาวไทย

วราพร สุนทร¹ นันทพร แสนศิริพันธ์¹ จันทร์ฉาย สิงห์นนท์²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

Corresponding author: Waraphorn Sunthorn; Email: waraphorn.s@cmu.ac.th

Received: November 3, 2020; Revised: November 21, 2020; Accepted: December 10, 2020

บทคัดย่อ

การตั้งครรภ์เป็นช่วงเวลาของการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งไวต่อการตอบสนองต่อความเครียด และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายเพื่อทดสอบว่าสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ การมีบุตรอย่างน้อย 1 คน ความพึงพอใจในชีวิตสมรส การรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวัน สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ชาวไทย การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของเบค และแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์จากการทบทวนวรรณกรรม ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง ในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 162 คน เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ เครื่องมือที่ใช้มี 4 ชนิด ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตสมรสแคนซัส การรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวัน แบบวัดภาวะซึมเศร้าอีดินเบิร์ก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและวิเคราะห์ถดถอยไบนารีโลจิสติก ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทั้งหมดร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 52.6 โดยปัจจัยที่สามารถอธิบายได้มากที่สุดคือ การรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวัน รองลงมาคือ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา และรายได้ส่วนบุคคล สำหรับปัจจัยรายได้ของครอบครัว ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ การมีบุตรอย่างน้อย 1 คน และ ความพึงพอใจในชีวิตสมรสไม่ใช่ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ชาวไทย

คำสำคัญ ภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ ปัจจัยทำนาย สตรีตั้งครรภ์



Predicting factors of antenatal depression among Thai pregnant women

Waraphorn Sunthorn¹ Nantaporn Sansiriphun¹ Janchai Singnon²

¹Faculty of Nursing, Chiangmai University

²Health promotion center region 1, Chiangmai

Corresponding author: Waraphorn Sunthorn; Email: waraphorn.s@cmu.ac.th

Received: November 3, 2020; Revised: November 21, 2020; Accepted: December 10, 2020

Abstract

Pregnancy is the time of physical and psychological changes which is sensitive to stress, and at risk of developing antenatal depression. This predictive correlational study examined whether socioeconomic status, pregnancy intentions, having at least one child, marital satisfaction and perceived of stress could predict depression among Thai pregnant women. This study was based on Beck's postpartum depression theory and concepts regarding predicting factors have been revealed in literatures. Purposive sampling was used to recruit 162 pregnant women aged above 18 years who attended antenatal care clinics at a hospital in Chiang Mai Province. Data were collected using four self-report instruments which included Personal Information Questionnaire, the Kansas Marital Satisfaction Scale, the Perceive Stress, and the Edinburgh Postnatal Depression Scale. Data were analyzed using descriptive statistics and binary logistic multiple regression. Results revealed that all factors could explain 52.6 % of the total variance in antenatal depression among the samples. The strongest significant factor was perceived stress, followed by socio-economic status included educational levels and personal income. However, family income, pregnancy intentions, having at least one child, and marital satisfaction were not significant predictors of antenatal depression among Thai pregnant women.

Keywords: Antenatal depression, Factor predicting, Pregnant women



บทนำ

การตั้งครรภ์ถือว่าเป็นช่วงเวลาแห่งความสุขและความคาดหวัง สตรีจึงเป็นผู้ที่ต้องเติมเต็มความสุขและความคาดหวังจากสมาชิกในครอบครัว ที่อาจจะนำมาซึ่งความวิตกกังวล และความเครียด นอกจากนี้ การตั้งครรภ์ยังเป็นเวลาที่ร่างกายและจิตใจมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นความผิดปกติด้านสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในระยะตั้งครรภ์ จากการศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าระยะตั้งครรภ์ในสตรีวัยผู้ใหญ่เท่ากับร้อยละ 7-20 (Biaggi, Conroy, Pawlby & Pariante, 2016) สำหรับการศึกษาในประเทศไทย พบความชุกของภาวะซึมเศร้าระยะตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นเท่ากับร้อยละ 20.6 (Kasak, Serisathien, & Bangpichet, 2014) ทั้งนี้ ความชุกของภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์จะเพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุครรภ์มากขึ้น โดยพบในไตรมาสที่หนึ่งร้อยละ 7 และ ไตรมาสที่สองและไตรมาสที่สามร้อยละ 12-13 (Bennett, Einarson, Taddio, Koren, & Einarson 2004) ภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด และด้านร่างกาย การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ใช้เกณฑ์ของ Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders fifth edition (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) โดยมีกลุ่มอาการที่ปรากฏในระยะตั้งครรภ์ คือ อารมณ์ซึมเศร้า หดหู่ หรือ เบื่อหน่าย น้ำหนักลดลง การนอนหลับผิดปกติ จิตใจและการเคลื่อนไหวเชื่องช้า รู้สึกอ่อนเพลียผิดปกติ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าและมีความรู้สึกผิดมากเกินไป ความสามารถในการคิดลดลง และมีความคิดซ้ำ ๆ เกี่ยวกับการปลิดชีวิตตนเอง ภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์อาจจะถูกมองข้าม เนื่องจากอาการที่ปรากฏของภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ คล้ายคลึงกับอาการไม่สุขสบายที่พบบ่อยในระยะตั้งครรภ์ เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และอ่อนเพลีย

เป็นต้น ดังนั้นจึงอาจจะเป็นการยากสำหรับการแยกความแตกต่างระหว่างอาการไม่สุขสบายจากการตั้งครรภ์ กับภาวะซึมเศร้าที่ปรากฏในระยะตั้งครรภ์ (Breedlove & Fryzelka, 2011; Pereira et al, 2011) นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์อาจได้รับการคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์เฉพาะในการฝากครรภ์ครั้งแรก ซึ่งเป็นไตรมาสแรกที่ยังไม่ปรากฏอาการซึมเศร้าที่ชัดเจน แต่ปรากฏภาวะซึมเศร้าในเวลาต่อมา อาจจะทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่ได้รับการรักษาจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารก (Biaggi et al., 2016)

ภาวะซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์ นับเป็นความเสี่ยงที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารก โดยทั่วไปสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้านักจะประเมินเหตุการณ์ต่าง ๆ ในด้านลบจึงส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น พักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ ไม่ยอมรับประทานวิตามินเสริม (Grote et al., 2010) เป็นต้น หรือไม่ใส่ใจภาวะโภชนาการขณะตั้งครรภ์ ไม่สนใจคำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ (Bowen & Muhajarine, 2006) สำหรับผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์อาจจะมีผลต่อการเจริญเติบโตช้าของทารกในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด (Stein et al., 2014) มีความเสี่ยงต่อการดำเนินการคลอดที่ผิดปกติ เช่น การใช้ยาระงับความเจ็บปวดในระหว่างรอคลอด การผ่าตัดนำเอาทารกออกทางหน้าท้อง การใช้เครื่องมือในการช่วยคลอด เป็นต้น (Pereira et al, 2011) และอาจจะยังคงปรากฏอาการของภาวะซึมเศร้าต่อเนื่องไปจนถึงหลังคลอดได้ สำหรับผลกระทบที่มีความรุนแรงต่อมารดาและทารก คือ มีความคิดอยากฆ่าบุตรและฆ่าตัวตายสูง (Graignic-Philippe, Dayan, Chokron, Jacquet, & Tordjman, 2014)

การศึกษาค้นคว้านี้มีแนวคิดพื้นฐานมาจากทฤษฎีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของเบค (Cheryl Tatano Beck) และจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่



เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ โดยทฤษฎี ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของเบค ได้อธิบายถึงปัจจัย ด้านชีววิทยา (biological factor) ที่เกี่ยวข้องกับการ เกิดภาวะซึมเศร้าในสตรีระยะตั้งครรภ์และระยะหลัง คลอด โดยอธิบายถึงลักษณะเฉพาะของสตรีในระยะ ตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า คือ การที่ร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ มีการเปลี่ยนแปลง อันเนื่องมาจากฮอร์โมนในร่างกายและฮอร์โมนจากรก ที่อาจจะส่งผลต่อสภาพอารมณ์ที่ผิดปกติได้ง่าย (Beck, 2006 cited in Maeve, 2014) อย่างไรก็ตามสาเหตุ ของภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ยังไม่สามารถระบุได้ ชัดเจน แต่เชื่อว่าน่าจะเกี่ยวข้องกับความเครียดทั้ง ภายในและภายนอกร่างกายที่กระตุ้นให้มีการหลั่ง ฮอร์โมนคอร์ติโคโทรฟิน รีลีสซิงฮอร์โมน (corticotropin-releasing hormone, CRH) ซึ่งเป็น ฮอร์โมนที่ตอบสนองต่อความเครียด หากสตรีมีการ เผชิญความเครียดต่อเนื่องยาวนาน CRH จะมีการหลั่ง ออกมาจำนวนมาก สำหรับสตรีตั้งครรภ์นั้นมีความ แตกต่างจากสตรีทั่วไป คือ ฮอร์โมน CRH จะมีการหลั่ง ออกมาจากต่อมใต้สมองของสตรีและจากเนื้อรก หาก ฮอร์โมน CRH หลั่งออกมามากก็จะมีผลกระทบให้คอล ดิซอล (cortisol) ให้หลั่งออกมามากด้วยเช่นกัน ซึ่ง คอลดิซอลเป็นสารที่ตอบสนองต่อความเครียด ดังนั้น การที่คอลดิซอลหลั่งออกมามากผิดปกติจะมีผลทำให้ สารสื่อประสาทในสมองลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะ ซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ได้ (Yim et al., 2009) ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาปัจจัยที่ ก่อให้เกิดความเครียดที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะ ซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับ ใช้เป็นแนวทางในการค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ต่อไป

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในสตรีระยะ ตั้งครรภ์ที่สรุปได้จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ สถานะทางสังคมเศรษฐกิจ ประกอบด้วยตัวแปรย่อย คือ ระดับการศึกษา รายได้ส่วนบุคคล และรายได้ของ ครอบครัว นอกจากนี้ยังมีปัจจัยความตั้งใจในการ

ตั้งครรภ์ การมีบุตรอย่างน้อย 1 คน ความพึงพอใจใน ชีวิตสมรส และการรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวัน ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นถือเป็นปัจจัยทำนายภาวะ ซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์

สถานะทางสังคมเศรษฐกิจ (socioeconomic status) หมายถึง อันดับหรือสถานะของบุคคลในสังคม สถานะทางสังคมเศรษฐกิจต่ำ ถือเป็นปัจจัยทำนาย ภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ สถานะทางสังคม เศรษฐกิจ ประกอบด้วย ระดับการศึกษา รายได้ส่วนบุคคลและรายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า เนื่องจากสตรีที่มีระดับ การศึกษาน้อย ส่วนใหญ่มักจะขาดความรู้ในทักษะ ต่าง ๆ รวมถึงทักษะการคิดแก้ปัญหา (Nasreen, Kabir, Forsell, & Edhborg, 2011) ซึ่งหากสตรีเผชิญ กับสถานการณ์ความกดดันต่าง ๆ จนกระทั่งไม่สามารถ ปรับตัวได้ ย่อมเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ในระยะตั้งครรภ์ (WHO, 2012) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยทำนายภาวะ ซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ (Abuidhail & Abujilban, 2014; Coll et al., 2017; Yanikkerem, Ay, Mutlu, & Goker, 2013) สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีรายได้ส่วนบุคคลน้อยและเผชิญกับความไม่เพียงพอทางการเงิน ของครอบครัว ย่อมทำให้ขาดสภาพคล่องในการใช้จ่าย สำหรับการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นรายได้ส่วนบุคคลและรายได้ของครอบครัว จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อ การเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ (Rich-Edwards et al., 2006; Leigh & Milgrom, 2008; Chen et al., 2019)

ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ หมายถึง การรับรู้ ของสตรีเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นจากต้องการ ในช่วงเวลาที่เหมาะสม ส่วนการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ หมายถึง การตั้งครรภ์ที่ไม่ได้เกิดจากความต้องการหรือ เป็นการตั้งครรภ์ที่เกิดจากความผิดพลาด (Sedgh, Singh, & Hussain, 2014) การตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้มีการวางแผนหรือเกิดจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พึง



ประสงค์ ส่วนใหญ่สตรีเองอาจจะยังไม่ยอมรับการตั้งครรภ์และมักจะขาดการดูแลเอาใจใส่สุขภาพของทารกในครรภ์ รวมถึงการมาฝากครรภ์ล่าช้า (Abdollahi, Lye, & Zarghami, 2016) และในบางกรณีการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจอาจจะเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งกับครอบครัว และคู่รักที่อาจจะกล่าวโทษฝ่ายหญิงส่งผลให้สตรีเองอาจสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังนั้นการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ (Surkan et al., 2018)

สตรีตั้งครรภ์ที่มีบุตรอย่างน้อย 1 คนหรือมีบุตรหลายคน มักประสบปัญหาในการเลี้ยงดูบุตร ทั้งกับบุตรคนที่และทารกในครรภ์ โดยทั่วไปสตรีจะเป็นผู้ที่ดูแลบุตร ทำงานบ้าน ดูแลจัดหาอาหารให้กับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งภาระต่าง ๆ ที่มากเกินไปในสตรีตั้งครรภ์ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ย่อมส่งผลกระทบให้เกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ (Abuidhail & Abujilban, 2014; Biaggi et al., 2016)

ความพึงพอใจในชีวิตสมรส (marital satisfaction) หมายถึง ความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในความสัมพันธ์แบบคู่รักที่ผู้หญิงได้รับจากสามีหรือคู่รัก จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความไม่พึงพอใจในชีวิตสมรสเป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ (Chen et al., 2019; Karacam, & Ançel, 2009) สาเหตุของความไม่พึงพอใจในชีวิตสมรสส่วนใหญ่ที่เกิดจากความขัดแย้งภายในครอบครัว การไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามี ทั้งในด้านวัตถุ (เงินทอง สิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน) และด้านอารมณ์ความรู้สึก (ความรัก ความเอาใจใส่) (Ritter, Hobfoll, Lavin, Cameron, & Hulsizer, 2000) หากสตรีตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับความไม่พึงพอใจในชีวิตสมรสยาวนาน ปัจจัยดังกล่าวอาจจะส่งผลทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก

การรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวัน (perceived stress) เป็นภาวะที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือความต้องการที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นอันตราย หรือคุกคามชีวิต และเกินความสามารถที่จะรับมือได้ (Lazarus & Folkman, 1984) สำหรับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดที่บุคคลต้องเผชิญ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ถูกให้ออกจากงานประจำ การขาดรายได้ของสมาชิกในครอบครัว และการหย่าร้าง เป็นต้น หากสตรีตั้งครรภ์เผชิญสถานการณ์ความเครียดดังกล่าวต่อเนื่องยาวนาน และไม่สามารถปรับตัวได้ อาจจะส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวัน เป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Abuidhail & Abujilban, 2014; Brittain et al., 2015; Chen et al., 2019)

การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ชาวไทย พบว่ายังมีค่อนข้างน้อย และยังขาดการกล่าวถึงประเด็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดจนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในสตรีระยะตั้งครรภ์ ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์มีความสำคัญต่อสุขภาพมารดา และการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ โดยเฉพาะการเจริญเติบโตที่ล่าช้าในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด ตลอดจนจนถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าในสตรีระยะหลังคลอด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายของภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ชาวไทย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการคัดกรองเพื่อค้นหาความเสี่ยงและให้ความช่วยเหลือเพื่อป้องกันความรุนแรงที่อาจเกิดกับสตรีในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอดต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของ ระดับการศึกษา รายได้ส่วนบุคคล รายได้ของครอบครัว ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ การมีบุตรอย่างน้อย 1 คน ความพึงพอใจในชีวิตสมรส และการรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวันต่อภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ชาวไทย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research) ของภาวะซึมเศร้าในสตรีระยะตั้งครรภ์ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 20-40 สัปดาห์ ในตั้งแต่เดือนกันยายน ถึง พฤศจิกายน 2563 จำนวน 162 ราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ รวมทั้งสิ้น 162 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เกณฑ์การคัดเลือก คือ สตรีตั้งครรภ์อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้ (1) มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 20-40 สัปดาห์ (2) ไม่มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวช หรือโรคซึมเศร้ามาก่อนระยะตั้งครรภ์ (3) อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ (4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม $G * power$ ในการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการทดสอบการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยกำหนดขนาดอิทธิพลตามเกณฑ์มาตรฐานระดับปานกลาง คือ .15 ค่าอำนาจจำแนกที่ .95 และนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 มีตัวแปรจำนวน 8 ตัวแปร ได้เท่ากับ 160 คน แต่รวบรวมได้จริงในเวลาที่กำหนดเท่ากับ 162 คน

เครื่องมือวิจัย

การศึกษานี้ใช้แบบตอบคำถามด้วยตนเอง เครื่องมือที่ใช้จำนวน 4 ชุด ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความพึงพอใจในชีวิตสมรสของแคนซัส แบบสอบถามการรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวัน และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าฮิดินเบิร์ก มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มีลักษณะแบบสอบถามเลือกตอบเพียงข้อเดียว ประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อายุครรภ์ สถานภาพสมรส อาชีพ (2) สถานะทางเศรษฐกิจสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ตนเองเฉลี่ยรายเดือน และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวรายเดือน (3) ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ โดยให้เลือกตอบว่าการตั้งครรภ์ครั้งนี้เกิดขึ้นจากความตั้งใจในการตั้งครรภ์ หรือไม่ตั้งใจ การแปลผลจากการเลือกตอบ (4) การมีบุตร ถามเกี่ยวกับจำนวนบุตรที่มีชีวิต

2. แบบสอบถามความพึงพอใจในชีวิตสมรสของแคนซัส (The Kansas Marital Satisfaction Scale [KMSS]) (Schumm, Nichols, Schectman, & Grigsby, 1983) ฉบับภาษาไทยแปลโดยนารีรัตน์ บุญเนตรและคณะ (Boonnate et al, 2015) เป็นแบบบันทึกด้วยตนเอง แบบสอบถามมีจำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามความพึงพอใจในชีวิตสมรส ความพึงพอใจในสามี และความพึงพอใจในความสัมพันธ์ภาพของคู่สมรส ลักษณะข้อคำถามเป็นการเลือกคำตอบเพียงข้อเดียว เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับคือ ไม่พึงพอใจมากที่สุด = 1 จนถึง พึงพอใจมากที่สุด = 7 คะแนน คะแนนรวมเท่ากับ 21 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน คือค่าคะแนนสูงสะท้อนถึงความพึงพอใจในชีวิตสมรสมาก และในการศึกษานี้ใช้วิธีหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จากสตรีตั้งครรภ์ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .90



3. แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Questionnaire: PSQ) (Levenstein et al., 1993) ฉบับภาษาไทยแปลโดย วรียา วิชราวัฒน์ (2543) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ แบ่งเป็น ข้อความทางบวก 22 ข้อ และข้อความทางลบ 8 ข้อ จะประเมินการรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวัน ของ สตรีตั้งครรภ์ โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ไม่เคย จนถึงเป็นประจำ การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ ถ้าเลือก ข้อความทางลบเป็นประจำ เท่ากับ 1 จนถึง ไม่เคย เท่ากับ 4 ถ้าเป็นข้อความทางบวก เป็นประจำ เท่ากับ 4 จนถึง ไม่เคยเท่ากับ 1 คะแนนรวม มีค่าระหว่าง 30-120 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน คือค่าคะแนนสูง สะท้อนถึงการรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวัน มาก และในการศึกษาวิจัยครั้งนี้หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธี หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จากสตรีตั้งครรภ์ที่มีลักษณะ เหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .90

4. แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าอีดินเบิร์ก (Edinburgh Postnatal Depression Scale) (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987) ฉบับภาษาไทยแปลโดย จารุรินทร์ ปิตานพวงษ์และคณะ (Pitanupong, Liabsuetrakul, & Vittayanont, 2007) มีจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบบันทึกด้วยตนเองมี 4 ระดับตามความรุนแรงของอาการ คือ 0, 1, 2, และ 3 คะแนน คะแนนรวมเท่ากับ 30 คะแนน ในการศึกษานี้กำหนด เกณฑ์ภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ คือ ตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไป (Nasreen et al., 2011) สำหรับแบบวัด ภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทยได้ระบุค่าความไวและความจำเพาะในแบบวัดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเท่ากับ คือ ร้อยละ 74 และในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จาก

สตรีตั้งครรภ์ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาทางจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (รหัสโครงการ 2563-FULL022) กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจง วัตถุประสงค์ การปกป้องความลับ และการลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการศึกษานี้ หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงที่รุนแรงจากภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ เช่น มีความคิดอยากฆ่าตัวตายจะส่งต่อเพื่อรับการรักษาตามแนวปฏิบัติต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน ถึง พฤศจิกายน พ.ศ.2563 โดยผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพและมีประสบการณ์ในการทำวิจัย และได้รับการเตรียมความพร้อมในขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างจะต้องตอบแบบสอบถาม ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความพึงพอใจในชีวิตสมรส แบบวัดความเครียด และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 20-40 สัปดาห์ ณ แผนกฝากครรภ์ ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 13 วิเคราะห์การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยไบนารีโลจิสติก (binary logistic regression analysis) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทำการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติถดถอยไบนารีโลจิสติก พบว่าตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (Burns & Grove, 2009)



ผลวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 162 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 59.3 มีอายุเฉลี่ย 28.3 ปี (SD = 5.34) สถานภาพส่วนใหญ่ อยู่ร่วมสามีมากที่สุด ร้อยละ 98.8

มีอาชีพเป็นพนักงาน/ลูกจ้างเอกชนร้อยละ 38.2 จบการศึกษาระดับ ปวช/ปวส/ อนุปริญญา/ปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 72.8 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 68.5 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไป (N = 162)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) (ค่าเฉลี่ย = 28.3 SD = 5.34)		
18-19	12	7.4
20-30	96	59.3
31-45	54	33.3
สถานภาพสมรส		
อยู่ร่วมกับสามี (จดทะเบียนสมรส หรือไม่จดทะเบียนสมรส)	160	98.8
แยกทางกับสามี (หม้าย/หย่า)	2	1.2
อาชีพ		
พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน	62	38.2
ลูกจ้างประจำหน่วยงานของรัฐ	9	5.6
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว/รับจ้างทั่วไป มีรายได้ไม่แน่นอน	35	21.6
นักเรียน/นักศึกษา	11	6.8
ว่างงาน/ไม่มีงานทำ	45	27.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา/ประถมศึกษา/ มัธยมศึกษา (1 = risk)	44	27.2
ปวช/ปวส/ อนุปริญญา/ปริญญาตรี (0 = reference)	118	72.8
รายได้ส่วนบุคคลต่อเดือน		
มีรายได้น้อย (น้อยกว่า 5,000 บาท) (1 = risk)	51	31.5
มีรายได้มาก (มากกว่า 5,000 บาท) (0 = reference)	111	68.5
รายได้ครอบครัวต่อเดือน		
มีรายได้น้อย (น้อยกว่า 15,000 บาท) (1 = risk)	10	6.2
มีรายได้มาก (มากกว่า 15,000 บาท) (0 = reference)	152	93.8

จากตารางที่ 2 ลักษณะทางสุติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 28-40 ร้อยละ 85.2 มีความตั้งใจในการตั้งครรภ์ร้อยละ 85.2 มีบุตร

อย่างน้อย 1 คน ร้อยละ 56.8 และพบภาวะซึมเศร้าใน ระยะตั้งครรภ์ร้อยละ 18.5 (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 ลักษณะทางสถิติกรรมและภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ (N = 162)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
ความตั้งใจในการตั้งครรภ์		
ตั้งใจ (0 = reference)	138	85.2
ไม่ตั้งใจ (1 = risk)	24	14.8
อายุครรภ์		
20-27	24	14.8
28-40	138	85.2
จำนวนบุตร		
ไม่เคยมีบุตรมาก่อน (ครรภ์แรก) (0 = reference)	70	43.2
มีบุตรมาแล้วอย่างน้อย 1 คน (1 = risk)	92	56.8
ภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (คะแนน 0-9) (0 = reference)	132	81.5
มีภาวะซึมเศร้า (คะแนน 10-30) (1 = risk)	30	18.5

จากลักษณะข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาของตัวแปร ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ มีคะแนนเฉลี่ยของโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ สำหรับความ

พึงพอใจในชีวิตสมรสและการรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวัน มีคะแนนเฉลี่ยรวมของอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ลักษณะข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาของตัวแปร (N = 162)

ตัวแปร	คะแนนต่ำสุดถึงสูงสุด	ช่วงคะแนน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับคะแนน
ภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์	0-30	0-18	6.20	4.07	ต่ำ
ความพึงพอใจในชีวิตสมรส	3-21	3-21	14.90	4.99	ปานกลาง
การรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวัน	30-120	33-87	80.67	19.61	ปานกลาง

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .621, p < 0.01$) และความพึงพอใจในชีวิตสมรสมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.262, p < 0.01$) ส่วน

สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ส่วนบุคคล รายได้ของครอบครัวอาชีพ ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ การมีบุตรมาก่อนไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ (ตารางที่ 4)



ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์

แปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7	8
1. ระดับการศึกษา	1.00							
2. รายได้ส่วนบุคคล	.081	1.00						
3. รายได้ของครอบครัว	.161*	.299**	1.00					
4. ความตั้งใจในการตั้งครรภ์	-.043	.054	.202*	1.00				
5. ผ่านการมีบุตรมาก่อน	-.087	-.028	.005	.057	1.00			
6. ความพึงพอใจในชีวิตสมรส	-.032	.039	.095	.031	-.299**	1.00		
7. การรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวัน	.159*	.098	.061	-.260**	.103	-.400**	1.00	
8. ภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์	.062	-.099	-.030	-.109	.105	-.262**	.621**	1.00

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวัน ระดับการศึกษา และรายได้ส่วนบุคคลเป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวันสูงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าสูงถึง 1.2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวันน้อย ($OR = 1.237$, $p < 0.01$) สตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ลดลงร้อยละ 74.2

เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาน้อย ($OR = .258$, $p < 0.05$) และสตรีตั้งครรภ์ที่มีรายได้ส่วนบุคคลสูงจะมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ลดลงร้อยละ 79.8 เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีรายได้ส่วนบุคคลน้อย ($OR = .202$, $p < 0.01$) และโมเดลนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในสตรีระยะตั้งครรภ์ชาวไทยได้ ร้อยละ 52.6 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แบบจำลองการถดถอยโลจิสติกแบบไบนารีสำหรับภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ ($N=162$ คน)

ตัวแปรอิสระ	B	S.E.	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
					Lower	Upper
ระดับการศึกษา (EDU)	-1.354	.641	.035*	.258	.074	.907
รายได้ส่วนบุคคล (PINC)	-1.599	.623	.010**	.202	.060	.685
รายได้ครอบครัว (FINC)	.064	1.155	.956	1.066	.111	10.256
ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ (INTEN)	1.214	.870	.163	3.366	.611	18.535
มีบุตรอย่างน้อยหนึ่งคน (HAVECH)	.906	.561	.106	2.475	.825	7.426
ความพึงพอใจในชีวิตสมรส (MARSAT)	-.090	.066	.173	.914	.803	1.040
การรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวัน (STRE)	.212	.043	.000**	1.237	1.137	1.345
Constant	-11.814	3.242	.000	.000		

Cox & Snell $R^2 = .325$, Nagelkerke $R^2 = .526$, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$



อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ชาวไทย พบว่า ระดับการศึกษา รายได้ส่วนบุคคล และการรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวัน เป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ชาวไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ชาวไทยได้ร้อยละ 52.6 ส่วนปัจจัยรายได้ของครอบครัว ความตั้งใจในตั้งครรภ์ ผ่านการมีบุตรอย่างน้อยหนึ่งคน และความพึงพอใจในชีวิตสมรส ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ชาวไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวัน เป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลของการเกิดภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวันสูงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์สูงถึง 1.2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวันน้อย (OR = 1.237, $p < 0.01$) สอดคล้องกับหลาย ๆ การศึกษาที่ผ่านมา (Abujilban, Abuidhail, Al-Modallal, Hamaideh, & Mosemli, 2014; Brittain et al., 2015; Chen et al., 2019) สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวันของสตรี ที่จะบ่งชี้ว่าสตรีมีความเครียดมากหรือน้อยนั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวของสตรี สถานการณ์ความเครียดในช่วงเวลาการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ สถานการณ์เศรษฐกิจตกต่ำจากการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด 19 ที่อาจทำให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวว่างงาน หรือมีรายได้ลดลง จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอาจจะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้ความเครียด ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบกับการตั้งครรภ์เองอาจจะทำให้สตรีมีสภาพอารมณ์ที่อ่อนไหว และร่างกายเองก็มีความไวตอบสนองต่อความเครียด ดังนั้นการรับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวัน จึงเป็นปัจจัยทำนายที่อิทธิพลต่อภาวะ

ซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ (Beck, 2006 cited in Maeve, 2014)

สตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจต่ำ ได้แก่ ระดับการศึกษาน้อย รายได้ส่วนบุคคลน้อย เป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ลดลงร้อยละ 74.2 เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาน้อย (OR = .258, $p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Abuidhail & Abujilban, 2014; Coll et al., 2017; Yanikkerem et al., 2013) และรายได้ส่วนบุคคลน้อยเป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีรายได้ส่วนบุคคลสูงจะมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ลดลงร้อยละ 79.8 เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีรายได้ส่วนบุคคลน้อย (OR = .202, $p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Rich-Edwards et al., 2006; Leigh & Milgrom, 2008; Chen et al., 2019) อาจจะกล่าวได้ว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ภูมิหลังมีฐานะยากจน ส่วนใหญ่จะขาดโอกาสได้รับการศึกษา ทำให้ขาดความรู้และขาดทักษะการคิดแก้ปัญหา (Nasreen et al., 2011) ซึ่งหากเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดในระยะตั้งครรภ์ และไม่สามารถปรับตัวได้ ย่อมเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (WHO, 2012) สำหรับการมีรายได้ส่วนบุคคลน้อยและความไม่เพียงพอทางการเงิน ย่อมทำให้ขาดสภาพคล่องในการใช้จ่ายเงินสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้น รายได้ส่วนบุคคล จึงถือเป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ (Rich-Edwards et al., 2006; Leigh & Milgrom, 2008; Chen et al., 2019) แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษากลับพบว่า รายได้ของครอบครัวไม่ใช่ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในสตรีระยะตั้งครรภ์ เป็นไปได้ว่าการจัดการค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวเป็นความรับผิดชอบและการตัดสินใจของหัวหน้าครอบครัว คือสามี ดังนั้นรายได้ของครอบครัวน้อยจึงไม่ใช่ปัจจัยที่



ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ (Srinivasan et al., 2015) และเป็นไปได้ว่ารายได้ของครอบครัวอาจจะเป็นปัจจัยทางอ้อมต่อภาวะซึมเศร้าในสตรีระยะตั้งครรภ์ โดยผลการศึกษาที่พบว่าปัจจัยรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา และ รายได้ส่วนบุคคล ซึ่งอาจมีผลต่อผลลัพธ์ที่ทำให้รายได้ของครอบครัวไม่ใช่ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในสตรีระยะตั้งครรภ์

สำหรับปัจจัยความตั้งใจในการตั้งครรภ์ การผ่านการมีบุตรอย่างน้อยหนึ่งคน และความพึงพอใจในชีวิตสมรส ไม่ใช่ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่ผ่านการตั้งครรภ์และเคยมีบุตรมาก่อนไม่ใช่ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ (Fisher et al., 2010) อธิบายได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ที่ถือว่าเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะที่สมบูรณ์ มีความพึงพอใจในชีวิตสมรสอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 98.8 อยู่ร่วมกันกับสามี สะท้อนให้เห็นถึงความรัก ความอบอุ่นภายในครอบครัว ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการตั้งครรภ์สูงถึงร้อยละ 85.2 ดังนั้นการมีบุตรมาแล้วอย่างน้อยหนึ่งคนจึงไม่ใช่ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด เพราะว่าการตั้งครรภ์ครั้งนี้เกิดจากความตั้งใจ ซึ่งสตรีตั้งครรภ์มีความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตร

และได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากครอบครัวย่อมส่งผลให้สตรีสามารถปรับตัวได้ ทำให้ปัจจัยความตั้งใจในการตั้งครรภ์ ผ่านการมีบุตรอย่างน้อยหนึ่งคน และความพึงพอใจในชีวิตสมรส ไม่ใช่ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความเครียดในชีวิตประจำวัน และสถานะทางสังคมเศรษฐกิจถือเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ ผลลัพธ์ที่ได้นี้สามารถใช้เป็นความรู้พื้นฐานในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ในการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด และออกแบบกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นทักษะการแก้ปัญหาและการจัดการกับความเครียดในสตรีตั้งครรภ์

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและเจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ผู้ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลและการบริหารจัดการด้านธุรการ

เอกสารอ้างอิง

- วริยา วิชราวัฒน์. (2543). อิทธิพลของวิถีชีวิต บุคลิกภาพก้าวร้าว ความเครียดเรื้อรัง และภาวะติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลไรต่อการเกิดโรคแผลในกระเพาะอาหาร และลำไส้เล็ก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Abdollahi, F., Lye, M. S., & Zarghami, M. (2016). Perspective of postpartum depression theories: A narrative literature review. *North American Journal of Medical Sciences*, 8(6), 232-236.
- Abuidhail, J., & Abujilban, S. (2014). Characteristics of Jordanian depressed pregnant women: A comparison study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(7), 573-579.



- Abujilban, S. K., Abuidhail, J., Al-Modallal, H., Hamaideh, S., & Mosemli, O. (2014). Predictors of antenatal depression among Jordanian pregnant women in their third trimester. *Health Care for Women International*, 35(2), 200-215.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5 (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: Systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 103(4), 698-709.
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191, 62-77.
- Boonnate, N., Tiansawad, S., Chareonsanti, J., & Thungjaroenkul P. (2015). Factors predicting intimate partner violence during pregnancy among Thai pregnant women. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 19(3), 218-231.
- Bowen, A., & Muhajarine, N. (2006). Antenatal depression. *Canadian Nurse*, 102(9), 26-30.
- Breedlove, G., & Fryzelka, D. (2011). Depression screening during pregnancy. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 56(1), 18-25.
- Brittain, K., Myer, L., Koen, N., Koopowitz, S., Donald, K. A., Barnett, W., Stein, D. J. (2015). Risk factors for antenatal depression and associations with infant birth outcomes: results from a South African birth cohort study. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 29(6), 505-514.
- Burns, N., & Grove, S.K. (2009). *The Practice of Nursing research: Appraisal, Synthesis, and generation of evidence*. 6th ed., St. Louis: Saunders Elsevier.
- Chen, J., Cross, W. M., Plummer, V., Lam, L., Sun, M., Qin, C., & Tang, S. (2019). The risk factors of antenatal depression: A cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 28(19-20), 3599-3609.
- Coll, C., da Silveira, M. F., Bassani, D. G., Netsi, E., Wehrmeister, F. C., Barros, F. C., & Stein, A. (2017). Antenatal depressive symptoms among pregnant women: evidence from a Southern Brazilian population-based cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 209, 140-146.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 150, 782-786.
- Fisher, J., Tran, T., La, B. T., Kriitmaa, K., Rosenthal, D., & Tran, T. (2010). Common perinatal mental disorders in northern Viet Nam: community prevalence and health care use. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(10), 737-745.
- Graignic-Philippe, R., Dayan, J., Chokron, S., Jacquet, A. Y., & Tordjman, S. (2014). Effects of prenatal stress on fetal and child development: A critical literature review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 43, 137-162.
- Grote, N. K., Bridge, J. A., Gavin, A. R., Melville, J. L., Iyengar, S., & Katon, W. J. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1012-1024.



- Karaçam, Z., & Ançel, G. (2009). Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery*, 25(4), 344-356.
- Kasak, R., Serisathien, Y., & Bangpichet, A. (2014). Factors predicting depression in adolescent pregnant woman. *Nursing Science Journal of Thailand*, 31(2), 38-48.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leigh, B., & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression, and parenting stress. *Bio-Medical Centre Psychiatry Journal*, 8(24), 1-11.
- Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M. L., Berto, E., Luzi, C., & Andreoli, A. (1993). Development of the perceived stress questionnaire: A new tool for psychomatic research. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(1), 19-32.
- Maeve, M. K. (2014). Postpartum depression theory. In M. R. Alligood (Eds.), *Nursing theory and their work* (pp. 672-687). Philadelphia: Mosby.
- Nasreen, H. E., Kabir, Z. N., Forsell, Y., & Edhborg, M. (2011). Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: A population based study in rural Bangladesh. *BMC Women's Health*, 11(1), 22.
- Pereira, P. K., Lovisi, G.M., Lima, L. A., Legay, L. F., de Cintra Santos, J. F., Santos, S. A., Thiengo, D. L., & Valencia, E. (2011). Depression during pregnancy: review of epidemiological and clinical aspects in developed and developing countries. Retrived October 26, 2020, from <http://www.intechopen.com/books/psychiatric>.
- Pitanupong, J., Liabsuetrakul, T., & Vittayanont, A. (2007). Validation of the Thai Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening postpartum depression. *Psychiatry Research*, 149, 253-259.
- Rich-Edwards, J. W., Kleinman, K., Abrams, A., Harlow, B. L., McLaughlin, T. J., Joffe, H., & Gillman, M.W. (2006). Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(3), 221-227.
- Ritter, C., Hobfoll, S. E., Lavin, J., Cameron, R. P., & Hulsizer, M. R. (2000). Stress, psychosocial resources, & depressive symptomatology during pregnancy in low-income, inner-city women. *Health Psychology*, 19, 576-585.
- Schumm, W. A., Nichols, C. W., Schectman, K. L., & Grigsby, C. C. (1983). Characteristics of responses to the Kansas Marital Satisfaction Scale by a sample of 84 married mothers. *Psychological Reports*, 53, 567-572.
- Sedgh, G., Singh, S., & Hussain, R. (2014). Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Studies in Family Planning*, 45(3), 301-314.
- Srinivasan, N., Murthy, S., Singh, A. K., Upadhyay, V., Mohan, S. K., & Joshi, A. (2015). Assessment of burden of depression during pregnancy among pregnant women residing in rural setting of chennai. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 9(4), LC08-LC12.



- Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., & Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, 384(9956), 1800-1819.
- Surkan, P. J., Strobino, D. M., Mehra, S., Shamim, A. A., Rashid, M., Wu, L. S.F., & Christian, P. (2018). Unintended pregnancy is a risk factor for depressive symptoms among socio-economically disadvantaged women in rural Bangladesh. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 490.
- World Health Organization. (2012). *Depression: A global crisis world mental health day, world federation for mental health*. Retrieved October 10, 2020, from <http://who.int/publications/2012>.
- Yanikkerem, E., Ay, S., Mutlu, S., & Goker, A. (2013). Antenatal depression: prevalence and risk factors in a hospital based Turkish sample. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 63(4), 472-477.
- Yim, I. S., Glynn, L. M., Schetter, C. D., Hobel, C. J., Chicz-DeMet, A. & Sandman, C. A. (2009). Risk of postpartum depressive symptoms with elevated corticotropin-releasing hormone in human pregnancy. *Archives of General Psychiatry*, 66(2), 162-169.