

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอด แบบฉุกเฉิน

Predictors of Postpartum Depression Among Women with Emergency Cesarean Section

กุสมล แสนบุญมา, พย.บ.¹ วรณี เดียววิเศษ, Ph.D.^{2*} อุษา เชื้อหอม, Ph.D.³

Kusumon Saenbunma, M.N.S., Wanee Deoisres, Ph.D., Usa Chuahom, Ph.D.

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นการเปลี่ยนแปลงที่
วิกฤติทางอารมณ์ของมารดาหลังคลอด มีผลกระทบต่อ
มารดาหลังคลอด ทารกและครอบครัว การวิจัยครั้งนี้
มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า
หลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่าง
เป็นมารดาในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังคลอด ที่คลอดโดย
การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน และมารับบริการตรวจสุขภาพ
หลังคลอดบุตรหรือพาบุตรมารับบริการที่หน่วยเด็กสุขภาพดี
ที่โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลบางละมุง หรือคลินิก
เอกชน/โรงพยาบาลเอกชน กรณี จำนวน 98 คน คัดเลือก
กลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม
ที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบเอง ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แบบสอบถาม
ความเครียดจากการดูแลบุตร แบบสอบถามความรู้สึก
มีคุณค่าในตนเอง และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์
การถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน
มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 20.20 อายุ
ของมารดา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาของบุตรที่ต้อง
รับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิด ความรู้สึกมีคุณค่า
ในตนเอง ความเครียดจากการดูแลบุตรและการสนับสนุน
ทางสังคมร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดา
ที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินได้ร้อยละ 56 ($Adjusted R^2 =$

.53, $F_{6, 91} = 19.307, p < .05$) โดยความรู้สึกมีคุณค่า
ในตนเองมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากที่สุด
($\beta = -.59, p < .05$) รองลงมาคือความเครียดจากการดูแล
บุตร ($\beta = .20, p < .05$) และระยะเวลาของบุตรที่ต้อง
เข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิด ($\beta = .17, p < .05$)

ผลการศึกษามีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลผดุงครรภ์
ควรมีการจัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
และการจัดการความเครียดจากการดูแลบุตรหลังคลอด
โดยเฉพาะในรายที่บุตรต้องรักษาตัวที่หออภิบาลทารก
แรกเกิดเป็นเวลานาน เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
ในมารดาในกลุ่มนี้

คำสำคัญ: มารดา ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ภาวะซึมเศร้า
หลังคลอด

Abstract

Postpartum depression is an emotional
change of the mothers after birth that affect the
mothers themselves, infants, and family. This
study aimed to determine predicting factors of
postpartum depression among women with
emergency cesarean section. A convenience
sample of 98 mothers during their 4 to 8 weeks
postpartum who gave a birth by emergency
cesarean section and visited postpartum clinic

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² รองศาสตราจารย์และอาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์และอาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) e-mail: wanee@buu.ac.th

or took their babies to well-baby clinic Rayong regional hospital, Banglamoung hospital, or private clinic/hospital were recruited in this study. Data were collected by self-report questionnaires including demographic questionnaire, Thai Edinburgh Postnatal Depression (EPDS) scale, Self-Esteem Scale, Thai Childcare Stress Inventory, and Postpartum Support questionnaires. Descriptive statistics and standard multiple regression analysis were used to analyze data.

Results of the study revealed that 20.20 % of mothers with emergency cesarean section experienced postpartum depression. Maternal age, family income, duration of infant hospitalized in neonatal intensive care unit (NICU), self-esteem, childcare stress, and social support altogether explained 56% of variance in postpartum depression (*Adjusted R*² = .53, *F*_{6, 91} = 19.307, *p* < .05). The most important predictor was self-esteem (β = -.59, *p* < .05) followed by childcare stress (β = .20, *p* < .05) and duration of infant hospitalized in NICU (β = .17, *p* < .05). Findings of the study suggest that nurse-midwives should design interventions to promote self-esteem and to help management of child care stress especially mothers with infants hospitalized in NICU to prevent postpartum depression among this group of mothers.

Key words: women, emergency cesarean section, postpartum depression

ความสำคัญของปัญหา

อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทั่วโลกสูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้คือไม่เกินร้อยละ 15 ของอัตราการคลอดทั้งหมด (World Health Organization, 2015) จากรายงานอัตราการผ่าตัดคลอดทั่วโลกพบร้อยละ 18.60 (Betran et al., 2016) สถิติการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกล่าวในภาพรวมโดยไม่ได้แยกสถิติการผ่าตัด

คลอดแต่ละแบบชัดเจน ซึ่งการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินพบผลกระทบต่อมารดาและทารกมากกว่าการผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้า

การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินเป็นสูติศาสตร์หัตถการที่แพทย์จำเป็นต้องพิจารณาสิ้นสุดการตั้งครรภ์เพื่อช่วยเหลือมารดาและทารกให้ปลอดภัย ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เร่งด่วนมารดาอาจได้รับการเตรียมตัวร่างกายและจิตใจไม่เพียงพอทำให้มารดาปรับตัวต่อเหตุการณ์ได้ไม่ดี เกิดความวิตกกังวลต่อความปลอดภัยของตนเองและทารกในครรภ์และส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์เกิดขึ้นภายหลังคลอดได้ การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายและจิตใจ กล่าวคือได้รับความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดช่วยเหลือตนเองในระยะหลังคลอดได้น้อย เกิดความรู้สึกด้านลบต่อประสบการณ์การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ผิดหวังเห็นคุณค่าในตนเองลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Yokote, 2008) โดยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ของมารดาหลังคลอดที่มักเริ่มขึ้นภายใน 4 สัปดาห์แรกหลังคลอด (American Psychiatric Association [DSM-IV-TR], 2000) มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะมีอาการเศร้า วิตกกังวล ไม่สนใจตนเอง นอนหลับยาก น้ำหนักลด ท้อแท้ เกิดความรู้สึกผิด สิ้นหวังมีความคิดฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายสำเร็จ (Lindahl, Pearson, & Colpe, 2005)

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดทั้งในและต่างประเทศมีความแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละการศึกษา การศึกษาในประเทศไทยส่วนใหญ่จะศึกษาในบริบทของมารดาหลังคลอดทั่วไป สำหรับการศึกษามารดาที่ผ่าตัดคลอดพบน้อย ส่วนการศึกษาในต่างประเทศ พบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงกว่ามารดาที่คลอดด้วยวิธีอื่น ๆ (Goker et al., 2012; Yang, Shen, Ping, Wang & Chien, 2011)

การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดพบว่ามีกลไกการเกิดที่ซับซ้อน เบค (Beck, 2001) กล่าวว่า ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นกับมารดาหลังคลอดที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านจิตสังคมมีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า

หลังคลอด และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบว่าอายุของมารดามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Muraca & Joseph, 2014) นอกจากนี้พบว่ารายได้มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเช่นกัน (Youngdee & Roomruangwong, 2016) และการศึกษาของรัตติกานต์ รักษาภักดี, แพทย์พไลต์ ศรีแสง และสุพรรณิ อึ้งปัญญัตวงศ์ (Raksapakde, Srisaeng & Ungpansattawon, 2018) พบว่าระยะที่บุตรนอนโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ด้านบวกกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .28$) ส่วนการศึกษาของ Hoang et al. (2016) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของ Sword et al. (2011) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมก็มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นภาวะที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ ส่งผลกระทบต่อมารดา ทารก และบุคคลรอบข้างทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม หากมีความรุนแรงของอาการเพิ่มขึ้น และอาจนำไปสู่ภาวะอันตรายแก่ตนเองและบุคคลรอบข้างได้ การศึกษาในประเทศไทยส่วนใหญ่ศึกษาในมารดาหลังคลอดทั่วไป ส่วนการศึกษาในต่างประเทศพบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงกว่าการคลอดด้วยวิธีอื่น ๆ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน โดยคาดหวังว่าผลการศึกษาที่ได้จะนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ได้แก่ อายุของมารดา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาของบุตรที่ต้องเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร และการสนับสนุนทางสังคม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิด Beck's postpartum depression theory (Beck, 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เบคอธิบายว่าปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นกับบุคคลโดยเฉพาะมารดาหลังคลอดได้รับอิทธิพลมาจากหลายปัจจัยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม การเปลี่ยนแปลงของมารดาในระยะหลังคลอดที่เห็นได้ชัดคือ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่พยายามปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติ การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและด้านจิตสังคม ทำให้เกิดอารมณ์แปรปรวนหรือความผิดปกติทางอารมณ์ที่จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของเบค (Beck, 2001) ครอบคลุมถึงปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านจิตสังคม และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบว่าอายุของมารดา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาของบุตรที่ต้องเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียดจากการดูแลบุตร และการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด การศึกษานี้จึงคัดสรรปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ดังภาพที่ 1-1



ภาพที่ 1-1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย การวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง มารดาหลังผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินที่โรงพยาบาลระยองและโรงพยาบาลบางละมุง ที่ได้รับการนัดหมายให้ตรวจสอบสุขภาพหลังคลอดบุตรหรือพบบุตรมารับบริการที่หน่วยเด็กสุขภาพดี (Well-baby Clinic) ในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังคลอด ที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม หน่วยเด็กสุขภาพดีของโรงพยาบาลระยองและโรงพยาบาลบางละมุง ทำการศึกษาตั้งแต่เดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างตามความสะดวกตามคุณสมบัติที่กำหนดได้แก่ 1) มารดาหลังคลอดที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินและไม่สูญเสียบุตรจากการคลอด 2) ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต 3) มารดาเลี้ยงดูบุตรเอง 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 5) มีคู่สมรส คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power 3.1 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) โดยกำหนดความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญที่ .05 มีอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 ค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) โดยกำหนดที่ .15 (Cohen, 1992) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 98 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ฉบับภาษาไทย (EPSD) สร้างขึ้นโดย Cox, Holden and Sagovsky แปลเป็นภาษาไทยโดยกมลรัตน์ วัชรภรณ์, จารุรินทร์ ปิตานพุงค์ และนิศานต์ สำอางศรี (Vacharaporn, Pitanupong & Samangsri, 2003) ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 0-30 คะแนน คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน หมายถึงมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
- ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สร้างขึ้นโดย Rosenberg แปลเป็นภาษาไทยโดยพรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล (Wongvisetsirikul, 1998) ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 10-40 คะแนน คะแนนสูง หมายถึงมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง
- ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร สร้างขึ้นโดย Cutrona แปลเป็นภาษาไทยโดยธัญญมล สุริยานิมิตรสุข, วรณีย์ เตียววิศเรศ และไพรัตน์ วงษ์นาม (Suriyanimitsuk, Deoiseres, & Wongnum, 2015) ประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ คำตอบเป็นมาตรประมาณค่า

5 ระดับ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 16-80 คะแนน คะแนนสูง หมายถึงมีความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรสูง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม สร้างขึ้นโดย Logsdon, McBride and Birkimer แปลเป็นภาษาไทยโดยพรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล (Wongvisetsirikul, 1998) ประกอบด้วยคำถาม 34 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 34-170 คะแนน คะแนนสูง หมายถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยไม่ได้หาค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ เนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่เคยใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ การศึกษานี้นำไปทดลองกับมารดาหลังคลอดที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ณ โรงพยาบาลบางละมุง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแล้วคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .86, .82, .84 และ .86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส 08-01-2561 วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2561 และได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลระยองและโรงพยาบาลบางละมุง ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการดำเนินการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษา ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอเป็นภาพรวมและหลังจากที่เผยแพร่ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์แล้วผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน 2561 ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลระยองและโรงพยาบาลบางละมุง เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม และหน่วยเด็กสุขภาพดีเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยด้วยตนเอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวกที่มีคุณสมบัติตามกำหนดจากเวชระเบียนและตารางการนัดตรวจหลังคลอดหรือพบบุตรมารับวัคซีน ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้รับทราบขอความร่วมมือในการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอธิบายการทำแบบสอบถามและให้ทำแบบสอบถามด้วยตนเองก่อนเข้าตรวจกับแพทย์

3. กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้มาตรวจตามนัด ผู้วิจัยติดต่อทางโทรศัพท์ โดยทำการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างสอบถามคุณสมบัติตามที่กำหนด หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามที่กำหนด ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้รับทราบขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วม ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทางไปรษณีย์ไปที่บ้านพร้อมทั้งขออนุญาตเพิ่มรายชื่อ (ID Line) ของกลุ่มตัวอย่างไปยังแอปพลิเคชันไลน์ (Line Application) ในโทรศัพท์มือถือของผู้วิจัยเพื่อเป็นช่องทางการส่งกลับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดมาวิเคราะห์ทางสถิติและสรุปผลการศึกษาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์และแปลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับประมวลผลข้อมูลทางสถิติใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณแบบมาตรฐาน (standard regression) โดยกำหนดค่านัยสำคัญของสถิติที่ระดับ .05 ก่อนที่จะวิเคราะห์ข้อมูลได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติและพบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้

- 1) ตัวแปรต้นและตัวแปรตามเป็นตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่อง
- 2) ตัวแปรต้นทุกตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม
- 3) ตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กันเอง
- 4) ความแปรปรวน

ของค่าความคลาดเคลื่อนจากการพยากรณ์ (Residual) ที่ทุกจุดบนเส้นถดถอยเท่ากัน 6) ตัวแปรทั้งหมดมีการแจกแจงแบบปกติได้ค่า Kolmogorov-Smirnov = .54 ($p = .93$) 6) ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติค่า Durbin-watson เท่ากับ 1.90 7) ไม่มี Outliers

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 20-34 ปี ร้อยละ 74.49 ($M = 28.24, SD = 6.31$) ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 10,001-20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 34.46 รองลงมาอยู่ในระหว่าง 20,001-30,000 บาท/เดือน ร้อยละ 26.54 ($M = 23,943.88, SD = 13,872.00$)

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 52.04 ส่วนใหญ่ผ่านการคลอด 1 ครั้ง ร้อยละ 58.17 ไม่เคยแท้งบุตร ร้อยละ 77.55 จำนวนบุตรที่มีชีวิต 1 คน ร้อยละ 63.27 ส่วนใหญ่อายุครรภ์ขณะคลอดอยู่ในช่วง 37 สัปดาห์ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 81.64 มีความตั้งใจคลอดเองทางช่องคลอด ร้อยละ 62.20 เหตุผล

ของการผ่าตัดคลอดครั้งนี้ส่วนใหญ่คือ ภาวะที่ทารกมีภาวะผิดปกติที่แพทย์ไม่มั่นใจในความปลอดภัยของทารก (non-reassuring fetus status) ร้อยละ 29.59 รองลงมาคือภาวะช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกับศีรษะทารก (CPD) ร้อยละ 25.51 มารดาส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและอาการปกติในระยะหลังคลอดร้อยละ 95.91 ทารกส่วนใหญ่ไม่ได้เข้ารับการรักษาตัวที่หออภิบาลทารกแรกเกิด คิดเป็นร้อยละ 52.04 และระยะเวลาที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิดเฉลี่ย 4 วัน ($SD = 9.71$)

3. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเฉลี่ย 32.77 ($SD = 4.63$) คะแนนความเครียดจากการดูแลบุตรเฉลี่ย 30.87 ($SD = 8.54$) และคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ย 110.60 คะแนน ($SD = 24.69$) คะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบประเมินแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดฉบับภาษาไทย (EPSD) เฉลี่ย 7.03 คะแนน ($SD = 4.71$) ดังตารางที่ 1 โดยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 20.20 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยด้านจิตสังคมและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($n = 98$)

ปัจจัยด้านสังคม	ค่าพิสัยที่เป็นไปได้	ค่าพิสัยจริง	Mean	SD
ความเครียดจากการดูแลบุตร	10-40	19-40	32.77	4.63
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	10-40	17-31	22.97	2.42
การสนับสนุนทางสังคม	34-170	58-164	110.60	24.69
คะแนนการประเมินภาวะซึมเศร้า	0-30	0-26	7.03	4.71

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($n = 98$)

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (น้อยกว่า 11 คะแนน)	78	79.80
กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า (11 คะแนนขึ้นไป)	20	20.20

4. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียดจากการดูแลบุตร การสนับสนุนทางสังคม และระยะเวลาของบุตรที่ต้องเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($r = .68, p < .001, r = .51, p < .001, r = -.32, p < .01$ และ $r = .21,$

$p < .05$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

5. อายุของมารดา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาของบุตรที่ต้องเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียดจากการดูแลบุตร และการสนับสนุนทางสังคมร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้า

หลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินได้ร้อยละ 56 ($Adjust R^2 = .531, F_{6, 91} = 19.307, p < .05$) โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากที่สุด ($\beta = -.59, p < .05$) รองลงมาคือ

ความเครียดจากการดูแลบุตร ($\beta = .20, p < .05$) และระยะเวลาของบุตรที่ต้องเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิด ($\beta = .17, p < .05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (n = 98)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7
1. อายุของมารดา	1						
2. รายได้ของครอบครัว	.27	1					
3. ระยะเวลาของบุตรที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ NICU	.20	-.13	1				
4. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	.21	.17	-.08	1			
5. ความเครียดจากการดูแลบุตร	-.09	-.10	.18	-.47	1		
6. การสนับสนุนทางสังคม	-.12	.15	-.21	.30	-.42	1	
7. ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	-.01	-.01	.27***	-.68*	.51*	-.32**	1

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

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน (n = 98)

ตัวแปรทำนาย	B	S.E	Beta	t	p-value
อายุของมารดา	.43	.05	.05	5.15	.456
รายได้ของครอบครัว	4.29	.00	.12	1.68	.095
ระยะเวลาที่บุตรรักษาตัวที่ NICU	.08	.03	.17	2.40	.018
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	-.60	.08	-.59	-7.28	.000
ความเครียดจากการดูแลบุตร	.11	.04	.20	2.43	.017
การสนับสนุนทางสังคม	-.01	.02	.03	-.36	.717

Intercept = 21.35, $R^2 = .560, Adjust R^2 = .531, F = 19.30, p < .001$

อภิปรายผล

ภาวะซึมเศร้าในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 20.20 แตกต่างจากการศึกษาของ Goker et al. (2012) พบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดฉุกเฉินในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอดมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 34.90 และการศึกษาของ Yang et al. (2011) พบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดฉุกเฉินในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอดมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 32.68

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมากที่สุด ($\beta = -.59$) อธิบายได้ว่าถึงแม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินจะไม่ใช่ไปตามที่คาดหวัง แต่ภายหลังคลอดมารดาสามารถดูแลตนเองและบุตรได้ เกิดความภาคภูมิใจในตนเองเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่สูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoang et al. (2016) ที่พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ความเครียดจากการดูแลบุตรมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉีกฉีก ($\beta = .20$) เนื่องจากมารดาที่ผ่าตัดคลอดฉีกฉีกส่วนใหญ่บุตรจะมีปัญหาสุขภาพ ร่วมกับมีปัญหาการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมารดาครั้งแรก และการที่บุตรมีสุขภาพที่ไม่แข็งแรงทำให้มารดามีความกังวลต่อสุขภาพของบุตรนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของสุริยานิมิตรสุข และคณะ (Suriyanimitsuk et al., 2015) ที่พบว่าความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรมีอิทธิพลบวกทางตรงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ส่วนอายุของมารดาพบว่าไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉีกฉีก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่สามารถคิดวิเคราะห์และปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงภายหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Goker et al. (2012) พบว่าอายุของมารดาไม่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Lanes et al. (2011) ที่พบว่า อายุของมารดามีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

รายได้ของครอบครัวก็พบว่าไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดฉีกฉีก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวที่แน่นอนและเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครัวเรือน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sword et al. (2013) พบว่ารายได้ของครอบครัวไม่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แตกต่างจากการศึกษาของนักสนันท์ สุขเกษม และคณะ (2559) ที่พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้

การสนับสนุนทางสังคมก็ไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉีกฉีก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีผู้คอยให้ความช่วยเหลือในระยะหลังคลอดเป็นอย่างดี ส่งผลให้สามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Rogers et al. (2013) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Sword

et al., (2011) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลผดุงครรภ์และบุคลากรด้านสุขภาพในแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม และหน่วยเด็กสุขภาพดีควรมีการคัดกรอง ประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉีกฉีกทุกราย

2. ด้านการวิจัย พยาบาลและนักวิจัยควรมีการพัฒนาารูปแบบของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเอง และโปรแกรมการลดความเครียดจากการดูแลบุตรในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉีกฉีก โดยเฉพาะในรายที่มีบุตรต้องเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิด เพื่อป้องกันหรือลดการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณบุคคลที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนในการประสบความสำเร็จในครั้งนี้

Reference

- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research, 50*(5), 275-285.
- Betran, A. P., Ye, J., Moller, A., Zhang, J., Gulmezoglu, A. M., &Yorloni, M. R. (2016). The increasing trend in cesarean section rate: Global, Regional and national estimates: 1990-2014. *Plos One, 11*(2), 1-12.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 11*(1). 155-159.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*3.1: Test for correlation and regression analysis. *Behavior Research Methods, 41*(4), 1149-1160.

- Goker, A., Yanikkerem, E., Demet, M. M., Dikayak, S., Yildirim, Y., & Koyuncu, F. M. (2012). Postpartum depression: Is mode of delivery a risk factor? *ISRN Obstetrics and Gynecology*, 1(1), 1-6.
- Hoang, O. T., Deoisres, W., & Suppaseemanont, W. (2016). Factors predicting postpartum depression among women in HaiPhong city, Vietnam. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 32(1), 92-104.
- Lindahl, V., Pearson, J. L., & Colpe, L. (2005). Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 8(2), 77-87.
- Muraca, G. M. & Joseph. K. S. (2014). The association between maternal age and depression. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*, 39(9), 803-810.
- Raksapakde, R., Srisaeng, P., & Ungpansattawon, S. (2018). The relationships of selected factors and postpartum depression among postpartum mothers with hospitalized preterm infants. *Journal of Nursing Science & Health*, 41(1), 1-11. [In Thai]
- Suriyanimitsuk, T., Deoiseres, W. & Wongnum, P. (2015). A causal model of late postpartum depression and its effects on maternal roles. *Journal of Health Science Research*, 9(1), 16-25. [In Thai]
- Sword, W., Landy, C. K., Thabane, L., Watt, S., Krueger, P., Farine, D., & Foster, G. (2011). Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: A prospective cohort study. *An International Journal of Obstetrics and Gyneacology*, 1(1), 966-977.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2015). Cesarean Birth (C-section). Retrieved From <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Cesarean-Birth-C-Section>
- Vacharaporn, K., Pitanupong, J. & Samangsri, N. (2003). Development of the Edinburgh postnatal depression scale Thai version. *Journal of Mental Health of Thailand*, 11(3), 164-169. [In Thai]
- Wongvisetsirikul, P. (1998). *Relationships among personal factors, marital relationship, and postpartum anxiety and depression in first-time mother*, Doctoral dissertation Faculty of Nursing, Mahidol University. [In Thai]
- World Health Organization. (2015). *WHO statement on caesarean section rates*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?
- Yang, S-N., Shen, L-J., Ping, T., Wang, Y-C., & Chien, C-W. (2011). The delivery mode and seasonal variation are associated with the development of postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 132(1), 158-164.
- Yokote, N. (2008). Women's experiences of labor, surgery and first postnatal week by an emergency cesarean section. *Journal of Japan Academy of Midwifery*, 22(1), 37-47.
- Youngdee, K. & Roomruangwong, C. (2016). Depression after childbirth among mothers with obstetric complications in King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chulalongkorn Medical Journal*, 60(5), 561-574.