



ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก

Factors Predicting Postpartum Depression Among First – Time Mothers

สุธิดา สืบอนันต์¹, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี² อุษา เชื้อหอม²Sutida Suebanun¹, Tatirat Tachasuksri², Usa Chuahorm²¹นิสิตปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา¹Graduate Student, Master of Nursing Program, Burapha University²Faculty of Nursing, Burapha University

Corresponding author: Tatirat Tachasuksri; Email: tatiratp@yahoo.com

Received: May 19, 2024 Revised: May 30, 2024 Accepted: June 19, 2024

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นปัญหาสุขภาพจิตสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลบุตร การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาหลังคลอด 4–6 สัปดาห์ ที่มีบุตรคนแรก และมารับบริการตรวจสุขภาพหลังคลอดบุตรของโรงพยาบาล 4 แห่ง ในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 264 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในช่วงเดือนสิงหาคมถึง ธันวาคม 2566 ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .85, .96, .84 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษาพบ ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ร้อยละ 23.11 ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัวระดับน้อยมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนระดับมาก (OR=4.19, 95%CI=2.00–8.75, p<.001) และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงกว่าผู้ที่รับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก (OR=3.25, 95%CI= 1.65–6.40, p<.001) ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์ควรส่งเสริมประสบการณ์การคลอดที่ดี และสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลมารดาและทารกหลังคลอด เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

คำสำคัญ: การสนับสนุนจากครอบครัว; การรับรู้ประสบการณ์การคลอด; ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา; ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด; มารดาที่มีบุตรคนแรก



Factors Predicting Postpartum Depression Among First – Time Mothers

Sutida Suebanun¹, Tatirat Tachasuksri², Usa Chuahorm²

¹Graduate Student, Master of Nursing Program, Burapha University

²Faculty of Nursing, Burapha University

Corresponding author: Tatirat Tachasuksri; Email: tatiratp@yahoo.com

Received: May 19, 2024 Revised: May 30, 2024 Accepted: June 19, 2024

Abstract

Postpartum depression is a significant mental health problem that impairs childcare capabilities. The predictive research aimed to assess the prevalence of postpartum depression and identify its influencing predictors among first-time mothers. Participants were 264 first – time mothers, 4 to 6 weeks postpartum, who attended the check-up at four hospitals in Nakhon Ratchasima Province. Participants were selected through multistage random sampling, and data were collected using self-report questionnaires from August to December 2023. The research instruments consisted of personal record form, maternal role attainment questionnaire, family support questionnaire, perception of childbirth experience questionnaire, and postpartum depression questionnaire. The reliabilities were .85, .96, .84 and .88 respectively. Descriptive statistics and logistic regression were utilized to analyze the data. The results revealed that the prevalence of postpartum depression among first-time mothers was 23.11%. Significant predictors of postpartum depression included a low level of family support (OR=4.19, 95%CI=2.00–8.75, $p<.001$) and a negative perception of the childbirth experience (OR=3.25, 95%CI=1.65–6.40, $p<.001$). Therefore, nurses or midwives should promote positive childbirth experiences and encourage their families in the care of postpartum women and newborns to reduce the risk of postpartum depression.

Keywords: family support; perception of childbirth experience; maternal role attainment; postpartum depression; first-time mothers



ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depression) เป็นความผิดปกติด้านจิตอารมณ์ที่มีอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก จากการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจาก 56 ประเทศในปี ค.ศ. 2018 พบค่าเฉลี่ยของความชุกทั่วโลกร้อยละ 17.7¹ และปี ค.ศ. 2022 เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 34² สำหรับการศึกษาในประเทศไทย ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในปี พ.ศ. 2559 มีค่าใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยทั่วโลก พบอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอด ร้อยละ 18.4³ โดยมารดาที่มีบุตรครั้งแรกมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่ามารดาที่มีประสบการณ์การคลอดบุตร 3 เท่า⁴ สอดคล้องกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครั้งแรกในต่างประเทศพบว่า ปี ค.ศ. 2017 มีความชุกของการเกิดโรคในช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอด ร้อยละ 6.4⁵ ส่วนประเทศไทยในปี พ.ศ. 2562 พบร้อยละ 33.33⁶ ซึ่งมีความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครั้งแรกของประเทศไทยที่ค่อนข้างสูงและอาจเกิดผลกระทบต่อมารดาและทารกได้

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอาจส่งผลกระทบต่อมารดา ทารก และครอบครัว โดยเฉพาะผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของมารดาในระยะยาว จากการศึกษาพบว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นกับมารดาจะทำให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การคิดทำร้ายตนเอง และการคิดฆ่าตัวตาย⁷ รวมทั้งอาจส่งผลทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและสามีลดลงได้⁸ นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทารกที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต น้ำหนักตัว การนอนหลับ และมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยของทารกที่เพิ่มขึ้น⁹ จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีผลกระทบที่ค่อนข้างรุนแรงทั้งต่อมารดา ทารก และครอบครัว ดังนั้นการป้องกันการเกิดและลดผลกระทบของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จำเป็นต้องทราบปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยเฉพาะในมารดาครั้งแรกที่มีโอกาสสูงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

จากแนวคิดทฤษฎีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของ Beck¹⁰ (Beck's postpartum depression theory) กล่าวว่าปัญหาสุขภาพจิตเกิดจากปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมทำให้เกิดอารมณ์แปรปรวนหรือความผิดปกติทางอารมณ์ที่อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สาเหตุของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านชีววิทยา จากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนในร่างกายช่วงระยะหลังคลอด และการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคมเนื่องจากต้องปรับตัวกับบทบาทหน้าที่มารดา ส่งผลให้เกิดความเครียดและเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการใช้แนวคิดทฤษฎีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของ Beck พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส วิธีการคลอด และ 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา การสนับสนุนจากครอบครัว และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด โดยรายได้ที่ไม่เพียงพอของครอบครัว การไม่มีคู่สมรส การผ่าตัดคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมีผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด¹¹⁻¹³ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงดูทารกมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด¹⁴⁻¹⁵

จากที่กล่าวมาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นปัญหาสุขภาพจิตสำคัญที่อาจเกิดขึ้นในมารดาหลังคลอด การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจึงมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่เป็นสถานการณ์ปัจจุบันค่อนข้างน้อย และไม่พบการศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีจำนวนการเกิดของทารก มากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน 17,773 ราย¹⁶ จึงเป็นพื้นที่ที่มีประชากรในกลุ่มมารดาหลังคลอดเป็นจำนวนมาก หากได้ทราบความชุกและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จะทำให้ทราบอัตราของการเกิดโรคและสามารถหาแนวทางป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรกได้ การศึกษานี้จึงสนใจศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดา



ครั้งแรกที่ครอบคลุมปัจจัยส่วนบุคคลและจิตสังคม โดยใช้แนวคิดทฤษฎีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของ Beck ร่วมกับ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้แก่ รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส วิธีการคลอด ความสำเร็จในการดำรง บทบาทมารดา การสนับสนุนจากครอบครัว และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ผลของการศึกษานี้จะช่วยให้ทราบ ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครั้งแรก เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพจิตของมารดา หลังคลอดที่สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

วัตถุประสงค์การวิจัย

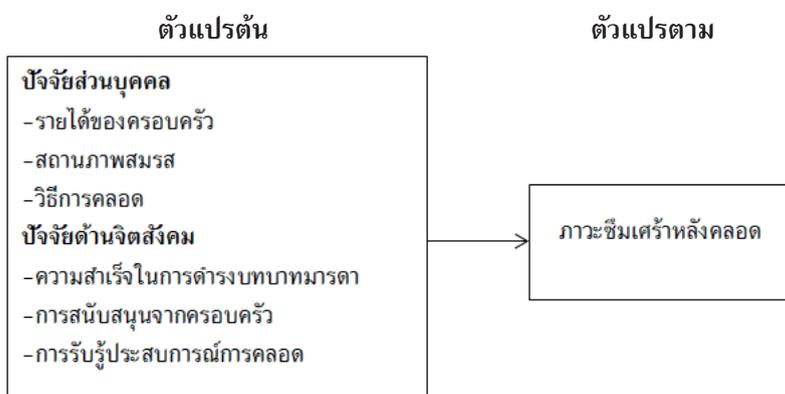
1. เพื่อศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก ได้แก่ รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส วิธีการคลอด ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา การสนับสนุนจากครอบครัว และการรับรู้ ประสบการณ์การคลอด

สมมติฐานการวิจัย

รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส วิธีการคลอด ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา การสนับสนุน จากครอบครัว และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มี บุตรคนแรกได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของ Beck¹⁰ (Beck's postpartum depression theory) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดย Beck กล่าวว่าปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นกับมารดาหลังคลอดได้รับอิทธิพล จากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม มีผลให้เกิดอารมณ์แปรปรวนหรือความผิดปกติ ทางอารมณ์ที่อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของ Beck¹⁰ และการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามารดาหลังคลอดจะเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นหรือลดลงขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส วิธีการคลอด และปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความสำเร็จในการดำรง บทบาทมารดา การสนับสนุนจากครอบครัว และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด จึงได้กรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัย ทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ มารดาหลังคลอดที่มีบุตรคนแรกและมารับบริการตรวจสุขภาพในช่วงระยะ 4 - 6 สัปดาห์ หลังคลอด ที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติรีเวชกรรมของโรงพยาบาลในจังหวัดนครราชสีมาในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 8,309 ราย

กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาหลังคลอดที่มีบุตรคนแรกและมารับบริการตรวจสุขภาพในช่วงระยะ 4 - 6 สัปดาห์ หลังคลอด ที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติรีเวชกรรมของโรงพยาบาลจำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก และโรงพยาบาลชุมชน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) คลอดบุตรที่มีอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป 3) ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตจากการวินิจฉัยโรคของแพทย์ 4) ไม่บกพร่องทางสติปัญญา สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง 1) มารดาที่ไม่ได้อยู่กับบุตรหรือไม่ได้เลี้ยงบุตรด้วยตนเอง 4 - 6 สัปดาห์หลังคลอด 2) มารดาและทารกมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังคลอด เช่น ภาวะช็อค ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้เกณฑ์การวิเคราะห์แบบการถดถอยพหุคูณตามอัตราส่วนของขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 รายต่อ 1 ตัวแปรอิสระ การศึกษานี้มีตัวแปรอิสระทั้งหมด 6 ตัวแปร ค่าขนาดขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้ 240 ราย และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 264 ราย แต่เนื่องจากผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น จึงใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ซึ่งกำหนดให้ใช้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 30 เท่าของจำนวนตัวแปรต้น¹⁷ การศึกษานี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 264 ราย จึงมีขนาดกลุ่มตัวอย่างเพียงพอในการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยเริ่มจากคัดเลือกโรงพยาบาลที่ศึกษาในระดับตติยภูมิ จำนวน 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา โรงพยาบาลปากช่องนานา และเลือกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจำนวน 1 แห่ง จากโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 5 โรงพยาบาล โดยการจับฉลากคือ โรงพยาบาลโชคชัย จากนั้นคัดเลือกจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนผู้คลอดต่อปีพ.ศ. 2565 ได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 145 คน โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา จำนวน 35 คน โรงพยาบาลปากช่องนานา จำนวน 59 คน และโรงพยาบาลโชคชัย จำนวน 25 คน และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการจับฉลากมารดาหลังคลอดที่มารับบริการตรวจสุขภาพในโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษานี้ได้รับอนุญาตให้ใช้หรือปรับใช้เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ

2. แบบประเมินความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา (The Maternal Role Attainment Scale Form B) พัฒนาโดย Phumonsakul, Somboonsub & Siriwattanachok¹⁸ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ความผูกพันต่อบุตร ความสามารถในการปฏิบัติบทบาทมารดา และความพึงพอใจในการปฏิบัติบทบาทมารดา มีจำนวน 23 ข้อ มาตรฐานค่า 5 ระดับ คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 23-115 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มารดาหลังคลอดมีความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดามาก

3. แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว ใช้และปรับมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแก่หญิงตั้งครรภ์ของ Tachasuksri et al.¹⁹ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านบทบาทหน้าที่



ด้านข้อมูล และด้านสิ่งของ มีจำนวน 15 ข้อ มาตรฐานค่า 4 ระดับ คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 15 - 60 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มารดาหลังคลอดได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

4. แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด พัฒนาโดย Nakanakupt, Jaichuan, & Purksametanan²⁰ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความวิตกกังวล ความมั่นใจ ความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการคลอด การควบคุมตนเอง และความรู้สึกต่อเหตุการณ์ในการคลอดมีข้อคำถาม 26 ข้อ มาตรฐานค่า 4 ระดับ คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 26 - 104 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก

5. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (the Edinburgh Postnatal Depression Scale : EPDS) แปลเป็นภาษาไทยโดย Pitanupong, Liabsuetrakul, & Arnont Vittayanont²¹ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มาตรฐานค่า 4 ระดับ ค่าคะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0 - 30 คะแนน ค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (validity) การศึกษานี้มีแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา คือ แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว นำโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาและทารก จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนี ความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 จากนั้นนำแบบสอบถามทั้งหมดไปตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยทดลองใช้ (try out) กับมารดาหลังคลอดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .85, .96, .84 และ .88 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชั้นเตรียมการ ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ที่ผู้วิจัยไม่สามารถเก็บรวบรวมได้ จำนวน 2 คน โดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนวิธีการเก็บข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

2. ชั้นเก็บข้อมูล ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยประสานงานกับบุคลากรของหน่วยงานที่จะดำเนินการเก็บข้อมูล เลือกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการทำวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้วจึงให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และอธิบายเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถาม ใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครบตามจำนวนของกลุ่มตัวอย่างแล้ว จึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลแต่ละตัวแปรโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) และวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่ศึกษา โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (logistic regression) โดยผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นผ่านทุกข้อ ได้แก่ ปรับระดับตัวแปรอิสระและตัวแปรตามให้เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพมี 2 ค่า คือ 0 กับ 1 (dichotomous) จำนวนกลุ่มตัวอย่างมากพอสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล คือใช้ขนาดตัวอย่างมากกว่าหรือเท่ากับ 30 เท่าของจำนวนตัวแปร การศึกษานี้มีจำนวน 6 ตัวแปร มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 264 ราย ถือว่ามีจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากพอ ตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเอง¹⁷ โดยพิจารณาค่า Variance inflation factor [VIF] มีค่าอยู่ในช่วง 1.00-1.20 และพิจารณาค่า Tolerance มีค่าอยู่ในช่วง .81-.99

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา



รหัสโครงการวิจัย G-HS041/2566 ลงวันที่ 22 มิถุนายน พ.ศ. 2566 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา เลขที่ 117/2023 ลงวันที่ 21 กันยายน พ.ศ. 2566 โดยโรงพยาบาลปากช่องนานา โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา และโรงพยาบาลโชคชัย สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลได้เมื่อผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาและโรงพยาบาล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 27.89 ปี (SD=5.90) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 62.88) เป็นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย (ร้อยละ 30.30 และ 32.58 ตามลำดับ) เป็นมารดาที่มีการประกอบอาชีพมากกว่าไม่ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 62.12 และ 37.88) มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 19,707.46 บาทต่อเดือน (SD=13,426.60) มีความเพียงพอของรายได้เป็นบางเดือน (ร้อยละ 45.08) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่และอยู่ด้วยกันกับสามี (ร้อยละ 86.74) และมีสามีเป็นบุคคลที่ดูแลช่วยเหลือหลังคลอดมากที่สุด (ร้อยละ 55.68) ส่วนใหญ่ตั้งครรถ์ครั้งแรก (ร้อยละ 75.76) อายุครรภ์เมื่อคลอดคือ 38 สัปดาห์มากที่สุด (ร้อยละ 31.06) คลอดเองทางช่องคลอดใกล้เคียงกับการผ่าตัดคลอด (ร้อยละ 54.55 และ ร้อยละ 42.05 ตามลำดับ) มารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรถ์ คลอด หรือหลังคลอด (ร้อยละ 56.44) ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ ภาวะช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกับขนาดของศีรษะทารก (CPD) (ร้อยละ 12.88) ส่วนทารกแรกเกิดส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ 89.02)

2. ข้อมูลภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและปัจจัยที่ศึกษา พบว่า มารดาหลังคลอดมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 6.33 คะแนน (SD=5.19) (ตารางที่ 1) โดยมีภาวะซึมเศร้าในช่วง 4 - 6 สัปดาห์หลังคลอด ร้อยละ 23.11 (ตารางที่ 2) ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างสูง โดยความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 104.42 (SD=7.97) การสนับสนุนจากครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 54.28 (SD=7.20) และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมีคะแนนเฉลี่ย 83.11 (SD=9.31) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและปัจจัยที่ศึกษา (n=264)

ตัวแปร	Range		Mean	SD
	Possible	Actual		
ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา	23 - 115	72 - 115	104.42	7.97
การสนับสนุนจากครอบครัว	15 - 60	15 - 60	54.28	7.20
การรับรู้ประสบการณ์การคลอด	26 - 104	52 - 104	83.11	9.31
ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	0 - 30	0 - 28	6.33	5.19

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (n=264)

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (น้อยกว่า 11 คะแนน)	203	76.89
มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (มากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน)	61	23.11



3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 24.09$ $p < .001$, $\chi^2 = 19.69$ $p < .001$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก

ปัจจัย	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า		χ^2	p
	หลังคลอด		หลังคลอด			
	n = 203		n = 61			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)					3.64	.056
< 8,300 บาท	14	60.87	9	39.13		
> 8,300 บาท	189	78.42	52	21.58		
2. วิธีการคลอด					.48	.487
การผ่าตัดคลอด	83	74.77	28	25.23		
การคลอดทางช่องคลอด	120	78.43	33	21.57		
3. สถานภาพสมรส					3.24	.072
หย่าร้าง/แยกทาง	8	57.14	6	42.86		
คู่	195	78.00	55	22.00		
4. ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา					.18	.670
ระดับน้อย (< 92 คะแนน)	13	81.25	3	18.75		
ระดับมาก (\geq 92 คะแนน)	190	76.61	58	23.39		
5. การสนับสนุนจากครอบครัว					24.09	<.001
ระดับน้อย (< 48 คะแนน)	20	47.62	22	52.38		
ระดับมาก (\geq 48 คะแนน)	183	82.43	39	17.57		
6. การรับรู้ประสบการณ์การคลอด					19.69	<.001
ทางลบ (< 83 คะแนน)	84	65.12	45	34.88		
ทางบวก (\geq 83 คะแนน)	119	88.15	16	11.85		

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก พบว่า รายได้ของครอบครัว วิธีการคลอด สถานภาพสมรส ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา การสนับสนุนจากครอบครัวและการรับรู้ประสบการณ์การคลอด สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก ได้ร้อยละ 21 (Nagelkerke $R^2 = .210$, $p < .001$) โดยการสนับสนุนจากครอบครัวและการรับรู้ประสบการณ์การคลอด เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้มารดาที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับน้อยมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพิ่มขึ้น 4.19 เท่าของมารดาที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมาก (OR=4.19, 95%CI=2.00 – 8.75, $p < .001$) และมารดาที่รับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพิ่มขึ้น 3.25 เท่าของมารดาที่รับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก (OR=3.25, 95%CI=1.65–6.40, $p < .001$) (ตารางที่ 4)



ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกของปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก

ตัวแปรที่ศึกษา	B	SE	Wald	df	p	Exp(B)	95%CI
1. รายได้ของครอบครัว < 8,300 บาท/เดือน	.50	.49	1.04	1	.307	1.65	.62 – 4.35
2. การผ่าตัดคลอด	.17	.32	.27	1	.597	1.18	.62 – 2.24
3. สถานภาพสมรสหย่าร้าง	.97	.62	2.44	1	.118	2.66	.77 – 9.07
4. ความสำเร็จในการดำรง บทบาทมารดาในระดับน้อย	-.74	.72	1.03	1	.309	.47	.11 – 1.98
5. การสนับสนุนจาก ครอบครัวระดับน้อย	1.43	.37	14.50	1	<.001	4.19	2.00 – 8.75
6. การรับรู้ประสบการณ์ การคลอดทางลบ	1.18	.34	11.72	1	<.001	3.25	1.65 – 6.40
ค่าคงที่	-2.33	.31	54.50	1	<.001	.097	

Nagelkerke R² = .210, Overall Percentage = 79.17

5. ผลการวิเคราะห์ประสิทธิภาพของสมการการถดถอยโลจิสติก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจำนวน 61 ราย สามารถทำนายว่ามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดถูกต้องร้อยละ 29.51 และสามารถทำนายว่าไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดถูกต้องร้อยละ 94.09 และร้อยละของการพยากรณ์ถูกต้องเท่ากับ ร้อยละ 79.17 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ร้อยละความถูกต้องของการทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรกจากสมการโลจิสติก

ค่าสังเกต	ผลการทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก		
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า หลังคลอด	มีภาวะซึมเศร้า หลังคลอด	ร้อยละความถูกต้อง
ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	191	12	94.09
มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	43	18	29.51
ร้อยละทั้งหมด			79.17

อภิปรายผล

1. ความชุกภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 23.11 โดยอาการของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่พบมากที่สุด คือ การตำหนิตัวเองโดยไม่จำเป็นเมื่อมีสิ่งผิดพลาดเกิดขึ้น (M=1.12, SD=.91) ความรู้สึกกระวนกระวายหรือกังวลอย่างไม่มีเหตุผล (M=1.00, SD=.96) และความรู้สึกไม่มีความสุขจนทำให้อนอนหลับได้ยาก (M=.84, SD=.86) เนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตหลังคลอดเกี่ยวข้องกับ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตสังคม และลักษณะส่วนบุคคล หากมารดาไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จะทำให้เกิดอารมณ์แปรปรวนหรือความผิดปกติทางอารมณ์ที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้¹⁰ ผลการศึกษาครั้งนี้พบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดใกล้เคียงกับการศึกษาในปี ค.ศ. 2017 ในประเทศกำลังพัฒนา คือร้อยละ 21 – 26² แต่สูงกว่าค่าเฉลี่ยจากการศึกษาทั่วโลกจำนวน 56 ประเทศ ปี ค.ศ. 2018 ที่พบค่าเฉลี่ยความชุกร้อยละ 17.71 และน้อยกว่าการศึกษาจาก 12 ประเทศ ในปี ค.ศ. 2022 พบค่าเฉลี่ยของความชุกร้อยละ 34² เนื่องจากในช่วงปี ค.ศ. 2019 เป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้มีผู้เสียชีวิตจำนวน



มากจึงอาจจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงขึ้น รวมทั้งยังพบความชุกมากกว่าการศึกษาในประเทศพัฒนาแล้ว เช่น สวีเดน สิงคโปร์ และเนเธอร์แลนด์ (ร้อยละ 6.4, ร้อยละ 3 และร้อยละ 8 ตามลำดับ)^{1,5} เนื่องจากประชากรในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีทำให้มีความเครียดลดลง จึงลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในการศึกษานี้ต่ำกว่าการศึกษาในปี พ.ศ. 2562 ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี ซึ่งพบร้อยละ 33.33⁶ เนื่องจากเป็นพื้นที่อุตสาหกรรมมีการย้ายถิ่นเข้ามาอยู่เป็นครอบครัวเดี่ยว วิถีชีวิตที่เร่งรีบและเมื่อคลอดบุตรแล้ว จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้านในครอบครัวเดิม จึงได้รับการดูแลช่วยเหลือหลังคลอดจากสามีเพียงร้อยละ 32.30 ซึ่งค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับการศึกษาในครั้งใหม่ที่พบว่า สามีเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือหลังคลอด ร้อยละ 55.68 จึงอาจส่งผลทำให้มารดาเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่าการศึกษานี้ และต่ำกว่าการศึกษาในปี พ.ศ. 2560 พบร้อยละ 64.17¹⁴ เนื่องจากใช้เกณฑ์จุดตัดคะแนนของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตั้งแต่ 7 คะแนน ซึ่งต่ำกว่าการศึกษานี้ที่ใช้เกณฑ์จุดตัดตั้งแต่ 11 คะแนน ดังนั้นในแต่ละการศึกษาอาจพบความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดแตกต่างกันตามบริบททางสังคมและเศรษฐกิจในแต่ละพื้นที่และเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

2. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก

2.1 การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมารดาที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับน้อยมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพิ่มขึ้น 4.19 เท่าของมารดาที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมาก ($OR=4.19$, 95% $CI=2.00-8.75$) โดยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวด้านบทบาทหน้าที่มากที่สุด ($M=3.71$, $SD=.46$) รองลงมา คือ การสนับสนุนด้านสิ่งของ ($M=3.65$, $SD=.55$) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ($M=3.61$, $SD=.52$) และการสนับสนุนด้านข้อมูล ($M=3.46$, $SD=.59$) เนื่องจากการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมสำคัญที่ช่วยในการเผชิญกับความเครียดและการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตสังคมในระยะหลังคลอด^{10,22} โดยการสนับสนุนด้านบทบาทหน้าที่และด้านข้อมูลจะช่วยส่งเสริมการปรับตัวในการทำหน้าที่ของมารดาและดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่วนการสนับสนุนด้านสิ่งของเป็นการช่วยเหลือในชีวิตประจำวันและการดูแลทารก ทำให้มารดามีความสุขสบายขึ้น และการสนับสนุนด้านอารมณ์จะช่วยให้มารดาผ่อนคลายจากความเครียด จึงช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($r= -.48$, $p=.001$)¹⁰

2.2 การรับรู้ประสบการณ์การคลอด เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมารดาที่รับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพิ่มขึ้น 3.25 เท่าของมารดาที่รับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก ($OR=3.25$, 95% $CI=1.65-6.40$) เนื่องจากการรับรู้ประสบการณ์การคลอดเป็นความรู้สึกของมารดาต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองในระยะคลอดที่เป็น การเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคม กระบวนการคลอดบุตรอาจทำให้มารดาได้รับความเจ็บปวด กลัว และวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด จึงเกิดความเครียด ส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบ และมีผลกระทบทางลบต่อด้านจิตใจและอารมณ์ของมารดาหลังคลอด¹⁰ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า มารดาที่มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี ได้แก่ ความรู้สึกกลัวในการคลอด ($M=2.09$, $SD=.93$) ความรู้สึกกลัวเมื่อมีการให้ยาหรือใช้เครื่องมือการแพทย์ ($M=2.34$, $SD=.95$) และมีความรู้สึกกังวลตลอดระยะเวลาของการคลอด ($M=2.37$, $SD=.92$) และสอดคล้องกับการศึกษาพบว่ามารดาหลังคลอดที่มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดีมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($OR=2.87$,



95%CI=1.33 – 6.17)¹³ อย่างไรก็ตาม มารดาหลังคลอดในการศึกษานี้มีคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดค่อนข้างดี (M=83.11, SD=9.31) โดยการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่มีคะแนนมากที่สุด ได้แก่ ความรู้สึกมีความสุขที่ได้โอบกอดบุตรหลังคลอด (M=3.89, SD=.35) ความเจ็บปวดและความรู้สึกยากลำบากในการคลอดหมดไปเมื่อได้ยินเสียงร้องหรือเห็นบุตร (M=3.77, SD=.52) และความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองจากการคลอด (M=3.75, SD=.50) ซึ่งเป็นการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก จึงอาจช่วยลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้

2.3 ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก กล่าวคือ ไม่ว่าจะมารดาหลังคลอดจะประสบความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในระดับมากหรือน้อย ไม่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีอายุในช่วงวัยผู้ใหญ่ จึงมีวุฒิภาวะและความพร้อมต่อการเป็นมารดา ร่วมกับส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกันกับสามี (ร้อยละ 86.74) โดยมีรายได้เพียงพอทุกเดือน (ร้อยละ 44.32) และมีบุคคลในครอบครัวดูแลช่วยเหลือหลังคลอด ส่วนใหญ่สามารถหยุดพักหรือไม่ต้องทำงานในช่วงหลังคลอดบุตรได้ (ร้อยละ 98.86) เนื่องจากความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาเป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการทำบทบาทหน้าที่เป็นมารดาที่เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคมอีกประการหนึ่ง หากการดูแลและสภาพแวดล้อมไม่ส่งเสริมการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อความผิดปกติทางอารมณ์หลังคลอดได้¹⁰ ดังนั้นการที่มีความพร้อมในการเป็นมารดา มีรายได้ที่เพียงพอ และมีเวลาในการดูแลตนเองและดูแลบุตร จะช่วยให้มารดาสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงในระยะหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม และมีความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา จึงอาจมีผลให้ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ตามบทบาทต่าง ๆ ของมารดาหลังคลอดไม่สามารถทำนายสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอด ($\beta=.11, p=.084$)²³

2.4 วิธีการคลอด เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เนื่องจากการคลอดแต่ละวิธีมีผลต่อความรู้สึกเจ็บปวดที่แตกต่างกัน การคลอดทางช่องคลอดเป็นกระบวนการคลอดมารดาต้องเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดอย่างมาก สำหรับการผ่าตัดคลอด มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินจะเผชิญกับความเจ็บปวดตั้งแต่ระยะคลอดถึงหลังคลอด จึงอาจมีผลต่อการดูแลตนเองและทารก หากมารดาไม่สามารถปรับตัวต่อความเจ็บปวดและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้¹⁰ การศึกษานี้พบว่า วิธีการคลอดไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก กล่าวคือ การคลอดไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดคลอดหรือคลอดทางช่องคลอด ไม่มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่มีบุตรคนแรก อาจเนื่องจากการผ่าตัดคลอดเป็นวิธีการคลอดที่ส่วนหนึ่งเกิดจากความต้องการของมารดา ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดทั้งมารดาและทารก (ร้อยละ 56.44 และ ร้อยละ 89.02 ตามลำดับ) ได้รับการดูแลหลังคลอดและได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรด้านสุขภาพมีผลให้สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม จึงมีความเครียดลดลงส่งผลให้วิธีการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดและคลอดทางช่องคลอดไม่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสอดคล้องกับผลการศึกษาพบว่า สัดส่วนการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดไม่แตกต่างกันกับมารดาที่คลอดเองทางช่องคลอด (95%CI=.25–3.05, $p=.543$)²⁴

2.5 รายได้ของครอบครัว เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เนื่องจากค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการคลอดและเลี้ยงดูทารกเป็นผลกระทบสำคัญที่จำเป็นต้องมีรายได้เพียงพอ หากไม่สามารถบริหารจัดการเงินในครอบครัวให้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัวที่เพิ่มขึ้นได้ อาจนำไปสู่ความเครียดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด¹⁰ การศึกษานี้พบว่า รายได้ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก กล่าวคือ ความแตกต่างของรายได้ครอบครัวไม่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อาจเนื่องมาจากมารดา



หลังคลอดมีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ($M=27.89, SD=5.90$) มีความพร้อมในการเป็นมารดาและกลุ่มตัวอย่างอยู่ในพื้นที่ที่ค่าครองชีพไม่สูง จึงทำให้มีรายได้ต่อเดือนเพียงพอ ร้อยละ 89.40 โดยมีรายได้เพียงพอเป็นบางเดือน (ร้อยละ 45.10) และมีรายได้เพียงพอทุกเดือน (ร้อยละ 44.32) และมารดามีบุตรเป็นคนแรก ทำให้สามารถจัดการรายได้ให้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัวที่เพิ่มขึ้นจากการคลอดและการดูแลทารกได้ จึงไม่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของมารดาหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า รายได้ของครอบครัวไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ($\beta=.12, p=.095$)⁶

2.6 สถานภาพสมรส เป็นอีกหนึ่งของปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการได้รับการดูแลช่วยเหลือหลังคลอดจากสามี เนื่องจากสามีมีความสำคัญในการดูแลช่วยเหลือมารดาและทารก ทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ หากมารดาไม่มีคู่สมรสในการดูแลช่วยเหลือหลังคลอด อาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้¹⁰ การศึกษาคั้งนี้พบว่า สถานภาพสมรส ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก อธิบายว่าสถานภาพสมรสคู่หรือหย่าร้างของมารดาไม่มีผลการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทำงานและมีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 89.40) ร่วมกับลักษณะครอบครัวของสังคมไทยในพื้นที่ที่ทำการศึกษามากกว่า โดยส่วนมากจะอยู่ร่วมกันแบบครอบครัวขยาย จึงมีบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวที่ช่วยดูแลช่วยเหลือแทนสามี ดังนั้นการศึกษานี้ที่พบว่า ร้อยละ 43.94 ของกลุ่มตัวอย่างมีบุคคลอื่นในครอบครัวดูแลช่วยเหลือหลังคลอด เช่น พ่อแม่ของมารดาและสามี ญาติ และพี่น้อง เป็นต้น ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างมีบุคคลในครอบครัวดูแลช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอ จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ ทำให้การมีคู่สมรสและไม่มีคู่สมรสไม่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้³

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลผดุงครรภ์ควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาทุกรายที่มารับบริการตรวจสุขภาพในช่วง 4 - 6 สัปดาห์หลังคลอด และมีการพัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยให้การดูแลในระยะคลอดที่ส่งเสริมประสบการณ์การคลอดที่ดี และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลมารดาและทารกหลังคลอด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

นำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่มีบุตรคนแรก โดยเน้นการดูแลในระยะคลอดที่ส่งเสริมประสบการณ์การคลอดทางบวก และสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลมารดาและทารกหลังคลอด

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัย จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา



References

1. Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 291 studies from 56 countries. *Front Psychiatry* 2018; 8:1-23. doi: 10.3389/fpsy.2017.00248.
2. Chen Q, Li W, Xiong J, Zheng X. Prevalence and risk factors associated with postpartum depression during the COVID-19 pandemic: a literature review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(4):1-11.
3. Sukasem N, Ruangphornwisut R, Sriareporn P, Siririth W, Watcharaprapapong P. Predictors of postpartum depression. *JHN* 2016;34(1):47-55. (in Thai)
4. Mitsui K, Endo M, Kino H, Matsumura Y, Tayanaka M, Nishioka E, Ueda Y, Takeda J, Kokaze A. Risk factors for postpartum depressive symptoms. *Res Sq* 2022:2-14. doi:10.21203/rs.3.rs-1509248/v1.
5. Sylven SM, Thomopoulos T, Kollia N, Jonsson M, Skalkidou A. Correlates of postpartum depression in first time mothers without previous psychiatric contact. *Eur Psychiatry* 2017;40:4-12. doi:10.1016/j.eurpsy.2016.07.003.
6. Saenbunma K, Suriyanimitsuk T, Prachasisoradech K, Mamark N. Predictive factors of postpartum depression among first postpartum women. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health* 2021;31(2): 128-39. (in Thai)
7. Kim P, Rigo P, Leckman JF, Mayes LC, Cole PM, Feldman R, Swain JE. A prospective longitudinal study of perceived infant outcomes at 18-24 months: neural and psychological correlates of parental thoughts and actions assessed during the first month postpartum. *Front Psychol* 2015;6:1-14. doi:10.3389/fpsyg.2015.01772.
8. Khajehei M, Doherty M, Tilley PM, Sauer K. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in postpartum Australian women. *JSM* 2015;12(6):1415-26. doi:10.1111/jsm.12901.
9. Weobong B, Ten Asbroek AH, Soremekun S, Gram L, Amenga-Etego S, Danso S, et al. Association between probable postnatal depression and increased infant mortality and morbidity: findings from the DON population-based cohort study in rural Ghana. *BMJ Open* 2015;5(8):1-9. doi:10.1136/bmjopen-2014-006509.
10. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 2001;50(5):275-85.
11. Wubetu AD, Engidaw NA, Gizachew KD. Prevalence of postpartum depression and associated factors among postnatal care attendees in Debre Berhan, Ethiopia, 2018. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2020;20:1-9.
12. Doke PP, Vaidya VM, Narula APS, Datar MC, Patil AV, Panchanadikar TM, et al. Assessment of difference in postpartum depression among caesarean and vaginally delivered women at 6-week follow-up in hospitals in Pune District, India: an observational cohort study. *BMJ Open* 2021;11(9): 1-9. doi:10.1136/bmjopen-2021-052008.



13. Kettunen P, Koistinen E, Hintikka J. The connections of pregnancy-, delivery-, and infant-related risk factors and negative life events on postpartum depression and their role in first and recurrent depression. *Depression Research and Treatment* 2016;1-8.
14. Pukdeesamai A, Sriarporn P, Xuto P. Factors predicting postpartum depression among first-time mothers. *Nursing Journal* 2017;44(3):19-29.(in Thai)
15. Gordo L, Oliver-Roig A, Martinez-Pampliega A, Iriarte Elejalde L, Fernandez-Alcantara M, Richart-Martinez M. Parental perception of child vulnerability and parental competence: the role of postnatal depression and parental stress in fathers and mothers. *PLoS One* 2018;13(8):1-13. doi:10.1371/journal.pone.0202894.
16. National statistical office. Demographic statistics [Internet]. 2022 [cited 27 May 2024]. Available from: <http://statbbi.nso.go.th>.(in Thai)
17. Vanichbuncha K. Multivariate data analysis. 3rd ed. Bangkok: department of statistics Chulalongkorn University; 2008.(in Thai)
18. Phumonsakul S, Somboonsub A, Siriwattanachok U. Development of maternal role attainment scale (MRAS): revised short form and psychometric characteristics. *Journal of Nursing Science* 2004;22(1):28-38. (in Thai)
19. Tachasukri T, Siriarunrat S, Suppasri P, Suppaseemanont W, Boonnate N, Kwannate C. Causal model for quality of life among pregnant women. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2017;4(1):28-46.(in Thai)
20. Nakanakupt M, Jaichaun P, Purksametanan T. A comparison of women's perceptions of intrapartum care process, childbirth experience and satisfaction with nursing care between normal vaginal birth and cesarean section. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2020;28(1):60-70.(in Thai)
21. Pitanupong J, Liabsuetrakul T, Vittayanont A. Validation of the Thai edinburgh postnatal depression scale for screening postpartum depression. *Psychiatry Research* 2007;149: 253-9.(in Thai)
22. Collins NL, Dunkel-Schetter C, Lobel M, Scrimshaw SC. Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *J Pers Soc Psychol* 1993;65(6):1243-58.
23. Pansri S, Phahuwatanakorn W, Yusamran C, Putdivarnichapong W. Adaptive factors influencing mental health of postpartum mothers. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2019;20(2):160-70.(in Thai)
24. Anusornteerakul S, Ounkeaw A, Harnklar S, Sitthi K, Booranasun T. Postpartum depression and maternal adaptation among postpartum women with caesarean section and normal labor. *Udonthani Hospital Medical Journal* 2022;30(2):216-25.(in Thai)