ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาหลังคลอดในจังหวัดสุพรรณบุรี

สุดารัตน์ วุฒิศักดิ์ไพศาล, พย.ม.*
ศิริพร ชุดเจือจีน, พย.ม.*

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ส่งผลกระทบต่อทั้งมารดา ทารกและครอบครัว งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาหลังคลอดในจังหวัดสุพรรณบุรี และศึกษาความเครียดในระยะหลังคลอด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพคู่สมรสและแรงสนับสนุนทางสังคมที่ สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด การวิจัยเป็นแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอด 4–6 สัปดาห์ที่มารับบริการในคลินิกหลังคลอดของโรงพยาบาลใน 10 อำเภอของจังหวัด สุพรรณบุรี 149 ราย คัดเลือกโดยการสุ่มแบบสัดส่วนตามขนาดประชากร เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดฉบับภาษาไทย แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบวัดสัมพันธภาพคู่ สมรส แบบสอบถามการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความเครียดของมารดาหลังคลอด เครื่องมือที่ใช้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคระหว่าง .84 ถึง .98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะ ซึมเศร้าหลังคลอดเฉลี่ย 6.66 คะแนน (*SD* = 6.02) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 25.5 (95% CI 19.2–33.1) เมื่อใช้เกณฑ์ตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไป ตัวแปรทั้ง 4 ตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า หลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยความเครียดในระยะหลังคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวก (r = .61) ส่วนสัมพันธภาพคู่สมรส (r=–.48) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (r=–.45) และแรงสนับสนุนทางสังคม (r =–.36) มีความสัมพันธ์ทางลบ ตัวแปรทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Omnibus χ^2 (4) = 51.47, $p < .001$, Nagelkerke R^2= .43) จำแนกกลุ่มได้ถูกต้องร้อยละ 81.2 เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น พบว่ามีเพียงความเครียดในระยะหลังคลอดที่สามารถทำนายภาวะ ซึมเศร้าหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญ (OR = 1.05, 95% CI 1.03–1.07, $p < .001$)

ผลที่ได้จากงานวิจัยในครั้งนี้ พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในจังหวัดสุพรรณบุรีสูงกว่าที่ รายงานในระบบเฝ้าระวังปัจจุบัน ความเครียดในระยะหลังคลอดเป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลมากที่สุด บุคลากรด้านสุขภาพควรคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอดซ้ำในระยะ 4–6 สัปดาห์หลังคลอด โดยประเมินความเครียด ในการเลี้ยงดูบุตรควบคู่ไปด้วย และควรพัฒนากิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งลดความเครียดของมารดา โดยให้คู่สมรส เข้ามามีส่วนร่วม

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด, ความชุก, ปัจจัยทำนาย, ความเครียดในระยะหลังคลอด, มารดาหลังคลอด

---

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Corresponding E-mail: siriporn@snc.ac.th
(Received: June 15, 2026; Revised: July 28, 2026; Accepted: July 28, 2026)

Prevalence and Predictors of Postpartum Depression among Postpartum Mothers in Suphanburi Province

Sudarat Wuttisakpaisan, M.N.S.*
Siriporn Chudjuajeen, M.N.S.*

Abstract

Postpartum depression is a mental health problem that affects mothers, infants, and families. This study aimed to determine the prevalence of postpartum depression among postpartum mothers in Suphanburi Province, and to examine whether postpartum stress, self-esteem, marital relationship, and social support could jointly predict postpartum depression. A cross-sectional study was conducted among 149 mothers at 4–6 weeks postpartum who attended postpartum clinics of hospitals in 10 districts of Suphanburi Province, recruited through proportionate sampling based on population size. The research instruments consisted of a personal data questionnaire, the Thai version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, the Rosenberg Self-Esteem Scale, the ENRICH Marital Satisfaction Scale, the Multidimensional Scale of Perceived Social Support, and the Parenting Stress Index, with Cronbach's alpha coefficients ranging from .84 to .98. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product-moment correlation coefficient, and logistic regression. The results revealed that the mean postpartum depression score was 6.66 (*SD* = 6.02), and the prevalence of postpartum depression was 25.5% (95% CI 19.2–33.1). All four variables were significantly correlated with postpartum depression ($p < .001$); postpartum stress was positively correlated ($r = .61$), whereas marital relationship ($r = -.48$), self-esteem ($r = -.45$), and social support ($r = -.36$) were negatively correlated. The four variables jointly predicted postpartum depression at a statistically significant level (Omnibus χ^2 (4) = 51.47, $p < .001$, Nagelkerke $R^2 = .43$), with an overall classification accuracy of 81.2%. After controlling for the effects of the other variables, only postpartum stress remained a significant predictor of postpartum depression (*OR* = 1.05, 95% CI 1.03–1.07, $p < .001$). These findings indicate that the prevalence of postpartum depression in Suphanburi Province is higher than that reported by the current surveillance system, and that postpartum stress is the most influential predictor. Health personnel should re-screen for postpartum depression at 4–6 weeks postpartum together with an assessment of parenting stress, and should develop nursing interventions aimed at reducing maternal stress with the active involvement of spouses.

Keywords: postpartum depression, prevalence, predictors, postpartum stress, postpartum mothers

* Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute Ministry of Public Health

บทนำ

ระยะหลังคลอด (Postpartum period) เป็นช่วงเวลาแห่งการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญที่สุดช่วงหนึ่งในวงจรชีวิตของสตรี ในระยะนี้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม การให้กำเนิดบุตรเป็นเหตุการณ์ที่ครอบครัวและสังคมแสดงความยินดี แต่ในมุมด้านสุขภาพจิต ระยะนี้เป็นช่วงที่มีความเปราะบางต่อการเกิดความผิดปกติทางอารมณ์สูงกว่าช่วงเวลาอื่นถึง 2 เท่า ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดไม่ใช่เพียงความรู้สึกเหนื่อยล้าหรือความแปรปรวนทางอารมณ์เพียงชั่วคราวหรือ "Postpartum Blues" แต่เป็นภาวะทางจิตเวชที่มารดาหลังคลอดต้องเผชิญกับอาการหดหู่ สิ้นหวัง ไร้ค่า ในกรณีที่อาการรุนแรงอาจนำไปสู่ความคิดทำร้ายตนเองหรือบุตร สาเหตุของภาวะนี้เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวภาพและปัจจัยทางจิตสังคมอย่างแยกไม่ออก ในด้านชีววิทยาเกิดจากการลดลงอย่างรวดเร็วของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อสารสื่อประสาทในสมองที่ควบคุมอารมณ์ ขณะเดียวกันปัจจัยทางจิตสังคม เช่น การปรับตัวต่อบทบาทมารดา ความเหนื่อยล้าจากการเลี้ยงดูบุตรและการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอ ล้วนเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายขึ้น

สถานการณ์ของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความแตกต่างกันไปตามสภาพเศรษฐกิจและสังคม ในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง มีอุบัติการณ์ร้อยละ 24.7 ซึ่งสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับประเทศไทย ข้อมูลในช่วงปี พ.ศ. 2560-2567 แสดงให้เห็นว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีแนวโน้มพุ่งสูงขึ้น การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในสถานพยาบาลทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ พบอุบัติการณ์ร้อยละ 12.1 - 18.8 ในบางภูมิภาค เช่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบความชุกสูงถึงร้อยละ 22.0 (ชุติมา สุทธิและคณะ, 2568; วรรณี นวลฉวีและคณะ, 2561; สร้อย อนุสรณ์ธีรกุลและคณะ: 2565) ตัวเลขความชุกที่เพิ่มขึ้นนี้สะท้อนถึงแรงกดดันที่เปลี่ยนแปลงไปในสังคมไทยยุคหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19 ประกอบด้วยภาวะถดถอยทางเศรษฐกิจและการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของครอบครัว ข้อมูลเหล่านี้ตอกย้ำถึงความจำเป็นของการใช้เครื่องมือคัดกรองที่มีความเชื่อมั่นสูง เพื่อเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้อย่างใกล้ชิด สำหรับสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรีนั้น ไม่พบรายงานสถานการณ์ที่ชัดเจน มีรายงานภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในระดับเขตสุขภาพที่ 5 ปี พ.ศ.2568 ซึ่งรวมจังหวัดสุพรรณบุรี จาก Health Data Center ของเขตสุขภาพที่ 5 มีความชุกอยู่ร้อยละ 8.4-14.5 โรงพยาบาลจะประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยใช้แบบประเมิน ST-5 ในช่วง 2-3 วันหลังคลอดก่อนกลับบ้าน แต่การประเมินในช่วงนี้อาจจะยังไม่สะท้อนภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างแท้จริงเพราะเป็นช่วงหลังคลอดระยะแรก มารดายังอยู่ในช่วงพักฟื้นหลังคลอด มีอาการอ่อนเพลียจากการคลอดและเริ่มปรับบทบาทการเป็นมารดา มารดาหลังคลอดมีระยะเวลาที่พักฟื้นในโรงพยาบาลเป็นเวลาสั้นๆ แต่ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจริงนั้นจะใช้ระยะเวลามากกว่า 2-3 วันหลังคลอด การประเมินเพียงครั้งเดียวก่อนกลับบ้านจึงเป็นเพียงการคัดกรองเบื้องต้นเท่านั้น ความสำคัญของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอยู่ที่ผลกระทบแบบลูกโซ่ (Domino Effect) ที่ไม่ได้สิ้นสุดเพียงแค่ตัวมารดา อาการที่ประกอบด้วยความเศร้าโศกอย่างต่อเนื่อง ความเหนื่อยล้า นอนไม่หลับและรู้สึกไร้ค่าส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตร มารดาที่มีภาวะซึมเศร้ามักแสดงความรักและการตอบสนองต่อของทารกน้อยลง นำไปสู่ความล้มเหลวในการสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก มีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่าทารกที่เติบโตภายใต้การเลี้ยงดูของมารดาที่มีภาวะซึมเศร้า มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะทุพโภชนาการ การเจริญเติบโตหยุดชะงักและมีพัฒนาการทางสติปัญญาที่ล่าช้ากว่าเด็กทั่วไปอย่างชัดเจน (Surkan, Kennedy, Hurley, & Black: 2011) ในกรณีที่อาการรุนแรงมารดาอาจมีความคิดทำร้ายตนเองหรือบุตร ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤตทางสูติศาสตร์และจิตเวชที่ต้องป้องกันอย่างเร่งด่วน

จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อค้นหาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า พบว่าปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้า มีหลายปัจจัยร่วมกัน สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและแรงสนับสนุนทางสังคมคือตัวแปรที่มีอิทธิพลที่สุดตัวแปรหนึ่ง สภาพแวดล้อมภายในครอบครัวเปรียบเสมือนระบบสนับสนุนที่ใกล้ชิดที่สุดของมารดา สัมพันธภาพคู่สมรสที่ไม่ดีหรือมีความขัดแย้ง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้สูงถึง 7.1 เท่า ในทางตรงกันข้ามการรับรู้ถึงการสนับสนุนจากคู่สมรสทั้งในด้านอารมณ์ การช่วยเลี้ยงบุตรและการได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดระดับ

ความเครียดและเสริมสร้างความเชื่อมั่นในอำนาจแห่งตนของมารดาในการปรับตัวเข้าสู่บทบาทใหม่ ในบริบทสังคมไทยปัจจุบัน สัมพันธภาพของคู่สมรสกำลังเผชิญกับความท้าทายใหม่ มารดาจำนวนมากต้องรับ ภาระแบบ "Double Burden" คือ การทำงานนอกบ้านเพื่อแบ่งเบาภาระทางเศรษฐกิจควบคู่ไปกับการทำหน้าที่แม่ตามค่านิยมดั้งเดิม ความคาดหวังที่สวนทางกันระหว่างบทบาททางเพศสมัยใหม่และประเพณีความเชื่อแบบไทย อาจก่อให้เกิดความตึงเครียดในความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาและความเครียดในบทบาทหน้าที่มารดา ปัจจัยด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) มีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญ มารดาที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะมีความเสี่ยงหรือมีระดับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดลดต่ำลง มีความมั่นใจในการเลี้ยงดูบุตรและมีแรงจูงใจในการเผชิญหน้ากับความเปลี่ยนแปลงหลังคลอดได้ดี ส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำกว่ามารดาที่ไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง (เสาวลักษณ์ เสียงนัน, 2561) การดูแลมารดาหลังคลอดในระบบบริการสาธารณสุขไทยในปัจจุบัน ยังคงมุ่งเน้นการตรวจประเมินทางกายภาพของมารดาหลังคลอดและทารกเป็นหลัก เช่น การตรวจแผลฝีเย็บและการฉีดวัคซีน แต่การประเมินเชิงรุกเกี่ยวกับสัมพันธภาพคู่สมรสและภาวะสุขภาพจิตมักถูกละเลยหรือไม่ได้รับการคัดกรองอย่างเป็นระบบ

ดังนั้นการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจึงควรดำเนินการเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพราะความชุกของการเกิดในแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน รวมถึงสภาพแวดล้อมของสังคมและเศรษฐกิจในขณะนั้น สำหรับการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยเฉพาะอิทธิพลของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียดหลังคลอดและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลมารดาหลังคลอด สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีด้านสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิตและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ตั้งแต่เริ่มต้นชีวิต ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่เพียงแต่จะช่วยยืนยันความชุกของปัญหาในปัจจุบัน แต่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ให้พยาบาลสามารถออกแบบนวัตกรรมหรือโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันทางด้านจิตใจและยกระดับคุณภาพชีวิตของทั้งมารดา ทารกและครอบครัวไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดในจังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับความเครียดในระยะหลังคลอด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสัมพันธภาพคู่สมรสและแรงสนับสนุนทางสังคมที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

สมมติฐานการวิจัย

ความเครียดในระยะหลังคลอด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพคู่สมรสและแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

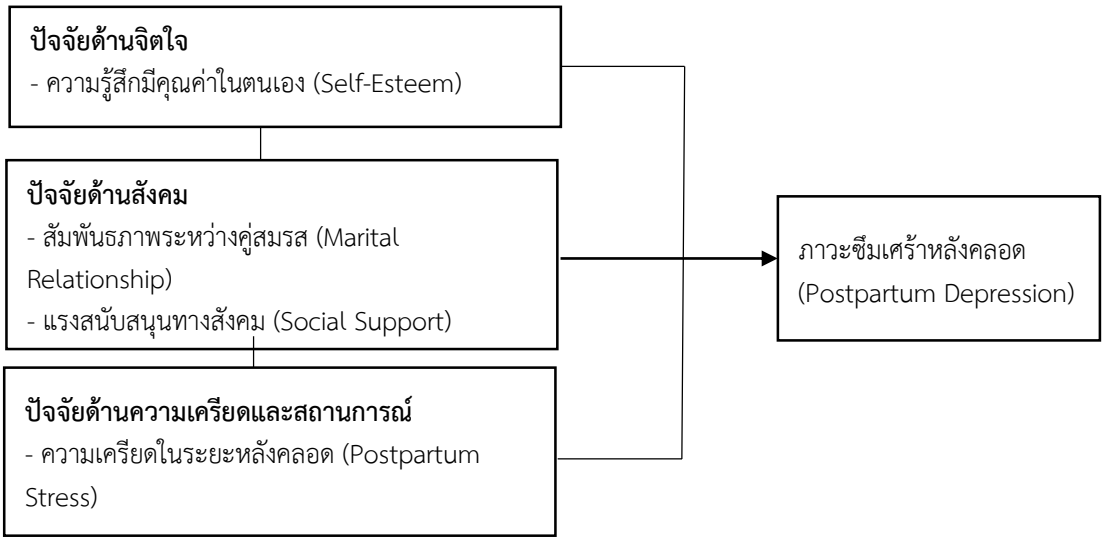
กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำแนวคิดของ Beck’s Predictors of Postpartum Depression (Beck,1996; Beck, 2001) และทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Richard Lazarus และ Susan Folkman (Lazarus & Folkman,1984) มาใช้ในการกำหนดตัวแปรที่จะทำการศึกษา

Beck กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าหลังคลอดไม่ได้เกิดจากปัจจัยเดียว แต่เป็นผลจากหลายปัจจัยร่วมกันทั้งด้านจิตใจสังคมและประสบการณ์ชีวิต โดยสามารถใช้ตัวแปรทำนายเพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงล่วงหน้าได้ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเกิดจากปัจจัยหลายด้าน สามารถจัดกลุ่มได้ดังนี้ 1) ด้านจิตใจ (Psychological Factors) ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์ ความวิตกกังวลระหว่างตั้งครรภ์ ความนับถือตนเองต่ำ 2) ด้านประวัติ (Historical Factors) ได้แก่ มีประวัติเป็นโรคซึมเศร้า 3) ด้านความเครียดและสถานการณ์ (Situational Stressors) ได้แก่ความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ 4) ด้านสังคมและความสัมพันธ์(Social/Interpersonal Factors) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจในชีวิตคู่ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม

สำหรับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Richard Lazarus และ Susan Folkman (1984) อธิบายว่าความเครียดเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ (interaction) ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะประเมินว่าเหตุการณ์นั้นเป็นภัยคุกคามหรือไม่และตนเองสามารถรับมือได้หรือไม่ การเผชิญความเครียดมีกระบวนการ ประกอบด้วย 1) การประเมินสถานการณ์ (Cognitive Appraisal) ประกอบด้วยการประเมินขั้นต้น (Primary Appraisal) บุคคลจะประเมินว่าเหตุการณ์นั้นเป็นภัยคุกคาม (threat) เป็นอันตราย/ความสูญเสีย (harm/loss) หรือเป็นความท้าทาย (challenge) เช่น มารดาหลังคลอดอาจจะประเมินการดูแลทารกว่าเป็น “ภาระหนัก” หรือ “ความท้าทาย” สำหรับการประเมินขั้นรอง (Secondary Appraisal) นั้น บุคคลจะประเมินว่าตนเองมีทรัพยากรเพียงพอหรือไม่ที่จะช่วยจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น มีความรู้ มีการสนับสนุนจากครอบครัว มีสถานะทางเศรษฐกิจที่ดี 2) การเผชิญความเครียด (Coping) แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ การเผชิญแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) เป็นการหาทางแก้ไขปัญหาโดยตรง เช่น การขอคำแนะนำเรื่องการเลี้ยงลูก และการเผชิญแบบมุ่งจัดการอารมณ์ (Emotion-focused coping) เป็นการจัดการความรู้สึก เช่น การระบายความรู้สึก การทำสมาธิ 3) ผลลัพธ์ของการเผชิญความเครียด หากบุคคลประเมินว่าสามารถรับมือกับความเครียดได้และใช้วิธีการเผชิญความเครียด (Coping) ที่เหมาะสม ก็จะไม่เกิดปัญหาด้านอารมณ์และปัญหาสุขภาพจิตตามมา

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Beck ร่วมกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman มากำหนดตัวแปรของงานวิจัย กรอบแนวคิดในการวิจัยแสดงตามแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการศึกษาคือมารดาหลังคลอด 4-6 สัปดาห์ ที่มารับบริการใน คลินิกหลังคลอดของโรงพยาบาลใน จ.สุพรรณบุรี จำนวน 4,596 คน โดยอ้างอิงจากสถิติการเกิดมีชีพของจังหวัดสุพรรณบุรี พ.ศ.2568 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี, 2568) ประชากรที่สนใจศึกษามีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มารดาหลังคลอดที่เคยมาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาล 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด 3) ไม่มีประวัติการป่วยทางจิตเวชหรือโรคซึมเศร้า และ4) อ่าน เขียน สื่อสารภาษาไทยได้

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.7 สำหรับสถิติ Logistic Regression โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ (Alpha) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 และกำหนดขนาดอิทธิพลในรูปอัตราส่วนความเสี่ยง (Odds Ratio) เท่ากับ 2.0 อ้างอิงความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่ร้อยละ 15 จากการคำนวณพบว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการคือ 149 คน แต่เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากกรณีข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 10% รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 165 คน

การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอ โดยใช้วิธีการสุ่มแบบสัดส่วนตามขนาดประชากรหญิงหลังคลอดของ จ.สุพรรณบุรีในแต่ละอำเภอ (proportion sampling) จำนวน 10 อำเภอ ดำเนินการเก็บข้อมูลแบบต่อเนื่องในแต่ละโรงพยาบาลจนได้จำนวนครบตามที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างที่เก็บรวบรวมข้อมูลได้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 10 อำเภอ มีดังนี้ 1) อำเภอเมือง 35 คน 2) อำเภอสองพี่น้อง 23 คน 3) อำเภออู่ทอง 21 คน 4) อำเภอเดิมบางนางบวช 9 คน 5) อำเภอบางปลาม้า 11 คน 6) อำเภอด่านช้าง 17 คน 7) อำเภอศรีประจันต์ 10 คน 8) อำเภอดอนเจดีย์ 7 คน 9) อำเภอสามชุก 10 คน 10) อำเภอหนองหญ้าไซ 6 คน รวม 149 คน

เครื่องมือในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอด ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของตนเองและครอบครัว ลำดับการตั้งครรภ์ วิธีการคลอด ภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอดและหลังคลอด จำนวนสมาชิกในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ฉบับภาษาไทย (Thai Edinburgh Postnatal Depression Scale: Thai-EPDS) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ของ Cox et al. (21) แปลเป็นภาษาไทยโดยกมลรัตน์ วัชราภรณ์และคณะ (2546) มีข้อคำถาม 10 ข้อ คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีคะแนนรวม 0-30 คะแนน หากได้คะแนนรวมตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) พัฒนาโดย Rosenberg (1965) และแปลเป็นภาษาไทยโดย นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุลและคณะ (2024) มีข้อคำถาม 10 ข้อ ให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10–40 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนแปลจากคะแนนรวม 10-16 คะแนน หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำมาก 17-22 คะแนน หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ 23-28 คะแนน หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองปานกลาง 29-34 คะแนน หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง 35-40 หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) ซึ่งพัฒนาโดย Zimet et al. (1988) และแปลเป็นภาษาไทยโดย ทินกร วงศ์ปการันย์, ณหทัย วงศ์ปการันย์, และรัชฎา รักษ์ตระกูล (2554) มีข้อคำถาม 12 ข้อ ให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ คะแนนรวม 12-84 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนแปลจากคะแนนรวม 12-26 คะแนน หมายถึง การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุด 27-40 คะแนน หมายถึง การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมน้อย 41-55 คะแนน หมายถึง การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง 56-69 คะแนน หมายถึง การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมาก 70-84 คะแนน หมายถึง การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเครียดของมารดาหลังคลอด พัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงแนวคิด Parenting Stress Index ของ Abidin (1995) แปลเป็นภาษาไทยโดยสุมัจฉรา มานะชีวกุล, ทัศนีย์ ประสพกิตติคุณ, และพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม (2555) มีข้อคำถาม 36 ข้อ ให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวม 36-180 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนแปลจากคะแนนรวม 36 – 64 คะแนน หมายถึง ความเครียดระดับน้อยที่สุด 65-93 คะแนน หมายถึง ความเครียดระดับน้อย 94-122 คะแนน หมายถึง ความเครียดระดับปานกลาง 123-151 คะแนน หมายถึง ความเครียดระดับมาก 152-180 คะแนน หมายถึง ความเครียดระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 6 แบบวัดสัมพันธภาพคู่สมรส ผู้วิจัยใช้แบบวัด ENRICH Marital Satisfaction Scale ซึ่งพัฒนาโดย Olson et al. (1983) และดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย Yang et al. (2023) มีข้อคำถาม 15 ข้อ ให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15 – 75 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนแปลจากคะแนนรวม 15–26 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจในสัมพันธภาพคู่สมรสน้อยที่สุด 27-38 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจในสัมพันธภาพคู่สมรสน้อย 39-50 คะแนน ความพึงพอใจในสัมพันธภาพคู่สมรสปานกลาง 51-62 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจในสัมพันธภาพคู่สมรสมาก 63-75 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจในสัมพันธภาพคู่สมรสมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทุกชุดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ทุกข้อคำถามมีค่า IOC 0.50 ขึ้นไป หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับหญิงหลังคลอดที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ของแบบสอบถามดังนี้ 1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มีค่า เท่ากับ 0.82 2) แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีค่าเท่ากับ 0.84 3) แบบสอบถามการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าเท่ากับ 0.87 4) แบบประเมินความเครียดของมารดาหลังคลอด มีค่าเท่ากับ 0.80 และ 5) แบบวัดสัมพันธภาพคู่สมรส มีค่าเท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ตามเอกสารรับรองหมายเลข EC-008/2569 รับรองตั้งแต่วันที่ 27 พฤษภาคม 2569 ถึงวันที่ 28 พฤษภาคม 2570

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยโดยมีผู้ช่วยในการเก็บข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้ 1) คัดเลือกมารดาหลังคลอดที่มารับบริการตรวจหลังคลอด 4-6 สัปดาห์ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 2) แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยพากลุ่มตัวอย่างเข้าไปในห้องที่เตรียมไว้ สำหรับตอบแบบสอบถาม เป็นเวลาประมาณ 30 นาที 3) หลังจากได้รับแบบสอบถามคืน ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำมาวิเคราะห์ทางสถิติการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและคำนวนหาอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรและวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติคส์ (Logistic Regression) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลจากมารดาหลังคลอด 4–6 สัปดาห์ ที่มารับบริการในคลินิกหลังคลอดของ โรงพยาบาลในจังหวัดสุพรรณบุรี 10 แห่ง ได้แบบสอบถามที่ครบถ้วนสมบูรณ์ 149 ราย ซึ่งเป็นไปตามขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้ จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ 165 ราย เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากข้อมูลในแบบสอบถามที่ตอบกลับอาจไม่สมบูรณ์ คิดเป็นร้อยละ 90.30

1.ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 20-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.50 ค่าเฉลี่ยของอายุ เท่ากับ 26.69 (*SD* = 5.80) อายุต่ำสุด 14 ปี และสูงสุด 42 ปี ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยม/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 59.70 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 40.10 สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันกับสามี คิดเป็นร้อยละ 72.50 กลุ่มตัวอย่างไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 46.30 รายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน และอยู่ระหว่าง 10,000-19,999 บาท/

เดือน จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 32.90 เป็นการตั้งครรภ์แรก คิดเป็นร้อยละ 45.60 คลอดปกติ คิดเป็นร้อยละ 51.00 และจำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่เกิน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 49.00

2. ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ตารางที่ 1 ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจำแนกตามเกณฑ์การแปลผล (n = 149)

เกณฑ์การแปลผล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	95% CI ของร้อยละ
EPDS ≥ 11 (เกณฑ์ของการศึกษานี้)	38	25.5	19.2–33.1

จากตารางที่ 1 คะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีค่าเฉลี่ย 6.66 คะแนน (*SD* = 6.02) พิสัยคะแนน 0 - 21 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน เกณฑ์การแปลผลที่กำหนดคือคะแนนตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบว่ามารดาหลังคลอดมีภาวะซึมเศร้า 38 ราย คิดเป็นความชุก ร้อยละ 25.5 (95% CI 19.2–33.1)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายข้อของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (n = 149)

ข้อที่	ข้อคำถาม	M	*SD*	ลำดับ
1	ฉันสามารถหัวเราะและมองเห็นด้านขบขันของสิ่งต่าง ๆ ได้	0.42	0.74	8
2	ฉันยังคงมีความสุขกับสิ่งต่าง ๆ	0.33	0.65	9
3	ฉันโทษตัวเองโดยไม่จำเป็นเมื่อมีสิ่งผิดพลาดเกิดขึ้น	1.21	0.94	1
4	ฉันรู้สึกวิตกกังวลหรือกังวลโดยไม่มีเหตุผล	0.96	1.00	2
5	ฉันรู้สึกกลัวหรือแตกตื่นโดยไม่มีเหตุผล	0.53	0.78	7
6	ฉันรู้สึกว่ามีหลายอย่างถาโถมเข้ามาจนรับมือไม่ไหว	0.85	0.91	3
7	ฉันรู้สึกไม่มีความสุขจนทำให้นอนหลับยาก	0.72	0.89	5
8	ฉันรู้สึกเศร้าหรือไม่มีความสุข	0.73	0.86	4
9	ฉันรู้สึกไม่มีความสุขจนร้องไห้	0.61	0.80	6
10	ฉันเคยคิดทำร้ายตัวเอง	0.30	0.62	10

จากตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาคะแนนรายข้อพบว่า ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อ 3 “ฉันโทษตัวเองโดยไม่จำเป็นเมื่อมีสิ่งผิดพลาดเกิดขึ้น” (M = 1.21, *SD* = 0.94) ข้อ 4 “ฉันรู้สึกวิตกกังวลหรือ กังวลโดยไม่มีเหตุผล” (M = 0.96, *SD* = 1.00) และข้อ 6 “ฉันรู้สึกว่ามีหลายอย่างถาโถมเข้ามาจนรับมือไม่ไหว” (M = 0.85, *SD* = 0.91) ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ ข้อ 10 “ฉันเคยคิดทำร้ายตัวเอง” (M = 0.30, *SD* = 0.62) ข้อ 2 “ฉันยังคงมีความสุขกับสิ่งต่าง ๆ” (M = 0.33, *SD* = 0.65) และข้อ 1 “ฉันสามารถหัวเราะและมอง เห็นด้านขบขันของสิ่งต่างๆ ได้” (M = 0.42, *SD* = 0.74)

3. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเชื่อมั่นและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (n = 149)

ตัวแปร	M	*SD*	α	1	2	3	4	5
1. ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	6.66	6.02	.90	–				
2. ความเครียดหลังคลอด	67.15	25.99	.98	.61***	–			
3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	33.10	4.37	.84	−.45***	−.45***	–		
4. สัมพันธภาพคู่สมรส	59.66	13.14	.98	−.48***	−.35***	.55***	–	
5. แรงสนับสนุนทางสังคม	64.81	13.02	.95	−.36***	−.30***	.49***	.47***	–

*** $p < .001$

จากตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในระยะหลังคลอด คะแนนเฉลี่ย 67.15 คะแนน (*SD* = 25.99) อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ขณะที่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองคะแนนเฉลี่ย 33.10 คะแนน (*SD* = 4.37) สัมพันธภาพคู่สมรสคะแนนเฉลี่ย 59.66 คะแนน (*SD* = 13.14) และแรงสนับสนุน ทางสังคมคะแนนเฉลี่ย 64.81 คะแนน (*SD* = 13.02) ซึ่งทั้ง 3 ตัวแปร มีค่าคะแนนอยู่ในระดับค่อนข้างสูง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าตัวแปรทั้ง 4 ตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทุกตัวแปร โดยความเครียดในระยะหลังคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง (r = .61) ส่วนสัมพันธภาพคู่สมรส (r = −.48) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (r = −.45) และแรงสนับสนุนทางสังคม (r = −.36) มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง กล่าวคือมารดาที่มีความเครียดสูงมีแนวโน้มที่จะมี ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงขึ้น ขณะที่มารดาที่มีสัมพันธภาพกับคู่สมรสดีรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงและได้รับแรง สนับสนุนทางสังคมมากมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดลดลง

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก(Logistic Regression) ของปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (n = 149)

ตัวแปรทำนาย	B	S.E.	Wald	*p*	OR	95% CI ของ OR
- ความเครียดในระยะหลังคลอด	0.045	0.010	19.91	< .001	1.05	1.03–1.07
- ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	−0.028	0.067	0.17	.678	0.97	0.85–1.11
- สัมพันธภาพคู่สมรส	−0.033	0.021	2.42	.120	0.97	0.93–1.01
-แรงสนับสนุนทางสังคม	−0.027	0.020	1.82	.178	0.97	0.94–1.01
- ค่าคงที่	0.054	2.236	0.00	.981	—	—

*** $p < .001$

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression) พบว่าโมเดลที่ประกอบด้วยตัวแปรทำนาย 4 ตัว ได้แก่ ความเครียดในระยะหลังคลอด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพคู่สมรส และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Omnibus χ^2 (4) = 51.47, $p < .001$) โดยอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ร้อยละ 43.0 (Nagelkerke R^2 = .43) ผลการทดสอบความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลด้วยวิธี Hosmer-Lemeshow ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 (8) = 14.56, $p = .068$) แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และสามารถจำแนกกลุ่มได้ถูกต้องโดยรวมร้อยละ 81.2 เมื่อพิจารณาอิทธิพลของตัวแปรทำนายรายตัว พบว่ามีเพียงความเครียดในระยะหลังคลอดเท่านั้นที่สามารถทำนายภาวะ

ซึมเศร้าหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (B = 0.045, S.E. = 0.010, Wald = 19.91, $p < .001$) โดยมีค่า Odds Ratio เท่ากับ 1.05 (95% CI 1.03–1.07)

อภิปรายผล

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ผลการวิจัยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอด 4–6 สัปดาห์ ในจังหวัด สุพรรณบุรี เท่ากับร้อยละ 25.5 ซึ่งสูงกว่าค่าความชุกที่ใช้อ้างอิงในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ ร้อยละ 15 และสูงกว่ารายงานของ Health Data Center เขตสุขภาพที่ 5 ที่มีความชุกร้อยละ 8.4–14.5 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในประเทศไทยที่ใช้เครื่องมือ เกณฑ์การแปลผลและช่วงเวลาการประเมินเดียวกัน ได้แก่ การศึกษาของ Sornmayura และคณะ (2024) ซึ่งประเมินมารดาหลังคลอดด้วยแบบประเมิน Thai-EPDS ในช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอด พบความชุกร้อยละ 17.42 แต่การศึกษาในครั้งนี้พบความชุกสูงกว่า แต่ก็ยังอยู่ในช่วงความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่มีรายงานในประเทศไทย หากเทียบความชุกกับงานวิจัยในต่างประเทศ เช่น งานวิจัยของ Hong & Buntup (2023) ที่ศึกษาในกลุ่มประเทศอาเซียน พบความชุกอยู่ระหว่างร้อยละ 5.3 ถึง 41.7 สาเหตุที่ความชุกของเกิดแตกต่างกันนั้นเนื่องจากเหตุผล 3 ประการ ประการแรกคือความแตกต่างของ ช่วงเวลาและเครื่องมือที่ใช้ประเมิน ข้อมูลของ Health Data Center เขตสุขภาพที่ 5 ได้จากการคัดกรองด้วย แบบประเมิน ST-5 ในช่วง 2–3 วันหลังคลอดก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นช่วงที่ตรงกับภาวะอารมณ์ เศร้าหลังคลอดหรือ Postpartum blue ยังไม่ได้เป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างแท้จริง Beck (2001) ระบุว่าภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดเป็นเพียงตัวทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด การประเมินในช่วงดังกล่าวจึง เป็นการคัดกรองเบื้องต้นเท่านั้น ดังนั้นจึงอาจพบขนาดของปัญหาต่ำกว่าความเป็นจริง ในขณะที่การวิจัยนี้ ประเมินในช่วง 4–6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงที่มารดาเผชิญกับความเครียดจากบทบาท การเลี้ยงดูบุตรเต็ม รูปแบบแล้ว ผลการวิจัยจึงสนับสนุนข้อเสนอที่ว่าการคัดกรองเพียงครั้งเดียวก่อน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ไม่เพียงพอและควรมีการคัดกรองซ้ำในระยะ 4–6 สัปดาห์หลังคลอด

ประการที่สอง ได้แก่ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและบริบทเชิงพื้นที่ การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลจากคลินิก หลังคลอดของโรงพยาบาลใน 10 อำเภอของจังหวัดสุพรรณบุรี ด้วยวิธีสุ่มแบบสัดส่วนตามขนาดประชากร ซึ่งครอบคลุมมารดาในพื้นที่ชนบทและกึ่งเมือง แตกต่างจากการศึกษาส่วนใหญ่ที่เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลตติยภูมิ เพียงแห่งเดียว เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 40.10 ไม่มีรายได้ของตนเอง (ร้อยละ 46.3) และ 2 ใน 3 มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 20,000 บาทต่อเดือน นอกจากนี้ยังมีมารดาที่ไม่ได้อยู่กินกับคู่สมรสถึงร้อยละ 26.9 และมีมารดาวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี จำนวน 8 ราย ลักษณะเช่นนี้สอดคล้องกับตัวทำนายตามแนวคิดของ Beck (2001) ที่กล่าวว่าปัจจัยด้านสถานะทาง เศรษฐกิจและสังคมมีผลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยสถานะทางเศรษฐกิจมีขนาดอิทธิพล .19–.22 และสถานภาพสมรส มีขนาดอิทธิพล .21–.35

ประการสุดท้ายคือบริบททางสังคมและเศรษฐกิจภายหลังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การวิจัยแบบการวิเคราะห์อภิมานของ Galletta และคณะ (2026) พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าหลัง คลอดในช่วงการแพร่ระบาดของโรคสูงถึงร้อยละ 28.48 และอยู่ที่ร้อยละ 23.52 ในกลุ่มที่ใช้แบบประเมิน EPDS ที่เกณฑ์ตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป ค่าความชุกที่พบในการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยดังกล่าว ประเด็นสำคัญอย่างหนึ่งที่พบในการวิจัยนี้คือกลุ่มตัวอย่างตอบว่าเคยมีความคิดทำร้ายตนเอง 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.5 (ข้อคำถามที่ 10 ของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด) ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูง แม้ว่าคะแนนรวมของแบบประเมินจะไม่ถึงเกณฑ์ภาวะซึมเศร้า สะท้อนว่าความคิดทำร้ายตนเองอาจเกิดขึ้นได้ แม้ในมารดาที่คะแนนรวมของการประเมินภาวะซึมเศร้ายังไม่ถึงเกณฑ์ ข้อค้นพบนี้แสดงว่าบุคลากรด้านสุขภาพต้องพิจารณาผลการตอบในรายข้อควบคู่ไปกับการประเมินคะแนนรวมและควรให้การดูแลมารดากลุ่มนี้อย่างเหมาะสม สำหรับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ที่ตอบในข้อนี้และกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนประเมินรวมเข้าเกณฑ์ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ได้รับการดูแลและส่งต่อตามความเหมาะสม

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ผลการวิเคราะห์พบว่าตัวแปรทั้ง 4 ตัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับแนวคิดของ Beck (2001) ทั้งหมด กล่าวคือความเครียดในระยะหลังคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวก ส่วนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพคู่สมรสและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบ เมื่อเปรียบเทียบขนาดความสัมพันธ์กับค่าที่ได้จากการวิเคราะห์อภิมานของ Beck (2001) ซึ่งสังเคราะห์จากงานวิจัย 84 เรื่อง พบว่าค่าความสัมพันธ์ที่พบในการวิจัยครั้งนี้ อยู่ในระดับใกล้เคียงหรือสูงกว่าค่าจากการวิเคราะห์อภิมานเล็กน้อยทุกตัวแปร แสดงว่าโครงสร้างความสัมพันธ์ของปัจจัยทำนายภาวะ ซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาไทยมีลักษณะสอดคล้องกับที่พบในบริบทสากลและยืนยันความเหมาะสมของการ เลือกตัวแปรตามกรอบแนวคิดของ Beck เมื่ออธิบายด้วยทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) จะเห็นความสอดคล้องเชิงโครงสร้างที่ชัดเจนตามทฤษฎี กล่าวคือความเครียดในระยะหลังคลอดเปรียบได้กับ “ผลลัพธ์ของการประเมินสถานการณ์” ที่มารดาตัดสินว่าภาระในการเลี้ยงดูบุตรนั้นเกินกว่าทรัพยากรที่ตนเองมี ในขณะที่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพคู่สมรสและแรงสนับสนุนทางสังคมทำหน้าที่เป็น “ทรัพยากรในการเผชิญความเครียด” ที่มารดานำมาใช้ในการประเมินขั้นรอง (secondary appraisal) ข้อสังเกตที่พบในการวิจัยคือตัวแปรทรัพยากรทั้งสาม มีความสัมพันธ์ระหว่างกันเอง ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง ($r = .47$ ถึง $.55$) และสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ($r = -.30$ ถึง $-.45$) แสดงว่าทรัพยากรเหล่านี้ทำงานร่วมกันและมีแนวโน้มที่จะส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าผ่านการลดระดับความ เครียดของมารดา

3. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพบว่าตัวแปรทั้ง 4 ตัวสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Omnibus χ^2 (4) = 51.47, $p < .001$) อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 43.0 จำแนกกลุ่มได้ถูกต้องร้อยละ 81.2 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยในภาพรวม อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาอิทธิพล รายตัวแปร พบว่ามีเพียงความเครียดในระยะหลังคลอดที่เป็นตัวทำนายอิสระ (OR = 1.05, 95% CI 1.03–1.07, $p < .001$) หรือคิดเป็น OR = 3.24 เมื่อคะแนนความเครียดเพิ่มขึ้น 1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สมมติฐานการวิจัย จึงได้รับการสนับสนุนเพียงบางส่วน ข้อค้นพบในงานวิจัยนี้สามารถอธิบายได้ 2 ประเด็น ประเด็นแรกคือความ เครียดในระยะหลังคลอดเป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลสูงสุด สอดคล้องกับแนวคิดของ Beck (2001) ที่จัดให้ความ เครียดในการเลี้ยงดูบุตรเป็นหนึ่งในตัวทำนายที่มีขนาดอิทธิพลสูงที่สุด ร่วมกับภาวะซึมเศร้าระหว่าง ตั้งครรภ์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sornmayura และคณะ (2024) ในมารดาที่พบว่า การมีเหตุการณ์เครียดในระยะหลังคลอดสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่าง มีนัยสำคัญ (aOR =4.55, 95% CI 2.13–9.74) เมื่ออธิบายด้วยทฤษฎีของ Lazarus และ Folkman (1984) ความเครียดเป็นตัวแปรที่อยู่ใกล้ผลลัพธ์มากที่สุดในกระบวนการ เพราะเป็นผลรวมของการประเมินขั้นต้นและการประเมินขั้นรองที่ผ่านการกลั่นกรองแล้ว จึงมีอำนาจการทำนายสูงกว่าตัวแปรทรัพยากรที่อยู่ต้นทางของกระบวนการ

ประเด็นที่สองพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพคู่สมรสและแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีนัยสำคัญเมื่อควบคุมความเครียด ไม่ได้หมายความว่าตัวแปรเหล่านี้ไม่สำคัญ เพราะตัวแปรทั้งหมดนี้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญเมื่อวิเคราะห์แบบรายคู่ แต่แสดงให้เห็นว่าอิทธิพลของตัวแปรเหล่านี้น่าจะถูกส่งผ่านด้วยความเครียด ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีของ Lazarus และ Folkman (1984) งานวิจัยที่มีผลเช่นเดียวกับงานวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ งานวิจัยของ Wang และคณะ (2023) ในมารดาหลังคลอดชาวจีน 406 ราย ที่พบว่าความพึงพอใจในชีวิตคู่เป็นตัวแปรส่งผ่านความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดหลังคลอด โดยคิดเป็นร้อยละ 33.20 ของอิทธิพลรวมและการศึกษาของ Hall และคณะ (1996) ในมารดาหลังคลอด 738 ราย ที่พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นตัวแปรส่งผ่านอิทธิพลของความเครียดในชีวิตประจำวันและคุณภาพความสัมพันธ์กับคู่ครองไปสู่อาการซึมเศร้า ขณะที่ความเครียดยังคงมีอิทธิพลทางตรง ด้วยรูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรที่พบในการวิจัยครั้งนี้จึงสอดคล้องกับงานวิจัยทั้งสอง แต่ผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษา ของ Sornmayura และคณะ (2024) ที่พบว่าการได้รับแรง

สนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญ และมีขนาดอิทธิพลสูง (aOR = 5.26, 95% CI 2.33–12.5) ความแตกต่างนี้อธิบายได้ว่าการศึกษาดังกล่าววัดแรงสนับสนุนทางสังคม ในรูปตัวแปรกลุ่มคือเพียงพอและไม่เพียงพอ รวมทั้งไม่ได้นำตัวแปรด้านความเครียดมาวิเคราะห์ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมปรากฏจึงน่าจะส่งผ่านตัวแปรด้านความเครียดไปแล้ว ในขณะที่การวิจัยครั้งนี้ได้นำตัวแปรด้านความเครียดมาไว้ในการวิเคราะห์ ผลทางตรงที่เหลืออยู่จึงลดลงจนไม่มีนัยสำคัญ ข้อค้นพบของงานวิจัยทั้งสองเรื่องจึงไม่ขัดแย้งกันในเชิงเนื้อหา แต่สะท้อนความแตกต่างของโครงสร้างตัวแปรในแบบจำลอง

ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าความเครียดในระยะหลังคลอดเป็นตัวแปรที่มีต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากที่สุดและสามารถปรับเปลี่ยนได้ผ่านการพยาบาลอย่างเหมาะสม การประเมินความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรควบคู่กับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ในช่วง 4–6 สัปดาห์หลังคลอด น่าจะช่วยเพิ่มความสามารถในการค้นหามารดากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มีประสิทธิภาพมากกว่าการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเพียงอย่างเดียว ขณะเดียวกันการช่วยเหลือมารดาหลังคลอดให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการสนับสนุนให้คู่สมรสได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตร น่าจะเป็นกลวิธีอีกอย่างหนึ่งที่จะช่วยลดความเครียดของมารดาหลังคลอดได้

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางจึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ และเกณฑ์การคัดเข้าไม่ได้กำหนดช่วงอายุและสถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างจึงมีความหลากหลายทั้งมารดาวัยรุ่นและมารดาวัยเจริญพันธุ์ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมาจากอำเภอต่างๆ ซึ่งมีบริบททางสังคม เศรษฐกิจและระดับสถานบริการแตกต่างกัน แต่จำนวนในแต่ละกลุ่มย่อยมีจำกัดจนไม่สามารถวิเคราะห์แยกกลุ่มหรือแยกพื้นที่ได้

ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิจัยระยะยาว (longitudinal study) โดยติดตามมารดาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึง 6 เดือนหลังคลอด จะช่วยระบุลำดับเวลาของการเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้า รวมทั้งช่วยตรวจสอบว่าความชุกที่พบสูงในระยะ 4–6 สัปดาห์ว่าคงอยู่ต่อเนื่องหรือลดลงเมื่อเวลาผ่านไป

2. ศึกษาเชิงคุณภาพหรือแบบผสมผสาน (mixed methods) เพื่อทำความเข้าใจบริบททางวัฒนธรรม ไทยที่มีผลต่อความเครียดของมารดาหลังคลอด

3. พัฒนาโปรแกรมการพยาบาลที่มุ่งลดความเครียดในระยะหลังคลอดด้วย รูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง แบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) เน้นการเสริมทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการดึงคู่สมรสเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตร

เอกสารอ้างอิง

กมลรัตน์ วัชราภรร์, จารุรินทร์ ปิตานุพงศ์และนิศาสนติ์ สำอาง. (2546). การประเมินแบบสอบถาม Edinburgh Postnatal Depression. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, *11*(3), 164-169.

ชุติมา สุทธิ, วิชุดา หลวงด่านสกุล, พัชรา สุขเกษม, และบวรลักษณ์ สมันชาติ. (2568). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด. *จดหมายเหตุทางแพทย์แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์*, *108*:354-360.

ทินกร วงศ์ปการันย์, ณหทัย วงศ์ปการันย์. (2554). การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดความภาคภูมิใจในตนเองของโรเซนเบิร์ก: การศึกษาในนักศึกษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 56*(1), 59-70.

นวนันท์ ปิยะวัฒน์กูล, สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, นิรมล พัจนสุนทร, สมจิตร รองบุตรศรี, สมจิตร มณีกันต์, และวิจิตรา พิมพานิตย์. (2554). Validity and reliability of the Rosenberg Self-Esteem Scale-Thai version as compared to the Self-Esteem Visual Analog Scale. *จดหมายเหตุทางแพทย์แพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์*, *94*(7), 857–862.

วรรณี นวลฉวี, ทวีศักดิ์ กสิผล, และกนกพร นทีธนสมบัติ. (2561). ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา*, *19*(2), 115-125.

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, สุภาพักตร์ หาญกล้า, อัญชลี อ้วนแก้ว, กิ่งแก้ว สิทธิ, และธรรมวรรณ์ บูรณสรรค์. (2565). ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและการปรับตัวของมารดาหลังคลอดครั้งแรก และมารดาหลังคลอดครั้งหลัง. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, *19*(2), 164-174.

เสาวลักษณ์ เสียงนัน.(2561). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองในการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น.* วิทยานิพนธ์ปริญญาโท.มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2018/TU_2018_5814031026_10743_11263.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. (2568). *รายงานสถิติเด็กเกิดมีชีพและอุบัติการณ์สุขภาพจิตมารดาหลังคลอดรายอำเภอ จังหวัดสุพรรณบุรี ประจำปีงบประมาณ 2568* [เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่].

สุมัจฉรา มานะชีวกุล, ทัศนีย์ ประสพกิตติคุณ, และพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม. (2555). ปัจจัยทำนายความเครียดของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัยทารก. *วารสารพยาบาลสาขาสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, *30*(1), 53-62.

Yang, X., ทัศนา ชูวรรธนปกรณ์, และสุภามณี ลาภสถาพรกุล. (2566). การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิตสมรสฉบับภาษาไทยสำหรับสตรีมีครรภ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, *35*(1), 45-58.

Beck, C. T. (1996). A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nursing Research*, *45*(5), 297–303. https://doi.org/10.1097/00006199-199609000-00008

Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, *50*(5), 275–285. https://doi.org/10.1097/00006199-200109000-00004

Galletta, M. A. K., Hashimoto, A. S., Estrambk, G. A., Verardo, I. P. S., Cantagalli, M. H. I., Peres, S. V., & Francisco, R. P. V. (2026). Prevalence of postpartum depression in the COVID-19 pandemic and associated factors: Systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy and Childbirth. https://doi.org/10.1186/s12884-025-08262-z

Hall, L. A., Kotch, J. B., Browne, D., & Rayens, M. K. (1996). Self-esteem as a mediator of the effects of stressors and social resources on depressive symptoms in postpartum mothers. *Nursing Research, 45*(4), 231–238. https://doi.org/10.1097/00006199-199607000-00007

Hong, S. A., & Buntup, D. (2023). Maternal depression during pregnancy and postpartum period among the Association of Southeast Asian Nations (ASEAN) countries: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(6), 5023. https://doi.org/10.3390/ijerph20065023

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.

Sornmayura, R., et al. (2024). Prevalence and factors associated with high postpartum depression score using Thai Edinburgh Postnatal Depression Scale in Charoenkrung Pracharak Hospital. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology, 32*(3), 225–239.

Surkan, P. J., Kennedy, C. E., Hurley, K. M., & Black, M. M. (2011). Maternal depression and early childhood growth in developing countries: Systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, *89*(8), 607–615. https://doi.org/10.2471/BLT.11.088187

Wang, Y., Gu, J., Zhang, F., & Xu, X. (2023). The effect of perceived social support on postpartum stress: The mediating roles of marital satisfaction and maternal postnatal attachment. *BMC Women's Health, 23*(1), 482. https://doi.org/10.1186/s12905-023-02593-9