

Exploring Mediating Effect of Intimate Partner Violence and Psychosocial Factors on Antenatal and Postnatal Depression among Thai Women *

Nanthana Thananowan, PhD, RN¹, Nopporn Vongsirimas, PhD, RN¹,
Det Kedcham, PhD², Phuangphet Kaesornsamut, PhD, RN¹

Abstract

Purpose: To explore the influence of mediating variables from intimate partner violence (IPV) and psychosocial factors (i.e., stress, social support, and self esteem) on antenatal and postnatal depression among Thai women.

Design: Prospective design.

Methods: This study used a secondary data obtained from 420 pregnant women during their 38-42 weeks of pregnancy. Participants were firstly asked with a set of questionnaire that assessed abused status, types of violence, psychosocial factors, and antenatal depression. Then at the 4th week postpartum, they were asked again for postnatal depression. Statistical analysis was performed by Structural Equation Modeling (SEM) to test whether IPV impaired women's psychosocial factors and thus subsequently increased the risk for antenatal and postnatal depression.

Main findings: IPV has a significant positive direct effect on antenatal depression ($\beta = 0.783$, $p = .000$) and has a significant positive indirect effect on postnatal depression ($\beta = 0.694$, $p = .000$) through stress, social support, self-esteem, and antenatal depression, respectively. The model fit to the empirical data very well ($\chi^2 = 8.982$, $df = 9$, $p = 0.439$, $GFI = 0.995$, $AGFI = 0.979$, $RMSEA = 0.000$) and could explained 56% of variance of postnatal depression.

Conclusion and recommendations: Nurses should screen IPV among Thai pregnant women. If abuse is found, nursing intervention for reducing stress and providing social support as well as empowering their self-esteem should be implemented urgently to prevent antenatal and postnatal depression.

Keywords: depression, intimate partner violence, mediational effect, psychosocial factors

พลของตัวแปรส่งผ่านจากความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส และปัจจัยทางจิตสังคมต่อภาวะซึมเศร้าก่อนคลอดและหลังคลอดในสตรีไทย *

นันทนา ธนาโนวรรณ, PhD¹ นพพร ว่องสีริมาศ, ปส.ด.¹ เดช เกตุจำ, ปส.ด.²
พวงเพ็ชร เกษมสมุทร, ปส.ด.¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปรส่งผ่านจากความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสและปัจจัยทางจิตสังคม (ได้แก่ ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง) ต่อภาวะซึมเศร้าก่อนคลอดและหลังคลอดในสตรีไทย

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยแบบติดตามไปข้างหน้า

วิธีดำเนินการวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากสตรีตั้งครรภ์จำนวน 420 คนซึ่งมีอายุครรภ์ระหว่าง 38-42 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างได้รับการสอบถามครั้งแรกด้วยชุดแบบสอบถามเพื่อประเมินการถูกทำร้าย ชนิดของความรุนแรง ปัจจัยทางจิตสังคม และภาวะซึมเศร้าก่อนคลอด เมื่อครบสัปดาห์หลังคลอดกลุ่มตัวอย่างได้รับการสอบถามอีกครั้งเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยการทดสอบสมการเชิงโครงสร้าง เพื่อพิสูจน์ว่าความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสมีผลต่อปัจจัยทางจิตสังคมของสตรีหรือไม่ และผลดังกล่าวเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าก่อนคลอดและหลังคลอดหรือไม่

ผลการวิจัย: ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสมีอิทธิพลทางบวกและทางตรงต่อภาวะซึมเศร้าก่อนคลอด ($\beta = 0.783, p = .000$) และมีอิทธิพลผลทางบวกและทางอ้อมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.694, p = .000$) โดยผ่านความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าก่อนคลอดตามลำดับ โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นอย่างดี ($\chi^2 = 8.982, df = 9, p = 0.439, GFI = 0.995, AGFI = 0.979, RMSEA = 0.000$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ร้อยละ 56

สรุปและข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรทำการคัดกรองความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์ไทย หากพบว่ามี ความรุนแรงเกิดขึ้นจริง กิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดความเครียดและให้การสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งการเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแก่สตรีเหล่านี้ควรรับดำเนินการทันทีเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าก่อนคลอดและหลังคลอด

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส อิทธิพลส่งผ่านปัจจัยทางจิตสังคม

J Nurs Sci. 2012;30(4):28-36

Corresponding Author: รองศาสตราจารย์ นันทนา ธนาโนวรรณ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 100700, e-mail: nanthana.tha@mahidol.ac.th

* โครงการวิจัยที่นำมาเป็นข้อมูลปฐมภูมิของการศึกษานี้ได้รับทุนจาก สกอ. และ สกว. ปี 2550

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัญหา

ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส (Intimate Partner Violence: IPV) ขณะตั้งครรภ์จัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบันเพราะก่อให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพอย่างมาก¹ ผลกระทบที่พบบ่อยมักเป็นผลกระทบทางกายซึ่งอาจเป็นเพียงการบาดเจ็บเล็กๆ น้อยๆ จนกระทั่งรุนแรงมากขึ้นและอาจถึงแก่ชีวิตได้ ส่วนผลกระทบทางจิตสังคมมักได้แก่ ความเครียด กลัว วิตกกังวล ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม รู้สึกไร้ค่า ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ซึมเศร้า รวมทั้งคิดไตร่ตรองและ/หรือพยายามฆ่าตัวตาย²⁻³ ซึ่งผลกระทบด้านนี้ นอกจากจะประเมินได้ยากกว่าและรุนแรงกว่าผลกระทบทางกายแล้วยังใช้เวลาในการรักษายาวนานอีกด้วย²

เป็นที่ทราบดีว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะประเมินเหตุการณ์ต่างๆ ในด้านลบจึงส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่ใส่ใจภาวะโภชนาการขณะตั้งครรภ์ พักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ ไม่สนใจคำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ บางรายอาจมีการสูบบุหรี่ ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดร่วมด้วย⁴⁻⁵ มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงจะมีความคิดอยากฆ่าตัวตายสูง⁶ ผลการวิจัยที่ผ่านมายังพบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์กับการคลอดก่อนกำหนด การคลอดทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยและมีคะแนนสภาพแรกเกิดต่ำ⁷ ทารกที่เกิดจากการดื่มน้ำนมมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์ยังมีอัตราความเจ็บป่วย และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงกว่าทารกทั่วไป⁴ ที่สำคัญยังพบว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ดังเช่นการวิจัยของ Niratharadorn และคณะ⁸ ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าก่อนคลอดในมารดาด้วยรุ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้อีกด้วย ดังนั้น หากปล่อยให้สตรีตั้งครรภ์มีภาวะซึมเศร้าก่อนคลอดโดยไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมยิ่ง จะทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในเวลาต่อมา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อมารดา ทารกแรกเกิด รวมทั้งบุคคลในครอบครัวจนนำไปสู่ปัญหาสังคมในอนาคตได้ เช่น มารดาที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะปฏิเสธการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁹ อีกทั้งบุตรที่เกิดจากการดื่มน้ำนมมารดาที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีความเสี่ยงต่อการกระทำผิดกฎหมาย ก้าวร้าว มีอาการซึมเศร้าหรือวิตกกังวลเมื่อโตขึ้นอีกด้วย¹⁰⁻¹¹

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การวิจัย

เรื่องความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสส่วนใหญ่มุ่งเน้นศึกษาเฉพาะความรุนแรงทางกายและผลกระทบที่เกิดขึ้น² ในขณะที่การวิจัยที่ศึกษาความรุนแรงทั้งทางกาย-ทางจิต-ทางเพศและผลกระทบทางจิตสังคมยังมีจำนวนน้อย ตัวอย่างเช่น การวิจัยแบบภาคตัดขวางที่ศึกษาผลของความรุนแรงขณะตั้งครรภ์ต่อปัจจัยทางจิตสังคมในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 600 คน¹² ผลการวิจัยพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนการวิจัยแบบระยะยาวที่ติดตามกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสตรีตั้งครรภ์จำนวน 420 คน ตั้งแต่อายุครรภ์ 38-42 สัปดาห์ไปจนถึงระยะสี่สัปดาห์หลังคลอด¹³ ผลการวิจัยพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยและมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ที่สำคัญความรุนแรงทั้งสามชนิดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเครียดและภาวะซึมเศร้า แต่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าแต่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในขณะที่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการสนับสนุนทางสังคมแต่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ตามลำดับ

ด้วยเหตุที่การวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น¹²⁻¹³ มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างความรุนแรงทั้งสามชนิดกับปัจจัยทางจิตสังคม (ในที่นี้ได้แก่ ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง) และ/หรือภาวะซึมเศร้าเท่านั้น จึงมีข้อจำกัดในการทำทำความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของกลุ่มตัวแปรดังกล่าว ในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยจึงต้องการศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรเหล่านั้น รวมทั้งบทบาทของตัวแปรส่งผ่านจากความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสและปัจจัยทางจิตสังคมต่อภาวะซึมเศร้าก่อนคลอดและหลังคลอด โดยนำข้อมูลจากการวิจัยที่ผ่านมา¹³ มาทำการวิเคราะห์แบบทฤษฎี¹⁴ ด้วยวิธีการทดสอบสมการเชิงโครงสร้าง (structural equation modeling หรือ SEM)¹⁵ ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือสตรีที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เกิดจากคู่สมรสต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปรส่งผ่านจากความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสและปัจจัยทางจิตสังคม (ได้แก่ ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง) ต่อภาวะซึมเศร้าก่อนคลอดและหลังคลอดในสตรีไทย

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสมีผลทางบวกทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าก่อนคลอด และมีผลทางบวกทั้งทางตรงและอ้อมต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
2. ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยส่งอิทธิพลผ่าน ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าก่อนคลอด

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจากข้อมูลปฐมภูมิเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีอายุครรภ์ระหว่าง 38-42 สัปดาห์ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ขณะตั้งครรภ์ การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากคำแนะนำของ Hair และคณะ¹⁶ ที่กล่าวว่า ในการวิเคราะห์สมการเชิงโครงสร้างนั้นกำหนดให้ใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างประมาณ 10-20 ต่อจำนวนพารามิเตอร์ ทั้งนี้โมเดลที่ได้จากงานวิจัยปฐมภูมิมีจำนวน 42 พารามิเตอร์ จึงประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนพารามิเตอร์ในโมเดลเท่ากับ 420 ราย และในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยปฐมภูมิทั้งหมดรวม 420 ราย

เครื่องมือการวิจัย ข้อมูลจากงานวิจัยปฐมภูมิได้จากแบบสอบถาม 4 ชุด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) และความเที่ยง (reliability) แล้วดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยหลักพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เก็บข้อมูลขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาสมรส การแต่งงานครั้งที่สอง ลักษณะครอบครัว รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ เศรษฐฐานะ การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด การเล่นเกมพนัน จำนวน 12 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบคัดกรองความรุนแรง ใช้เก็บข้อมูลขณะตั้งครรภ์ ซึ่งประกอบด้วย

2.1 Abuse Assessment Screen (AAS) สร้างขึ้นโดย McFarlane, Parker, Soeken, & Bullock¹⁷ จำนวน 4 ข้อ เครื่องมือนี้ใช้สำหรับคัดกรองความรุนแรงขณะตั้งครรภ์ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งในอเมริกา ยุโรป และประเทศในแถบเอเชีย จึงอาจกล่าวได้ว่าเครื่องมือนี้มีความตรงและความเที่ยงที่เป็นที่ยอมรับ ประกอบด้วย (1) คำถามเกี่ยวกับความรุนแรงทางกายที่เกิดขึ้นก่อนการตั้งครรภ์ (AAS1) (2) คำถามเกี่ยวกับความรุนแรงทางกายที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ (AAS2) (3) คำถามเกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศ (AAS3) และ (4) คำถามเกี่ยวกับความรุนแรงทางจิตใจ (AAS4) ลักษณะการตอบคำถามเป็นแบบสองตัวเลือก (ใช่ = 1 / ไม่ใช่ = 0) คำตอบ “ใช่” หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ผู้นั้นยอมรับว่ามีการใช้ความรุนแรงทางกาย จิตใจหรือทางเพศ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ หากสตรีตั้งครรภ์รายใดตอบคำถาม “ใช่” จาก AAS ข้อใดข้อหนึ่ง ให้ถือว่าสตรีตั้งครรภ์รายนั้นจัดอยู่ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส โดยกำหนดให้ระดับการวัดของความรุนแรงที่เกิดขึ้นเป็นแบบนามกำหนด (nominal scale) สำหรับค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของเครื่องมือจากงานวิจัยปฐมภูมิเท่ากับ 0.92¹³

2.2 Index of Spouse abuse (ISA) สร้างขึ้นโดย Hudson & McIntosh¹⁸ เครื่องมือนี้ใช้ประเมินความรุนแรงของการถูกทำร้าย (severity of IPV) มีจำนวน 30 ข้อ โดยแบ่งเป็นข้อความที่ประเมินความรุนแรงทางกาย (ISA-P) จำนวน 10 ข้อ ทางจิตใจ (ISA-E) จำนวน 18 ข้อ และทางเพศ (ISA-S) จำนวน 2 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เคย) ถึง 5 (เป็นประจำ) การแปลผลคิดจากคะแนนรวมทั้งหมด แต่เนื่องจากข้อความในแต่ละด้านมีจำนวนไม่เท่ากัน จึงนิยมใช้ค่าเฉลี่ยบอกระดับของความรุนแรงแทนซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 1-5 โดยกำหนดให้คะแนนสูง หมายถึง ได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสมาก จากการวิจัยที่ผ่านมาได้มีการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างก่อนหน้านี้อย่างมีนัยสำคัญ¹² และพบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือเท่ากับ 0.93¹³

ชุดที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยทางจิตสังคม (Prenatal Psychosocial Profiles: PPP) สร้างขึ้นโดย Curry, Burton, และ Fields¹⁹ มีจำนวน 33 ข้อ โดยแบ่งเป็นข้อความ

ที่ประเมินทางจิตสังคมขณะตั้งครรภ์ 3 ด้าน (ได้แก่ ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง) ด้านละ 11 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ด้านความเครียดให้เลือกตอบ 4 ระดับ จาก 1 (ไม่เคย) ถึง 4 (มากที่สุด) ด้านการสนับสนุนทางสังคมให้เลือกตอบ 6 ระดับ จาก 1 (ไม่พึงพอใจ) ถึง 6 (พึงพอใจมากที่สุด) และด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้เลือกตอบ 4 ระดับ จาก 1 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 4 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยแยกเป็นด้านความเครียด ด้านการสนับสนุนทางสังคม และด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเท่ากับ 0.72, 0.95 และ 0.82 ตามลำดับ¹³

ชุดที่ 4 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (Center for Epidemiologic Studies Depression: CES-D)²⁰ มีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะการตอบคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 4 ระดับ จาก 0 (ไม่บ่อยนัก) ถึง 3 (เป็นประจำ) การแปลผลคิดจากคะแนนรวมทั้งหมดซึ่งอยู่ในช่วง 0 ถึง 60 โดยกำหนดให้คะแนน 16 หรือมากกว่ามีภาวะซึมเศร้า แต่เนื่องจากความแตกต่างทางชนบทรรมนิยมวัฒนธรรม การแสดงออกด้านความรู้สึกนึกคิดและโครงสร้างระหว่างสังคมตะวันออกและตะวันตกทำให้คะแนนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าในคนไทยสูงกว่าคนต่างชาติ จึงกำหนดให้คะแนน 19 หรือมากกว่าเป็นค่าคะแนนมาตรฐานที่บ่งชี้ภาวะซึมเศร้าของคนไทย²¹ และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของเครื่องมือเท่ากับ 0.92¹³

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล (ชุดสายพยาบาลศาสตร์) ให้เป็นโครงการวิจัยที่เข้าข่ายได้รับการยกเว้นการรับรอง (รหัสโครงการ MU-IRB (NS) 2012/01.0401)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ในงานวิจัยปฐมภูมิ หากสตรีตั้งครรภ์รายใดมีความประสงค์ที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยหลักแจกเอกสารชี้แจงเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น โดยเน้นว่าการเข้าร่วมโครงการวิจัยถือเป็นความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีสิทธิ์ที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วม หรือเพิกถอนออกจากโครงการวิจัยได้ ตลอดเวลาหากรู้สึกไม่สะดวกใจในการตอบคำถาม ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคนจะต้องแสดงความจำนงในการเข้าร่วมวิจัยในหนังสือ

แสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในขณะที่ตอบแบบสอบถาม สตรีตั้งครรภ์จะถูกจัดให้อยู่ในที่ๆ เป็นส่วนตัว โดยปราศจากการรบกวนจากบุคคลอื่น โดยผู้วิจัยจะเริ่มสอบถามข้อมูลทั่วไป ประวัติการถูกทำร้าย ชนิดและระดับของความรุนแรง จากนั้นจึงประเมินปัจจัยทางจิตสังคมและภาวะซึมเศร้าตามลำดับ

ผู้วิจัยหลักเก็บข้อมูลในขณะตั้งครรภ์โดยใช้แบบสอบถามชุดที่ 1-4 โดยใช้เวลา 30 นาที ส่วนการเก็บข้อมูลในระยะ 4 สัปดาห์หลังคลอดใช้แบบสอบถามชุดที่ 4 ด้วยวิธีสอบถามข้อมูลทางโทรศัพท์ ในการนี้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกรายจะได้รับเอกสารสำคัญเกี่ยวกับสถานที่และเบอร์โทรศัพท์ของแหล่งช่วยเหลือเมื่อถูกทำร้าย รวมทั้งคำแนะนำเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ซึ่งได้แก่ การทดสอบการกระจายของตัวแปร การทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้น (linear relationship) และ multicollinearity
2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง

ผลการวิจัย

จากตารางที่ 1 และรูปภาพที่ 1 สามารถแปลผลการวิเคราะห์ออกเป็น 3 กรณีตามสมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ดังนี้

1. ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสมีผลทางบวกและทางตรงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าก่อนคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.783, p = .000$) แต่มีผลทางบวกและทางอ้อมต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.694, p = .000$)
2. ภาวะซึมเศร้าก่อนคลอดมีผลทางบวกและทางตรงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.672, p = .000$)
3. ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรส่งผ่านจากความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส และปัจจัยทางจิตสังคมต่อภาวะซึมเศร้าก่อนคลอดและหลังคลอดพบว่า ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสไม่มีผลทางตรง (direct effect) ต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แต่มีผลทางอ้อม (total indirect effect) ต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่าการส่งผ่านอิทธิพลทางอ้อมของความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสไปยังภาวะซึมเศร้าหลังคลอดนี้สามารถส่งผ่านได้ทั้งหมด 5 เส้นทาง คือ (1) ส่งอิทธิพลผ่านความเครียด (2)

ส่งอิทธิพลผ่านการสนับสนุนทางสังคม (3) ส่งอิทธิพลผ่านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (4) ส่งอิทธิพลผ่านภาวะซึมเศร้าก่อนคลอด และ (5) ส่งอิทธิพลรวม (the compound mediation) ผ่านความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าก่อนคลอด หากต้องการทราบว่าตัวแปรใดมีอิทธิพลส่งผ่านมากที่สุดจะต้องทำการวิเคราะห์เพิ่มเติมโดยดึงตัวแปรส่งผ่านที่ไม่ต้องการออกจากโมเดลทีละตัวแล้ววัดปริมาณอิทธิพลของตัวแปรที่เหลือในโมเดล ซึ่งการวิเคราะห์ด้วยวิธี SEM ยังมีข้อจำกัดอยู่บ้างเพราะไม่สามารถหาค่าอิทธิพลทางอ้อมเฉพาะของตัวแปรส่งผ่านแต่ละตัวได้ (specific indirect effect)¹⁵ อย่างไรก็ตาม ผลการวิเคราะห์ที่พบว่าความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสมีอิทธิพลทางอ้อม (total indirect effect) ต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญนั้น เป็นการแสดงค่าอิทธิพลส่งผ่านโดยรวมของตัวแปรทั้งหมด 4 ตัว ซึ่งสอดคล้องกับ Brown¹⁵ ที่อธิบายเกี่ยวกับอิทธิพลรวมของตัวแปรส่งผ่านในปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนที่ได้จาก

ข้อมูลเชิงประจักษ์ก่อนหน้านี้ ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าในโมเดลเชิงโครงสร้างของการวิจัยครั้งนี้มีความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าก่อนคลอดทำหน้าที่เป็นตัวแปรส่งผ่าน (mediating variables) อิทธิพลของความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสไปยังภาวะซึมเศร้าหลังคลอด กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยส่งอิทธิพลผ่านความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าก่อนคลอด ตามลำดับ

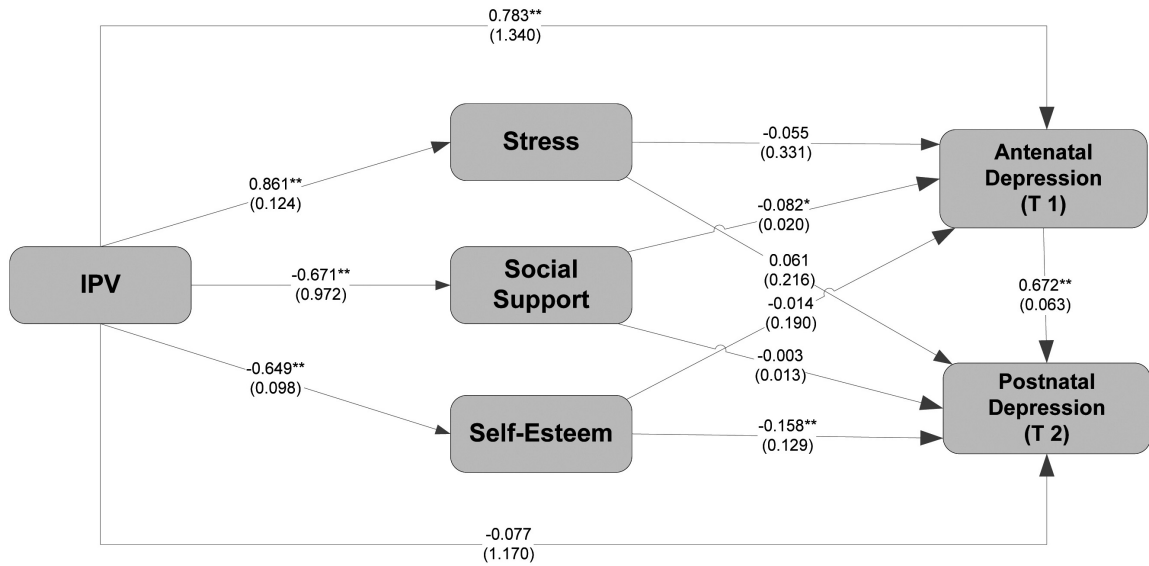
นอกจากนี้ ยังพบอีกว่าโมเดลเชิงโครงสร้างมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 8.982$, $df = 9$, $p = 0.439$, $GFI = 0.995$, $AGFI = 0.979$, $RMSEA = 0.000$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ร้อยละ 56 ซึ่งหมายความว่า ตัวแปรทุกตัวในโมเดลสามารถอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ร้อยละ 56

ตารางที่ 1 ค่า Standardized Direct Effect (DE) Indirect Effect (IE) และ Total effect (TE) ของตัวแปรแฝง (latent variables) ในโมเดล

Causal Variables	Effect Variables														
	Stress			Social Support			Self-Esteem			Antenatal Depression (T1)			Postnatal Depression (T2)		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
IPV	0.861** (0.124)		0.861** (0.124)	-0.671** (0.972)		-0.671** (0.972)	-0.649** (0.098)		-0.649** (0.098)	0.783** (1.340)	0.017 (1.122)	0.799** (0.349)	-0.077 (1.170)	0.694* (1.046)	0.617** (0.287)
Stress										-0.055 (0.331)	- (0.331)	-0.055 (0.331)	0.061 (0.216)	-0.037 (0.166)	0.023 (0.256)
Social Support										-0.082* (0.020)	- (0.020)	-0.082* (0.020)	-0.003 (0.013)	-0.055 (0.010)	-0.058 (0.017)
Self-esteem										-0.014 (0.190)	- (0.190)	-0.014 (0.190)	-0.158** (0.129)	-0.010 (0.094)	-0.167* (0.158)
Antenatal Depression													0.672** (0.063)	- (0.063)	0.672** (0.063)
Structural Equation Fit	$R^2 = 0.451$			$R^2 = 0.451$			$R^2 = 0.421$			$R^2 = 0.644$			$R^2 = 0.560$		

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

หมายเหตุ: ค่าที่แสดงในตารางเป็นค่ามาตรฐาน (standardized values) ส่วนค่าในวงเล็บเป็นค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (standard error)



รูปภาพที่ 1 อิทธิพลของตัวแปรส่งผ่านจากความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส และปัจจัยทางจิตสังคมต่อภาวะซึมเศร้าก่อนคลอด และหลังคลอด

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้พิสูจน์ให้เห็นว่าความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสไม่ได้มีอิทธิพลโดยตรงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แต่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสนั้นเกิดจากอิทธิพลของตัวแปรส่งผ่าน 4 ตัว ซึ่งได้แก่ ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าก่อนคลอด นอกจากผลการทดสอบสมการเชิงโครงสร้างจะยืนยันสมมุติฐานทั้งสองข้อข้างต้นแล้ว โมเดลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ยังสะท้อนให้เห็นความสลับซับซ้อนของปัญหาความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส และปัจจัยทางจิตสังคมที่มีต่อภาวะซึมเศร้าซึ่งยากที่จะเข้าใจหรืออธิบายได้ด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง² ดังนั้น การอธิบายความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวแปรดังกล่าวจึงมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา²²⁻²³ ประกอบกับการทดสอบความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างข้างต้น

ผลการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสและปัจจัยทางจิตสังคมที่นำเสนอในตารางที่ 1 และรูปภาพที่ 1 แสดงให้เห็นว่าความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสมีผลทางบวกและทางตรงต่อความเครียด แต่มีผลทางลบและทางตรงต่อการสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามลำดับ รวมทั้งมีผลทางบวกและทางตรงต่อภาวะซึมเศร้าก่อนคลอดและมีผลทาง

อ้อมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยภาวะซึมเศร้าก่อนคลอดมีผลทางบวกและทางตรงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งหมายความว่า ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสนอกจากจะมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าก่อนคลอดโดยตรงแล้วยังมีอิทธิพลทางอ้อมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอิทธิพลของตัวแปรส่งผ่านข้างต้น ดังนั้น สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสจึงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าก่อนคลอด ในขณะที่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอาจเกิดจากอิทธิพลของความเครียดจากการได้รับความรุนแรงขณะตั้งครรภ์ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีความรู้สึกด้อยค่า และภาวะซึมเศร้าก่อนคลอด ด้วยเหตุดังกล่าวสตรีตั้งครรภ์เหล่านี้จึงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าทั้งในขณะตั้งครรภ์และในระยะหลังคลอด²⁴⁻²⁵

สำหรับผลการวิจัยที่พบว่า อิทธิพลทางตรงจากความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสไปยังภาวะซึมเศร้าหลังคลอดไม่มีนัยสำคัญ แต่กลับเป็นอิทธิพลทางอ้อมที่มีนัยสำคัญทางสถิติ นั้นหมายความว่า ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสเพียงอย่างเดียวไม่มีอิทธิพลมากพอที่จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้แต่เป็นผลมาจากอิทธิพลของตัวแปรส่งผ่าน ดังนั้น การจัดการกับตัวแปรส่งผ่านจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรดำเนินการทันทีเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส

ข้อเสนอแนะ

ผลการทดสอบสมการเชิงโครงสร้างพิสูจน์ให้เห็นว่า ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสไม่ได้มีอิทธิพลมากพอที่จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แต่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเกิดจากอิทธิพลของตัวแปรส่งผ่าน 4 ตัว ซึ่งได้แก่ ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าก่อนคลอดตามลำดับ ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมเพื่อช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส ควรเริ่มต้นด้วยการคัดกรองความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์ทุกราย พร้อมทั้งประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความภาคภูมิใจในตนเอง ตลอดจนภาวะซึมเศร้า หากพบสตรีตั้งครรภ์รายใดได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส มีความเครียด ขาดการสนับสนุนทางสังคม มีความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง พยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพที่ดี พูดคุยและให้กำลังใจ สร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองเพื่อเปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์เหล่านี้ได้มีโอกาสระบายความเครียด จากนั้นจึงเป็นการแนะนำวิธีบริหารจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม รวมทั้งให้การช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม และเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนคลอดและหลังคลอด²

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Campbell JC, Garcia-Moreno C, Sharps P. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence Against Women*. 2004;10(7):770-89.
2. Thananowan N. Violence against pregnant women. Bangkok: V. Print (1991); 2012. (in Thai).
3. Gold KJ, Singh V, Marcus SM, Palladino CL. Mental health, substance use and intimate partner problem among pregnant and postpartum suicide victims in the national violent death reporting system. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012;34(2):139-45.
4. Records K, Rise M. Psychosocial correlates of depression symptom during the third trimester of pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007;36(3):231-42.
5. Woods SM, Melville JL, Guo Y, Fan M, Gavin A. Psychosocial stress during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;202(1):61.e1-7.
6. Paris R, Bolton RE, Weinberg MK. Postpartum depression, suicidality, and mother-infant interaction. *Arch Womens Ment Health*. 2009;12(5):309-21.
7. Giurgescu C. Are maternal cortisol levels related to preterm birth? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2009;38(4):377-90.
8. Niratttharadon M, Phancharoenworakul K, Gennaro S, Vorapongsathorn T, Sitthimongkul Y. Self-esteem, social support, and depression in Thai adolescent mothers. *Thai Journal of Nursing Research*. 2005;9(1):63-75.
9. Dennis C, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: A qualitative systematic review. *Pediatrics*. 2009;123(4):e736-51.
10. Lindhorst T, Oxford M. The long-term effects of intimate partner violence on adolescent mothers' depressive symptoms. *Soc Sci Med*. 2008;66(6):1322-33.
11. Westbrook TR, Harden BJ. Pathways among exposure to violence, maternal depression, family structure, and child outcomes through parenting: A multi-group analysis. *Am J Orthopsychiatry*. 2010;80(3):386-400.
12. Thananowan N, Hakularb P. The consequences of intimate partner violence (IPV) on stress, social support, and self-esteem. *J Nurs Sci*. 2007;25(1):47-61. (in Thai).

13. Thananowan N, Kaesornsamut P. The association between physical, emotional, and sexual violence and pregnant women's psychosocial health. *J Nurs Sci*. 2010;28(1): 28-37. (in Thai).
14. Glass GV. Primary, secondary, and meta-analysis of research. *Educational Researcher*. 1976;5(10):3-8.
15. Brown RL. Assessing specific mediational effects in complex theoretical models. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*. 1997;4(2):142-156.
16. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Multivariate data analysis*. NJ: Prentice-Hall; 2005.
17. McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy: Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA*. 1992;267(23):3176-8.
18. Hudson WW, McIntosh SR. The assessment of spouse abuse: Two quantifiable dimensions. *J Marriage Fam*. 1981;43:873-88.
19. Curry MA, Burton D, & Fields J. The Prenatal Psychosocial Profile: A research and clinical tool. *Res Nur Health*. 1998;21(3): 211-9.
20. Radloff LS. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psych Meas*. 1977;1(3): 385-401.
21. Kuptniratsaikul V, Pekuman P. The study of the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) in Thai people. *Siriraj Medical Journal*. 1997;49(5):442-8. (in Thai).
22. Leiner AS, Compton MT, Houry D, Kaslow NJ. Intimate partner violence, psychological distress, and suicidality: A path model using data from African American women seeking care in a urban emergency department. *J Fam Violence*. 2008;23(6):473-81.
23. Lilly MM, Valdez CE, Graham-Bermann SA. The mediating effect of world assumptions on the relationship between trauma exposure and depression. *J Interpers Violence*. 2011;26(12):2499-516.
24. Martin SL, Li Y, Casanueva C, Harris-Britt A, Kupper LL, Cloutier S. Intimate partner violence and women's depression before and during pregnancy. *Violence Against Women*. 2006;12(3):221-39.
25. Beydoun HA, Al-Sahab B, Beydoun MA, Tamin H. Intimate partner violence as a risk factor for postpartum depression among Canadian women in the maternity experience survey. *Ann Epidemiol*. 2010;20(8):575-83.