

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรบางประการ
กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาคลอดก่อนกำหนด
ที่บุตรได้รับการรักษาในโรงพยาบาล*
**The relationships of selected factors and postpartum
depression among postpartum mothers
with hospitalized preterm infants**

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 41 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม) 2561

Volume 41 No.1 (January-March) 2018

รัตติกานต์ รักษาภักดิ์ พย.ม** แพทย์วิไล ศรีแสง ปส.ด.*** สุพรรณี อึ้งปัญสัตวพงศ์ ปส.ด.****

Rattikan Raksapakdee MSN* Pakvilai Srisaeng Ph.D.*** Supunnee Ungpansattawong Ph.D.****

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของน้ำหนักทารก ระยะเวลาที่บุตรนอนโรงพยาบาล ความเครียดของมารดา แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาคลอดบุตรก่อนกำหนด จำนวน 62 ราย ที่บุตรได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตและหอผู้ป่วยทารกป่วย ที่ระยะ 4-6 สัปดาห์ หลังคลอด ณ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลมหาสารคาม และโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแยก ส่วน ผลการวิจัยพบว่า ความเครียดของมารดาที่สมรสหรืออยู่ด้วยกันกับสามีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .572, p < .001$) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าพยาบาลควรประเมิน ความเครียดของมารดา รวมทั้งให้การดูแลผู้ที่มีความเครียด เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ความเครียดของมารดา มารดาหลังคลอด คลอดก่อนกำหนด ทารกที่รับ
ไว้รักษาในโรงพยาบาล

Abstract:

The purpose of this study was to assess the relationships between infant birth weight, length of stay in the hospital, maternal stress, social support, and postpartum depression at 4-6 weeks postpartum among 62 postpartum mothers with preterm infants admitted to NICU or sick newborn unit at Khon Kaen Hospital, Mahasarakham Hospital, and Kalasin Hospital. Data were analyzed by Spearman's rank correlations coefficient, Pearson's correlations coefficient and Partial correlations coefficient. The results showed that maternal stress in married- in relationship group was also statistically correlated with postpartum depression ($r = .572, p < .001$). The results indicate that nurses should assess stress and care for maternal stress in order to prevent the risk factors of postpartum depression in preterm mothers.

keywords: postpartum depression, maternal stress, postpartum mothers, preterm birth, hospitalized infants

*Thesis of Master of Nursing Science, Midwifery, Graduate school, Khon Kaen University.

**Student of Master of Nursing Science, Midwifery, Graduate school, Khon Kaen University.

***Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding Author

****Associate Professor, Faculty of Science, Khon Kaen University.

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุให้ทารกแรกเกิดตายปริกำเนิดและมีน้ำหนักตัวน้อยในปี พ.ศ. 2554-2556 พบรายงานอัตราการคลอดก่อนกำหนดทั่วโลกร้อยละ 11.4-11.7¹ สำหรับโรงพยาบาลขอนแก่นในปี พ.ศ. 2555-2557 พบร้อยละ 10.45, 9.72 และ 9.50 ของการคลอดทั้งหมด โรงพยาบาลมหาสารคาม ในปี พ.ศ. 2556-2558 ร้อยละ 5.85, 5.20 และ 4.80 และโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ในปี พ.ศ. 2555-2557 พบร้อยละ 4.42, 5.14 และ 5.10 ตามลำดับ

การคลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทารก ทำให้น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ มีปัญหาเกี่ยวกับความไม่สมบูรณ์ของอวัยวะที่ยังเจริญไม่เต็มที่ เกิดปัญหาเกี่ยวกับระบบต่างๆ ของร่างกายตามมา โดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจ เกิดภาวะหายใจล้มเหลวซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญให้ทารกได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต² ส่งผลต่ออารมณ์และความรู้สึกของมารดาที่ไม่ได้เป็นไปตามที่คาดหวัง เกิดความเครียด ซึ่งการนอนโรงพยาบาลทำให้มารดามีความยากลำบากในการดูแลทารก การทำหน้าที่มารดาบกพร่อง มารดาต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า ส่งผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์และสภาพจิตใจของมารดาเกิดภาวะซึมเศร้า อีกทั้งลักษณะของทารกที่ปรากฏรูปร่างไม่สมส่วน ขนาดตัวเล็ก มารดาถูกพรากจากทารกทันทีหลังคลอด มารดาต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการปรับตัวต่อเหตุการณ์ต่างๆ ยิ่งทำให้ความเครียดเพิ่มขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามมา ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้าทำให้มารดาเชื่อมโยงซึม สูญเสียพลังงาน การปรับบทบาทการเป็นมารดาไม่มีประสิทธิภาพ มีความยากลำบากในการสร้างสัมพันธภาพกับทารก เสี่ยงต่อการทำร้ายบุตร³ บุตรที่เกิดจากมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีปัญหาด้านพฤติกรรม พัฒนาการทางด้านอารมณ์และกระบวนการคิดบกพร่อง⁴ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อคู่สมรส ทำให้สามี

เกิดภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 24-50⁵ ซึ่งภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาตั้งแต่หลังคลอดบุตรจนถึง 1 ปี⁶

การศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศพบว่ามีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนด เช่น อายุ การศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส จำนวนบุตร น้ำหนักทารก ระยะเวลาที่บุตรนอนโรงพยาบาล รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมและความเครียดของมารดา^{7,8} ทั้งนี้ เมื่อมารดาที่คลอดก่อนกำหนดไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว และเพื่อนอย่างเพียงพอ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด⁹ นอกจากนี้ยังมีรายงานว่า การรับรู้ถึงความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ในระดับที่น้อยมีผลต่ออาการซึมเศร้าเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลทารกที่มีปัญหาสุขภาพขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลและเมื่อกลับมาตรวจตามนัด¹⁰ อีกทั้งการคลอดก่อนกำหนดทำให้มารดาเกิดความเครียดในระดับสูง ถ้ามารดาไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามมา¹¹ ขณะเดียวกันก็พบว่า น้ำหนักทารกและระยะเวลาที่บุตรนอนโรงพยาบาลส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จากอวัยวะต่างๆ ของทารกยังทำงานไม่สมบูรณ์เสี่ยงต่อการเสียชีวิต ทารกต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจนกว่าอาการจะปลอดภัย ส่งผลต่ออารมณ์และสภาพจิตใจของมารดาทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา¹²

การศึกษาภาวะซึมเศร้าในมารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนดที่กล่าวมาข้างต้น ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ แต่การศึกษาในประเทศไทยยังมีจำนวนน้อย และเป็นการศึกษาในมารดาที่คลอดปกติ ส่วนการศึกษาในกลุ่มมารดาที่คลอดก่อนกำหนดมีจำกัดอยู่เพียงบางปัจจัย เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ การศึกษา โรคประจำตัวของมารดา¹³ จะเห็นได้ว่าการศึกษาปัจจัยด้านทารกและจิตสังคมยังมีอยู่

น้อย โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่
ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่า น้ำหนักทารก ระยะเวลา
ที่บุตรนอนโรงพยาบาล แรงสนับสนุนทางสังคม
ความเครียดของมารดา มีความสัมพันธ์กับการเกิด
ภาวะซึมเศร้าในมารดาที่คลอดก่อนกำหนดในระย
4-6 สัปดาห์หลังคลอดอย่างไร ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการ
ศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการคัดกรองมารดาที่คลอด
ก่อนกำหนดและให้การพยาบาลเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง
ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเครียดของมารดา แรง
สนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดใน
มารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนัก
ทารก ระยะเวลาที่บุตรนอนโรงพยาบาล แรงสนับสนุน
ทางสังคม ความเครียดของมารดา กับภาวะซึมเศร้า
หลังคลอดในมารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดภาวะซึม
เศร้าหลังคลอดของ Beck¹⁴ และปัจจัยด้านจิตสังคมที่
เกี่ยวข้องโดย Beck กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหา
สุขภาพทางจิตที่มีการเบี่ยงเบนทางความคิด อารมณ์
การรับรู้ และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและ
พฤติกรรม ทำให้มารดามีอารมณ์แปรปรวนมีความคิด
ด้านลบเกี่ยวกับตนเอง รู้สึกไม่ดีต่อทารกและบุคคลที่
ใกล้ชิด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าภาวะ
ซึมเศร้าในมารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนดขึ้นอยู่ก
หลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น รายได้ของ
ครอบครัว ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร
ทารกที่มีน้ำหนักน้อย ระยะเวลาในการนอน
โรงพยาบาลนาน และมารดามีความเครียดในระดับสูง
อาจจะส่งผลให้มารดาเกิดภาวะซึมเศร้าได้ และการ

สนับสนุนทางสังคมของ House¹⁵ เป็นการได้รับการ
ช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ในด้านข้อมูลข่าวสาร
สิ่งของ และการสนับสนุนทางจิตใจ หากมารดาได้รับ
แรงสนับสนุนทางสังคมน้อย อาจเกิดภาวะซึมเศร้า
ในมารดาหลังคลอดที่คลอดก่อนกำหนดได้

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติดังนี้ มารดาหลังคลอด
ที่คลอดทารกก่อนกำหนดอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์
และทารกนอนรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมารดากลับมา
รับบริการตรวจหลังคลอดที่แผนกวางแผนครอบครัว
หรือมารดาที่พาบุตรคลอดก่อนกำหนดกลับมารับการ
ตรวจที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกกุมารเวชกรรม
ในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด ณ โรงพยาบาล
ขอนแก่น โรงพยาบาลมหาสารคาม และโรงพยาบาล
กาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน มกราคม ถึงเดือนพฤษภาคม
2560 โดยมีอายุ 18 ปีขึ้นไป อยู่ด้วยกันกับสามีหรือ
แยกกันอยู่แต่ยังมีปฏิสัมพันธ์หรือพบปะกับสามี
ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเจ็บป่วยหรือได้
รับการรักษาโรคทางสุขภาพจิตมาก่อน ทารกไม่มีความ
พิการแต่กำเนิด สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ และ
ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูป
ประมาณค่ากลุ่มตัวอย่างของ Polit¹⁶ โดยการกำหนด
ค่า effect size ที่ระดับ 0.35 ความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ
.05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.8
ได้กลุ่มตัวอย่าง 62 ราย กำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง
ของแต่ละโรงพยาบาลโดยใช้สูตรคำนวณของ ยูดี้
และคณะ¹⁷ คือจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการคูณด้วย
ประชากรในแต่ละโรงพยาบาลใน 1 ปีหารด้วยประชากร
ทุกโรงพยาบาลใน 1 ปี ได้สัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง
โรงพยาบาลขอนแก่น 40 ราย โรงพยาบาลมหาสารคาม

11 ราย และ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 11 ราย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (HE592355) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลขอนแก่น (KE60055) โรงพยาบาลมหาสารคาม (MSKH_REC60-02-003) และ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (HEB-01Nur-6001-026) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอม และสามารถบอกยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล และไม่มีผลต่อการดูแลรักษาในกรณีที่มีการคลอดหรือตายได้มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนนขึ้นไป ถือว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ผู้วิจัยแจ้งคะแนนให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขออนุญาตส่งต่อเพื่อขอรับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญตามระบบของโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดา

ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับความเครียดของมารดา Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU) มีจำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ สภาพแวดล้อมในหออภิบาลทารกแรกเกิด 4 ข้อ ลักษณะและพฤติกรรมของบุตรที่ปรากฏ 9 ข้อ การปรับบทบาทการเป็นมารดา 6 ข้อ และลักษณะและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ คือ 0-5 คะแนน แบ่งคะแนนความเครียดเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย¹⁶ ดังนี้คะแนนเฉลี่ย 0.00 -1.66 คะแนน หมายถึงมีความเครียดในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.67-3.33

คะแนน หมายถึงมีความเครียดในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.34-5.00 คะแนน หมายถึงมีความเครียดในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ดัดแปลงจากแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมของสุกัญญา กริทธิยานนท์และคณะ¹⁹ แบบฉบับเดิมมีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ผู้วิจัยเพิ่มข้อคำถามให้สอดคล้องกับมารดาหลังคลอดที่คลอดทารกก่อนกำหนด รวมมีข้อคำถาม 32 ข้อ โดยข้อคำถามประกอบด้วย การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามี บุคคลในครอบครัว เพื่อน/เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1-5 คะแนน แบ่งคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ พิจารณาแบบอิงเกณฑ์อันตรายภาคชั้น ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 คะแนน หมายถึงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 คะแนน หมายถึงได้รับแรงสนับสนุนในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 คะแนน หมายถึงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย กมลรัตน์ วัชรภรณ์ และคณะ²⁰ มีข้อคำถาม 10 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 30 คะแนน ใช้จุดตัดที่ 11 คะแนน ซึ่งหมายความว่าคะแนนที่เท่ากับหรือมากกว่า 11 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบว่า มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.95 ส่วนแบบประเมินความเครียดของมารดา และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงแบบประเมินจึงไม่ได้หาค่าความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือ หลังจากนั้นได้นำแบบประเมิน

ความเครียดของมารดา แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดไปทดลองใช้ในกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย พบว่า มีค่าความเชื่อมั่น โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.95, 0.86 และ 0.86 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการเก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลมหาสารคาม และโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลมหาสารคามด้วยตนเอง ส่วนโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต 1 คน เป็นผู้ช่วยนักวิจัย โดยชี้แจงรายละเอียดและให้ทดลองตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินความเข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้สังเกตการณ์การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจริง ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ผู้ช่วยนักวิจัยเก็บ หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายแบบสอบถาม ในส่วนที่ผู้ช่วยนักวิจัยไม่เข้าใจหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย รวมทั้งมีการติดตามการเก็บข้อมูลเป็นระยะโดยผู้วิจัยจะมีการโทรศัพท์ติดตามความก้าวหน้าในการเก็บข้อมูลทุก 2 สัปดาห์ และเมื่อเกิดปัญหาในระหว่างการเก็บข้อมูลสามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หลังจากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายใต้การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอม และตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยจัดสถานที่ในการตอบแบบสอบถามที่มีความเป็นส่วนตัว ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนพฤษภาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล การตั้งครรภ์และการคลอด ระดับความเครียดของมารดา แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามระดับการวัดของตัวแปรและการแจกแจงของข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแยกส่วน

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 40.32 อายุเฉลี่ย 28.73 ปี จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 32.26 ครอบครัวมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 62.90 สมรสและอาศัยอยู่ด้วยกันกับสามี ร้อยละ 77.42 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40.32 เป็นมารดาครรภ์แรก ร้อยละ 38.71 อายุครรภ์อยู่ในช่วง 32-36 สัปดาห์ ร้อยละ 79 ส่วนใหญ่ได้รับผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ร้อยละ 51.61 ทารกมีน้ำหนักแรกคลอดอยู่ในช่วง 1,500-2,499 กรัม ร้อยละ 64.52 คะแนน APGAR ที่ 1 และ 5 นาที 8-10 คะแนน ร้อยละ 58.06 และ 85.48 ทารกแรกเกิดร้อยละ 46.77 มีภาวะหายใจลำบาก (Respiratory distress syndrome) และทารกใช้เวลาในการนอนโรงพยาบาลมากกว่า 28 วัน ร้อยละ 33.87

ส่วนที่ 2 คะแนนความเครียดของมารดา แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความเครียดในระดับสูงร้อยละ 59.68 คะแนนความเครียดในระดับปานกลางร้อยละ 40.32 และไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความเครียดระดับต่ำ ได้รับแรงสนับสนุนทาง

สังคมระดับสูง ร้อยละ 59.68 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางร้อยละ 40.32 และไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในช่วง 11-19 คะแนน มีจำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.39 และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน มีจำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.61

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักทารก ระยะเวลาที่บุตรนอนโรงพยาบาล ความเครียดของมารดา แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาคลอดก่อนกำหนดที่บุตรได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน พบว่า ระยะเวลาที่บุตรนอนโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ด้านบวกกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .280$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่บุตรนอนโรงพยาบาลกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดด้วยการใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ($n=32$)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด r_s (p-value)
ระยะเวลาที่บุตรนอนโรงพยาบาล	.280(.014)

* P-value < .05

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า ความเครียดของมารดา มีความสัมพันธ์ด้านบวกกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .587$) ส่วนน้ำหนักทารกและแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักทารก แรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียดของมารดา กับ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ($n=32$)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. น้ำหนักทารก	1			
2. แรงสนับสนุนทางสังคม	-0.15(.119)	1		
3. ความเครียดของมารดา	0.040(.379)	-0.123(.173)	1	
4. ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	-0.118(.180)	-0.072(.289)	.587* (.000)	1

* P-value < .001

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักทารก ความเครียดของมารดา แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยควบคุมตัวแปร ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร สถานภาพ

สมรส เนื่องจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแยกส่วนตัวแปรควบคุมต้องมีลักษณะเป็นข้อมูลต่อเนื่อง ซึ่งพบว่า สถานภาพสมรสไม่ใช่ข้อมูลต่อเนื่อง (discrete data) ดังนั้นผู้วิจัยจึงควบคุมตัวแปร

สถานภาพสมรส โดยการแบ่งตัวแปรสถานภาพสมรสออกเป็น 2 กลุ่ม คือสมรสอยู่กับสามี และสมรสแยกกันอยู่กับสามี พบว่าในมารดาในกลุ่มที่สมรสแยกกันอยู่กับสามี ตัวแปรน้ำหนักทารก ความเครียดของมารดา และแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และมารดาในกลุ่มที่สมรสอยู่ด้วยกัน

กับสามี พบว่าน้ำหนักทารก แรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แต่ความเครียดของมารดาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .572$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักทารก ความเครียดของมารดา แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เมื่อควบคุมตัวแปร ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร ($n=32$)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	
	อยู่กับสามี	แยกกันอยู่กับสามี
น้ำหนักทารก	-.197(.194)	-.004(.991)
แรงสนับสนุนทางสังคม	-.002(.986)	-.167(.632)
ความเครียดของมารดา	.572(0.00)*	.597(.056)

* P-value < .001

อภิปรายผล

1. ภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดที่คลอดทารกก่อนกำหนด

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 48.39 สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะสามารถพบได้ในระยะ 4 – 6 สัปดาห์หลังคลอด^{7,10} ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมารดาครรภ์แรก ไม่เคยมีประสบการณ์ในการเป็นมารดา ขาดทักษะและความมั่นใจในการดูแลบุตรที่คลอดก่อนกำหนด มารดาต้องเผชิญกับสถานการณ์และประสบการณ์ที่ไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า และทารกเกือบครึ่งมีภาวะหายใจลำบากร้อยละ 46.77 ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในทารกแรกเกิด²¹ ทารกต้องได้รับการดูแลด้วยเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ ในการดูแลเป็นพิเศษทำให้ทารกต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นส่งผลต่อสภาพจิตใจของมารดา ประกอบกับครอบครัวต้องมียาจ่ายที่เพิ่มสูงขึ้นจากการดูแลทารกตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้านเป็นระยะเวลานาน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ส่งผลให้มารดาต้องเผชิญกับสถานการณ์หรือปัญหาในหลายด้านทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามมา

2. ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่บุตรนอนโรงพยาบาล กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนด

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าระยะเวลาที่บุตรนอนโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าทารกที่คลอดก่อนกำหนดด้วยวัยและการทำงานของหลายระบบไม่สมบูรณ์พอ ส่งผลทำให้เกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรง และคุกคามต่อชีวิตทารก เช่น ภาวะขาดออกซิเจน ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ภาวะติดเชื้อ อาการเจ็บป่วยของทารกที่เกิดขึ้นเหล่านี้ทำให้ทารกต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานจนกว่าอาการจะทุเลาจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของมารดาเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา^{22,23} ในการศึกษาครั้งนี้มารดาส่วนใหญ่เป็นมารดาครรภ์แรก ร้อยละ 38.71 สมรสและอาศัยอยู่

ร่วมกันกับสามีร้อยละ 77.42 ในระยะหลังคลอด มารดาจะมีความตึงเครียดในบทบาทการเป็นมารดา เนื่องจากต้องรับผิดชอบในหน้าที่หลายประการ เช่น การดูแลงานบ้าน การทำหน้าที่ภรรยาในการดูแลสามี การทำหน้าที่มารดาในการดูแลและเอาใจใส่ทารกที่คลอดก่อนกำหนด ทำให้มีเวลาในการดูแลตนเองลดลง โดยมารดาจะใช้เวลาเกือบทั้งหมดในการดูแลทารก นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมารดาที่บุตรได้รับการนอนโรงพยาบาลมากกว่า 28 วัน ร้อยละ 33.87 และประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 40.32 มีรายได้ไม่แน่นอน มารดาต้องเดินทางมาเยี่ยมหรือดูแลทารกที่โรงพยาบาลทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายและต้องเตรียมใจเกี่ยวกับอาการของทารกที่เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ส่งผลต่ออารมณ์และสภาพจิตใจของมารดาทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

3. ความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักทารก แรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียดของมารดา กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนด

เมื่อควบคุมตัวแปรระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร พบว่า

3.1 น้ำหนักของทารกไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แตกต่างจากหลายการศึกษาที่พบว่าน้ำหนักแรกคลอดของทารกมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด^{12,23} สำหรับการศึกษานี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ที่ 32-36 สัปดาห์ ทารกกลุ่มนี้จะมีลักษณะใกล้เคียงกับทารกที่ครบกำหนด มีโอกาสรอดชีวิตสูง²⁴ ทำให้ความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพทารกของมารดาลดลง และน้ำหนักทารกอยู่ในช่วง 1,500-2,499 กรัม น้ำหนักเฉลี่ย 1751.94 กรัม ซึ่งเป็นน้ำหนักที่ใกล้เคียงกับเกณฑ์ประเมินทารกก่อนกลับบ้าน ตามแนวทางในการดูแลรักษาและการส่งต่อทารกแรกเกิดในเขตบริการสุขภาพที่ 7 คือน้ำหนัก 1,800 กรัม ซึ่งทารกจะสามารถควบคุมอุณหภูมิร่างกายได้ดีขณะนอน Crib ในอุณหภูมิ

ห้อง ดูนมได้เอง จึงสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้²⁵ นอกจากนี้มารดายังได้รับการฝึกทักษะในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้มารดามีความมั่นใจในการดูแลทารกมากขึ้น คลายความรู้สึกกังวล ความตึงเครียดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของทารกลดลง ลดโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

3.2 แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แตกต่างจากหลายการศึกษาที่พบว่ามารดาหลังคลอดที่คลอดทารกก่อนกำหนดเมื่อได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด^{9,10} ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงจากทุก ๆ ฝ่าย โดยเฉพาะจากบุคคลในครอบครัว (พ่อ แม่ พี่น้อง ญาติ) จากสมาชิกบุคลากรทางการแพทย์ และเพื่อน/เพื่อนร่วมงาน ซึ่งจะส่งผลต่อความมั่นใจในความสามารถของมารดาที่จะแสดงบทบาทและความรับผิดชอบหน้าที่ต่าง ๆ ได้ดี ทั้งนี้การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงอาจจะทำให้มารดารู้สึกเหมือนตนเองถูกบังคับไม่เป็นอิสระเกี่ยวกับการตัดสินใจในการดูแลตนเองและบุตรที่เจ็บป่วย จากการได้รับการสอนหรือการช่วยเหลือมากเกินไป อาจส่งผลต่อสภาพอารมณ์และจิตใจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นลินี ลิทธิบุญมา²⁶ พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มากเกินไปอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้จากความกดดันจากบุคคลในครอบครัว อีกทั้งยังรบกวนการพักผ่อนของมารดา ทำให้เกิดความเครียดและอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามมา ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจึงไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

3.3 ความเครียดของมารดาที่สมรสอยู่ด้วยกันกับสามีมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนน

ความเครียดในระดับสูง ซึ่งการคลอดก่อนกำหนดเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามจิตใจและเกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด การณ์ไว้วางหน้าทำให้เกิดความเครียดจากลักษณะและพฤติกรรมของบุตรที่ปรากฏ การปรับบทบาทการเป็นมารดา สภาพแวดล้อมในแผนกทารกแรกเกิดวิฤตรวมถึงลักษณะและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่²⁷ นอกจากนี้ยังพบว่ามารดาส่วนใหญ่สมรสและอาศัยอยู่กับสามี ซึ่งมารดาที่มีคู่สมรสนอกจากจะมีความเครียดเกี่ยวกับบุตรที่เจ็บป่วยแล้วยังคงมีความเครียดเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตคู่และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มารดาส่วนใหญ่จะให้ความสนใจและใช้เวลาเกือบทั้งหมดในการดูแลทารกที่เจ็บป่วย ส่งผลทำให้ไม่สามารถอยู่ร่วมกับคู่สมรสได้ตามลำพัง ความสนใจในชีวิตสมรสน้อยลงเกิดความเครียดขึ้น อีกทั้งการคลอดก่อนกำหนดทำให้มารดาและทารกต้องแยกจากกัน มารดาไม่สามารถดูแลทารกได้ตามปกติ มีความยากลำบากในการเป็นมารดา เกิดความรู้สึกกังวลไม่แน่ใจเกี่ยวกับสุขภาพของทารก กลายเป็นภาวะซีมเศร้าหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Alkozei²⁸ ที่พบว่ามารดาคลอดก่อนกำหนดที่อยู่ด้วยกับสามีจะมีความเครียดในระดับที่สูงมากกว่ามารดาที่ไม่ได้อยู่ด้วยกับสามี ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลต่อการเกิดภาวะซีมเศร้าตามมา

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1) การตรวจติดตามมารดาหลังคลอดที่คลอดทารกก่อนกำหนดนอกจากการติดตามตรวจทางด้านกายภาพแล้ว ควรมีการประเมินทางด้านจิตใจร่วมด้วย เพื่อที่จะได้วางแผนดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมก่อนที่จะนำไปสู่ภาวะซีมเศร้าหลังคลอดที่รุนแรงต่อไป หรือหากพบความผิดปกติควรมีแนวทางให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาเพิ่มเติม

2) พยาบาลควรที่จะประเมินความเครียดของมารดา ให้การดูแลช่วยเหลือลดความเครียด และ

สนับสนุนเกี่ยวกับสถานที่ที่เป็นส่วนตัวเมื่อมารดาเยี่ยมบุตร ตลอดจนการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลบุตรเพื่อที่จะให้มารดาสามารถปรับตัวเพื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

ด้านการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) การศึกษานี้ เป็นการศึกษาภาวะซีมเศร้าในมารดาหลังคลอดที่คลอดทารกก่อนกำหนดที่ระยะ 4-6 สัปดาห์ ซึ่งไม่เพียงพอที่จะประเมินภาวะซีมเศร้าหลังคลอดในระยะยาว จึงควรมีการศึกษาระยะยาวหลังจาก 4-6 สัปดาห์ขึ้นไป เพื่อที่จะทราบแนวโน้มของการเกิดภาวะซีมเศร้าหลังคลอดที่ชัดเจนมากขึ้น

2) เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางในการดูแลมารดาหลังคลอดที่คลอดบุตรก่อนกำหนด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซีมเศร้าหลังคลอดในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

References

1. Center for Disease Control. National Prematurity Awareness Month. 2016- [cited 2016 February 5]. Available from <http://www.cdc.gov/features/prematurebirth/>
2. Meemoo S, Tangvoraphonkchai J. The effects of educative and supportive program on maternal care behavior with low birth weight preterm infants in the intermediate care unit at Srirangarind hospital. Journal of Nursing Science & Health 2017; 40(4): 21-30.

3. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behavior and Development* 2010; 33(1): 1-6.
4. McManus BM, Poehlmann J. Parent-child interaction, maternal depressive symptoms and preterm infant cognitive function. *Infant Behavior and Development* 2012; 35(3): 489-98.
5. Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs* 2004; 45(1): 26-35.
6. Thurgood S., Avery, DM, & Williamson L. Postpartum depression (PPD). *Am. J Clin Med* 2009; 6(2), 17-22.
7. Vigod SN, Villegas L, Dennis CL, Ross LE. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and lowbirthweight infants: a systematic review. *BJOG: Int J Obstet Gynaecol* 2010; 117(5): 540-50.
8. Tahirkheli NN, Cherry AS, Tackett AP, McCaffree MA, Gillasp SR. Postpartum depression on the neonatal intensive care unit: current perspectives. *Int J. Women Health* 2014; 24(6): 975-87.
9. Ballantyne M, Benzies KM, Trute B. Depressive symptoms among immigrant and Canadian born mothers of preterm infants at neonatal intensive care discharge: a cross sectional study. *BMC : pregnancy and childbirth* 2013; 13(1): S11.
10. Davis L, Edwards H, Mohay H, Wollin J. The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Human Development* 2003; 73 (2003): 61-70.
11. Gulamani, Salima S., et al. A review of postpartum depression, preterm birth, and culture. *J Perinat Neonat Nurs* 2013; 27(1): 52-9.
12. Barroso N, Hartley CM, Bagner DM, Pettit JW. The effect of preterm birth on infant negative affect and maternal postpartum depressive symptoms: A preliminary examination in an underrepresented minority sample. *Infant behavior & development* 2015; 39: 159-65.
13. Pichaiyuth P. The study of postpartum maternal depression of preterm infant at Queen sirikit national institute of child health. *Queen sirikit national institute of child health*; 2008. (in Thai)
14. Beck AT. Depression: clinical experimental/ and theoretical aspects. New York: Hoeber Medical Devision; 1967.
15. House JS. Work stress and social support. MA: Addison-Wesley; 1981.
16. Polit DF. Nursing research: Principle and method. (6th ed.). Philadelphia: Lippincott; 2010.
17. Ruecha Y et.al. Proportionate Stratified random sampling 2000; 6(4):8-10. (in Thai)
18. Ruecha Y, Lertmaleewong M, Laohachinda Y, Leesuwana W, Putwatana P, Thanooruk R. Nursing Research. Bangkok: Ramathibodi School of Nursing Mahidol University ; 2000. (in Thai)
19. Kreetiyutanont S, Srisaeng P, Ungpansattawong S. The relationships between selected factors and maternal grief after termination of pregnancy due to fetal anomalies. *Journal of Nursing Science and Health* 2014; 37(3): 1-11. (in Thai)

20. Vacharaporn K, Pitanupong J, Samangsri N. Development of the Edinburgh Postnatal Depression Scale thai version. *Journal of Mental Health of Thailand* 2003; 11(4):164-9. (in Thai)
21. Thaithumyanon P. Infant respiratory distress syndrome: Wongsiridej P, Sumeksri P, Padungkeatwattana W, Srisantiruj N, editor. Perinatal society. Bangkok: Union creation; 2013. pp. 151 -60. (in Thai)
22. Herguner S, Annagur A, Altunhan H, Ors R. Postpartum depression in mothers of infants with very low birth weight. *Arch Neuropsychiatr/ Noropsikiatri Arsivi* 2011; 50(1): 30-3.
23. Magistris AN, Coni E, puddu M, ZonZa M, Fanos. Screening of postpartum depression: comparison between mothers in the neonatal intensive care unit and in the neonatal section. *Informa healthcare* 2010; 23(S3): 100-3.
24. World Health Organization. Preterm birth. 2015 - [cited 2016 April 14]. Available from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>.
25. Chandrakachorn W, Klangka P, Cheerapun N. (editor). Guideline nursing care and referral newborns in the public health area 7. Khon kaen: Khon Kaen Printing; 2516. (in Thai)
26. Sitthiboonma N. Stress, social support and postpartum depression among primiparous mothers. [Master Thesis in advanced midwifery]. Chiang Mai: Faculty of Nursing, Chiang Mai University; 2015. (in Thai)
27. Sawattrakool N. Effect of perceived self-efficacy promotion program on maternal stress and role attainment among mothers of hospitalized preterm infants. [Master Thesis in advanced midwifery]. Khon kaen: Faculty of Nursing, Khon kaen University; 2011. (in Thai)
28. Alkozei A, McMahon E, Lahav. A. Stress levels and depressive symptoms in NICU mothers in the postpartum period. *J. Matern Fetal Neonat Med* 2014; 9: 1-17.