



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในมารดาคลอดก่อนกำหนด

Factors Related to Postpartum Depression among Mothers of Preterm Infants

วิไลลักษณ์* ผ่องพันธ์* สุพิช ศิริอรุณรัตน์** วรรณนา ศุภสีมาณฑ์***

Wilailak Phuakphan,* Supit Siriarunrat,** Wantana Suppaseemanont***

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Burapha University, Chon Buri Province

,* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี

,* Faculty of Nursing, Burapha University, Chon Buri Province

** Corresponding Author: pits1962@yahoo.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักทารกแรกเกิด ความผาสุกของมารดา การรับรู้ความผาสุกของทารก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนจากพยาบาล กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่คลอดก่อนกำหนดที่ทารกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 7 และมาเยี่ยมบุตรในระยะเวลา 2 สัปดาห์หลังทารกแรกเกิด เข้ารับการรักษาตัว จำนวน 110 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบสเปียร์แมน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ร้อยละ 50.90 ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($r = -.385, p < .001$) ความผาสุกของมารดา ($r = -.353, p < .001$) การรับรู้ความผาสุกของทารก ($r = -.344, p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกคลอดของทารก และการสนับสนุนจากพยาบาล จากผลวิจัยชี้ให้เห็นว่า พยาบาลควรส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดที่ทารกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความผาสุกในตนเอง และการรับรู้ความผาสุกของทารกในระดับที่สูงขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

คำสำคัญ : มารดาหลังคลอดก่อนกำหนด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

Received: March 31, 2020; Revised: June 19, 2020; Accepted: June 24, 2020



Abstract

The aim of study was to examine the relationship between infant birth weight, maternal well-being, perceived infant well-being, self-esteem, nurse support and postnatal depression among mothers of preterm infants. Participants were 110 mothers of preterm infants hospitalized in Tertiary Care Hospital in the 7th Area Health, who visited their infants two weeks after their infants' hospitalization. Descriptive statistics, Pearson's correlations coefficient and Spearman's rank correlations coefficient were employed for data analysis.

The results revealed that postpartum depression was found in 50.90 %. There were moderate negatively association between postpartum depression and self-esteem ($r = -.385$, $p < .001$), maternal well-being ($r = -.353$, $p < .001$), and perceived infant well-being ($r = -.344$, $p < .001$). However, nurse support and infant birth weight were not statistically correlated with postpartum depression. Study findings suggest that nurses should potentially prevent postpartum depression among mothers of hospitalized preterm infants by promoting maternal self-esteem, maternal well-being, and perceived infant well-being.

Keywords : mothers of preterm infants, postpartum depression, related factors

ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ และมีอุบัติการณ์ที่พบได้ประมาณร้อยละ 5 - 18 ใน 184 ประเทศทั่วโลก¹ ส่วนประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของทารกคลอดก่อนกำหนด ในปี พ.ศ. 2556 - 2558 ร้อยละ 8.40, 8.10 และ 8.30 ของการคลอดทั้งหมด² สำหรับสถิติการคลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 (จังหวัดร้อยเอ็ด มหาสารคาม ขอนแก่น และกาฬสินธุ์) ในปี พ.ศ. 2558 - 2560 ร้อยละ 5.53, 4.68 และ 5.96 ของการคลอดทั้งหมด³

การคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุที่ทำให้อัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายของทารกสูงขึ้น การที่ทารกต้องเข้ารับการรักษาไม่ผลกระทบทำให้ครอบครัวเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลทารก⁴ ทารกที่มีปัญหาสุขภาพและต้องถูกแยกจากมาตรการด้านที่ภายในภายหลังคลอด

ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมาตรการด้านจิตสังคม มาตรการไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพหรือให้แนบบุตรในระยะแรกเกิด เป็นการขัดขวางการทำหน้าที่บทบาทมาตรการ มาตรการจึงรู้สึกไม่สบายใจ ไม่มีความสุขเกิดความกอดดันในใจ ทำให้มาตรการมีภาวะเครียดสูง มาตรการที่คลอดก่อนกำหนดมีระดับความเครียดสูงเป็น 4.8 เท่าของมาตรการที่คลอดปกติ ความเครียดระดับสูงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้⁵ โดยพบว่า มาตรการคลอดก่อนกำหนด มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 35.30 ส่วนมาตรการที่คลอดปกติพบได้ร้อยละ 15.30⁶ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมาตรการที่คลอดก่อนกำหนด จึงเป็นปัญหาสำคัญที่จำเป็นต้องได้รับการป้องกัน การทราบถึงปัจจัยที่เป็นเหตุส่งเสริมหรือปัจจัยที่ช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าในมาตรการที่คลอดก่อนกำหนด มีความสำคัญต่อพยาบาลผดุงครรภ์ที่จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาภาวะซึมเศร้าในมาตรการคลอดก่อนกำหนดได้



ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด หมายถึง ความแปรปรวนทางอารมณ์ ความคิด การรับรู้ต่างๆ ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะหลังคลอด ส่งผลต่อความรู้สึกเศร้าโศก เสียใจ มองตนเองในแง่ลบ ทำให้ตนเอง มีพฤติกรรมนอนไม่หลับ เปื่อยอาหาร มีความคิดอยากตาย สามารถจำแนกจากภาวะเศร้าหลังคลอด (Postpartum blue) ได้โดยภาวะเศร้าหลังคลอดจะเกิดในช่วง 3 - 10 วันหลังคลอด และอยู่ไม่เกิน 14 วันหลังคลอด⁷ ส่วนภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะมีอาการไม่มีความสุข อารมณ์เศร้า อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีความวิตกกังวล รู้สึกผิด รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า รู้สึกโดดเดี่ยว หัวดกลัว คิดหมกมุน เก็บตัว ขาดความสนใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เหนื่อยล้า ความคิดสับสน มีความคิดทางลบกับบุตร และมีความคิดอยากร้าวบุตร จะเริ่มมีอาการและคงอยู่นานมากกว่า 2 สัปดาห์ และมักพบมากที่สุดในช่วง 4 - 6 สัปดาห์หลังคลอด⁸ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สามารถประเมินได้ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยทั่วไปนิยมใช้แบบประเมิน Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) เพราะเป็นเครื่องมือที่ใช้อย่างแพร่หลายที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าได้ในทุกระยะหลังคลอด^{9,10}

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในประเทศไทย มีการศึกษากันบ้างในกลุ่มมารดาหลังคลอดปกติ มารดาหลังคลอดวัยรุ่น และมารดาหลังคลอดครรภ์แรก แต่มีการศึกษาน้อยมากในกลุ่มมารดาหลังคลอดก่อนกำหนด การบททวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด ได้จากการศึกษาในต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ สามารถแบ่งปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่คลอดก่อนกำหนด เป็น 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านทารก ปัจจัยด้านมารดา และปัจจัยด้านสังคม⁶

ปัจจัยด้านทารกที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ได้แก่ น้ำหนักทารกแรกเกิด และอายุครรภ์ อย่างไรก็ตามการศึกษาพบว่า น้ำหนักของทารกแรกเกิดมีผลโดยตรงต่อความเจ็บป่วยของทารกแรกเกิดมากกว่าอายุครรภ์ ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักแรกเกิดยิ่งน้อยมากเท่าไร ยิ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มากยิ่งขึ้นเท่านั้น¹¹

ปัจจัยด้านมารดาเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่คลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะปัจจัยทางด้านจิตสังคมของมารดา มารดาหลังคลอดมีการรับรู้ความผิดสุขของตนเองในระดับต่ำ หรือมีความพร้อมทางด้านจิตอารมณ์และความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดต่ำ จะมีความทุกใจ กังวลใจ และความเครียด ทำให้มารดาไม่โอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ ($OR = 3.240$; 95% CI 2.131 - 4.920)¹² มารดาที่มีการรับรู้ความผิดสุขของทารกในระดับต่ำ กลัวหรือกังวลว่าทารกจะได้รับการรักษาไม่ดีพอ กลัวว่าทารกจะไม่หาย หรือกลัวว่าทารกอาจไม่มีชีวิตรอด จะเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ ($OR = 2.264$; 95% CI 1.505 - 3.450)¹³ ในทางตรงกันข้ามมารดาที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ยอมรับตนเอง เคารพตนเอง พึงพอใจและเห็นค่าในตนเอง ส่งผลให้มารดา มีความเชื่อมั่น เกิดแรงจูงใจที่จะเผชิญกับปัญหา ในกรณีของการคลอดก่อนกำหนดที่ثارกต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลก็เช่นกัน มารดาหลังคลอดที่มีคุณค่าในตนเองในระดับสูงจะมีความวิตกกังวล ความเครียดต่ำ และลดโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ปัจจัยด้านสังคมที่สำคัญ คือ การสนับสนุนทางสังคม การที่มารดาหลังคลอดได้รับการสนับสนุนและการช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลรักษา



ทารกคลอดก่อนกำหนดจากบุคลากรทางการแพทย์ จะช่วยลดการเกิดภาวะชีมเคร้าหลังคลอด¹³ นอกจากปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ดังกล่าวข้างต้น แล้ว ปัจจัยด้านประชากร และด้านเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับภาวะชีมเคร้าหลังคลอด เช่น อายุระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว เป็นต้น^{14,15} จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะชีมเคร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนดอย่างไรก็ตามปัจจัยส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอด ก่อนกำหนดซึ่งเป็นลักษณะส่วนบุคคลเป็นปัจจัยที่พยาบาลไม่สามารถให้การช่วยเหลือหรือแก้ไขได้

ด้วยเหตุผลปัญหาการคลอดก่อนกำหนดที่ไม่มีแนวโน้มลดลง และองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะชีมเคร้าหลังคลอดของมารดาคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทยยังมีจำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะชีมเคร้าหลังคลอดของมารดาคลอดก่อนกำหนด โดยคัดสรรสิ่งจัยสำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม คือ ปัจจัยด้านทารก ได้แก่ น้ำหนักทารกแรกเกิด ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ ความผิดปกติของมารดา การรับรู้ความผิดปกติของทารก และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่วนปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนจากพยาบาล โดยศึกษาในมารดาหลังคลอดที่ทารกคลอดก่อนกำหนดและรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปพัฒนาแนวทางการพยาบาลมารดาหลังคลอดทารกก่อนกำหนด และการป้องกันหรือลดการเกิดภาวะชีมเคร้าต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะชีมเคร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด

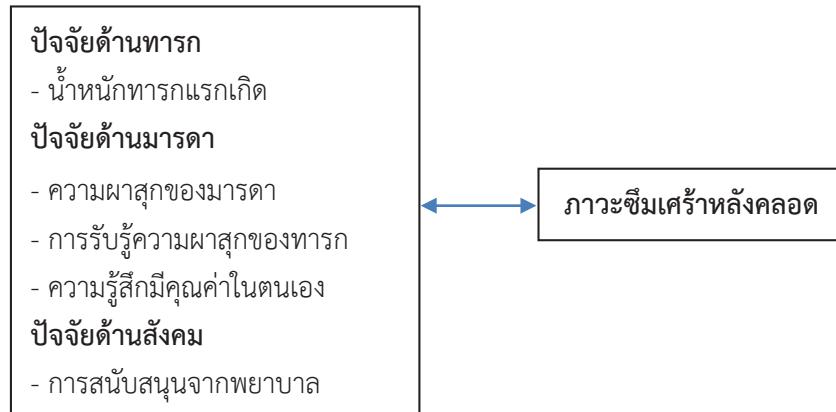
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของน้ำหนักทารกแรกเกิด ความผิดปกติของมารดา การรับรู้ความผิดปกติของทารก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนจากพยาบาล กับภาวะชีมเคร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด

สมมติฐานการวิจัย

น้ำหนักทารกแรกเกิด ความผิดปกติของมารดา การรับรู้ความผิดปกติของทารก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนจากพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะชีมเคร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด

กรอบแนวคิดการวิจัย

ภาวะชีมเคร้าหลังคลอดเกิดจากสาเหตุใดยังไม่ทราบชัดเจน ดังนั้นเพื่อป้องกันและลดภาวะชีมเคร้าหลังคลอด จึงต้องทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะชีมเคร้าหลังคลอด ซึ่งใน การทบทวนวรรณกรรม พบว่า น้ำหนักทารกแรกเกิด ทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยอาจทำให้มารดาเกิดภาวะชีมเคร้าหลังคลอดได้¹¹ ส่วนความผิดปกติของมารดา การรับรู้ความผิดปกติของทารก¹² และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหากมารดาไม่ระดับต่ำอาจส่งผลให้เกิดภาวะชีมเคร้าตามมา และการสนับสนุนจากพยาบาลด้านข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ และการรักษาทารก หากได้รับการสนับสนุนในระดับต่ำ¹³ อาจทำให้มารดาหลังคลอดก่อนกำหนดเกิดภาวะชีมเคร้าหลังคลอดได้ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ márada หลังคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์ < 37 สัปดาห์) ที่ทารกเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยหรือหอบผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 7

กลุ่มตัวอย่าง คือ márada หลังคลอดก่อนกำหนดที่ทางรับการรักษาในหอผู้ป่วยทางแรกเกิดป่วยหรือหอผู้ป่วยทางรักแรกเกิดวิกฤตณ โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 7 และมายืนยันบุตรในระยะเวลา 2 สัปดาห์หลังทางรักแรกเกิดเข้ารับการรักษาตัว มีเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) มารดาไม่มีประวัติความผิดปกติทางด้านจิตเวชในระยะตั้งครรภ์โดยการซักถาม 3) ทางรักไม่มีความผิดปกติหรือพิการแต่กำเนิด 4) ทางรักได้รับการรักษาในโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ 5) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณ กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ ขนาดของกลุ่ม

ตัวอย่างคำนวณจากการใช้สูตรของ Thorndike¹⁶
คือ $n = 10k + 50$

n = จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง

k = จำนวนตัวแปรที่ศึกษา

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

เท่ากับ จำนวน 110 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ 7 โดยพิจารณาจากจำนวนทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดป่วย 3 โรงพยาบาล เป็นโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล ตามสัดส่วนของจำนวนมาตรการคลอดก่อนกำหนดทั้งหมดในปี พ.ศ. 2561 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล เป็น 53 ราย 42 ราย และ 15 ราย จากนั้นคัดเลือกมาตรการคลอดก่อนกำหนดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างจนครบจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ของมารดาหลังคลอดก่อนกำหนด



ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการคลอด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า
หลังคลอด ประเมินจาก Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) สร้างโดย Cox และคณะ นำม่าแปลเป็นภาษาไทยโดย กมลรัตน์ วัชราภรณ์, จากรินทร์ ปิตานุพงศ์ และ นิศาณต์ สำอางศรี⁹ มี คำถามจำนวน 10 ข้อ การให้คะแนนตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 30 คะแนน ใช้จุดตัดที่ 11 คะแนน ซึ่งหมายความว่า คะแนนที่เท่ากับหรือมากกว่า 11 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความผาสุก
ของมารดา เป็นการวัดความพร้อมทางด้านอารมณ์ และความสามารถของมารดาในการดูแลทารก คลอดก่อนกำหนด สร้างขึ้นจากการทบทวน วรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ เป็น 1 - 4 คะแนน ให้คะแนนจากไม่เห็นด้วยถึงเห็นด้วยมากที่สุด เป็น 1 - 4 คะแนน ข้อคำถามทางลบให้คะแนน ในทางตรงกันข้าม คะแนน 10 - 19 คะแนน หมายถึง ความผาสุกของมารดาระดับต่ำ คะแนน 20 - 29 คะแนน หมายถึง ความผาสุกของมารดา ระดับปานกลาง คะแนน 30 - 40 คะแนน หมายถึง ความผาสุกของมารดาระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้ความ
ผาสุกของทารก เป็นการวัดการตระหนักรู้ของ
มารดาต่อภาวะสุขภาพและการดูแลรักษาทารก
สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ
ให้คะแนนจากไม่เห็นด้วยถึงเห็นด้วยมากที่สุด เป็น
1 - 4 คะแนน ข้อคำถามทางลบให้คะแนนในทาง
ตรงกันข้าม คะแนน 10 - 19 คะแนน หมายถึง
การรับรู้ความผาสุกของทารกระดับต่ำ คะแนน
20 - 29 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความผาสุก
ของทารกระดับปานกลาง คะแนน 30 - 40 คะแนน
หมายถึง การรับรู้ความผาสุกของทารกระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุน
จากพยาบาล เป็นการวัดการได้รับการสนับสนุน
ช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพและ
การดูแลทารก ด้านการพัทกษ์สิทธิ์ และด้านอารมณ์
จากพยาบาลผดุงครรภ์ สร้างขึ้นจากการทบทวน
วรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ ให้คะแนนจากไม่เห็น
ด้วยถึงเห็นด้วยมากที่สุด เป็น 1 - 4 คะแนน คะแนน
10 - 19 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนจาก
พยาบาลระดับต่ำ คะแนน 20 - 29 คะแนน
หมายถึง ได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลระดับ
ปานกลาง คะแนน 30 - 40 หมายถึง ได้รับ¹⁰
การสนับสนุนจากพยาบาลระดับสูง

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความรู้สึกมี
คุณค่าในตนเอง ประเมินจาก (The self-esteem
scale) ของ Rosenberg แปลเป็นภาษาไทยโดย
สุพรรณี สุ่มเล็ก และดัดแปลงโดย จิราวรรณ
นิรmit กษา¹⁷ จำนวน 10 ข้อ ให้คะแนนจากไม่เห็น
ด้วยถึงเห็นด้วยมากที่สุด เป็น 1 - 4 คะแนน ข้อ
คำถามทางลบให้คะแนนในทางตรงกันข้าม
คะแนน 10 - 19 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกมี
คุณค่าในตนเองระดับต่ำ คะแนน 20 - 29 คะแนน
หมายถึง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับ
ปานกลาง คะแนน 30 - 40 คะแนน หมายถึง มีความ
รู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินความผาสุกของมารดา
แบบประเมินการรับรู้ความผาสุกของทารก และ
แบบประเมินการสนับสนุนจากพยาบาล ได้รับการ
ตรวจความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญด้าน¹¹
การพยาบาลมารดาทารก 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้าน¹²
การพยาบาลเด็ก 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการ
พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน รวม 5 ท่าน มีค่าดัชนี
ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI)
เท่ากับ 0.85, 0.83 และ 0.87 ตามลำดับ และ
ตรวจหาความเที่ยงของเครื่องมือ จำนวน 5 ชุด



ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แบบประเมินความผาสุกของมารดา แบบประเมินการรับรู้ความผาสุกของทารก แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบประเมินการสนับสนุนจากพยาบาล มีค่าสัมประสิทธิ์แอลfaของ cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.83, 0.84, 0.80, 0.82 และ 0.85 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และได้รับการอนุมัติดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบมารดาคลอดก่อนกำหนดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ที่ให้ผู้ป่วยหลังคลอดจากนั้นขอความร่วมมือเข้าร่วมโครงการวิจัยตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง หลังจากมารดาตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยนัดหมายให้มาเยี่ยมบุตรในระยะเวลา 2 สัปดาห์หลังคลอด และให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะกรรมการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส 01 - 09 - 2561 รับรองวันที่ 4 ตุลาคม 2561 ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลขอนแก่น รหัส โครงการวิจัย KEF62004 วันที่เริ่มอนุมัติ 26 เมษายน 2562 ถึง 25 เมษายน 2563 ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลร้อยเอ็ด รหัส RE019/2562 รับรองวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2562 ถึง 25 กุมภาพันธ์ 2563 และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคาม รหัส MSKH_REC 61-02-051 รับรองวันที่ 28 มกราคม 2562 ถึง 27 มกราคม 2563 ผู้วิจัยซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์

ของการศึกษา ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบตามเอกสารซึ่งแจ้งการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง การตอบแบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อ หากรู้สึกไม่สบายใจสามารถถอนตัวจาก การศึกษาได้ตลอดเวลา ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และไม่มีผลต่อการรักษาใดๆ ที่มารดาหรือทารกจะได้รับ ในกรณีที่มารดาหลังคลอดมีค่า EPDS มากกว่าหรือเท่ากับ 11 ค่าแนวที่นิยมโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ผู้วิจัยจะแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบและขออนุญาตส่งปรึกษาแพทย์เพื่อการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์ และการคลอด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด ความผาสุกของมารดา การรับรู้ความผาสุกของทารก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนจากพยาบาล วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. ความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักทารกแรกเกิด ความผาสุกของมารดา การรับรู้ความผาสุกของทารก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์ ทดสอบสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากพยาบาลกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 27.80 ปี (SD = 5.961) ส่วนใหญ่ อายุ 20 - 34 ปี ร้อยละ 89.10 ทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ โดยอาศัยอยู่กับสามี ร้อยละ 96.36 จากการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอน



ปลาย ร้อยละ 48.18 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา ตอนต้น ร้อยละ 24.54 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 35.45 รองลงมา คือ รับจ้างรายวัน ร้อยละ 16.36 รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 20,449.59 บาทต่อเดือน ($SD = 9,625.422$) มีรายได้ 10,000 - 19,999 บาทต่อเดือน ร้อยละ 40.91 รองลงมา คือ 20,000 - 29,999 บาทต่อเดือน ร้อยละ 29.09 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 53.64 ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 65.45 สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี ร้อยละ 90.90 ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการคลอดและการดูแลลูก คือ ตนเองและสามี ร้อยละ 79.09 เมื่อมีปัญหาเรื่องการเงินได้รับความช่วยเหลือจากคนภายนอกครอบครัว ร้อยละ 75.45 โดยได้รับความช่วยเหลือจากบิดามารดาตนเอง ร้อยละ 79.52

1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของมารดาและทารกที่คลอดก่อนกำหนด

กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่คลอดครั้งแรก ร้อยละ 53.64 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 95.45 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของภาวะซึ่มเศร้า ($n = 110$)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึ่มเศร้า (0 - 10 คะแนน)	54	49.10
มีภาวะซึ่มเศร้า (11 - 19 คะแนน)	56	50.90
Min = 0, Max = 19, M = 9.89, SD = 4.26		

2.1 ข้อมูลเชิงพรรณนาของตัวแปรที่ศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติพรรณนา พบว่า น้ำหนักทารกแรกเกิดเฉลี่ย 1,562.41 กรัม ($SD = 372.95$) ค่าเฉลี่ยตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ การสนับสนุนจากพยาบาล การรับรู้ความผิดของทารก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความผิดของมารดาอยู่ในระดับสูง ($M = 36.37$, $SD = 3.45$; $M = 33.55$, $SD = 4.36$; $M = 33.20$, $SD = 4.07$; $M = 31.95$, $SD = 4.93$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

80.00 คลอดทางช่องคลอด ร้อยละ 63.64 อายุครรภ์ของทารกตาม Ballard's score เฉลี่ย 31 สัปดาห์ 6 วัน ($SD = 2.705$) อายุครรภ์ > 32 สัปดาห์ ร้อยละ 59.19 ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักเฉลี่ย 1,562.41 กรัม ($SD = 372.95$) มีน้ำหนักอยู่ในช่วง 1,500 - 2,500 กรัม ร้อยละ 60.91 คะแนน APGAR นาทีที่ 1 อยู่ในภาวะขาดออกซิเจนเล็กน้อย (5 - 7 คะแนน) ร้อยละ 49.09 รองลงมา คือ อยู่ในภาวะปกติ (8 - 10 คะแนน) ร้อยละ 45.45 APGAR นาทีที่ 5 อยู่ในภาวะปกติ (8 - 10 คะแนน) ร้อยละ 75.45 และ APGAR นาทีที่ 10 ส่วนใหญ่อยู่ในภาวะปกติ (8 - 10 คะแนน) ร้อยละ 88.18

2. ภาวะซึ่มเศร้าหลังคลอด

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึ่มเศร้าอยู่ที่ 9.89 คะแนน ($SD = 4.26$) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 19 คะแนน โดยกลุ่มที่มีภาวะซึ่มเศร้าหลังคลอด มีจำนวน 56 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.90 และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึ่มเศร้าหลังคลอด มีจำนวน 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 49.10 ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 2 ข้อมูลเชิงพรรณนาของตัวแปรที่ศึกษา ($n = 110$)

ตัวแปร	Mean	SD	Range	Min	Max
น้ำหนักทารกแรกเกิด	1562.41	372.95	-	770	2,380
ความผาสุกของมารดา	31.95	4.93	10 - 40	16	40
การรับรู้ความผาสุกของทารก	33.55	4.36	10 - 40	22	40
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	33.20	4.07	10 - 40	21	40
การสนับสนุนจากพยาบาล	36.37	3.45	10 - 40	28	40

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีการแจกแจงปกติ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson' s correlations coefficient) ได้แก่ น้ำหนักทารกแรกเกิด ความผาสุกของมารดา การรับรู้ความผาสุกของทารก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ส่วนข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติ ได้แก่ การสนับสนุนจากพยาบาล ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยใช้สถิตินอนพารามեต릭 (Non parametric) คือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlations coefficient) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($r = -.385$, $p < .001$) ความผาสุกของมารดา มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($r = -.353$, $p < .001$) และการรับรู้ความผาสุกของทารก มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($r = -.344$, $p < .001$) แต่น้ำหนักทารกแรกเกิดไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($r = -.055$, $p = .568$) และการสนับสนุนจากพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($r = -.046$, $p = .635$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่างตัวแปรที่ศึกษา กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	p-value
น้ำหนักทารกแรกเกิด	-.055	.568
ความผาสุกของมารดา	-.353**	< .001
การรับรู้ความผาสุกของทารก	-.344**	< .001
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	-.385**	< .001
การสนับสนุนจากพยาบาล ⁵	-.046	.635

** $p < .01$

5 = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlations coefficient)



===== การอภิปรายผลการวิจัย =====

ผลการวิจัย พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพากสุกของมารดา การรับรู้ความพากสุกของทารกมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า หลังคลอด ส่วนน้ำหนักทารกแรกเกิดและการสนับสนุนจากพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ภวิป্রายผล ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดา คลอดก่อนกำหนด

ผลได้ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด (ร้อยละ 50.90) ซึ่งค่อนข้างสูง ทั้งนี้เนื่องจากการคลอดก่อนกำหนดทำให้ทารกไม่สมบูรณ์ แข็งแรง ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ทำให้มารดาเกิดความเครียด ความวิตกกังวลกับภาวะสุขภาพที่ไม่แน่นอนของทารก¹⁶ กล่าวว่าจะสูญเสียทารก ทำให้มารดาเกิดภาวะซึมเศร้าและศร้าโศกได้ นอกจากนี้การที่มารดาต้องแยกจากทารก ทำให้มารดารู้สึกสูญเสียบทบาทการเป็นมารดา¹⁷ ทำให้เกิดความรู้เห็นคุณค่าในตนเองต่ำลง เป็นเหตุให้มารดาเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ อีกทั้งการที่ทารกต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาต่อเนื่องทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น มีปัญหาทางเศรษฐกิจตามมา และการขาดการสนับสนุนในเรื่องค่าใช้จ่าย ก็เป็นเหตุเสริมให้มารดาหลังคลอดเกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยมารดาหลังคลอดก่อนกำหนดที่บุตรได้รับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะ 4 - 6 สัปดาห์หลังคลอด พบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงร้อยละ 48.39 จากการที่มารดาต้องมาเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า อีกทั้งทารกยังต้องได้รับการดูแลด้วยเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ เป็นพิเศษ ส่งผลทำให้ครอบครัวต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นมารดาเกิดความเครียดและทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา¹⁰

2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($r = -.385, p < .001$) ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลหลังคลอดที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูงจะมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดต่ำ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นการยอมรับตนเอง เคราะห์ดูแล พึงพอใจ และเห็นค่าในตนเอง ส่งผลให้มารดา มีความเชื่อมั่น เกิดแรงจูงใจที่จะเผชิญกับปัญหา เหตุการณ์การคลอดก่อนกำหนดที่ทารกมีร่างกายไม่สมบูรณ์และต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล มารดาหลังคลอดที่มีคุณค่าในตนเองในระดับสูงจะมีความวิตกกังวล ความเครียดต่ำ และลดโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ สัมพันธ์กับผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.54, p < .05$)¹⁸

3. ความพากสุกของมารดา

ความพากสุกของมารดา มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($r = -.353, p = .002$) ทั้งนี้เนื่องจากมารดาที่มีความพากสุกของมารดาในระดับสูงจะมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดต่ำ มารดาที่มีความพร้อมทางด้านอารมณ์ คือ ไม่มีความทุกข์ใจ วิตกกังวล หรือความเครียด มีความสามารถที่จะเผชิญและปรับตัวได้ดีกับเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด คือ การที่ทารกต้องเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล¹² จะมีภาวะซึมเศร้าได้ต่ำ ประกอบกับการที่มารดาปรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลสุขภาพได้สูง ทำให้มารดาเกิดความมั่นใจและมีความพร้อมที่จะดูแลทารกได้ด้วยตนเอง¹⁹ ทำให้มารดาไม่เครียด ลดการเกิดภาวะซึมเศร้าได้จากผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มารดาหลังคลอด



ก่อนกำหนดมีความผิดปกติในทางลบกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.65$, $p < .05$) และจากการศึกษาในมาตราที่คลอดทารกก่อนกำหนด ซึ่งทารกหลังคลอดได้เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต (Newborn Intensive Care Unit : NICU) มากกว่า 5 วัน พบว่า ความผิดปกติในมาตราเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยมาตราที่มีความผิดปกติในระดับต่ำจะมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มากกว่ามาตราที่มีความผิดปกติในระดับสูง 3 เท่า ($OR = 3.238$; 95% CI 2.131 - 4.920)¹²

4. การรับรู้ความผิดปกติของทารก

การรับรู้ความผิดปกติของทารกมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($r = -.344$, $p = .002$) ทั้งนี้เนื่องจากการที่ทารกแรกเกิดต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ทารกไม่สมบูรณ์ไม่แข็งแรง เกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรง และคุกคามต่อชีวิตทารก มาตราหลังคลอดจะรับรู้ว่าบุตรจะเกิดอันตราย ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นทุกข์ กังวลใจ รู้สึกกลัวว่าจะสูญเสียทารกอันเป็นที่รัก จึงเกิดความตึงเครียด⁶ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามมาได้ การรับรู้ความผิดปกติของทารกเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยมาตราที่มีการรับรู้ความผิดปกติของทารกในระดับต่ำจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้เป็น 2 เท่า ของมาตราที่มีการรับรู้ความผิดปกติของทารกในระดับสูง ($OR = 2.264$; 95% CI 1.505 - 3.450)¹²

5. น้ำหนักทารกแรกเกิด

น้ำหนักทารกแรกเกิดไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($r = -.055$, $p = .568$) ทั้งนี้เนื่องจากทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่คลอดจากมาตราค่าลุ่มที่ศึกษาในครั้งนี้มีน้ำหนักเฉลี่ยค่อนข้างสูง คือ 1,562.41 กรัม เป็นทารกที่มีโอกาสสอดชีวิตสูง เนื่องจากมีน้ำหนักใกล้เคียงกับ

น้ำหนักทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่แพทญ์สามารถอนุญาตให้กลับบ้านได้ เพราะทารกพัฒนาวิวัฒนาการอย่างดี ร่างกายแข็งแรงขึ้น ได้รับการรักษาอย่างลง¹⁰ ดังนั้นน้ำหนักทารกแรกเกิดในการศึกษาครั้งนี้จึงไม่ใช่ปัจจัยหลักที่จะทำให้เกิดความเครียดหรือวิตกกังวล แต่ก่อตัวจากการศึกษาที่ทำการศึกษาในทารกที่คลอดก่อนกำหนดที่ทารกมีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 1,500 กรัม พบว่า กลุ่มมาตราที่คลอดบุตรน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (คะแนน EPSD) สูงกว่ากลุ่มมาตราที่คลอดคลอดบุตรน้ำหนักตัวมากกว่า 1,500 กรัม ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทารกแรกเกิดที่ศึกษามีน้ำหนักน้อยจึงต้องใช้เวลาอยู่โรงพยาบาลนานเพื่อการรักษา และเพิ่มน้ำหนักให้เท่ากับทารกที่คลอดครบกำหนด¹¹ มาตราที่คลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยจึงถูกแยกจากทารกทันทีหลังคลอด ทำให้ไม่สามารถแสดงงบทบาทการเป็นมาตรา เกิดความรู้สึกผิดเครื่อง เสียใจ กังวล ที่ทารกไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ ล้มเหลวในการทำงานหน้าที่ของมาตรา ส่งผลต่อการเกิดความเครียด และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามมาได้^{20,21}

6. การสนับสนุนจากพยาบาล

การสนับสนุนจากพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($r = -.046$, $p = .635$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลเท่านั้น และเป็นการสนับสนุนเฉพาะด้านข้อมูลข่าวสาร การพิทักษ์สิทธิ์ และสนับสนุนด้านอารมณ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลในระดับสูง ($M = 36.37$, $SD = 3.45$) ทำให้การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แต่ในบางการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมาตราที่คลอดก่อน



กำหนด อาจเนื่องจากการศึกษาเหล่านี้เป็นการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุมการสนับสนุนจากสามี บุคคลในครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ และเป็นการสนับสนุนทุกด้านทั้งด้านข่าวสาร ข้อมูล ด้านอารมณ์ และด้านทรัพยากร ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุมและเพียงพอจะช่วยให้บุคคลปรับตัวกับสถานการณ์ที่ต้องเผชิญได้^{6,11,22,23} เช่นเดียวกัน กับมารดาหลังคลอดก่อนกำหนดที่หากแรกเกิดต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลต้องการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์^{13,24} โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านทรัพยากรเป็นการสนับสนุนที่สำคัญมาก เนื่องจากทรัพยากรแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนั้นต้องใช้เวลาการรักษานานและมีค่าใช้จ่ายสูง⁴ หากมารดาคาดคลอดก่อนกำหนดมีปัญหาในเรื่องการเงินจะทำให้เกิดภาวะเครียดและความวิตกกังวล จนกลายเป็นภาวะซึมเศร้าได้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ ทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาลและด้านการท่วิจัย ดังต่อไปนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนดที่หากต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เนื่องจากมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เพื่อหาแนวทางในการดูแลและป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

1.2 ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แก่การคาดคลอดก่อนกำหนดที่หากต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้มารดา มีความเชื่อมั่น เกิดแรงจูงใจ ในการเผชิญกับปัญหาและเหตุการณ์ การคลอดก่อนกำหนดที่หากไม่แข็งแรง ซึ่งจะ

ช่วยป้องกันไม่ให้มารดาเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

1.3 ส่งเสริมหรือเตรียมมารดาให้มีความพร้อมทั้งทางด้านอารมณ์และความสามารถในการดูแลทรัพยากรแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด โดยการให้กำลังใจมารดาและให้ความรู้และทักษะในการดูแลทรัพยากรเกิดก่อนกำหนดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

1.4 ควรมีการคัดกรองการรับรู้หรือความรู้สึกของมารดาที่มีต่อภาวะสุขภาพและการดูแลรักษาทรัพยากร หากพบว่า มารดา มีความวิตก กังวลกับภาวะสุขภาพของทรัพยากร กลัวว่าทรัพยากรจะเป็นอันตราย ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือเพื่อไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

2. ด้านการท่วิจัย

2.1 ควรทำการศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ทรัพยากรเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นระยะเวลานานกว่า 2 สัปดาห์ เนื่องจากในระยะเวลา 2 สัปดาห์ หลังคลอดเป็นช่วงเวลาที่อาจจะจำแนกไม่ได้ชัดเจนว่า เป็นอารมณ์เศร้าหลังคลอดหรือภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และควรมีการศึกษาในกลุ่มที่หากมีน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม เพราะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

2.2 การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ควรศึกษาให้ครอบคลุมทั้งการสนับสนุนจากครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และสนับสนุนให้ครบถ้วนด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านจิต อารมณ์ สังคม และด้านทรัพยากร และการแบ่งเบาภาระของคนในครอบครัว

2.3 ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาคลอดก่อนกำหนด



เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [WHO]. Preterm birth. [Internet]. [cited 2018 March 8]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>.
2. Bureau of Policy and Strategy. Public health statistics 2015. Bangkok: Samcharoen Panich (Bangkok); 2010. p. 38. (in Thai).
3. Ministry of Public Health. The percentage of newborns weighing less than 2,500 grams. [Internet]. [cited 2018 March 8]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports.php?source=formatted/format_1.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=ce4fc9cd41b6cb2f79b2440a6f4cc. (in Thai).
4. Chawanpaiboon S. Preterm labour. Bangkok: P.A. Living; 2010. (in Thai).
5. Gambina I, Soldera G, Benevento B, Trivellato P, Visentin S, Cavallin F, et al. Postpartum psychosocial distress and late preterm delivery. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2011;29(5):472-9.
6. Gulamani SS, Premji SS, Kanji Z, Azam SI. Preterm birth a risk factor for postpartum depression in Pakistani women. *Open Journal of Depression* 2013;2(4):72-81.
7. Prechon K. Postpartum depression: prevention and care. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2013;9(2):24-35. (in Thai).
8. Graves BW, Johnson R. Varney's midwifery. 5th ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2015.
9. Vacharaporn K, Pitanupong J, Sam-angsri N. Development of The Edinburgh Postnatal Depression Scale Thai version. *Journal of Mental Health of Thailand* 2003;11(3):164-9. (in Thai).
10. Raksapakdee R, Srisaeng P, Ungpansattawong S. The relationships of selected factors and postpartum depression among postpartum mothers with hospitalized preterm infants. *Journal of Nursing Science & Health* 2018;41(1):1-11. (in Thai).
11. Herguner S, Annagur A, Altunhan H, Ors R. Postpartum depression in mothers of infants with very low birth weight. *Archives of Neuropsychiatry* 2013;50(1):30-3.
12. Hawes K, McGowan E, O'Donnell M, Tucker R, Vohr B. Social emotional factors increase risk of postpartum depression in mothers of preterm infants. *The Journal of Pediatrics* 2016;179(1):61-7.
13. Negron R, Martin A, Almog M, Balbierz A, Howell EA. Social support during the postpartum period: mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Maternal Child Health Journal* 2012;17(1):616-23.



14. Alkozei A, McMahon E, Lahav A. Stress levels and depressive symptoms in NICU mothers in the early postpartum period. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 2014;27(17):1-17.
15. Ihongbe TO, Masho SW. Do successive preterm birth increase the risk of postpartum depressive symptoms. *Journal of Pregnancy* 2017;2017(1):1-10.
16. Srisatidnarakul B. Research methodology in nursing. 5th ed. Bangkok: U & I Inter Media; 2010. (in Thai).
17. Niramitpasa J. Personal factors, self-esteem, social support and psychosocial adjustment of pregnant women with advanced age. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Mahidol University; 2008. (in Thai).
18. Teerarungsikul N. The lived experience of mothers with premature babies. *Journal of Nursing and Education* 2012;5(1):25-39. (in Thai).
19. Sumneangsanor T. Coping with loss and grief. *Journal of Science and Technology* 2013;21(7):658-67. (in Thai).
20. Amankwaa LC, Pickler R, Boonmee J. Maternal responsiveness in mothers of preterm infants. *Newborn and Infant Nursing Reviews* 2007;7(1):25-30.
21. Bunmachu D, Khunlan Theunnadee S. Effects of promotion program on perceived self – efficacy preterm caring behaviors of mothers and health status of preterm babies. *Journal of Nursing and Health Care* 2015;33(4):150-8. (in Thai).
22. Ballantyne M, Benzies KM, Trute B. Depressive symptoms among immigrant and Canadian born mother of preterm infants at neonatal intensive care discharge: a cross sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2015;13(1):1-11.
23. Bicking C, Moore G. Maternal perinatal depression in the neonatal intensive care unit: the role of the neonatal nurse. *Neonatal Network* 2012;31(5):295-304.
24. Bergstrom EB, Wallin L, Thomson G, Flacking R. Postpartum depression in mothers of infants cared for in a neonatal intensive care unit–incidence and associated factors. *Journal of Neonatal Nursing* 2012;18(4):143-51.