

รายงานการวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด

ดร. มาลีวัล เลิศสาครศิริ*

ดร. พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์**

ดร. วรณี เดียววิเศษ ***

Kinjo Hisako****

Lertsakornsiri, M., Boonyanurut, P., Deoisres, W., & Hisako, K.

Relationship between stress, social support, self-esteem and depression in postpartum mothers.

Thai Journal of Nursing, 61(3),1-8, 2012.

Key Words: Stress, Social Support, Self-Esteem, Depression, Postpartum Mother.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 160 คนเป็นมารดาหลังคลอด 4 สัปดาห์ ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี ที่ได้รับการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล

การรับรู้ความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า หาความเที่ยงของส่วนที่ 2-5 ได้ค่าเท่ากับ 0.72, 0.84, 0.77 และ 0.95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย และการวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติกแบบสองกลุ่ม (Binary Logistic Regression)

ผลการวิจัย พบว่า มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ ร้อยละ 75 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 82.50 มีความเครียดสูง ร้อยละ 70.62 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย และ ร้อยละ 74.38 มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มารดา

ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยเซนต์หลุยส์และ Saku University

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

** รองศาสตราจารย์ รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**** Associate Professor Faculty of Nursing, Saku University, Japan

หลังคลอดที่มีสัมพันธภาพกับสามีที่ดีมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าลดลง 0.212 เท่าของผู้ที่มีสัมพันธภาพไม่ดีกับสามี ส่วนผู้ที่มีความเครียดสูงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 7.132 เท่าของผู้ที่มีความเครียดต่ำ และผู้ที่มีความรู้สึก

มีคุณค่าในตนเองต่ำมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 5.587 เท่าของผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Abstract

The purposes of this descriptive research were to explore stress, social support, self-esteem and depression in postpartum mothers, and find the relationships between personal factors, stress, social support, self-esteem and depression in postpartum mothers. The samples consisted of 160 postpartum mothers who attended the postpartum clinic at King Narai Hospital and Banmi Hospital in Lopburi Province. The research tools were questionnaires that composed of 5 parts: 1) personal data, 2) the perceived stress, 3) Rosenberg self-esteem, 4) the perceived social support and 5) depression. The reliabilities of part 2-5 were 0.72, 0.84, 0.77 and 0.95 respectively. The data were analyzed by using the descriptive statistics and Binary logistic regression.

The results revealed that 82.5 percents of postpartum mothers expressed stress at high level, 70.62 percents of them gained low social support and 74.38 percents had low self-esteem. Depression was founded in 75 percents of the postpartum mothers. Postpartum mothers who had good relationship with husband, decreased chance of having depression 0.212 times of those who had poor relationship with husband. Postpartum mothers who had high level of stress, increased chance of having depression 7.132 times of those who had low level of stress. Postpartum mothers who had low self-esteem, increased chance of having depression 5.587 times of those who had high self-esteem at statistically significant level .05.

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นภาวะผิดปกติทางจิต ที่มีผลทำให้จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปโดยมักมีความรู้สึกผิดหวัง ล้มเหลว เศร้า ไม่มีความสุข ท้อแท้ เกิดความเฉื่อยชาต่อสิ่งแวดลอม ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกคาดว่าในปี พ.ศ. 2563 โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุนำอันดับที่ 2 ที่ทำให้เกิดความพิการหรือทุพพลภาพ ซึ่งเป็นอุบัติเหตุที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งในผู้หญิง โดยผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าผิดปกติ ร้อยละ 20-25 ซึ่งมากกว่าผู้ชาย 2 เท่า (WHO,

2001) ผู้หญิงในระยะมีบุตรเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูง (Smith & Shimp, 2000) Meighan และคณะ (1999) พบว่า มารดาหลังคลอดทุกคนมีความวิตกกังวลสูงกว่าคนปกติ แม้จะได้รับการเตรียมพร้อมในบทบาทของแม่ในระยะตั้งครรภ์ แต่ก็ต้องเผชิญกับความผิดปกติทางอารมณ์และจิตใจ ทำให้มีอาการนอนไม่หลับ อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย รู้สึกไม่มีเรี่ยวแรง เบื่ออาหาร ไร้ค่า และโดดเดี่ยว มีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อทารก และบุคคลใกล้ชิด มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับสามี ร้องไห้โดย

ไม่ทราบสาเหตุ และอาจมีความคิดอยากทำร้ายตัวเอง หรือทารก ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดก่อให้เกิดผลทางลบ หลายประการต่อมารดา ทารก และความสัมพันธ์ระหว่าง คู่สมรส โดยมารดาหลังคลอดจะรู้สึกเครียด และไม่พึงพอใจ สามี ส่วนสามีจะรู้สึกกลัว สับสน และซึมเศร้า ปัญหานี้อาจ นำไปสู่การทะเลาะเบาะแว้งหรือการทำร้ายร่างกายของ คู่สมรสได้ ระยะเวลาของการเกิดอาการมีแตกต่างกัน ตั้งแต่ภายใน 2-3 วัน หรือ 2-3 สัปดาห์หลังคลอด, ถึง 6 สัปดาห์, 3 เดือนหรือภายใน 1 ปีหลังคลอด (พักตร์วิไล ศรีแสง, 2549) ความชุกของภาวะซึมเศร้าในระยะ 2-7 วัน หลังคลอด มีร้อยละ 51.8 และในระยะ 4-6 สัปดาห์ หลังคลอดพบได้ ร้อยละ 34 (จุฑามณี เรืองจิตวิกุล และ เดชา ลลิตอนันต์พงศ์, 2008) ในต่างประเทศพบว่า มารดา หลังคลอดมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 13-36 (Beck, 2001) ประเทศในแถบเอเชีย ความชุกของภาวะซึมเศวาระยะ หลังคลอดอยู่ระหว่างร้อยละ 3.5 ถึง 63.3 โดยประเทศ มาเลเซียพบว่ามีค่าความชุกต่ำที่สุด และปากีสถานมีค่า ความชุกสูงสุด (Klainin & Arthur, 2009)

สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร่ายังไม่มีทฤษฎีใด บอกได้ชัดเจน แต่มีแนวคิดที่อธิบายได้ดังนี้ 1) ทฤษฎี ทางชีวภาพ (Biologic Theories) อธิบายว่า การเกิดภาวะ ซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับการไม่สมดุลของสารชีวเคมีต่างๆ ในสมอง เช่น Acetylcholine, Serotonin, Dopamine และ Norepinephrine รวมถึงการถ่ายทอดทางพันธุกรรม 2) ทฤษฎีทางจิตสังคม (Psychosocial Theories) ระบุว่า ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของแต่ละบุคคล ความสัมพันธ์ กับบุคคลอื่นๆ และเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต เป็นสาเหตุของ การเกิดภาวะซึมเศร้า (Davis et al., 2007) อย่างไรก็ตาม มีความเชื่อว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ ซึมเศร้าหลังคลอด ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ จิตใจ สิ่งแวดล้อม และประเพณี (กฤตยา แสงเจริญ และสุชาดา สุวรรณคำ, 2542) ในปัจจัยด้านชีวภาพ เป็นการเปลี่ยนแปลง ของฮอร์โมนหลังคลอด การลดลงอย่างรวดเร็วของระดับ ฮอร์โมน Estrogen และ Progesterone และการทำหน้าที่ ลดลงของฮอร์โมนจากต่อม Thyroid ส่วนปัจจัยด้านจิตใจ

ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์ Milgrom และคณะ (2008) พบว่า ภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์เป็นสาเหตุ ของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในอัตราที่สูง นอกจากนี้ ประวัติเคยมีภาวะซึมเศร้ามามาก่อน ความวิตกกังวล การขาด การสนับสนุน บุคลิกภาพที่เป็นอยู่ และการสูบบุหรี่เป็น ปัจจัยสำคัญทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Andrew-Fike, 1999; Nakku et al., 2006; McCoy et al., 2006; & Banti et al., 2011) รวมทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และ ประเพณี รวมถึงปัญหาในการแต่งงาน การเข้ากับคนอื่น ยาก การไม่พอใจกับการตั้งครรภ์ การได้รับการคำจุนไม่ดี ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงสถานะสู่การเป็นมารดา จัดเป็น ความกดดันในชีวิตที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าหลังคลอดได้

ปัจจุบันสภาพสังคมและวิถีชีวิตของคนไทยมีการ เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก อันอาจส่งผลต่อการเกิดภาวะ ซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด การศึกษาวิจัยในประเทศไทย ยังมีจำกัด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในเรื่องนี้เพื่อหาแนวทาง การวางแผนการดูแลรักษามารดาหลังคลอดให้ครอบคลุม ด้านร่างกายและจิตใจ และป้องกันการเกิดผลกระทบ ด้านลบต่อมารดา ทารก และครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

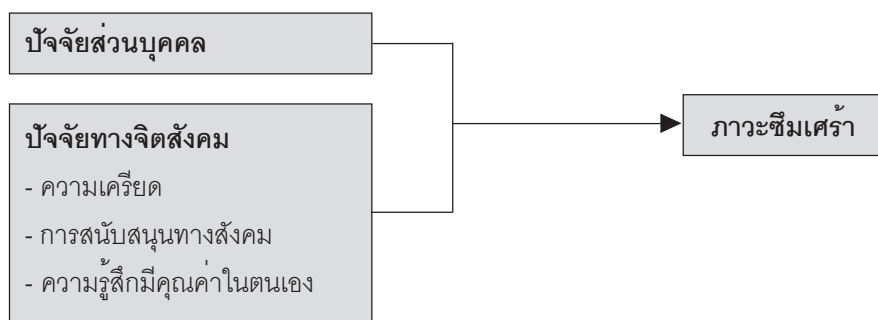
1. สำรวจความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้า ของมารดา หลังคลอด
2. หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ประวัติซึมเศร้า ความมั่นคงทางรายได้ ครอบครัว โครงสร้างครอบครัว สัมพันธภาพกับสามี จำนวนการตั้งครรภ์ และความตั้งใจในการตั้งครรภ์ และ ปัจจัยทางจิต สังคม ได้แก่ ความเครียด การสนับสนุน ทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับภาวะ ซึมเศร้า ของมารดาหลังคลอด

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ประวัติซึมเศร้า ความมั่นคงทางรายได้ครอบครัว โครงสร้างครอบครัว

สัมพันธ์ภาพกับสามี จำนวนการตั้งครรภ์ ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ และความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะ

ซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดเขียนเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัยได้ดังนี้



แผนภูมิ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้า

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นมารดาหลังคลอด 4 สัปดาห์ ที่มารับการตรวจสุขภาพ ณ ห้องตรวจหลังคลอด แผนกสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 160 คน เลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978 cited in Prescott, 1987) คือ 10 (จำนวนตัวแปรอิสระ) + 50 ได้เท่ากับ 150

เครื่องมือวิจัย เป็นแบบสอบถาม มี 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 22 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ใช้ของ Rosenberg (1989) มีจำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกและเชิงลบ การตอบใช้มาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง กำหนดระดับโดยใช้คะแนนรวม คือ มากกว่า 28 คะแนน หมายถึงระดับสูง และคะแนน 28 หรือต่ำกว่า

หมายถึงระดับต่ำ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.72

ส่วนที่ 3 ความเครียด ใช้ Perceived Stress Questionnaire: PSQ ของ Levenstein และคณะ (1993) มีจำนวน 30 ข้อ การตอบใช้มาตราประมาณค่า 4 ระดับ ตามความบ่อยครั้งของการเกิด คือ ไม่เคย บางครั้ง บ่อยๆ และเป็นประจำ กำหนดคะแนน 0.30 หรือมากกว่า หมายถึง มีความเครียดสูง และคะแนนน้อยกว่า 0.30 หมายถึง มีความเครียดต่ำ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.84

ส่วนที่ 4 ภาวะซึมเศร้า ใช้ Depression Scale: CES-D ของ Center for Epidemiologic Studies (Radloff, 1977) มีจำนวน 20 ข้อ ใช้จุดตัดคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 16 คะแนน แสดงถึงภาวะซึมเศร้า หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.77

ส่วนที่ 5 การสนับสนุนทางสังคม ใช้ Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS (Zimet et al., 1990) มีจำนวน 12 ข้อ คำตอบใช้มาตราประมาณค่า 7 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างมากที่สุด เห็นด้วยอย่างมาก

เห็นด้วยเล็กน้อย เป็นกลาง ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย ไม่เห็นด้วยอย่างมาก และไม่เห็นด้วยอย่างมากที่สุด กำหนดคะแนน 69 หรือมากกว่า หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมมาก และคะแนนต่ำกว่า 69 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมน้อย หากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.95

ทั้งนี้เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม พ.ศ. 2553

การทำวิจัยได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์และโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล ในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการร่วมในงานวิจัย ให้สิทธิในการตัดสินใจ การตอบหรือไม่ตอบแบบสอบถาม การรักษาความลับของชื่อและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบ และการไม่มีผลต่อการรับบริการที่แผนกสูติ-นรีเวชกรรม ผู้ยินดียอมรับได้ให้ลงนามในใบยินยอม

พยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องตรวจหลังคลอดแผนกสูติ-นรีเวชกรรมแต่ละโรงพยาบาลได้รับการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลจากผู้วิจัยเป็นอย่างดีและเป็นผู้แจกแบบสอบถามให้แก่มารดาหลังคลอดในกลุ่มตัวอย่างให้เป็นผู้ตอบด้วยตนเอง ในช่วงเวลาก่อนตรวจและรับแบบสอบถามคืนเมื่อตอบเสร็จ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การหาค่าความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติกแบบสองกลุ่ม (Binary Logistic Regression) กำหนดระดับการมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ร้อยละ 78.75 มีอายุมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 95 ไม่เคยมีประวัติซึมเศร้า ร้อยละ 59.38 มีความมั่นคงทางรายได้ครอบคลุม ร้อยละ 66.25 มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 83.13 สัมพันธภาพกับ

สามีที่ดี ร้อยละ 53.13 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก และร้อยละ 81.88 มีความตั้งใจในการตั้งครรภ์

1. ผลการสำรวจความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด พบว่า มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ ร้อยละ 82.5 มีความเครียดระดับสูง ร้อยละ 17.5 มีความเครียดระดับต่ำ ร้อยละ 70.62 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย และมีเพียงร้อยละ 29.38 ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ร้อยละ 74.38 มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ส่วนอีกร้อยละ 25.62 มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับสูง และร้อยละ 75 มีภาวะซึมเศร้า มีเพียงร้อยละ 25 ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

2. ผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ ประวัติซึมเศร้า ความมั่นคงทางรายได้ ครอบครัว โครงสร้างครอบครัว สัมพันธภาพกับสามี จำนวนการตั้งครรภ์ ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ และปัจจัยทางจิตสังคมได้แก่ ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด พบว่า มีเพียง 3 จาก 10 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ สัมพันธภาพกับสามี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความเครียด โดยมารดาหลังคลอดที่มีสัมพันธภาพกับสามีที่ดีมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามลดลง 0.212 เท่าของผู้ที่มีสัมพันธภาพไม่ดีกับสามี ส่วนผู้ที่มีความเครียดสูงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 7.132 เท่าของผู้ที่มีความเครียดต่ำ และผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 5.587 เท่าของผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอีก 7 ปัจจัยของ อายุ ประวัติซึมเศร้า ความมั่นคงทางรายได้ครอบครัว โครงสร้างครอบครัว จำนวนการตั้งครรภ์ ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (ตาราง 1)

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด (n= 160)

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า		
	Adjusted OR	95% CI	p-value
ข้อมูลส่วนบุคคล			
อายุ	1.226	0.45 - 3.38	.693
ประวัติซึมเศร้า	1.412	0.12 - 16.39	.783
ความมั่นคงทางรายได้ครอบครัว	0.756	0.31 - 1.84	.539
โครงสร้างครอบครัว	1.140	0.44 - 2.95	.787
สัมพันธภาพกับสามี	0.212	0.05 - 0.93	.041
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์	0.854	0.33 - 2.19	.743
ความตั้งใจในการตั้งครรภ์	2.877	0.87 - 9.49	.083
ปัจจัยทางจิตสังคม			
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	5.587	1.57 - 19.86	.008
ความเครียด	7.132	2.68 - 18.98	.000
การสนับสนุนทางสังคม	0.544	0.22 - 1.33	.184

Adjusted OR: Adjusted Odds Ratio

และ CI: Confidence Interval

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลวิจัยที่พบว่ามารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ร้อยละ 82.5 มีความเครียดระดับสูง ร้อยละ 70.62 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ร้อยละ 74.38 มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และร้อยละ 75 มีภาวะซึมเศร้า อภิปรายได้ดังนี้ มารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 75 สอดคล้องกับผลการวิจัย ลักษณะปัจจัยทางจิตสังคม ที่พบว่ามารดาหลังคลอดส่วนใหญ่มีความเครียดระดับสูง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ทั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับลักษณะครอบครัว ซึ่งเป็นครอบครัวเดี่ยวเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.25 จึงขาดการติดต่อและช่วยเหลือพึ่งพากัน ทำให้มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย และมีความเครียดสูง จากภาวะเศรษฐกิจการเปลี่ยนแปลงบทบาทการเป็นมารดา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงน้อย (Mori et al., 2011)

ผลการหาความสัมพันธ์พบว่า มีเพียง 3 จาก 10 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ สัมพันธภาพกับสามี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความเครียด สอดคล้องกับ เอกชัย เพ็ชรพรประภาส และมานิช หล่อตระกูล (2552) ที่พบว่า การอาศัยอยู่กับสามี มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด Klainin และ Arthur (2009) และ มยุรี นิรัตธราดร และคณะ (2005) ก็พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำเป็นปัจจัยที่ทำให้มารดาซึมเศร้าหลังคลอด เช่นเดียวกับ Beck (2001) ที่พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้

ส่วนผลการวิจัยที่พบว่าอีก 7 ปัจจัยของ อายุ ประวัติซึมเศร้า ความมั่นคงทางรายได้ครอบครัว โครงสร้าง

ครอบครัว จำนวนการตั้งครรภ์ ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับ Miyake และคณะ (2011) ที่พบว่ารายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษาของมารดาหลังคลอด และสามีไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลวิจัยของ Bloch และคณะ (2006) ที่พบว่า ประวัติเคยมีภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และผลวิจัยของ Felice และคณะ (2004) และ Mori และคณะ (2011) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะครอบครัวเดี่ยวเป็นส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 66.25 ขาดการ

ติดต่อและช่วยเหลือพึ่งพากัน ทำให้มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรคัดกรองมารดาหลังคลอดที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และให้การดูแลช่วยเหลือเมื่อมีอาการแสดงภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ในระยะแรกหลังคลอด
2. ควรมีการส่งเสริมสถาบันครอบครัวให้เกิดความเข้มแข็ง มีสัมพันธภาพที่ดี และลดภาวะเครียดในระยะหลังคลอด ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยต่อมารดาหลังคลอด ทารกแรกเกิด และครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

- กฤตยา แสงเจริญ และ สุชาดา สุวรรณคำ. (2542). แม่เศร้าเมื่อเจ้าเกิด: การดูแลสุขภาพจิตหญิงหลังคลอด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 22(1), 47-52.
- จุฑามณี เรืองจิตพิบูล และ เดชา ลลิตอนันต์พงศ์. (2008). ความชุกของภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *Chula Medical Journal*, 52 ฉบับพิเศษ (กรกฎาคม), 141-157.
- พัทรวไล ศรีแสง. (2549). ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด: สิ่งที่ยาบาลควรรู้. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 29(1), 46-53.
- มยุรี นิรัทธราตร, กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, Susan Gennaro, ธวัชชัย วรพงษ์ธร และ ยาใจ สิทธิมงคล. (2005). การเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าในมารดาวัยรุ่นไทย. *วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล*, 9(1), 63-75.
- เอกชัย เพ็ชรพรประภาส และ มาโนช หล่อตระกูล. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างการคลอดและสุขภาพของทารกกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในโรงพยาบาลรามาริบัติ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 54(1), 29-36.
- Andrews-Fike, C. (1999). A review of postpartum depression: Primary care companion. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 1(1), 9-14.
- Banti, S., Mauria, M., Oppoa, A., Borria, C., Rambellia, C., Ramacciottia, D., et al. (2011). From the third month of pregnancy to 1 year postpartum: Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. *Comprehensive Psychiatry*, 52(4), 343-351.
- Beck, C.T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, 50(5), 275-285.
- Bloch, M., Rotenberg, N., Koren, D., & Klein, E. (2006). Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *General Hospital Psychiatry*, 28(1), 3-8.

- Davis, E.P., Glynn, L.M., Schetter, C.D., Hobel, C., Chiciz-Demet, A., & Sandman, C.A. (2007). Prenatal exposure to maternal depression and cortisol influences infant temperament. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(6), 737-746.
- Felice, E., Saliba, J., Grech, V., & Cox, J. (2004). Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 297-301.
- Klainin, P., & Arthur, D.G. (2009). Postpartum depression in Asian cultures: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(10), 1355-73.
- Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M.L., Berto, E., Luzi, C., et al. (1993). Development of the Perceived Stress Questionnaire: A new tool for psychosomatic research. *Journal Psychosomatic Research*, 37(1), 19-32.
- McCoy, S.J.B., Beal, J.M., & Shipman, S.B.M. (2006). Risk factors for postpartum depression: A retrospective investigation at 4 weeks postnatal and a review of the literature. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 106(4), 193-198.
- Meighan, M., Davis, M.W., Thomas, S., & Droppleman, P.G. (1999). Living with postpartum depression: The fathers experience. *The American Journal of Maternal and Child Nursing*, 24, 202-208.
- Milgrom, J., Gemmill, A.W., Bilszta, J.L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., et al. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108(1-2), 147-157.
- Miyake, Y., Tanaka, K., Sasaki, S., & Hirota, Y. (2011). Employment, income, and education and risk of postpartum depression: The Osaka Maternal and Child Health study. *Journal of Affective Disorders*, 130(1-2), 133-37.
- Mori, T., Tsuchiya, K.J., Matsumoto, K., Suzuki, K., Mori, N., & Takei, N. (2011). Psychosocial risk factors for postpartum depression and their relation to timing of onset: The Hamamatsu Birth Cohort (HBC) study. *Journal of Affective Disorders*, 135(1-3), 341-346.
- Nakku, J.E.M., Nakasi, G., & Mirembe, F. (2006). Postpartum major depression at six weeks in primary health care: Prevalence and associated factors. *African Health Sciences*, 6(4), 207-214.
- Prescott, P.A. (1987). Multiple regression analysis with small samples: Cautions and suggestion. *Nursing Research*, 36(2), 130-133.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 85-401.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image*. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Smith, M.A., & Shimp, L.A. (2000). *20 Common problems in women's health care*. Singapore: McGraw-Hill.
- World Health Organization. (2001). Mental health: New understanding (*The World Health Report* No.30). Geneva: Author.
- Zimet, G.D., Powell, S.S., & Farley, G.K. (1990). Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 5(3-4), 610-617.