



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรก

Factors Related to Postpartum Depression among First Time Mothers and Fathers

พรรณพิไล	ศรีอารณ์	พย.ด.*	Punpilai	Sriarporn	Ph.D.*
นุชนาต	สุนทรลิมศิริ	พย.ม.**	Nuchanart	Suntornlimsiri	B.N.S.**
กนกพร	จันทราทิพย์	พย.ม.***	Kanokeporn	Juntratit	B.N.S.***
จิราวรรณ	ดีเหลือ	พย.ม.****	Jirawan	Deeluea	M.N.S.****
จิราภรณ์	นันทชัย	พย.ม.*****	Jiraporn	Nunchai	M.N.S.*****
พฤกษลดา	เชียวคำ	พย.ม.*****	Prueksalada	Khiaokham	M.N.S.*****

บทคัดย่อ

การเป็นมารดาและบิดาครั้งแรกเป็นการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญครั้งหนึ่งในชีวิต ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตที่อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าของมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้เป็นมารดาและบิดาครั้งแรก ที่มีบุตรอายุ 6-8 สัปดาห์ จำนวน 116 คู่ รวบรวมข้อมูล ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงกันยายน พ.ศ. 2557 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อีเดนเบิร์ก ฉบับภาษาไทยแปลโดย จารุรินทร์ ปิตานพงศ์ ทิพวรรณ เลียบสื่อตระกูล และ อานนท์ วิทยานนท์ (2550) แบบวัดความรู้สึกเครียด ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ณัทัย วงศ์ปาริณย์ และทินกร วงศ์ปาริณย์ (2553) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของบิดาของ ศุภกร ไชยนา (2556) และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอดของ นลินี สิทธิบุญมา (2558) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับสเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่ามารดาที่มีบุตรคนแรกมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 48.28 และบิดาที่มีบุตรคนแรกมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 24.14 ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .493, p < .01$; $r = .543, p < .01$) และ

-
- * รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 - * Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
 - ** พยาบาลชำนาญการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 - ** Professional Nurse, Faculty of Medicine, Chiang Mai University
 - *** พยาบาลชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่
 - *** Professional Nurse, Health Promoting Hospital, region 10, Chiang Mai
 - **** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 - **** Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
 - ***** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
 - ***** Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College
 - ***** ผู้ช่วยนักวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 - ***** Reserch Assistsnt, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าของมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรก
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.235, p < .05$; $r = -.278, p < .01$)

ผลจากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะ
ซึมเศร้าของมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรก

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม มารดาที่มีบุตรคนแรก
บิดาที่มีบุตรคนแรก

Abstract

Being a first time mother or father is an important transition in life that affects mental health and may lead to postpartum depression. The purpose of this descriptive correlational research study was to explore stress, social support and postpartum depression among first time mothers and fathers. The subjects were 116 fathers and mothers of children aged 6-8 weeks. Data were collected at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital and Chiang Mai Health Promotion Hospital during June to September, 2014. The research instruments used were The Edinburgh Postnatal Depression Scale : Thai version translated by Pitanupong et al. (2007), The Perceived Stress Scale-10 : Thai version translated by Wongpakaran & Wongpakaran (2010), the Social Support Questionnaire for Father developed by Chaina (2013), and the Social Support Questionnaire for Postpartum Mother developed by Sithiboonma (2015). Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's Rank Correlation.

Results of the study revealed that first time mothers and fathers had postpartum depression 48.28% and 24.14%, respectively. There was a statistically significant moderate positive correlation between stress and postpartum depression for both the first time mothers and fathers ($r = .493, p < .01$; $r = .543, p < .01$) and low negative correlation between social support and postpartum depression in both the first time mothers and fathers ($r = -.235, p < .05$; $r = -.278, p < .01$).

The findings from this study can be used as baseline data to plan for nursing intervention to prevent postpartum depression in the first time mothers and fathers.

Key words: Postpartum depression, Stress, Social support, First time mother, First time father



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นบิดามารดาเป็นช่วงเวลาที่น่ายินดีสำหรับการมีสมาชิกใหม่ของครอบครัว แต่สำหรับบิดามารดาที่มีบุตรเป็นคนแรกอาจเป็นไปได้ที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าในช่วงเวลาของการทำหน้าที่และการปรับตัวสู่บทบาทใหม่ (Ngai, Chan, & Holroyd, 2007) การเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ เช่น การทำหน้าที่ดูแลทารกแรกคลอดที่ต้องการการตอบสนองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างบิดา มารดา และทารกแรกเกิด เป็นต้น จากการศึกษาของ เซลโควิทซ์ และมิลเลท (Zelkowitz & Milet, 2001) ที่พบว่าความเครียดในระยะหลังคลอดสามารถขัดขวางการทำหน้าที่ของการเป็นบิดามารดาครั้งแรก และส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของบิดามารดา ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น การสังเคราะห์งานวิจัยแบบการวิเคราะห์เชิงอนุมาณ ของ เดนนิส (Dennis, 2005) พบว่ามารดาหลังคลอดมีอาการซึมเศร้าถึงร้อยละ 13 และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ในทวีปเอเชียจำนวน 17 ประเทศ พบอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยเฉลี่ยร้อยละ 1.6 – 20.3 (Klainnin & Arthur, 2009) ในประเทศไทย พบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความหลากหลายแตกต่างกันขึ้นอยู่กับชนิดของเครื่องมือและเกณฑ์การวินิจฉัยที่นำมาใช้ในการประเมิน โดยสามารถพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 2 – 41.96 (พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล, 2540; สายลม เกิดประเสริฐ, 2542; ปิ่นแก้ว โชติอำนวย, 2543; จารุรินทร์ ปิตานพงษ์ และ กมลรัตน์ วัชรภรณ์, 2548; นกัสนันท์ สุขเกษม, 2552)

สำหรับการเป็นบิดาครั้งแรกเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญครั้งหนึ่งในชีวิต ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ชายที่อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเช่นเดียวกับมารดา จากการศึกษาของ นิชิมูระและโอฮาชิ (Nishimura & Ohashi, 2010) พบภาวะซึมเศร้าของบิดาร้อยละ 11.6 จากการประเมินโดยใช้แบบประเมินของ The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) และร้อยละ 7.5% จากการประเมินโดยใช้แบบประเมินของ The Center for Epidemiologic Studies Depression

Scale (CESD) แต่สำหรับภาวะซึมเศร้าในบิดาไทย พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในบิดาไทย ร้อยละ 13.88 (จิราภรณ์ นันท์ชัย, 2557)

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาหลังคลอด บิดา ทารก และครอบครัว (Beck, 1995; Heh & Fu, 2003; Novak & Broom, 1999) มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะไม่มีประสิทธิภาพในการแสดงบทบาทการเป็นมารดา ความอ่อนเพลียของมารดาจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้มีความลำบากในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา สมรรถภาพทางเพศลดลง อาจมีอาการทางจิตอย่างรุนแรง ล้มเหลวในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการด้านร่างกายและจิตอารมณ์ของบุตร ภาวะซึมเศร้าที่ไม่ได้รับการช่วยเหลืออาจนำไปสู่อาการทางจิต ซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่มารดาหลังคลอดอาจทำร้ายตนเองและบุตร สำหรับผลกระทบต่อบุตร พบว่ามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะปฏิเสธบุตร ไม่สนใจดูแลและปกป้องอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับบุตร อาจมีการทำร้ายร่างกายบุตร เมื่อบุตรโตขึ้นพบว่ามีปัญหาด้านสติปัญญา และพฤติกรรม (Beck, 1999; Wong, Perry, Hockenberry, Lowdermilk, & Wilson, 2006)

ภาวะซึมเศร้าของบิดาส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้เป็นบิดาลดลง (Matthey, Barnett, Ungerer, & Waters, 2000) มีผลเชิงลบต่อพฤติกรรม อารมณ์ และความรู้สึก เช่น มีความรู้สึกโกรธมารดาหลังคลอด บุตรหรือสมาชิกในครอบครัวอย่างไม่มีเหตุผล ขาดความมั่นใจในตนเอง มีความรู้สึกเหงาและมีสัมพันธภาพกับมารดาหลังคลอดและบุตรลดลง มีการทำงานเพิ่มมากขึ้นเพื่อแยกตัวออกจากครอบครัว รู้สึกผิดหวังกับประสบการณ์ของการเป็นบิดา และรู้สึกล้มเหลวในบทบาทบิดา เป็นต้น การที่บิดาขาดความมั่นใจในการให้การสนับสนุนช่วยเหลือมารดาในระยะแรกหลังคลอด ส่งผลให้มารดาไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือตามความต้องการ บิดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังบุตรเกิดจะมีปฏิสัมพันธ์กับบุตรลดน้อยลง ส่งผลให้ผู้เป็นบิดาแสดงบทบาทการเป็นบิดา ทั้งการดูแลบุตรในวัยทารก การเล่นหรือทำกิจกรรมร่วมกับบุตรลดลง (Goodman, 2004; PANDA, 2012; Wee, Skouteris, Pier, Richardson, & Milgrom, 2011)



การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดทั้งในมารดาและบิดาที่ผ่านมา มีการศึกษาอย่างกว้างขวาง (Beck, 2002; Ballard, Davis, Cullen, Mohan, & Dean, 1994; Gao, Chan, & Mao, 2009; Goodman, 2004; Kim & Swain, 2007; Mao, Zhu, & Su, 2011; Nishimura & Ohashi, 2010; PANDA, 2012; Wang & Chen, 2006) สรุปได้ว่าปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าก่อนคลอด ความเครียดจากการดูแลบุตร ความเครียดในชีวิต ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลก่อนคลอด ความไม่พึงพอใจในสถานภาพสมรส ประวัติภาวะซึมเศร้า ภาวะอารมณ์ของบุตร อารมณ์เศร้าหลังคลอด ไม่มีความภาคภูมิใจในตนเอง เศรษฐฐานะทางสังคม สถานภาพสมรส และการไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์หรือการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

ภาวะซึมเศร้าของบิดา สามารถสรุปปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าของบิดาได้เป็น 3 ปัจจัย (Ballard et al., 1994; PANDA, 2012; Wang & Chen, 2006) คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานของบิดา ข้อมูลสุขภาพของภรรยาและบุตร การเป็นบิดาครั้งแรก ลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล ความเพียงพอของการพักผ่อน มีประวัติภาวะซึมเศร้าในอดีต ประวัติการรักษาทางจิตเวช ไม่มีการวางแผนในการมีบุตร ความไม่พึงพอใจในเพศของบุตร การมีประสบการณ์ด้านลบหรือประวัติภรรยาและบุตรได้รับบาดเจ็บจากการคลอด และภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด 2) ปัจจัยด้านชีวภาพ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนของระดับฮอร์โมนในร่างกาย และ 3) ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความรู้สึกเครียด ความวิตกกังวล การเปลี่ยนแปลงในสัมพันธภาพและบทบาททางสังคม ความรู้สึกสูญเสียและความเศร้าโศก การเผชิญปัญหาหรืออุปสรรคในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นบิดา ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในการศึกษาครั้งนี้ให้ความสนใจต่อปัจจัยด้านจิตสังคมที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดและบิดาคือ ความรู้สึกเครียดและการสนับสนุนทางสังคมในมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรก ความเครียดของมารดาหลังคลอดและผู้เป็นบิดา

เป็นผลจากการต้องเผชิญกับความรู้สึกกดดันต่อการปรับตัวให้เข้ากับบทบาทการเป็นมารดา และการเป็นบิดาในการดูแลบุตร ซึ่งมารดาและบิดาจะมีการตอบสนองต่อความเครียดที่แตกต่างกัน ตามแนวคิดความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่า ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะเป็นผู้ประเมินเหตุการณ์ที่มากระตุ้นว่าเป็นอันตรายและคุกคามต่อตน ทำให้บุคคลพยายามนำแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการปรับตัวอย่างเต็มที่ หากเกินความสามารถก็จะก่อให้เกิดความเครียดได้ ดังนั้นการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาหรือบิดา อาจเป็นสิ่งที่กระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยจะมีผลด้านลบต่อสุขภาพจิตและสัมพันธภาพกับคู่สมรส (Lu, 2006) ความเครียดดังกล่าวอาจส่งผลให้มารดาและบิดาเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดได้ (Simpson, Rholes, Campbell, Tran, & Wilson, 2003)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นอีกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยช่วยให้บุคคลมีการรับรู้เหตุการณ์และมีกลไกการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพและเป็นการช่วยเหลือที่มารดา บิดาได้รับจากการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม ซึ่งการสนับสนุนจะต้อมาจากแหล่งที่สำคัญต่อบุคคลนั้นๆ โดยเฉพาะบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด และมีความแตกต่างตามสถานการณ์ (House, 1981) จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของและบริการ ความสอดคล้องกับการศึกษาของเต็งไตรสรณ์ (Tengtrisorn, 2001) ที่พบว่า ผู้เป็นบิดาได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์มากที่สุด ต่อมาเป็นการสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ การสนับสนุนด้านการประเมินค่าและการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารตามลำดับ การที่ผู้เป็นบิดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมนี้มีผลช่วยลดผลกระทบที่เป็นอันตรายจากเหตุการณ์ตึงเครียด



จากการศึกษางานวิจัยในประเทศไทยพบเพียงการศึกษาภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดเป็นส่วนใหญ่ สำหรับการศึกษาภาวะซึมเศร้าทั้งในมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรกยังไม่ปรากฏ จากการที่ประเทศไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนา การดำเนินชีวิตของประชาชน มีความเกี่ยวข้องกับภาวะเศรษฐกิจและสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงและการหลั่งไหลของวัฒนธรรมข้ามชาติจากการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดขึ้นในสังคมไทย ทำให้การอยู่อาศัยแบบครอบครัวขยายที่มีบุคคลอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน เปลี่ยนมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ร่วมกับการย้ายเข้ามาทำงานในเมืองใหญ่เพิ่มมากขึ้น (อมรา สุนทรธาดา และสุพัตรา เลิศชัยเพชร, 2552) การแยกจากครอบครัวเดิมมาสร้างครอบครัวใหม่ ทำให้บิดาและมารดาต้องเผชิญกับสถานการณ์ในระยะหลังคลอดเพียงลำพัง หรือได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากเครือญาติลดลง ผู้เป็นบิดาต้องให้การดูแลช่วยเหลือมารดาหลังคลอดและดูแลบุตรด้วยตนเองเพิ่มขึ้น ร่วมกับความรับผิดชอบในครอบครัว อาจส่งผลให้เกิดความเครียด และการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากเครือญาติลดลง จึงอาจเป็นสิ่งที่ทำให้หญิงและชายที่ก้าวสู่การเป็นมารดาและบิดาครั้งแรก อาจเผชิญกับภาวะวิกฤตต่างๆในการปรับตัวใหม่ ความรับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้น และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ภาวะซึมเศร้าของมารดาและบิดา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญอย่างยิ่งที่พยาบาลผดุงครรภ์ควรให้ความสนใจและให้ความสำคัญ เนื่องจากส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดา บิดา บุตร และครอบครัว รวมทั้งบุคคลรอบข้าง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาภาวะซึมเศร้าของมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรก และปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่นำไปสู่การดูแล ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรกได้อย่างเหมาะสมตามบริบท วัฒนธรรมของไทย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมของมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรก

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรก โดยภาวะซึมเศร้าของมารดาและบิดาใช้แนวคิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของค็อก, โฮเดน และซาคอฟสกี (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987) และปัจจัยด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ ความเครียดตามแนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่า เมื่อเกิดสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดขึ้น บุคคลจะใช้กระบวนการประเมินค่าทางปัญญาในการคิด ไตร่ตรอง และแยกแยะสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นๆ ว่าเป็นสิ่งที่คุกคามหรือเป็นอันตรายต่อภาวะสุขภาพของตน ร่วมกับการประเมินความสามารถของแหล่งประโยชน์ในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮ้าส์ (House, 1981) ที่กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทำให้บุคคลได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนใน 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านการเงิน สิ่งของและบริการ จากปัจจัยที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาคาดว่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ หญิงและชายไทยที่มีบุตรคนแรกอยู่ในระยะ



4-8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงและชายไทยที่มีบุตรคนแรกที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลมารดาและเด็ก เชียงใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการเปิดตารางประมาณกลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ให้อำนาจการทดสอบ (level of power) .80 และการประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) .30 (Polit & Hungler, 1999) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 174 คู่ การเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) สามารถสื่อสาร ฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ และ 2) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ภายหลังการรวบรวมข้อมูลได้กลุ่มตัวอย่างที่มีความสมบูรณ์จำนวน 116 คู่ คิดเป็นร้อยละ 66.6

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการควบคุมคุณภาพ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานของมารดาหลังคลอด และบิดา ได้แก่ อายุ อาชีพ การวางแผนการมีบุตร จำนวนบุตร ความพึงพอใจในเพศของบุตร และประวัติการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของมารดาและบิดา ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (The Edinburgh Postnatal Depression Scale [EPDS]) ซึ่งสร้างจากแนวคิดของค็อกและคณะ (Cox et al., 1987) นำมาแปลเป็นภาษาไทย โดย (Pitanupong et al., 2007) แบบประเมินเป็นลักษณะแบบประเมินด้วยตนเอง ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อจะมีการให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 คะแนน แบบประเมินมีคะแนนรวม 30 คะแนน การแปลผลคะแนนจะประเมินผลว่ามารดา มีหรือไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยมีจุดตัดที่ 6/7 คะแนน หมายความว่าคะแนนที่เท่ากับหรือมากกว่า 7 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าชนิดไม่รุนแรงและ/หรือรุนแรง สำหรับบิดามีหรือไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยมีจุดตัดที่ 9/10 หมายความว่าคะแนนที่เท่ากับหรือมากกว่า 10 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าชนิดไม่รุนแรงและ/หรือรุนแรง

3. แบบวัดความรู้สึกเครียด ใช้แบบวัดความรู้สึกเครียด (Perceived Stress Scale-10 [PSS-10]) ของ โคเฮน, คาร์มาก และเมอร์เมลสไตน์ (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983) ซึ่งสร้างจากแนวคิดของลาซาลัส นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย ณัทธัย วงศ์ปการันย์ และ ทินกร วงศ์ปการันย์ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2010) แบบประเมินเป็นลักษณะแบบประเมินด้วยตนเอง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีจำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อจะมีการให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 คะแนน แบบวัดมีคะแนนรวม 40 คะแนน โดยพบว่าค่าคะแนนมาก แสดงถึงความรู้สึกเครียดในระดับสูง

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของบิดาของคู่ภรรยา ไชยนา นันทพร แสนศิริพันธ์ และกรรณิการ์ กันธะรักษา (2558) ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมของบิดา ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) แบบประเมินเป็นลักษณะแบบประเมินด้วยตนเอง มีข้อคำถามทั้ง 4 ด้าน ลักษณะคำตอบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ เป็นความจริงมากที่สุด (5) จนถึงไม่เป็นความจริงเลย (1) โดยคะแนนรวมทั้งหมดมีค่าตั้งแต่ 20-100 คะแนน

5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของมารดาของ นลินี สิทธิบุญมา กรรณิการ์ กันธะรักษา และ บังอร ศุภวิจิตพัฒนา (2558) ที่สร้างจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) แบบประเมินเป็นลักษณะแบบประเมินด้วยตนเอง มีข้อคำถามทั้ง 4 ด้าน รวม 37 ข้อ ลักษณะคำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ เป็นความจริงมากที่สุด (5) จนถึง ไม่เป็นความจริงเลย (1) โดยคะแนนรวมมีค่าคะแนนตั้งแต่ 37-135 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity)

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แบบวัดความรู้สึกเครียด และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยไม่ได้นำมาหาความตรงตามเนื้อหา เนื่องจาก



ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาใช้โดยไม่ได้มีการดัดแปลงใดๆ

การหาความเชื่อมั่น (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินทั้ง 3 ชุด ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แบบวัดความรู้สึกเครียด และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดและบิดาที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คู่ ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และนำไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาหลังคลอด ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 แบบวัดความรู้สึกเครียดของมารดาหลังคลอด ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอด ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 สำหรับแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของบิดา ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 แบบวัดความรู้สึกเครียดของบิดา ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของบิดา ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มเก็บข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย โดยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด แนะนำตนเอง และอธิบายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย จัดให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้เป็นที่เข้าใจ แล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้ง 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของมารดาและบิดา 3) แบบวัดความรู้สึกเครียด และ 4) แบบสอบถามการสนับสนุน

ทางสังคม ตามลำดับ โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังจากได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำแบบสอบถามที่ครบถ้วนสมบูรณ์มาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา และบิดา ข้อมูลภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเครียด และการสนับสนุนทางสังคม ของมารดา และบิดา ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความเครียด คะแนนการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของมารดาและบิดาโดยตรวจสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ ซามิโนฟ (kolmogorov-smirnov test: KS) พบว่ามีการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ ใช้สถิติสหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรกอายุอยู่ในระยะ 4-8 สัปดาห์ จำนวน 116 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมารดาที่มีบุตรคนแรกมีอายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 69.83 รองลงมาคืออายุมากกว่าหรือเท่ากับ 31 ปี ร้อยละ 19.83 เกือบครึ่งหนึ่งมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 45.69 มากกว่าครึ่งหนึ่งมีการวางแผนการมีบุตรและมีบุตรเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 67.24 และ 58.62 ตามลำดับ มารดาทั้งหมดมีความพึงพอใจในเพศของบุตร และไม่มีประวัติการปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ร้อยละ 100 สำหรับกลุ่มตัวอย่างบิดาไทยมีอายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 63.79 รองลงมาคืออายุมากกว่าหรือเท่ากับ 31 ปี ร้อยละ 31.04 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 57.76 รองลงมาคืออาชีพธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 28.45 บิดามีการวางแผนการมีบุตร คิดเป็นร้อยละ 72.41 มากกว่าครึ่งหนึ่งมีบุตรเพศชาย ร้อยละ 58.62 บิดาทั้งหมดมีความพึงพอใจในเพศของบุตร



ร้อยละ 100 และเกือบทั้งหมดไม่มีประวัติการปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ร้อยละ 98.28 การศึกษาภาวะซึมเศร้าของมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรก พบว่ามารดาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 51.72

และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 48.28 และบิดาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 75.86 และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 24.14 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและมีภาวะซึมเศร้า (n = 116)

ภาวะซึมเศร้า	มารดา		บิดา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	60	51.72	60	51.72
มีภาวะซึมเศร้า	56	48.28	56	48.28

ความเครียดของกลุ่มตัวอย่างทั้งมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรก พบว่า มารดามีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.14 และระดับสูง ร้อยละ 12.93 สำหรับบิดามีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.97 และระดับสูง ร้อยละ 13.79

แหล่งสนับสนุนทางสังคมของมารดาได้รับมากที่สุดจากสามี ร้อยละ 96.55 รองลงมาคือ มารดาของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 75.00 บิดาของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 49.14 และจากบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุข ร้อยละ 10.34 สำหรับแหล่งสนับสนุนทางสังคมของบิดาได้รับมากที่สุดจากภรรยา ร้อยละ 84.48

รองลงมาคือมารดาของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 72.41 ญาติของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 53.45 และจากบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุข ร้อยละ 25.86

มารดาทั้งหมดมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ระหว่าง 1.38-5.00 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 4.26 (S.D.= 0.82) เมื่อพิจารณาคะแนนการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน พบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์มีคะแนนอยู่ในระดับสูงสุด เฉลี่ย 4.48 รองลงมาคือด้านการเงิน สิ่งของ และบริการ คะแนนเฉลี่ย 4.34 ด้านการประเมินค่า คะแนนเฉลี่ย 4.13 และด้านข้อมูลข่าวสาร คะแนนเฉลี่ย 4.09 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสนับสนุนทางสังคมของมารดา จำแนกเป็นโดยรวมและรายด้าน (n = 116)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	แบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่าง		
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	1.00-5.00	1.38-5.00	4.26	0.82
การสนับสนุนทางสังคมรายด้าน				
ด้านอารมณ์	1.00-5.00	1.38-5.00	4.48	0.72
ด้านข้อมูลข่าวสาร	1.00-5.00	1.40-5.00	4.09	0.89
ด้านการเงิน สิ่งของ และบริการ	1.00-5.00	1.30-5.00	4.34	0.81
ด้านการประเมินค่า	1.00-5.00	1.44-5.00	4.13	0.86



บิดาทั้งหมดมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ระหว่าง 1.20-5.00 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 3.80 (S.D.= 1.10) เมื่อพิจารณาคะแนนการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน พบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์ มีคะแนน

อยู่ในระดับสูงสุด ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.11 รองลงมาคือ ด้านข้อมูลข่าวสาร คะแนนเฉลี่ย 3.80 ด้านการประเมินค่าคะแนนเฉลี่ย 3.70 และด้านการเงิน สิ่งของ และบริการคะแนนเฉลี่ย 3.60 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสนับสนุนทางสังคมของบิดา จำแนกเป็นโดยรวมและรายด้าน (n = 116)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	แบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่าง		
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	1.00-5.00	1.20-5.00	3.80	1.10
การสนับสนุนทางสังคมรายด้าน				
ด้านอารมณ์	1.00-5.00	1.00-5.00	4.11	1.05
ด้านข้อมูลข่าวสาร	1.00-5.00	1.00-5.00	3.80	1.05
ด้านการเงิน สิ่งของ และบริการ	1.00-5.00	1.00-5.00	3.60	1.24
ด้านการประเมินค่า	1.00-5.00	1.00-5.00	3.70	1.07

เมื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า มารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 94.83 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ร้อยละ 5.17 สำหรับบิดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 58.62 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.38

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของมารดา พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของมารดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .01 ($r = .493, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าของมารดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.235, p < .05$) สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของบิดา พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของบิดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .543, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าของบิดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.278, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมนระหว่างความเครียด การสนับสนุนทางสังคม กับคะแนนภาวะซึมเศร้าของมารดาและบิดา (n = 116)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. ภาวะซึมเศร้าของมารดา	1.000					
2. ความเครียดของมารดา	.493**	1.000				
3. การสนับสนุนทางสังคมของมารดา	-.235*	-.373**	1.000			
4. ภาวะซึมเศร้าของบิดา	.281**	.265**	-.169	1.000		
5. ความเครียดของบิดา	.052	.307**	-.110	.543**	1.000	
6. การสนับสนุนทางสังคมของบิดา	-.115	-.176	.177	-.278**	-.288**	1.000

* $p < .05$ ** $p < .01$



การอภิปรายผล

การศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ของมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรก ได้แก่ ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้อภิปรายผล ดังนี้

ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และ การสนับสนุนทางสังคมของมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรก

จากการศึกษา ภาวะซึมเศร้าของมารดา และบิดาที่มีบุตรคนแรกในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังบุตรเกิด ครั้งนี้พบมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 48.28 (ตารางที่ 1) โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (The Edinburgh Postnatal Depression Scale [EPDS]) ที่กำหนดจุดตัดที่ 6/7 คะแนน ซึ่งผลการศึกษานี้พบภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาของนลินี สิทธิบุญมา (2558) ที่พบภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดที่มีบุตรคนแรก ระยะ 6-8 สัปดาห์ร้อยละ 57.65 ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรคนแรก ดังนั้นภายหลังคลอดบุตรคนแรกเป็นระยะที่มารดาต้องมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาและบทบาทด้านอื่นๆ ในชีวิตเพิ่มขึ้น มารดาอาจมีอาการแปรปรวนง่ายเนื่องจากต้องเผชิญกับประสบการณ์ใหม่ เช่น การคลอดบุตร การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การดูแลความสะอาดร่างกายบุตร รวมทั้งการปฏิบัติบทบาทมารดาทั่วไป ทำให้เกิดความรู้สึกกดดันต่างๆ มารดาจึงต้องทุ่มเททั้งเวลา แรงกาย และแรงใจ ทำให้มารดาเกิดความเหนื่อยล้านำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (Ricci, 2007)

สำหรับบิดาที่มีบุตรคนแรกในการศึกษานี้พบบิดาที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 24.14 (ตารางที่ 1) โดยกำหนดจุดตัดที่ 9/10 การศึกษาครั้งนี้พบว่าบิดาที่มีบุตรคนแรกมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าการศึกษาของ จิราภรณ์ นันท์ชัย (2557) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าของบิดาในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังบุตรเกิด คิดเป็นร้อยละ 13.88 ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า บิดาที่มีบุตรคนแรกในการศึกษานี้อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี (ร้อยละ 63.79) และส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 57.76) ซึ่งเป็นช่วงอายุของวัยทำงานเพื่อสร้างครอบครัว มีความ

รับผิดชอบในชีวิตมากขึ้น การมีภาระหน้าที่เพิ่มมากขึ้นจากเดิมที่มีเพียงสามี ภรรยา มาเป็นครอบครัวที่มีบุตรในความดูแล โดยเฉพาะในช่วงระยะ 4-8 สัปดาห์หลังบุตรเกิด บิดาต้องมีการดูแลช่วยเหลือภรรยาภายหลังคลอด และช่วยดูแลบุตร ดังนั้นการปรับตัวต่อการเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นบิดา จึงทำให้บิดาเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (PANDA, 2012)

ความเครียดของกลุ่มตัวอย่างทั้งมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรกพบว่า มารดามีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.14 และระดับสูง ร้อยละ 12.93 ใกล้เคียงกับบิดาที่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.97 และระดับสูง ร้อยละ 13.79 โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรกส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 69.83 และร้อยละ 63.79 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและเป็นวัยทำงาน มีหน้าที่รับผิดชอบทั้งนอกบ้านและในบ้าน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ภาระรับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้น จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด ซึ่งเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดอาจเป็นทั้งด้านบวกและด้านลบ และพบว่าเป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Beck, 2001) แม้ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างทั้งมารดา (ร้อยละ 67.24) และบิดา (ร้อยละ 72.41) มีการวางแผนในการมีบุตร แต่การทำหน้าที่มารดา บิดาครั้งแรกในการดูแลบุตรมักก่อให้เกิดความเครียดจากการดูแลบุตร สอดคล้องกับการศึกษาของ เบค (Beck, 2001) ที่พบว่าการเลี้ยงดูบุตรทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความเครียด และมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

นอกจากนี้ความเครียดของผู้เป็นบิดา เป็นผลจากการที่ผู้เป็นบิดาต้องเผชิญกับความรู้สึกกดดันต่อการปรับตัวให้เข้ากับบทบาทการเป็นสามีในการดูแลช่วยเหลือมารดาในระยะหลังคลอด และเป็นบิดาในการดูแลบุตรในสังคมไทยปัจจุบันมีการส่งเสริมให้บิดามีส่วนร่วมในการดูแลมารดาและบุตรมากขึ้น จากสภาพเศรษฐกิจและโครงสร้างของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป จากครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวทำให้บทบาทหน้าที่ของสามีและภรรยามีความใกล้เคียงกัน ผู้ที่เป็นบิดาจึงต้อง



ปรับบทบาทให้เหมาะสมกับสภาพของสังคมที่เปลี่ยนแปลง (Tamis-LeMonda & Cabrera, 1999)

การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมของมารดาได้รับมากที่สุดจากสามี ร้อยละ 96.55 รองลงมาคือมารดาของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 75.00 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุข ร้อยละ 10.34 สำหรับแหล่งสนับสนุนทางสังคมของบิดาได้รับมากที่สุดจากภรรยา ร้อยละ 84.48 รองลงมาคือมารดาของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 72.41 และจากบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุข ร้อยละ 25.86 (ตารางที่ 2) แสดงให้เห็นว่าสามีและภรรยาเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีซึ่งกันและกัน รวมทั้งสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบิดามารดาของตนเองเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีและมีผลต่อภาวะซึมเศร้าของมารดาและบิดา (Matthey et al., 2000) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า มารดาหลังคลอดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเครือญาติและผู้ใกล้ชิดโดยเฉพาะจากคู่สมรสจะส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดมีความเข้มแข็งและสามารถปรับเปลี่ยนบทบาทการเป็นมารดาได้ดีและง่ายขึ้น จึงช่วยให้มารดาหลังคลอดมีสุขภาพทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจดีขึ้น (O'Hara & Swain, 1996) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มารดาส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 94.83 โดยการสนับสนุนด้านอารมณ์ มีคะแนนอยู่ในระดับสูงสุด รองลงมาคือด้านการเงิน สิ่งของ และบริการ ด้านการประเมินค่า และด้านข้อมูลข่าวสาร

สำหรับบิดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 58.62 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.38 โดยการสนับสนุนด้านอารมณ์ มีคะแนนอยู่ในระดับสูงสุด รองลงมาคือด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านการเงิน สิ่งของ และบริการ (ตารางที่ 3) สอดคล้องกับการศึกษาของเต่งไตรสรณ์ (Tengtrisorn, 2001) ที่พบว่า ผู้เป็นบิดาได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์มากที่สุด ต่อมาเป็นการสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ การสนับสนุนด้านการประเมินค่าและการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ตามลำดับ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่ได้รับจาก

ญาติพี่น้อง ร้อยละ 31.07 และจากภรรยา ร้อยละ 30.73 การที่ผู้เป็นบิดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมนี้จะช่วยลดผลกระทบที่เป็นอันตรายจากเหตุการณ์ตึงเครียดได้

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรก จากการศึกษาพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของมารดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .493, p < .01$) สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของบิดาที่มีบุตรคนแรก พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของบิดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .543, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าของมารดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.235, p < .05$) เช่นเดียวกับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าของบิดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.278, p < .01$) (ตารางที่ 4) อาจกล่าวได้ว่า มารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรกที่มีความเครียดในระดับสูง และได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ มีผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ การศึกษาครั้งนี้ได้ผลเช่นเดียวกันกับการศึกษาภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเครียด และการสนับสนุนทางสังคมของผู้เป็นมารดาและผู้เป็นบิดาชาวจีนครั้งแรกในระยะหลังคลอด ของเก๋าและคณะ (Gao et al., 2009) พบว่า ความรู้สึกเครียดในระดับสูงและการได้รับสนับสนุนทางสังคมน้อยมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสัมพันธ์กับการศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างมารดาและบิดาชาวจีนรายใหม่ในผู้เป็นมารดาและผู้เป็นบิดาครั้งแรก ของเหมาและคณะ (Mao et al., 2011) พบว่า ความรู้สึกเครียดในระดับสูงและการได้รับสนับสนุนทางสังคมน้อย มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของบิดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ชิโมะระและคณะ (Nishimura et al., 2010) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าของบิดาระยะแรกหลังบุตรคลอดในประเทศญี่ปุ่น ในบิดาจำนวน 156 ราย ที่ระยะ 4 สัปดาห์ หลังบุตรคลอด พบว่าสถานการณ์



ทำงาน และประวัติของการรักษาอาการทางจิตเวช มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นบิดาด้วยเช่นกัน

ความเครียด ทั้งนี้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดของมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางในการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการพยาบาลเพื่อป้องกันความเครียดและการดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรก และการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสำหรับมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรกต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์ และ กมลรัตน์ วัชรภรณ์. (2548). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(4), 249-254.
- จิราภรณ์ นันทชัย. (2557). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของบิดาไทย. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นภัสนันท์ สุขเกษม. (2552). การดำรงบทบาทมารดาและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นลินี สิทธิบุญมา. (2558). ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ชั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปิ่นแก้ว โชติอำนาจ. (2543). ปัจจัยส่วนบุคคลที่สามารถทำนายอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดา กับอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าภายหลังคลอดในมารดาที่มีบุตรคนแรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภกร ไชยนา. (2556). ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในระยะหลังคลอด. *พยาบาลสาร*. 42(1), 85-96.
- สายลม เกิดประเสริฐ. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนจากคู่สมรส การปรับเปลี่ยนบทบาทการเป็นมารดา และอาการซึมเศร้าภายหลังคลอด วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อมรา สุนทรธาดา และสุพัตรา เลิศชัยเพชร. (2552). การลดลงของครอบครัวสามช่วงวัยในสังคมไทย: นัยเชิงนโยบาย. Retrieved from http://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSR/AnnualConference/ConferenceV/Download/Article_Files/Article05_ThreeGeneration.pdf.
- Ballard, C. G., Davis, R., Cullen, P. C., Mohan, R. N., & Dean, C. (1994). Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. *The British Journal of Psychiatry*, 164, 782-788.



- Beck, C. T. (1995). The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: A meta-analysis. *Nursing Research, 44*, 298-304.
- Beck, C.T. (1999). Maternal depression and child behavior problems: A meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing, 29*(3), 623-629.
- Beck, C. T. (2001). Predictor of postpartum depression: An update. *Nursing Research, 50*, 275-285.
- Beck, C. T. (2002). Revision of the postpartum depression predictors inventory. *Journal of Obstetric, Gynecology, & Neonatal Nursing, 31*(4), 394-402.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*(4), 385-396.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *British Journal of Psychiatry, 150*, 782-786.
- Dennis, C. L. (2005). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: Systematic review. *British Medical Journal, 331*, 1-8.
- Gao, L-L., Chan, S. W-C., & Mao, Q. (2009). Depression, perceived stress, and social support among first-time Chinese mothers and fathers in the postpartum period. *Research in Nursing & Health, 32*, 50-58.
- 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.
- Heh, S-S., & Fu, Y-Y. (2003). Effectiveness of informational support in reducing the severity of postnatal depression in Taiwan. *Journal of advanced nursing, 42*(1), 30-36.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Kim, P., & Swain, J. E. (2007). Sad dads: Paternal postpartum depression. *Psychiatry, 4*(2), 35-47.
- Klainin, P., & Arthur, D. G. (2009). Postpartum depression in Asian cultures: A literature review. *International Journal of Nursing Studies, 46*(10), 1355-1373.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lu, L. (2006). The transition to parenthood: Stress, resources, and gender differences in a Chinese society. *Journal of Community Psychology, 34*(4), 471-488.
- Mao, Q., Zhu, L-X., & Su, X-Y. (2011). A comparison of postnatal depression and related factors between Chinese new mothers and fathers. *Journal of Clinical Nursing, 20*, 645-652.
- Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J., & Waters, B. (2000). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders, 60*, 75-85.
- Ngai, F., Chan, S. W., & Holroyd, E. (2007). Translation and validation of a Chinese version of the parenting sense of competence scale in Chinese mothers. *Nursing Research, 56*, 348-354.
- Nishimura, A., & Ohashi, K. (2010). Risk factors of paternal depression in the early postnatal period in Japan. *Nursing and Health Sciences, 12*, 170-176.
- Novak, J. C., & Broom, B. L. (1999). *Maternal and Child Health Nursing (9th ed.)*. St. Louis: Mosby.



- O'Hara, M. W. & Swain, A. M. (1996). Rate and risk of postpartum depression-a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.
- Pitanupong, J., Liabsuetrakul, T., & Vittayanont, A. (2007). Validation of the Thai Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening postpartum depression. *Psychiatry Research*, 149, 253-259.
- Polit, D.F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Post and Antenatal Depression Association (PANDA). (2012). *Men and postnatal depression*. Retrieved from <http://www.panda.org.au>.
- Ricci, S.S. (2007). *Essentials of maternity, newborn, and women's health nursing*. Philadelphia: Lippicott William & Wilkins.
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., Campbell, L., Tran, S., & Wilson, C. L. (2003). Adult attachment, the transition to parenthood and depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 1172-1187.
- Tamis-LeMonda, C. S., & Cabrera, N. (1999). Perspectives on father involvement: Research and policy. *Society for Research in Child Development*, 8(2), 1-32.
- Tengtrisor, R. (2001). *Stress, social support, and paternal role adaptation of first-child fathers*. Master of Nursing Science in Maternity and Newborn Nursing. Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Wang, S-Y., & Chen, C-H. (2006). Psychosocial health of Taiwanese postnatal husbands and wives. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 303-307.
- 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, 358-377.
- Wong, D. L., Perry, S., Hockenberry, M., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2006). *Maternal Child Nursing Care* (3rd ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2010). The Thai version of the PSS-10: An investigation of its psychometric properties. *BioPsychoSocial Medicine*, 4(1), 6.
- Zelkowitz, P., & Milet, T. H. (2001). The course of postpartum psychiatric disorders in women and their partners. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(9), 575-582.