Factors Related to Depression Among Expectant Fathers
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา

Jiraporn	Nunchai*	จิราภรณ์	นันท์ชัย*
Wimolsiri	Injan**	วิมลสิริ	อินทร์จันทร์**
Chutimas	Intha***	ชุติมาส	อินทา***
Jassadakon	Tongjun****	เจษฎากร	ทองจันทร์****

Abstract

The transition to fatherhood may lead to emotional changes, physical signs and symptoms, and develop into depression. This descriptive correlational research aimed to study depression and factors related to depression among expectant fathers. The participants were 115 expectant fathers whose partners were between 28-36 weeks of gestation in antenatal care at Mae Suai Hospital, Chiang Rai province and Mae Ai Hospital, Chiang Mai province. The research instruments were the 9Q Depression Screening Tool, Generalized Anxiety Disorder (GAD-7), and the Social Support Questionnaire of expectant fathers. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, and Spearman rank correlation coefficient.

The results revealed that:

1. Participants accounting for 8.70% were found to have depression, with a mean score of 8.60 (SD = 2.07), indicating mild symptoms of depression.

2. Factors related to depression among expectant fathers included anxiety, which had a positive correlation with depression ($r = .714$, $p < .001$) and social support which had a negative correlation with depression ($r = -.276$, $p < .01$). However, age, occupation, number of times becoming a father, history of mental illness, and pregnancy complications were not significantly correlated with depression among participants.

These findings can be used as baseline data for screening depression in expectant fathers who accompany their partners for antenatal visits between 28-36 weeks of gestation.

Keywords: Depression; Expectant father; Factors

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

** Corresponding author, Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College;
e-mail: wimolsiri.injan@crc.ac.th

*** Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

**** Registered Nurse, Health Promotion Unit, Mae Ai Hospital

Received 15 May 2025; Revised 15 January 2026; Accepted 19 January 2026

บทคัดย่อ

การเปลี่ยนผ่านบทบาทเป็นบิดา อาจส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ อาการและอาการแสดงด้านร่างกาย พัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้าได้ การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยาอายุครรภ์ระหว่าง 28-36 สัปดาห์ ในหน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย และโรงพยาบาลแม่อาย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 115 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม แบบประเมินความวิตกกังวล (GAD-7) และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ chi-square tests และ Spearman rank correlation coefficient

ผลการศึกษาพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 8.70 มีภาวะซึมเศร้า โดยมีค่าเฉลี่ย 8.60 (SD = 2.07) แสดงว่ามีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดาพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .714$, $p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.276$, $p < .01$) อย่างไรก็ตาม อายุ อาชีพ จำนวนครั้งของการเป็นบิดา ประวัติการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ของภรรยา ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้จะเป็นบิดา ที่มาส่งภรรยาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ระหว่าง 28-36 สัปดาห์ได้

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า ผู้จะเป็นบิดา ปัจจัย

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย e-mail: wimolsiri.injan@crc.ac.th
*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
**** พยาบาลวิชาชีพ หน่วยส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลแม่อาย

วันที่รับบทความ 15 พฤษภาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 15 มกราคม 2569 วันที่ตอบรับบทความ 19 มกราคม 2569

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้จะเป็นบิดาที่เปลี่ยนผ่านบทบาทเป็นบิดา หรือการมีบุตรเพิ่มขึ้น อาจส่งผลให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น (Philpott et al., 2020) บางรายอาจขาดความมั่นใจในตนเอง (Hoffman, 2011) ส่งผลให้เกิดความผิดปกติด้านอารมณ์และพฤติกรรม และพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้าจนถึงโรคจิตประสาทได้ ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ทำให้มีอาการเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวังรุนแรง เบื่อไม่อยากทำอะไร แม้แต่กิจกรรมเพลิดเพลินที่เคยชอบทำ โดยเกิดติดต่อกัน 2 สัปดาห์ขึ้นไป (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2019) และสมาคมภาวะซึมเศร้าระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด (Post and Antenatal Depression Australia [PANDA], 2017) พบว่า ผู้จะเป็นบิดาจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ และมีอาการและอาการแสดงด้านร่างกาย ซึ่งภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก

จากการศึกษาในประเทศต่าง ๆ พบว่า ในชาวแคนาดา พบผู้จะเป็นบิดามีภาวะซึมเศร้าขณะที่ภรรยามีอายุครรภ์ 28-36 สัปดาห์ ร้อยละ 13.3 (Costa et al., 2017) ชาวเยอรมนี ในปี ค.ศ. 2020 พบผู้จะเป็นบิดามีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 9 โดยจำแนกเป็นมีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 5 และมีอาการซึมเศร้าที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันอย่างรุนแรง ร้อยละ 4 (Garthus-Niegel et al., 2020) และปี ค.ศ. 2023 พบผู้จะเป็นบิดามีอาการซึมเศร้าขณะที่ภรรยามีอายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์ ร้อยละ 14.1 (Zacher et al., 2023) สำหรับประเทศในแถบเอเชีย ได้แก่ ชาวฮ่องกง พบภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดาขณะที่ภรรยาอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 5.22 (SD = 3.59) และขณะที่ภรรยาอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ร้อยละ 5.23 (SD = 3.67) (Koh et al., 2014) ส่วนในชาวมาเลเซีย พบภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดาร้อยละ 8.4 (Nasreen et al., 2018) และชาวญี่ปุ่น พบภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา ร้อยละ 8.5 (95% CI 3.3-20.3%) (Tokumitsu et al., 2020)

สำหรับประเทศไทย โรคซึมเศร้าในคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 1 ปี พ.ศ. 2565-2567 พบเป็นร้อยละ 2.79, 2.83 และ 3.22 ตามลำดับ และปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จังหวัดเชียงใหม่ อยู่ในลำดับที่ 6 (ร้อยละ 3.47) จากเดิม พ.ศ. 2566 เป็นลำดับที่ 8 (ร้อยละ 2.97) และจังหวัดเชียงราย อยู่ลำดับที่ 10 (ร้อยละ 3.16) จากเดิม พ.ศ. 2566 ที่ไม่ได้อยู่ใน 10 อันดับแรก ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยโรคซึมเศร้าพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.7 เท่า (Chuda et al., 2025) ภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดาขณะที่ภรรยามีอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไป พบร้อยละ 13.4 (Rutchanapagit & Roomruangwong, 2013) และพบภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดาในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ภรรยามีอายุครรภ์ 12-40 สัปดาห์ ร้อยละ 18.4 (Loekdee et al., 2024)

ภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดามีผลกระทบทั้งผู้จะเป็นบิดา สตรีมีครรภ์ และทารก ดังนี้ ผลกระทบต่อผู้จะเป็นบิดาด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ มีอาการอ่อนเพลียหรืออาการเหนื่อยล้าตลอดเวลา หมดแรง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ความสนใจทางเพศลดลง มีการเปลี่ยนแปลงในความอยากอาหาร ปัญหาการนอนหลับ หงุดหงิดโกรธหรือฉุนเฉียว และอารมณ์แปรปรวน มีความรู้สึกแยกตัวจากคู่สมรส บุตร ครอบครัว และเพื่อน มีความกลัวเมื่อต้องดูแลทารก ไม่ต้องการสื่อสารกับคู่สมรส ครอบครัว และเพื่อน รู้สึกแยกตัว ใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดในการหลีกเลี่ยงหรือรับมือกับปัญหา รวมถึงมีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (PANDA, 2017) ส่งผลด้านลบต่อสัมพันธภาพกับคู่สมรส และอาจพัฒนาสู่อาการซึมเศร้าทั้งคู่ (Chhabra et al., 2022) 2)

ผลกระทบต่อสตรีมีครรภ์พบว่า สตรีมีครรภ์อาจไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือในระยะตั้งครรภ์และอาจต่อเนื่องถึงระยะหลังคลอด อาจมีผลทางด้านลบต่ออารมณ์ของสตรีมีครรภ์จากการที่ไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือตามความต้องการ (Goodman, 2004) การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ลดลง (Wee et al., 2011) และเสี่ยงต่อการเกิดความแตกแยกมากขึ้น (Ramchandani, 2011) สำหรับผลกระทบต่อทารกในครรภ์และทารกแรกเกิดพบว่า มีผลกระทบทางด้านลบต่อพัฒนาการและพฤติกรรมของทารก ในระยะยาวเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ในเด็ก (Koh et al., 2014) บุตรมีความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ร้อยละ 45 บิดาและบุตรมีความขัดแย้งกันมากขึ้น ร้อยละ 26 (Spector, 2006)

ภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดายังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา 4 ด้าน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านชีวภาพ และปัจจัยด้านคู่สมรสและการตั้งครรภ์ สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้จะเป็นบิดา ได้แก่ อายุมากกว่า 30 ปี (Costa et al., 2017) อายุน้อยกว่า 17 ปี การเป็นบิดาครั้งแรก การไม่มีงานทำ (Spector, 2006) รายได้ของครอบครัวต่ำ (Koh et al., 2014; Loekdee et al., 2024) โดยผู้จะเป็นบิดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้จะเป็นบิดาที่มีรายได้ของครอบครัวสูงขณะที่ภรรยาอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (Koh et al., 2014) มีประวัติภาวะซึมเศร้า (PANDA, 2017) คุณภาพการนอนหลับไม่ดี และมีประวัติความผิดปกติด้านจิตเวชทั้งของตัวผู้จะเป็นบิดาและครอบครัว สามารถทำนายอารมณ์ซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดาได้ร้อยละ 29 ขณะภรรยามีอายุครรภ์ 28-36 สัปดาห์ (Costa et al., 2017) และการไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ (Chhabra et al., 2022)

ปัจจัยด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา ได้แก่ ความวิตกกังวล (Beesley et al., 2019) ความเครียด (Costa et al., 2017; Loekdee et al., 2024) ความรู้สึกผิด ความแตกต่างในการทำงาน ความไม่มั่นคงในชีวิตสมรส การได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย (Costa et al., 2017) การปรับตัวในชีวิตสมรส (Loekdee et al., 2024) การมีเครือข่ายทางสังคมน้อย ปัญหาทางอารมณ์ของคู่สมรส สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสหรือไม่ได้รับการสนับสนุนด้านสัมพันธภาพ การหย่าร้าง (PANDA, 2017) ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ และความขัดแย้งในที่ทำงานและครอบครัว (Chhabra et al., 2022; Koh et al., 2014) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม พบการศึกษาของ บีสเล และคณะ (Beesley et al., 2019) ในผู้จะเป็นบิดาจำนวน 166 ราย พบว่า ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการสนับสนุนทางสังคม เป็นการช่วยเหลือผู้จะเป็นบิดาให้ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร ตามแนวคิดของ เฮ้าส์ (House, 1981) จากการศึกษาของ คอสตา และคณะ (Costa et al., 2017) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย สามารถทำนายความแปรปรวนของภาวะอารมณ์ซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดาได้ร้อยละ 29 (R^2 = .29, p < .001) เมื่อภรรยามีอายุครรภ์ 28-36 สัปดาห์

ปัจจัยด้านชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา พบว่า ผู้จะเป็นบิดาที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) ลดลง ซึ่งปกติฮอร์โมนเอสโตรเจนจะเพิ่มขึ้นเนื่องจากผู้จะเป็นบิดามีกลุ่มอาการสามีแพ้ท้อง (couvade syndrome) การที่ฮอร์โมนเอสโตรเจนอยู่ในระดับที่ไม่คงที่หรือลดลง อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการเป็นบิดาและเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้จะเป็นบิดาได้ สำหรับฮอร์โมนอื่น ๆ อีก 4 ชนิด ได้แก่ ฮอร์โมนเทสโทสเตอร์โรน (testosterone) คอร์ติซอล (cortisol) วาโซเพรสซิน (vasopressin) และโปรแลคติน (prolactin) พบว่า มีระดับลดลง ในระยะหลังบุตรเกิด จากการตอบสนองของพฤติกรรมการเป็นบิดา การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบิดากับบุตร และพฤติกรรมการตอบสนองต่อการกระตุ้นของบุตร (Kim & Swain, 2007) ในส่วนของปัจจัยด้านคู่สมรสและการตั้งครรภ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา ได้แก่ คู่สมรสมีความเครียด (Loekdee et al., 2024) คู่สมรสมีภาวะซึมเศร้า (Chhabra et al., 2022) การตั้งครรภ์และการคลอดที่มีความเสี่ยงสูง หรือทารกคลอดก่อนกำหนด (Zacher et al., 2022) และความคาดหวังเกี่ยวกับเพศของทารก (Rutchanapagit & Roomruangwong, 2013)

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ผู้จะเป็นบิดาต้องมีความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น ทั้งในการหาเลี้ยงครอบครัว การปกป้องคุ้มครอง การเป็นผู้นำ และการมีส่วนร่วมในการดูแลสตรีมีครรภ์และทารกในครรภ์ การที่ภรรยาตั้งครรภ์อยู่ในไตรมาสที่ 3 และมีอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 28-36 สัปดาห์ เป็นช่วงเวลาที่ผู้จะเป็นบิดาอาจรู้สึกว่าใกล้จะได้เป็นบิดา อาจเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปรับบทบาทจากการเป็นสามีมาเป็นบิดา และความปลอดภัยของภรรยาและทารกในครรภ์ ส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดาเกิดความวิตกกังวล

มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในระยะที่ภรรยาตั้งครรภ์ได้ ซึ่งการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ที่มีความแตกต่างด้านบริบท วัฒนธรรมประเพณี ค่านิยม และความเชื่อต่าง ๆ สำหรับการศึกษางานวิจัยในประเทศไทย พบเพียง 2 การศึกษา คือ การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของบิดาในช่วงก่อนทารกคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ศึกษามาเกิน 10 ปี (Rutchanapagit & Roomruangwong, 2013) และการศึกษาอาการซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้จะเป็นบิดาในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (Loekdee et al., 2024)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในด้านปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว จำนวนครั้งของการเป็นบิดา ประวัติการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ของภรรยา และปัจจัยด้านจิตสังคม ประกอบด้วย ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าได้ และสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้า ในโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย และโรงพยาบาลแม่อาย จังหวัดเชียงใหม่ ที่เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง แต่มีการให้บริการผู้ป่วยในห้องผ่าตัด ห้องคลอด รองรับผู้ป่วยและผู้ป่วยในของแต่ละอำเภอ โดยสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ (Health Administration Division, Ministry of Public Health, 2018) หากผู้รับบริการมีภาวะแทรกซ้อนจะต้องส่งต่อไปรับบริการยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีแพทย์เฉพาะทาง

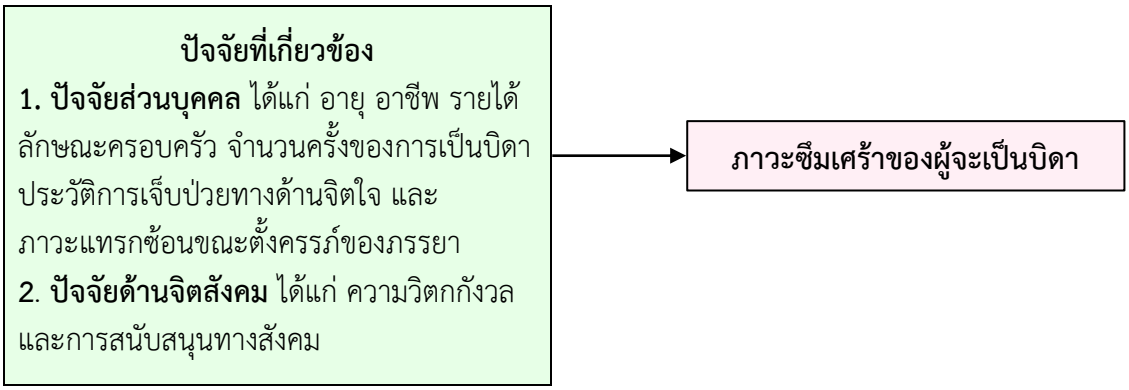
นอกจากนี้ ผู้จะเป็นบิดาในพื้นที่ดังกล่าว ส่วนใหญ่มีรายได้ที่ไม่แน่นอนจากอาชีพเกษตรกรรม เป็นผู้นำครอบครัวและมีส่วนร่วมในการดูแลสตรีมีครรภ์และทารกในครรภ์ ผู้จะเป็นบิดาส่วนใหญ่มักไม่แสดงออกทางอารมณ์หรือขอความช่วยเหลือเมื่อรู้สึกเครียดหรือวิตกกังวล การคัดกรองภาวะซึมเศร้าจะคัดกรองเฉพาะสตรีมีครรภ์ ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้จึงเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลผดุงครรภ์ที่จะได้ข้อมูลพื้นฐานในการคัดกรอง ดูแล และป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้จะเป็นบิดาได้อย่างเหมาะสม ตามบริบทวัฒนธรรมของไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดาของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2019) ที่กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ทำให้มีอาการเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวังรุนแรง เบื่อไม่อยากทำอะไร แม้แต่กิจกรรมเพลิดเพลินที่เคยชอบทำ โดยเกิดติดต่อกัน 2 สัปดาห์ขึ้นไป และจากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว จำนวนครั้งของการเป็นบิดา ประวัติการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ของภรรยา ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความวิตกกังวล ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ ตึงเครียด ว้าเหว่ ส่งผลให้มีอาการนอนไม่หลับ ชาหรือเจ็บแปลบตามร่างกาย ตามเกณฑ์การวินิจฉัย GAD ของ DSM-IV ของสปิตเซอร์ และคณะ (Spitzer et al., 2006) และการสนับสนุนทางสังคม โดยผู้จะเป็นบิดาได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร ตามแนวคิดของ เฮ้าส์ (House, 1981) คาดว่าปัจจัยด้านอายุ ประวัติการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ของภรรยา และความวิตกกังวล น่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา สำหรับปัจจัยด้านอาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว จำนวนครั้งของการเป็นบิดา และการสนับสนุนทางสังคม น่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้จะเป็นบิดาที่มีภรรยามาฝากครรภ์ ในหน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) จังหวัดเชียงราย และจังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยามีอายุครรภ์ระหว่าง 28-36 สัปดาห์ ในหน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) คือ โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย และโรงพยาบาลแม่อาย จังหวัดเชียงใหม่ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากบริบทเฉพาะที่ต้องการเข้าใจปรากฏการณ์ในพื้นที่ (context-specific study) ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power 3.1 (Faul et al., 2009) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.05 ให้อำนาจการทดสอบ (level of power) 0.95 และประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) 0.30 จะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 115 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) ภรรยามีอายุครรภ์ระหว่าง 28-36 สัปดาห์ และ 3) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) ผู้จะเป็นบิดาที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวชที่อยู่ระหว่างการรักษา และ 2) มีการใช้สารเสพติดหรือดื่มสุราเป็นประจำ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้จะเป็นบิดา ประกอบด้วย อายุ อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว การวางแผนการมีบุตร จำนวนครั้งของการเป็นบิดา ประวัติการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ของภรรยา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Prasri Mahapho Hospital, Department of Mental Health, 2024) เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งวันที่ประเมิน จำนวน 9 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตรวัดชนิดลิเคิร์ท 4 ระดับ โดยให้คะแนน 0-3 คะแนน คือ ไม่มีเลย ให้ 0 คะแนน จนถึงเป็นทุกวัน ให้ 3 คะแนน คะแนนรวมที่ได้เป็น 0-27 คะแนน โดยคะแนน 0-7 แสดงว่าไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก คะแนน 7-12 แสดงว่ามีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย คะแนน 13-18 แสดงว่ามีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง และคะแนน ≥ 19 แสดงว่ามีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความวิตกกังวล (Generalized Anxiety Disorder: GAD-7) ของ สปิตเซอร์ และคณะ (Spitzer et al., 2006) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัย-มหิดล (Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, 2024) เป็นแบบสอบถามที่ประเมิน

ด้วยตนเอง เพื่อประเมินความวิตกกังวลในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 7 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตรวัดชนิดลิเคิร์ท 4 ระดับ โดยให้คะแนน 0-3 คะแนน คือ ไม่มีความวิตกกังวลเลย ให้ 0 คะแนน จนถึงมีความวิตกกังวลเกือบทุกวัน ให้ 3 คะแนน คะแนนรวมที่ได้เป็น 0-21 คะแนน โดยคะแนน 0-9 แสดงว่ามีความวิตกกังวลเล็กน้อย คะแนน 10-14 แสดงว่ามีความวิตกกังวลปานกลาง และคะแนน 15-21 แสดงว่ามีความวิตกกังวลสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดา (Social Support Questionnaire of expectant father) สร้างขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮ้าส์ (House, 1981) ของ ปิยวรรณ นันทะ-พงษ์ และคณะ (Nuntapong et al., 2017) และได้ขออนุญาตการใช้เครื่องมือ ข้อคำถามประกอบด้วยคำถามด้านบวกทั้งหมด จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า จำนวน 5 ข้อ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ และการสนับสนุนด้านทรัพยากร จำนวน 5 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตรวัดชนิดลิเคิร์ท 5 ระดับ คือ จริงมากที่สุด ให้ 5 คะแนน ถึง ไม่จริงเลย ให้ 1 คะแนน โดยคะแนนรวมทั้งหมดมีค่าตั้งแต่ 20-100 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยรวมและรายด้านแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามอันตรภาคชั้น ดังนี้คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 แสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 แสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 แสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมเล็กน้อย

ผู้วิจัยไม่ได้หาความตรงตามเนื้อหาซ้ำ เนื่องจากไม่มีการดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ ของเครื่องมือ แต่หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยไปทดสอบกับผู้จะเป็นบิดา ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 10 ราย (Rosenthal & Rosnow, 1991) โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ซึ่งค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ คือ 0.80 ขึ้นไป (Burns & Grove, 2009) พบว่า แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดา ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80, 0.89 และ 0.98 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเชียงราย ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย เลขที่ CRC.IRB No.018/2567 อนุมัติวันที่ 7 สิงหาคม 2567 เมื่อได้รับอนุญาตจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สรวย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่อาย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยชี้แจงการเข้าร่วมวิจัยและสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย ให้เป็นไปด้วยความสมัครใจไม่มีการบังคับ ในขณะเข้าร่วมวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนของแบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง ผู้วิจัยได้ส่งต่อกลุ่มตัวอย่างให้กับพยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์ เพื่อรับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังจากได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อข้องใจเพิ่มเติม และให้เวลาในการคิดทบทวนก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจของตนเอง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้เข้าใจ แล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้ง 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้จะเป็นบิดา 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 3) แบบประเมินความวิตกกังวล และ 4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดา ตามลำดับ โดยใช้เวลาประมาณ 40 นาที และระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างตอบ

แบบสอบถาม ผู้วิจัยอยู่ห่าง ๆ ในบริเวณที่กลุ่มตัวอย่างมองเห็นได้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่มีข้อสงสัยสามารถซักถามได้ตลอดเวลา และนำแบบสอบถามที่ครบถ้วนสมบูรณ์มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์คะแนนของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม โดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อาชีพ จำนวนครั้งของการเป็นบิดา ประวัติการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ของภรรยา กับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา โดยการทดสอบ chi-square test และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านอายุ คะแนนความวิตกกังวล คะแนนการสนับสนุนทางสังคม กับคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา โดยตรวจสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Sminov test พบมีการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Spearman rank correlation coefficient

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยามีอายุครรภ์ระหว่าง 28-36 สัปดาห์ จำนวน 115 ราย พบกลุ่มที่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า จำนวน 105 ราย มีอายุระหว่าง 20-45 ปี อายุเฉลี่ย 30.22 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุ 20 ปี ร้อยละ 12.38 ส่วนใหญ่มีอาชีพที่ไม่มีรายได้ประจำ ร้อยละ 87.62 รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 79.05 เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 55.24 มีการวางแผนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 79.05 เป็นบิดาครั้งแรก ร้อยละ 52.38 ไม่มีประวัติการปรึกษาจิตเวช ร้อยละ 96.19 และภรรยาไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 80.95

กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการของโรคซึมเศร้า จำนวน 10 ราย มีอายุระหว่าง 20-38 ปี อายุเฉลี่ย 30.30 ปี โดยมีอายุ 31 ปี และ 34 ปี เท่ากันที่ร้อยละ 20 ส่วนใหญ่มีอาชีพที่ไม่มีรายได้ประจำ ร้อยละ 70 รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 60 เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 90 มีการวางแผนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 70 เป็นบิดาครั้งแรก ร้อยละ 50 ไม่มีประวัติการปรึกษาจิตเวช ร้อยละ 90 และภรรยาไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 80

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก จำนวน 105 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.30 โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-6 คะแนน และมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.70 โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 7-12 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 8.60 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.07 และไม่พบอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลางและระดับรุนแรง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและมีภาวะซึมเศร้า (n = 115)

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก	105	91.30
Min-Max = 0-6, M = 1.68, SD = 1.87		
มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย	10	8.70
Min-Max = 7-12, M = 8.60, SD = 2.07		

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า มีความวิตกกังวลเล็กน้อย ร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการของโรคซึมเศร้า มีความวิตกกังวลเล็กน้อย ร้อยละ 90 มีความวิตกกังวลปานกลาง ร้อยละ 10 และทั้งสองกลุ่มไม่พบความวิตกกังวลสูง สำหรับการสนับสนุนทางสังคมพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่มี

การสนับสนุนทางสังคมมาก ร้อยละ 60.95 กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการของโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ร้อยละ 50 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและมีภาวะซึมเศร้า (n = 115)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า	
	ไม่มี (n = 105)	มี (n = 10)
ความวิตกกังวล		
วิตกกังวลเล็กน้อย	105 (100.00%)	9 (90.00%)
วิตกกังวลปานกลาง	-	1 (10.00%)
การสนับสนุนทางสังคม		
การสนับสนุนทางสังคมเล็กน้อย	11 (10.48%)	1 (10.00%)
การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	30 (28.57%)	5 (50.00%)
การสนับสนุนทางสังคมมาก	64 (60.95%)	4 (40.00%)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดาพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .714$, $p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.276$, $p < .01$) สำหรับอายุ อาชีพ จำนวนครั้งของการเป็นบิดา ประวัติการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ของภรรยา ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา ดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุ คะแนนความวิตกกังวล และคะแนนการสนับสนุนทางสังคม กับคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา (n = 115)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า	
	r_s	p-value
อายุ	-.117	.213
ความวิตกกังวล	.714	<.001
การสนับสนุนทางสังคม	-.276	.003

หมายเหตุ spearman rank correlation coefficient

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพ จำนวนครั้งของการเป็นบิดา ประวัติการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ของภรรยา กับการมี หรือไม่มีภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา (n = 115)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า	
	χ^2	p-value
อาชีพ	2.366	.124
จำนวนครั้งของการเป็นบิดา	.021	.885
ประวัติการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ	.841	.359
ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ของภรรยา	.005	.942

หมายเหตุ chi-square test

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา

ผลการศึกษา พบผู้จะเป็นบิดามีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.70 คล้ายกับการศึกษาของ กาทัส-นีเกล และคณะ (Garthus-Niegel et al., 2020) ที่พบว่า ขณะภรรยาอยู่ในระยะตั้งครรภ์ ผู้จะเป็นบิดามีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 9 และการศึกษาของ ศิริลักษณ์ รัชนะปกิจ และ ชุติมา หรุ่มเรืองวงษ์ (Rutchanapagit & Roomruangwong, 2013) พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดาขณะที่ภรรยามีอายุครรภ์ 28 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 13.40 ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ทำให้มีอาการเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวังรุนแรง เบื่อไม่อยากทำอะไร แม้แต่กิจกรรมเพลิดเพลินที่เคยชอบทำ โดยเกิดติดต่อกัน 2 สัปดาห์ขึ้นไป (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2019) จากการศึกษานี้พบว่า ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะรู้สึกเหนื่อยง่าย ไม่ค่อยมีแรง โดย 9 คน ใน 10 คน มีอาการเบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร หลับยาก บางคนมีอาการหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป 8 คน ใน 10 คน รู้สึกไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ เบื่ออาหาร บางรายรับประทานอาหารมากเกินไป และ 6 คน ใน 10 คน รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือครอบครัวผิดหวัง ตามลำดับ คล้ายกับการศึกษาความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ชายในระยะที่ภรรยาตั้งครรภ์ ของสมาคมภาวะซึมเศร้าระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด (PANDA, 2017) พบอาการและอาการแสดง ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า หมดแรง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ความสนใจทางเพศลดลง การเปลี่ยนแปลงในความอยากอาหาร ปัญหาการนอนหลับ ความหงุดหงิดอย่างต่อเนื่อง โกรธ และอารมณ์แปรปรวน มีความรู้สึกแยกตัวจากคู่สมรส บุตร ครอบครัว และเพื่อน กลัวการดูแลทารก ไม่ต้องการสื่อสารกับคู่สมรส ครอบครัว และเพื่อน รู้สึกแยกตัว ใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดในการหลีกเลี่ยงหรือรับมือกับปัญหา มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา ได้แก่ ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ดังนี้

ความวิตกกังวลพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .714$, $p < .001$) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้จะเป็นบิดาที่มีความวิตกกังวลสูงขึ้น มีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นตามไปด้วย โดยความวิตกกังวลเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ ตึงเครียด ว้าเหว่ ส่งผลให้มีอาการนอนไม่หลับ ชาหรือเจ็บแปลบตามร่างกาย ตามเกณฑ์การวินิจฉัย GAD ของ DSM-IV ของ สปิตเซอร์ และคณะ (Spitzer et al., 2006) จากการศึกษานี้ พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง แต่ไม่พบความวิตกกังวลระดับสูง โดยมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ความรู้สึกภายในช่วง 2 สัปดาห์ มีความรู้สึกว่าตนเองกลายเป็นคนขี้รำคาญ หรือหงุดหงิดง่าย รองลงมา คือ รู้สึกตึงเครียด วิตกกังวล หรือกระวนกระวาย และกังวลมากเกินไปในเรื่องต่าง ๆ ตามลำดับ ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างมีภรรยาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดามีความรู้สึกกังวลต่อสุขภาพของภรรยาและทารกในครรภ์ ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนี้ หากมีอาการเป็นประจำและไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จะส่งผลให้มีความคิดในด้านลบ นอนไม่หลับ หลีกเลี่ยงสังคม และพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้าได้ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ บีสเล และคณะ (Beesley et al., 2019) ในผู้จะเป็นบิดา จำนวน 166 ราย พบว่า ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ

การสนับสนุนทางสังคมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.276$, $p < .01$) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้จะเป็นบิดาที่ได้รับการสนับสนุนทาง

สังคมน้อย มีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูง โดยการสนับสนุนทางสังคม เป็นการช่วยเหลือผู้จะเป็นบิดาให้ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร ตามแนวคิดของ เฮ้าส์ (House, 1981) ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างขอความช่วยเหลือ คำแนะนำและคำปรึกษามากที่สุด คือ ภรรยา รองลงมา คือ มารดาของผู้จะเป็นบิดา บิดาของผู้จะเป็นบิดา และญาติของผู้จะเป็นบิดา ตามลำดับ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ ปิยวรรณ นันทะพงษ์ และคณะ (Nuntapong et al., 2017) ที่พบว่า ผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก และภรรยา คือ แหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด รองลงมา คือ มารดาของผู้ที่จะเป็นบิดาครั้งแรก

การศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ จึงมีความพร้อมและได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลภรรยาขณะตั้งครรภ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก เมื่อพิจารณาคะแนนการสนับสนุนทางสังคมพบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร ตามลำดับ ส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ ทำให้รู้สึกมีคุณค่า และสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านบทบาทจากสามีเป็นบิดาได้ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย คล้ายคลึงกับการศึกษาของ คอสตา และคณะ (Costa et al., 2017) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย สามารถทำนายความแปรปรวนของภาวะอารมณ์ซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดาได้ร้อยละ 29 (R^2 = .29, p < .001) เมื่อภรรยามีอายุครรภ์ 28-36 สัปดาห์

สำหรับปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ อาชีพ จำนวนครั้งของการเป็นบิดา ประวัติการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ของภรรยา อาจเนื่องจากผู้จะเป็นบิดาที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 30.30 ปี แม้จะไม่มีรายได้ประจำและรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท มีการวางแผนการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการปรึกษาจิตเวชและภรรยาไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ รวมทั้งผู้จะเป็นบิดา ร้อยละ 50 มีบุตรมากกว่าหนึ่งคน ทำให้มีความพร้อมและประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของภรรยาขณะตั้งครรภ์ ทั้งการพามาฝากครรภ์และการดูแลช่วยเหลือต่าง ๆ และสามารถปรับตัวในการเป็นบิดาได้ ต่างจากการศึกษาของ คอสตา และคณะ (Costa et al., 2017) ที่พบว่า ปัจจัยของผู้จะเป็นบิดาที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าระดับสูงในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ของภรรยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ มีประวัติครอบครัวมีปัญหาด้านจิตใจ ความพึงพอใจในชีวิตสมรสน้อย มีเหตุการณ์ในชีวิตที่ตึงเครียดมากขึ้นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีความเครียดด้านการเงินสูงขึ้น (R^2 = .29, p < .001)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการประเมินความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดาเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยามีอายุครรภ์ระหว่าง 28-36 สัปดาห์

2. ด้านการศึกษาพยาบาล ควรนำผลการวิจัยนี้ไปเป็นข้อมูลในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ที่จะเป็นบิดา เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้จะเป็นบิดา และสตรีมีครรภ์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดาในกลุ่มที่ภรรยามีภาวะแทรกซ้อน

2. ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้จะเป็นบิดา เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้าของสตรีมีครรภ์ และความเชื่อมั่นในตนเอง เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณวิทยาลัยเชียงรายที่ได้ให้การสนับสนุนทุนการวิจัยในครั้งนี้

References

Beesley, A., Karwatzki, E., & Sullivan, K. (2019). Anxiety and depression symptoms in fathers during their partner's pregnancy: How does this impact paternal fetal attachment? *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health, 33*(3), 221-240.

Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). Saunders Elsevier.

Chhabra, J., Li, W., & McDermott, B. (2022). Predictive factors for depression and anxiety in men during the perinatal period: A mixed methods study. *American Journal of Men's Health*, *16*(1), 15579883221079489. http://doi.org/10.1177/15579883221079489

Chuda, W., Singhsomboon, T., & Buaphuan, S. (2025). *"New illness rate and prevalence of depression in Thais aged 15 years and over, 2022 - 2024: Health Data Center (HDC)"*. Mental Health Knowledge Bank, Department of Mental Health. https://dmh-elibrary.org/items/show/1807 (in Thai)

Costa, D. D., Zelkowitz, P., Dasgupta, K., Sewitch, M., Lowensteyn, I., Cruz, R., Hennegan, K., & Khalifé, S. (2017). Dads get sad too: Depressive symptoms and associated factors in expectant first-time fathers. *American Journal of Men's Health, 11*(5), 1376-1384. http://doi.org/10.1177/1557988315606963

Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2019). *Get to know and find ways to cope with depression for general public.* https://www.thaidepression.com/www/doc62/depress_doc.pdf (in Thai)

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. (2024). *General Anxiety Disorder-7*. https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/questionnair (in Thai)

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analysis. *Behavior Research Methods, 41*(4), 1149-1160. http://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149

Garthus-Niegel, S., Staudt, A., Kinser, P., Haga, S. M., Drozd, F., & Baumann, S. (2020). Predictors and changes in paternal perinatal depression profiles-insights from the DREAM study. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 563761. http://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.563761

Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing, 45*(1), 26-35. http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02857.x

Health Administration Division, Ministry of Public Health. (2018). *Guidelines for establishing and adjusting the potential of health service units* (1st revised edition). Born to be publishing. https://phdb.moph.go.th/main/upload/web_news_files/622jhzid8944ko8cog.pdf (in Thai)

Hoffman, J. (2011). *Father factors: What social science research tells us about fathers and how to work with them*. Public Health Agency. https://dadcentral.ca/wp-content/uploads/2017/10/fatherfactorsfinal.pdf

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.

Kim, P., & Swain, J. E. (2007). Sad dads: Paternal postpartum depression. *Psychiatry, 4*(2), 35-47.

Koh, Y. W., Chui, C.Y., Tang, C. S. K., & Lee, A. M. (2014). The prevalence and risk factors of paternal depression from the antenatal to the postpartum period and the relationships between antenatal and postpartum depression among fathers in Hong Kong. *Depression Research and Treatment*, *2014*, 127632. http://doi.org/10.1155/2014/127632

Loekdee, C., Jungjamroonrat, P., Koogsila, T., Lundberg, P. C., & Phoosuwan, N. (2024). Paternal depressive symptoms and factors associated among expectant fathers in a Northeastern Province of Thailand. *Scientific Reports*, *14*, 14983. https://doi.org/10.1038/s41598-024-65997-z

Nasreen, H. E., Rahman, J. A., Rus, R. M., Kartiwi, M., Sutan, R., & Edhborg, M. (2018). Prevalence and determinants of antepartum depressive and anxiety symptoms in expectant mothers and fathers: Results from a perinatal psychiatric morbidity cohort study in the east and west coasts of Malaysia. *BMC Psychiatry, 18*, 195. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1781-0

Nuntapong, P., Sansiriphun, N., & Baosoung, C. (2017). Factors related to father involvement among first time expectant fathers. *Nursing Journal*, *44*(suppl.1), 96-106. (in Thai)

Philpott, L. F., Savage, E., Leahy-Warren, P., & Fitzgearld, S. (2020). Paternal perinatal depression: A narrative review. *International Journal of Men's Social and Community Health, 3*(1), e1–e15. https://doi.org/10.22374/ijmsch.v3i1.22

Post and Antenatal Depression Australia (PANDA). (2017). *Perinatal anxiety & depression in men*. https://www.oandg.com.au/docs/anxiety_depression_men_handout.pdf

Prasri Mahapho Hospital, Department of Mental Health. (2024). *Patient Health Questionnaire-9*. https://catalog.dmh.go.th/dataset/phq9/resource/2cc4ad0e-f33e-446a-82f0-92b3808c7d09 (in Thai)

Ramchandani, P. G., Psychogiou, L., Vlachos, H., Iles, J., Sethna, V., Netsi, E., & Lodder, A. (2011). Paternal depression: An examination of its links with father, child and family functioning in the postnatal period. *Depression and Anxiety, 28*(6), 471-477. https://doi.org/10.1002/da.20814

Rosenthal, R., & Rosnow, R. L. (1991). *Essentials of behavioral research: Methods and data analysis* (2nd ed.). McGraw-Hill.

Rutchanapagit, S., & Roomruangwong, C. (2013). Prevalence and associated factors of antenatal depression among fathers at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chulalongkorn Medical Journal*, *57*(4), 515-528. (in Thai)

Spector, A. Z. (2006). Fatherhood and depression: A review of risks, effects, and clinical application. *Issues in Mental Health Nursing, 27*(8), 867-883. https://doi.org/10.1080/01612840600840844

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine, 166*(10), 1092-1097. https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092

Tokumitsu, K., Sugawara, N., Maruo, K., Suzuki, T., Yasui-Furukori, N., & Shimoda, K. (2020). Prevalence of perinatal depression among Japanese men: A meta-analysis. *Annals of General Psychiatry, 19*(1), 65. https://doi.org/10.1186/s12991-020-00316-0

Wee, K. Y., Skouteris, H., Pier, C., Richardson, B., & Milgrom, J. (2011). Correlates of ante-and postnatal depression in fathers: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 130*(3), 358-377. https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.019

Zacher, M., Wollanka, N., Sauer, C., Haßtenteufel, K., Wallwiener, S., Wallwiener, M., & Maatouk, I. (2023). Prenatal paternal depression, anxiety, and somatic symptom burden in different risk samples: An explorative study. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 307*(4), 1255-1263. https://doi.org/10.1007/s00404-022-06612-2