

Predictive Factors of Postpartum Depression in First-time Mothers: A Cross-Sectional Study*

Pipattra Thammajarun, RN, MNS¹, Nanthana Thananowan, RN, PhD¹, Wanna Phahuwatanakorn, RN, PhD¹, Nopporn Vongsirimas, RN, PhD¹

Abstract

Purpose: To determine the predictive powers of age, income, type of delivery, COVID-19 disease, stress, intimate partner violence, and social support on postpartum depression in first-time mothers.

Design: Predictive correlational design.

Methods: The sample consisted of 227 first-time mothers at 4-6 weeks post-partum, recruited from the family planning clinic at a tertiary hospital in Bangkok. Data were collected by using the Personal Information Questionnaire, the Thai Perceived Stress Scale, the Abuse Assessment Screen, and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics, Pearson's and point biserial correlation coefficients, and multiple linear regression analysis.

Main findings: All factors accounted for 88% of the variance in postpartum depression ($R^2 = .88$). Significant predictors of postpartum depression among first-time mothers included age ($\beta = .49$, $p < .001$), stress ($\beta = .28$, $p < .001$), COVID-19 diagnosis during pregnancy ($\beta = .14$, $p < .001$), type of delivery ($\beta = .09$, $p < .001$), and social support ($\beta = -.07$, $p < .05$).

Conclusion and recommendations: The findings of this study can inform screening and risk assessment for postpartum depression in first-time mothers, and support mental health care planning by midwives.

Keywords: mental health, postpartum depression, postpartum period, risk factors

Nursing Science Journal of Thailand. 2026;44(1):76-88.

Corresponding Author: Associate Professor Nanthana Thananowan, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: nanthana.tha@mahidol.ac.th

* Master's Thesis, Master of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Mahidol University; and this research is partially supported by the Faculty of Graduate Studies and Graduate Studies of Mahidol University Alumni Association

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 27 March 2025 / Revised: 1 July 2025 / Accepted: 18 July 2025

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก: การวิจัยแบบภาคตัดขวาง*

พิภัทร ธรรมเจริญ, พย.ม.¹ นันทนา ธนาโนวรรณ, PhD¹ วรรณ ปาหุวัฒนกร, PhD¹ นพพร ว่องสิริมาศ, ปร.ด.¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของอายุ รายได้ วิธีการคลอด โรคโควิด 19 ความเครียด ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครรภ์แรก 4-6 สัปดาห์หลังคลอด จำนวน 227 ราย ซึ่งถูกคัดเลือกจากคลินิกวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้สึกเครียด แบบวัดการรองรับความรุนแรง และแบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและแบบพอยท์ไบซีเรียล และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย: ปัจจัยที่ศึกษาสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ร้อยละ 88 ($R^2 = .88$) โดยปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($\beta = .49, p < .001$) ความเครียด ($\beta = .28, p < .001$) โรคโควิด 19 ขณะตั้งครรภ์ ($\beta = .14, p < .001$) วิธีการคลอด ($\beta = .09, p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -.07, p < .05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครรภ์แรกและสนับสนุนการวางแผนดูแลด้านสุขภาพจิตโดยพยาบาลผดุงครรภ์

คำสำคัญ: สุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ระยะหลังคลอด ปัจจัยเสี่ยง

วารสารพยาบาลศาสตร์. 2569;44(1):76-88.

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: รองศาสตราจารย์นันทนา ธนาโนวรรณ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: nanthana.tha@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และงานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนวิทยานิพนธ์บางส่วนจากบัณฑิตวิทยาลัย และสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 27 มีนาคม 2568 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 1 กรกฎาคม 2568 / วันที่ตอบรับบทความ: 18 กรกฎาคม 2568

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depression) จัดเป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตในมารดาหลังคลอด เนื่องจากการดาจะมีการเปลี่ยนแปลงเชิงลบทั้งทางความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมในระยะหลังคลอด อาการและอาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่ ความรู้สึกเศร้า เบื่อหน่าย อ่อนเพลีย รู้สึกไร้ค่า สมาธิลดลง มีความผิดปกติของการนอนหลับ ความอยากอาหาร และการเคลื่อนไหว รวมถึงมีความคิดฆ่าตัวตาย หากพบอาการอย่างน้อย 5 อาการจาก 9 อาการ โดยเริ่มแสดงอาการที่ 4 สัปดาห์หลังคลอดและต่อเนื่องอย่างน้อย 2 สัปดาห์ จึงจะวินิจฉัยว่าเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ภาวะนี้อาจเกิดขึ้นได้ตลอดช่วง 1 ปี หลังการคลอดบุตร¹ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ในปี พ.ศ. 2564 พบความชุกทั่วโลกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อยู่ที่ร้อยละ 17.2² ส่วนประเทศไทยพบร้อยละ 12.5 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการสำรวจของกรมสุขภาพจิตซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 16.9 อย่างไรก็ตาม ความชุกดังกล่าวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นร้อยละ 27.6-56.9 ในปี พ.ศ. 2566² โดยเฉพาะภายหลังสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 สันนิษฐานว่าอาจมีปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด กล่าวคือ การระบาดของโรคโควิด 19 ที่ผ่านมา ทำให้มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่รายได้คงเดิมหรือลดลง สิ่งเหล่านี้อาจทำให้เกิดความเครียด หากปรับตัวได้ดี มีการสนับสนุนจากครอบครัวก็อาจผ่านอุปสรรคได้ หากปรับตัวไม่เหมาะสม อาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้³ อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาประเด็นดังกล่าวในประเทศไทยมาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในการวิจัยครั้งนี้

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดส่งผลกระทบต่อหลากหลายด้าน กล่าวคือ มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจนไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพและปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา รวมทั้งอาจมีความคิดทำร้ายตนเองได้³ ส่วนทารกแรกเกิดที่มารดา มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดนั้น

ทารกจะขาดการดูแลเอาใจใส่ ขาดการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการในทุก ๆ ด้าน ทำให้มีพัฒนาการล่าช้า มีภาวะทุพโภชนาการและเจ็บป่วยได้ง่าย³ ส่วนด้านครอบครัวนั้น สามีมักจะไม่เข้าใจว่ามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะมีความรู้สึกอย่างไร ทำให้มีความลำบากในการสื่อสาร⁴ นอกจากนี้ มารดาที่มีภาวะซึมเศร่ายังบกพร่องต่อหน้าที่การงานรวมถึงไม่กล้าขอความช่วยเหลือจากสังคม ซึ่งส่งผลให้การรักษาล่าช้า มารดามีอาการทางจิตระยะยาว⁴ โดยเฉพาะมารดาครรภ์แรก เนื่องจากขาดประสบการณ์ในการดูแลทารกกับการเปลี่ยนแปลงในระยะหลังคลอดทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ รวมถึงการปรับบทบาทของการเป็นมารดาหลังคลอด⁵ อาจทำให้เกิดความเครียดได้ สอดคล้องกับ Chen และคณะ⁶ พบว่ามารดาครรภ์แรกมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 2.53 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาครรภ์หลัง ดังนั้น มารดาครรภ์แรกจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่ามารดาครรภ์หลัง

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยนำทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman⁷ มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากสามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความเครียดและการเผชิญความเครียดที่นำไปสู่การปรับตัวได้ทั้งทางบวกหรือทางลบ โดยจัดกลุ่มปัจจัยที่สอดคล้องกับทฤษฎีออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ด้านการประเมินสถานการณ์ ได้แก่ ประวัติโรคทางจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด การตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ความเครียด ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส การคลอดก่อนกำหนด วิธีการคลอด โรคโควิด 19 การเจ็บป่วยของทารก และภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และ 2) ปัจจัยด้านแหล่งสนับสนุนการจัดการความเครียด ได้แก่ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สถานภาพสมรส การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัย 7 ตัว ได้แก่ อายุ รายได้ วิธีการคลอด โรคโควิด 19 ความเครียด ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าอายุเกี่ยวข้องกับการปรับตัวและการเผชิญปัญหา กล่าวคือ มารดาที่มีอายุน้อยจะเผชิญปัญหาได้ดีกว่ามารดาที่มีอายุน้อย ดังนั้น อายุที่เพิ่มขึ้นจึงลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด⁸ เช่น Ou และคณะ⁵ พบว่า มารดาที่มีอายุน้อยมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 0.59 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาที่มีอายุน้อย แต่ปัจจุบันพบว่ามารดาอายุ ≥ 35 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁹ ถึงแม้ว่ามารดาอายุ ≥ 35 ปี จะสามารถรับมือกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ดี⁸ อย่างไรก็ตาม Kc และคณะ¹⁰ ศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก พบว่ามารดาที่มีอายุ ≥ 35 ปี มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 1.91 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาที่มีอายุ < 35 ปี ดังนั้น ปัจจัยอายุจึงยังมีความขัดแย้งกันอยู่ เช่นเดียวกับรายได้ครอบครัว พบว่าภายหลังสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 เศรษฐกิจของทั่วโลกได้รับผลกระทบอย่างมาก มีการเลิกจ้างงาน ประชาชนส่วนใหญ่ขาดรายได้ ซึ่งส่งผลต่อการดำรงชีวิตทั่วไปอย่างมาก¹¹ สำหรับมารดาหลังคลอดนั้น Lequertier และคณะ¹² พบว่ามารดาที่มีรายได้ครอบครัวต่ำมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 1.74 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาที่มีรายได้ครอบครัวสูง ในขณะที่ Ou และคณะ⁵ พบว่ามารดาที่มีรายได้ครอบครัวสูงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 4.8 เท่า ส่วนอัจฉโรบล แสงประเสริฐ และปิ่นแก้ว โชติอำนวย⁹ พบว่ารายได้ครอบครัวไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($\beta = -.03, p > .05$) จึงสรุปไม่ได้ว่ารายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดหรือไม่ เนื่องจากมีการศึกษาจำนวนน้อยในช่วงสถานการณ์ดังกล่าว

สำหรับวิธีการคลอดนั้นพบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยเฉพาะการคลอดที่ต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการ เช่น การช่วยคลอดโดยใช้คีม ใช้เครื่องดูดสุญญากาศ และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง² โดย Agarwal, Dasari และ Sarkar¹³ พบว่า มารดาที่มีการคลอดไม่ปกติมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 2.5 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาที่มีการคลอดปกติ

สอดคล้องกับ Alturki และคณะ¹⁴ พบว่า มารดาที่มีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 2.61 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาที่มีการคลอดปกติ แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศยังไม่มีการศึกษายืนยันในประเทศไทย นอกจากนี้ โรคโควิด 19 ขณะตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเช่นกัน¹² เนื่องจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะกระตุ้น proinflammatory cytokines ทำให้มีระดับคอร์ติซอลมากเกินไป (hypersecretion of cortisol) สตรีตั้งครรภ์จะมีความเครียดสูงและเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์ซึ่งส่งผลมาถึงหลังคลอด เนื่องจาก cytokines มีผลต่อการทำงานของเม็ดเลือดขาวของสารสื่อประสาทได้นานถึง 1 ปี ทำให้มารดาที่มีประวัติโรคโควิด 19 ขณะตั้งครรภ์มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพิ่มขึ้น⁵⁻⁶ สอดคล้องกับ İşikan และคณะ¹⁵ พบว่า มารดาที่มีประวัติโรคโควิด 19 ขณะตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 12.89 เท่า อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยทำนายของวิธีการคลอดและโรคโควิด 19 ขณะตั้งครรภ์ต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในประเทศไทย

ความเครียดที่เกิดขึ้นในระยะหลังคลอด ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจและอารมณ์ การปรับบทบาทและการดูแลทารกแรกเกิด สิ่งเหล่านี้พบว่าเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด¹⁶ สอดคล้องกับ Lequertier และคณะ¹² พบว่ามารดาที่มีความเครียดมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 6.58 เท่า ที่ผ่านมามีการนำทฤษฎีต่าง ๆ เช่น Beck's Theory และ Social Theory มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในขณะที่ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman⁷ ได้มีการนำมาใช้ในการศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในประเทศไทยเพียงเรื่องเดียว¹⁷ ทำให้มีข้อจำกัดในการอธิบายกลไกการเผชิญความเครียดและการปรับตัว โดยเฉพาะในกรณีในมารดาครรภ์แรก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาซ้ำโดยใช้ทฤษฎีดังกล่าวในการวิจัยครั้งนี้

ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมาก โดยมารดาที่ถูกทำร้ายมักจะขาดความเชื่อมั่นในตนเอง หวาดกลัว และเครียด ซึ่งส่งผลกระทบต่อสมองส่วนที่รับผิดชอบเกี่ยวกับอารมณ์ (limbic system) ทำให้มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด¹⁸ โดยเฉพาะความรุนแรงในขณะตั้งครรภ์เพิ่มโอกาสเกิดความรุนแรงในระยะหลังคลอด เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่สามี-ภรรยาจะมีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้น มารดาอาจเหนื่อยล้าและเกิดความเครียดได้ง่าย หากสามีดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วยยิ่งเพิ่มโอกาสเกิดความรุนแรงมากขึ้น¹⁹ เช่น การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Al-Abri, Edge และ Armitage² พบว่า ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 5.46 เท่า อย่างไรก็ตาม การศึกษาความรุนแรงในประเทศไทยส่วนใหญ่มักพบในขณะตั้งครรภ์²⁰ แต่มีการศึกษาในระยะหลังคลอดจำนวนน้อย¹⁷ หากมารดามีภาวะซึมเศร้าก่อนคลอดอยู่แล้ว การได้รับความรุนแรงขณะตั้งครรภ์ยิ่งทำให้ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพิ่มขึ้น²¹

การสนับสนุนทางสังคมพบว่า มารดาที่รับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะรู้สึกเผชิญปัญหาเพียงลำพัง เครียดและซึมเศร้าได้ เช่น Terada, Kinjo และ Fukuda²² พบว่า มารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 11.7 เท่า ทั้งนี้การศึกษาที่ผ่านมาประเมินการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวม^{2,14} จึงสรุปไม่ได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านใด เช่น บุคคลสำคัญ ครอบครัว หรือเพื่อนที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่ากัน และพบว่ายังมีการศึกษาดังกล่าวจำนวนน้อย¹⁷ จึงจำเป็นต้องศึกษาเพิ่ม

กล่าวโดยสรุป ผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยทำนาย 7 ตัวมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อายุ รายได้ วิธีการคลอด โรคโควิด 19 ความเครียด ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม แม้ว่าปัจจัยดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แต่พบว่า ปัจจัยบางตัวยังมีความขัดแย้งกัน (อายุ รายได้) และยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทยมาก่อน (วิธีการคลอด

โรคโควิด 19) บางตัวมีการศึกษาจำนวนน้อยที่ใช้ทฤษฎีของ Lazarus และ Folkman (ความเครียด) ตลอดจนมีการศึกษาจำนวนน้อยในมารดาครรภ์แรก (ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของอายุ รายได้ วิธีการคลอด โรคโควิด 19 ความเครียด ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก

สมมติฐานการวิจัย

อายุ รายได้ วิธีการคลอด โรคโควิด 19 ความเครียด ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคมน้อยอย่างน้อย 1 ตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครรภ์แรกได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาหลังคลอดที่มารับบริการ ณ คลินิกวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายน พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบสะดวก (convenience sampling) คือ มารดาครรภ์แรกที่มาใช้บริการในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด ณ คลินิกวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. มารดาที่มีอายุ ≥ 18 ปี
2. คลอดเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด (37-42 สัปดาห์)
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในระยะหลังคลอด

เช่น ตกเลือด ล้วงรก

4. มารดาที่มีทารกสุขภาพแข็งแรง ไม่มีความผิดปกติ
 5. มีความสามารถในการฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้
- เกณฑ์การคัดออก

1. ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวชมาก่อน หรือมีประวัติ

ได้รับยารักษาอาการเจ็บป่วยทางจิต

2. มีประวัติใช้สารเสพติดทั้งในขณะตั้งครรภ์และ/หรือหลังคลอด

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักเกณฑ์การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 มีระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 ทั้งนี้อ้างอิงงานวิจัยของ พรพรรณ อินตะและคณะ¹⁷ ซึ่งมีค่า R^2 เท่ากับ .068 นำไปคำนวณโดยใช้สูตร Cohen²³ จึงได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .073 คำนวณด้วยโปรแกรม G*Power งานวิจัยครั้งนี้มี 7 ตัวแปร เมื่อแทนค่าลงในโปรแกรมแล้วได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 206 ราย และเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ซึ่งได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 227 ราย

เครื่องมือการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ชุด รวม 37 ข้อ ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง) ได้แก่ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว การวางแผนตั้งครรภ์ โรคโควิด 19 ขณะตั้งครรภ์ และผู้ช่วยเหลือในการดูแลบุตร และส่วนที่ 2 ข้อมูลทางสูติกรรม (ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน) ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ วิธีการคลอด และคะแนนรวมภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจากแบบประเมิน The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ใช้ประเมินความรู้สึกของมารดาหลังคลอดในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก 2 ข้อ และเชิงลบ 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรฐานประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 ถึง 3 เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อคำถามเชิงลบ คือ เกือบทุกวัน 3 คะแนน จนถึง ไม่มีเลย 0 คะแนน สำหรับข้อคำถามเชิงบวกจะทำการกลับค่าคะแนน คะแนนรวม ≥ 11 คะแนน แสดงว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด²⁴

2. แบบวัดความรู้สึกเครียด พัฒนาโดย Cohen และ Williamson²⁵ แปลเป็นภาษาไทยโดย ณหทัย วงศ์ปการันย์ และทินกร วงศ์ปการันย์²⁵ ใช้วัดการรับรู้ความเครียดในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก 4 ข้อ และเชิงลบ 6 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรฐานประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 ถึง 4 เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ คือ บ่อยมาก 4 คะแนน จนถึงไม่เคย 0 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีความเครียดมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมต่ำ เมื่อนำแบบสอบถามนี้ไปทดสอบในผู้ป่วยทางคลินิก (N = 111) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80²⁵ จากนั้น Tasnim, Abedin และ Rahman¹⁸ นำแบบสอบถามนี้ไปทดสอบในมารดาหลังคลอด (N = 497) พบค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .77

3. แบบคัดกรองความรุนแรง พัฒนาโดย McFarlane และคณะ²⁶ แปลเป็นภาษาไทยโดย นันทนา ธนาโนวรรณ¹⁹ ใช้คัดกรองความรุนแรงทางกาย ทางเพศ และทางจิตใจที่เกิดขึ้นกับสตรีก่อนการตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์จนกระทั่ง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด จำนวน 5 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” หากมารดาตอบแบบคัดกรองข้อใดข้อหนึ่งว่า “ใช่” ถือว่ามารดาเรานั้นได้รับความรุนแรงดังกล่าว เมื่อนำแบบสอบถามไปทดสอบกับสตรีตั้งครรภ์ (N = 475) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .94¹⁹ จากนั้น กมลรัตน์ สงนอก และคณะ²¹ นำแบบสอบถามไปทดสอบในมารดาหลังคลอด (N = 195) พบค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .71

4. แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ พัฒนาโดย Zimet และคณะ²⁷ แปลเป็นภาษาไทยโดย พิทักษ์พล บุญมาลิก²⁸ ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมด้านบุคคลสำคัญ ครอบครัว และเพื่อน จำนวน 12 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรฐานประมาณค่า

(rating scale) 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 7 เกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วยมากที่สุด 7 คะแนน จนถึงไม่เห็นด้วยที่สุด 1 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนรวมสูงแสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า ผู้ที่ได้คะแนนรวมต่ำ เมื่อนำแบบสอบถามนี้ไปทดสอบกับวัยรุ่น (N = 1,130) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .89²⁸ จากนั้น พรพรรณ อินตะ และคณะ¹⁷ นำแบบสอบถามนี้ไปทดสอบในมารดา หลังคลอด (N = 120) พบค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .94

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติศาสตร์-นรีเวชวิทยา จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ส่วนชุดที่ 2-4 (แบบวัดความรู้สึก เครียด แบบคัดกรองความรุนแรง และแบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ) เป็นเครื่องมือที่มีการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย จึงไม่นำมาหาค่า CVI ผู้วิจัยจึงทดสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้ง 3 ชุด (ชุดที่ 2-4) กับมารดาที่คล้ายคลึงกับ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าเท่ากับ .84, .87 และ .91 ตามลำดับ จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 227 ราย ได้ค่าความเที่ยงอยู่ที่ .94, .96 และ .76 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA No. IRB-NS2023/792.0108) และคณะกรรมการจริยธรรม การทำวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (COA No. 1661/2023) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายในห้องที่มีความเป็นส่วนตัวและไม่มีบุคคลที่ 3 (เช่น สามีหรือญาติ) อยู่ด้วย และอธิบายโครงการวิจัยอย่างละเอียด โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถ ถอนตัวจากโครงการและสอบถามได้อย่างอิสระก่อนที่จะลงนาม ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร สำหรับข้อมูลที่ได้รับ ถือเป็นความลับและมีการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม

การวิจัยในคนทั้งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้ว ผู้วิจัยรายงานตัวกับหัวหน้าคลินิกวางแผนครอบครัว

2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือพยาบาลประจำการเพื่อคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและสอบถามความสมัครใจ ให้ผู้วิจัยเข้าพบ

3. ผู้วิจัยเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าไปภายในห้องให้คำปรึกษา จากนั้นแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และอธิบายถึงวัตถุประสงค์ วิธิตำเนินการวิจัย ความเสี่ยงและประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้น

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างประสงค์เข้าร่วมโครงการจึงลงนาม ในเอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม 4 ชุด 37 ข้อ โดยใช้เวลา ประมาณ 20 นาที และขออนุญาตบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน

6. หากกลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือเรื่อง ความรุนแรง ผู้วิจัยได้ส่งต่อให้พยาบาลประจำการ โดยมีแผนพบ เกี่ยวกับหน่วยงานที่ช่วยเหลือสตรีที่ได้รับความรุนแรง ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์รับแผนพบหรือไม่รับแผนพบกลับไปก็ได้

7. เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัย บันทึกคะแนนของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบประเมิน ของโรงพยาบาล และนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและแบบพอยท์ไบเซเรียล (Pearson's product-moment and point biserial correlation coefficient) และวิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยสถิติวิเคราะห์ ถดถอยพหุคูณ (multiple linear regression) ด้วยโปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) = .05 ซึ่งผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติด้วยวิธี Kolmogorov-Smirnov ($p = .200$) ส่วนตัวแปรอิสระทั้งหมดไม่สัมพันธ์กันเอง

(multicollinearity) กล่าวคือ อายุ รายได้ วิธีการคลอด โรคโควิด 19 ความเครียด ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม มีค่า Tolerance เท่ากับ .22, .89, .68, .34, .33, .98, .69 ส่วนค่า VIF เท่ากับ 4.62, 1.11, 1.47, 2.96, 3.05, 1.02, 1.45 ตามลำดับ ส่วน Durbin-Watson เท่ากับ 2.24 นอกจากนี้ ความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อน (homoscedasticity) มีค่าคงที่ สำหรับการให้รหัสตัวแปรหุ่น (dummy variables) เป็นดังนี้ วิธีการคลอด (0 = ปกติ, 1 = ไม่ปกติ) โรคโควิด 19 ขณะตั้งครรภ์ (0 = ไม่เคย, 1 = เคย) และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส (0 = ไม่ได้รับ, 1 = ได้รับ)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุ ≥ 30 ปี ร้อยละ 61.3 และมีอายุเฉลี่ย 31.17 ปี (SD = 5.62) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 97.8 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี

ร้อยละ 88.1 และมีรายได้ครอบครัว 40,001-60,000 บาท/เดือน ร้อยละ 38.8 กลุ่มตัวอย่างไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 50.7 มีโรคโควิด 19 ขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 63.4 และไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลบุตร ร้อยละ 58.1 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 70 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และร้อยละ 75.3 มีการคลอดปกติ ส่วนภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยง ร้อยละ 31.7 (EPDS ≥ 11) และไม่มีความเสี่ยงร้อยละ 68.3 (EPDS < 11) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 8.59 คะแนน (SD = 4.06) สำหรับความเครียดมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 23.40 คะแนน (SD = 6) จากช่วงคะแนน 0-40 และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 87.7 ไม่ได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส เมื่อพิจารณาคะแนนการสนับสนุนทางสังคมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 41.76 คะแนน (SD = 8.71) โดยเป็นคะแนนเฉลี่ยด้านบุคคลสำคัญ 15.82 คะแนน (SD = 4.54) ด้านครอบครัว 14.11 คะแนน (SD = 3.48) และด้านเพื่อน 11.83 คะแนน (SD = 4.54) ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม (N = 227)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ	คะแนนรวม		$\bar{X}$	SD
			ช่วงคะแนน	ค่าที่ได้จริง		
ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (EPDS)			0-30	0-19	8.59	4.06
0-5	52	22.9				
6-10	103	45.4				
11-15	60	26.4				
≥ 16	12	5.3				
ความเครียด (T-PSS)			0-40	10-37	23.40	6.01
0-10	1	0.4				
11-20	79	34.8				
21-30	117	51.6				
31-40	30	13.2				
การสนับสนุนทางสังคม (MSPSS)			12-84	26-64	41.76	8.71
12-29	8	3.5				
30-47	170	74.9				
48-65	49	21.6				
66-84	0	0				

2. ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พบว่า ปัจจัย 6 ตัว ได้แก่ อายุ รายได้ ความเครียด โรคโควิด 19 ขณะตั้งครรภ์ การคลอดที่ไม่ปกติ และการสนับสนุนทางสังคม

มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (N = 227)

ปัจจัยที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7	8
1. อายุ	1							
2. รายได้	.17*	1						
3. วิธีการคลอด ¹	.49***	-.13*	1					
4. โรคโควิด 19 ขณะตั้งครรภ์ ¹	.79***	.19***	.27***	1				
5. ความเครียด	.81***	.16*	.44***	.71***	1			
6. ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส ¹	.08	.02	-.02	.06	.03	1		
7. การสนับสนุนทางสังคม	-.52***	.04	-.32***	-.49***	-.44***	-.09	1	
8. ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	.91***	.16*	.52***	.79***	.85***	.08	-.55***	1

¹ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล, *p < .05, ***p < .001

3. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า ปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ร้อยละ 88 ($R^2 = .88$, $F_{(7, 219)} = 227.44$, $p < .001$) โดยมีเพียง 5 ปัจจัย ได้แก่ อายุ ความเครียด โรคโควิด 19

ขณะตั้งครรภ์ การคลอดที่ไม่ปกติ และการสนับสนุนทางสังคมที่ทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนรายได้ และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่ศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (N = 227)

ปัจจัยที่ศึกษา	B	SE	β	t	p-value	95%CI	
						Lower	Upper
1. อายุ (ปี)	.35	.04	.49	9.67	< .001	.28	.42
2. รายได้	.06	.20	.01	.31	.758	-.33	.46
3. วิธีการคลอด	.88	.27	.09	3.28	< .001	.35	1.40
4. โรคโควิด 19 ขณะตั้งครรภ์	1.16	.34	.14	3.41	< .001	.49	1.83
5. ความเครียด	.19	.03	.28	6.81	< .001	.13	.24
6. ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส	.18	.29	.02	.62	.538	-.39	.76
7. การสนับสนุนทางสังคม	-.03	.01	-.07	-2.5	.013	-.06	-.01
ค่าคงที่	6.45	1.12		5.76	< .001	-8.65	-4.24

$R^2 = .88$, Adjusted $R^2 = .87$, $F = 227.44$, $p\text{-value} < .001$

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อยู่ที่ร้อยละ 31.7 ซึ่งสูงใกล้เคียงกับงานวิจัยในต่างประเทศที่พบร้อยละ 25.4-40^{2,6,29} แต่ความชุกนี้มีค่าสูงกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาของประเทศไทยซึ่งพบเพียงร้อยละ 12.5-16.9²⁹ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่มีความเป็นอยู่ดี มีระดับการศึกษาสูง และมีรายได้ดี จึงเป็นที่คาดหวังของสังคม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการสร้างครอบครัวที่สมบูรณ์แบบและการมีบุตรหลังคลอด มารดาจึงอาจวิตกกังวล หวาดกลัว ไม่เปิดเผยความรู้สึก หรือไม่กล้าขอความช่วยเหลือใด ๆ จนแสดงอาการซึมเศร้าในที่สุด¹⁸ อย่างไรก็ตาม มารดาครรภ์แรกที่มีอายุน้อยเมื่อต้องกลับมาทำงานในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอดพบว่า มารดาจะมีความเครียด เนื่องจากต้องรักษาสมดุลทั้งในครอบครัวและการทำงานนอกบ้าน จึงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพิ่มขึ้น¹⁶ ซึ่งอาการเหนื่อยล้าในระยะหลังคลอด ทำให้มารดาต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ แต่มีเพียงร้อยละ 32.6 เท่านั้นที่มีสามีคอยช่วยเหลือในการดูแลบุตร ทำให้มารดาครรภ์แรกรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดกำลังใจในการเผชิญปัญหา ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในที่สุด^{2,16}

จากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด⁷ ที่กล่าวว่าความเครียดเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ในที่นี้คือ โรคโควิด 19 ขณะตั้งครรภ์ วิธีการคลอด และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส เมื่อมารดาเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าวและประเมินเป็นความเครียด (perceived stress) พบคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 23.40 คะแนน (SD = 6.01) มารดาจะประเมินแหล่งสนับสนุนภายในได้แก่ อายุ พบว่าอายุที่มากขึ้นมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ส่วนแหล่งสนับสนุนภายนอก ในที่นี้คือ การสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 41.76 คะแนน (SD = 8.71) ซึ่งแหล่งช่วยเหลือดังกล่าวจะนำไปใช้ในการจัดการความเครียด แต่กลับพบว่า การสนับสนุนทางสังคมน้อยจึงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยเกิดผลลัพธ์การปรับตัวได้ทั้งทางบวกและทางลบ หากมารดาปรับตัวได้เหมาะสมจะทำให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี

ถ้ามารดาปรับตัวไม่เหมาะสมอาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ ในที่นี้ปัจจัยทั้ง 7 สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครรภ์แรกได้ร้อยละ 88 ($R^2 = .88$, $F_{(7, 219)} = 227.44$, $p < .001$) ดังนี้

อายุมีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($\beta = .49$, $p < .001$) โดยมารดาครรภ์แรกร้อยละ 61.3 มีอายุ ≥ 30 ปี และมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 31.17 ปี ทั้งนี้มารดาที่มีอายุน้อยอาจมีภาระหน้าที่และความรับผิดชอบมากขึ้น รวมถึงต้องทำงานหลายบทบาททั้งในบ้านและนอกบ้าน จึงมีอาการเหนื่อยล้าและเครียดได้มากกว่า มารดาที่มีอายุน้อย เมื่อประเมินแหล่งสนับสนุนภายในพบว่า มารดาครรภ์แรกที่มีอายุน้อยมักจะขาดประสบการณ์ในการเลี้ยงบุตร ทำให้ปรับตัวไม่ได้และเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สอดคล้องกับ Correa-de-Araujo และ Yoon⁸ พบว่า มารดาครรภ์แรกที่มีอายุ ≥ 30 ปี มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 3.72 เท่า

ความเครียดมีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($\beta = .28$, $p < .001$) โดยคะแนนของความเครียดเฉลี่ยอยู่ที่ 23.40 คะแนน ในที่นี้กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดจากอายุมาก โรคโควิด 19 ขณะตั้งครรภ์ และการคลอดที่ไม่ปกติ เนื่องจากทั้ง 3 ปัจจัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด ($r = .81$, $r = .72$, $r = .44$, $p < .001$) หากมารดาประเมินสถานการณ์แล้วพบว่ามีความเครียดจะเพิ่มโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สอดคล้องกับ Wildali และคณะ¹⁶ พบว่ามารดาที่มีความเครียดมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 2.1 เท่า

ส่วนมารดาที่มีประวัติโรคโควิด 19 ขณะตั้งครรภ์มีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($\beta = .14$, $p < .001$) เมื่อเทียบกับมารดาที่ไม่มีประวัติดังกล่าว ในที่นี้กลุ่มตัวอย่างมีประวัติโรคโควิด 19 ขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 63.4 และหากมารดาประเมินโรคโควิด 19 ขณะตั้งครรภ์เป็นความเครียด ทำให้มารดาจัดการความเครียดอย่างไม่มีประสิทธิภาพและเพิ่มโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สอดคล้องกับ Barbosa และคณะ⁴ พบว่า มารดาที่มีประวัติโรคโควิด 19 ขณะตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

หลังคลอด 2.6 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาที่ไม่มีประวัติดังกล่าว

วิธีการคลอดที่ไม่ปกติมีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($\beta = .09, p < .001$) เมื่อเทียบกับการคลอดปกติ เนื่องจากการคลอดแบบไม่ปกติร้อยละ 24.7 กล่าวคือเป็นการคลอดที่ใช้หัตถการช่วยคลอดร้อยละ 0.9 และผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 23.8 ทั้งนี้มารดาครรภ์แรกอาจเกิดความเครียด เนื่องจากไม่มีประสบการณ์คลอดมาก่อน และก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สอดคล้องกับ เช่น Chen และคณะ⁶ พบว่ามารดาที่มีการคลอดไม่ปกติมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 2.5 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาที่คลอดปกติ

การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางลบต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($\beta = -.07, p < .05$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยที่ 41.76 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีความเฉลี่ยด้านบุคคลมากที่สุด (15.82 คะแนน) รองลงไปคือด้านครอบครัว และด้านเพื่อนตามลำดับ อย่างไรก็ตาม สังคมไทยในปัจจุบันครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น เห็นได้จากมารดาร้อยละ 58.1 ไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลบุตร มารดาที่มีแหล่งสนับสนุนการจัดการความเครียดไม่เพียงพออาจทำให้ปรับตัวไม่เหมาะสมและมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ สอดคล้องกับ Kabunga และคณะ²⁹ พบว่ามารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 1.19 เท่า

ส่วนปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($p > .05$) ได้แก่ รายได้และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส เนื่องจากการมารดามีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยเท่ากับ 49,022 บาทต่อเดือน ซึ่งถือว่าสูงกว่ารายได้ครัวเรือนเฉลี่ยของประเทศที่ 29,030 บาทต่อเดือน ทำให้มารดามีสภาพคล่องทางการเงินมากกว่าเมื่อเทียบกับมารดาที่มีรายได้ครอบครัวต่ำ ด้วยเหตุนี้มารดาจึงเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพได้สะดวกและรวดเร็ว ซึ่งอาจลดผลกระทบทางจิตใจได้ ส่วนความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสพบว่า มารดาร้อยละ 87.7 ไม่เคยได้รับความรุนแรง มีผลให้ข้อมูลมีความเป็นอนุพันธ์สูง (homogeneity) ประกอบกับส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีรายได้สูง

สถานภาพสมรสคู่ ซึ่งลักษณะดังกล่าวจะพบความรุนแรงได้น้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีศึกษาต่ำหรือไม่ได้เรียนมีรายได้ต่ำ มีประวัติหย่าร้างหรือแยกกันอยู่^{19,29} ดังนั้นความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสจึงไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่มีเศรษฐกิจฐานะดี

สรุปและข้อเสนอแนะ

มารดาครรภ์แรกที่มีอายุน้อย มีความเครียด เคยเป็นโรคโควิด 19 ขณะตั้งครรภ์ มีการคลอดที่ไม่ปกติ และการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ผลการศึกษามีข้อเสนอแนะ ดังนี้

ด้านการพยาบาล

1. ควรนำผลการศึกษานี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบแนวทางการพยาบาล เช่น การติดตามเยี่ยมหลังคลอด เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดที่มีปัจจัยเสี่ยงอายุน้อย มีความเครียด เคยเป็นโรคโควิด 19 ขณะตั้งครรภ์ มีการคลอดที่ไม่ปกติ และการสนับสนุนทางสังคมน้อย

2. ควรนำแบบประเมิน The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ฉบับภาษาไทย มาใช้ในสถานพยาบาลอื่น ๆ เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งแบบประเมินนี้ถูกบรรจุไว้แล้วในสมุดสีชมพู (บันทึกสุขภาพแม่และเด็ก กรมอนามัย ปี พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา)

3. ควรมีการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงอายุน้อย มีความเครียด เคยเป็นโรคโควิด 19 ขณะตั้งครรภ์ มีการคลอดที่ไม่ปกติ และการสนับสนุนทางสังคมน้อยในมารดาครรภ์แรก

ด้านการวิจัย

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่มีอายุน้อย หรือมารดาที่มีความเครียด เนื่องจากการอาจมีข้อจำกัดด้านการปรับตัวหลังคลอด

2. ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลสำคัญ ครอบครัว และเพื่อนในมารดาครรภ์แรก

3. ควรทำการศึกษาในมารดาหลังคลอดที่ทำงานนอกบ้าน

4. ควรศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดา

กลุ่มอื่นร่วมด้วย เช่น มารดาที่มีอายุ < 18 ปี กับมารดาที่มีอายุมาก

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง
ในมารดาหลังคลอดเพียงโรงพยาบาลแห่งเดียวเท่านั้น และ
อยู่ในชุมชนเมือง ทำให้มีข้อจำกัดในการนำไปใช้อ้างอิงถึง
มารดาหลังคลอดแหล่งอื่น ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกันออกไป

References

1. American Psychiatric Association. Postpartum depression: causes, symptoms, risk factors, and treatment options [Internet]. Washington: APA; 2022 [cited 2022 Nov 2]. Available from: <https://www.apa.org/topics/women-girls/postpartum-depression>.
2. Al-Abri K, Edge D, Armitage CJ. Prevalence and correlates of perinatal depression. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2023;58(11):1581-90. doi: 10.1007/s00127-022-02386-9.
3. López-Morales H, del-Valle MV, López MC, Andrés ML, García MJ, Canet-Juric L, Urquijo S. Maternal anxiety, exposure to the COVID-19 pandemic and socioemotional development of offspring. J Appl Dev Psychol. 2023;86:101517. doi: 10.1016/j.appdev.2023.101517.
4. Barbosa HJC, Fronza M, Silva RS, Dos Santos TC, Freitas Rocha AR. Influence of COVID-19 on mental health of postpartum women, breastfeeding time and infant development. Arch Womens Ment Health. 2024;27(6):985-93. doi: 10.1007/s00737-024-01478-6.
5. Ou Z, Gao Z, Wang Q, Lin Y, Ye D. Association between age at first birth and postpartum depression: a two-sample mendelian randomization analysis. Heliyon. 2023;9(10):e20500. doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e20500.
6. Chen W, Peng W, Zhang Y, Zhou H, Zhang M. Anxiety and depression among perinatal women during the long-term normal prevention of COVID-19 pandemic period in China: a cross-sectional study. BMC Psychiatry. 2023;23(1):451. doi: 10.1186/s12888-023-04930-6.
7. Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984. 456 p.
8. Correa-de-Araujo R, Yoon SSS. Clinical outcomes in high-risk pregnancies due to advanced maternal age. J Womens Health (Larchmt). 2021;30(2):160-7. doi: 10.1089/jwh.2020.8860.
9. Sangprasert A, Choteamnuay P. Factors influencing of exclusive breastfeeding intention through at least 6 months among mothers with emergency cesarean section. Region 4-5 Medical Journal. 2023;42(4):541-51. (in Thai).
10. Kc A, Acharya A, Bhattarai P, Basnet O, Shrestha A, Rijal G, et al. Association of disrespectful care after childbirth and COVID-19 exposure with postpartum depression symptoms: a longitudinal cohort study in Nepal. BMC Pregnancy Childbirth. 2023;23(1):145. doi: 10.1186/s12884-023-05457-0.
11. Birkelund KS, Rasmussen SS, Shwank SE, Johnson J, Acharya G. Impact of the COVID-19 pandemic on women's perinatal mental health and its association with personality traits: an observational study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2023;102(3):270-81. doi: 10.1111/aogs.14525.
12. Lequertier B, McLean MA, Kildea S, King S, Keedle H, Gao Y, et al. Perinatal depression in Australian women during the COVID-19 pandemic: the birth in the time of COVID-19 (BITTOC) study. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(9):5062. doi: 10.3390/ijerph19095062.
13. Agarwal P, Dasari P, Sarkar S. Mode of delivery and postpartum depression: a cohort study. J Obstet Gynaecol India. 2023;73 Suppl 1:88-96. doi: 10.1007/s13224-023-01810-7.
14. Alturki Y, Badea S, Kasmi O, Alhashmi L, Arab T. Association between mode of delivery and postpartum depression: a cross-sectional study in Saudi Arabia. Cureus. 2023;15(10):e47013. doi: 10.7759/cureus.47013.

15. Işıkalan MM, Gündoğan KM, Khiavi PE, Alp EC, Acar A. Does the risk of postpartum depression increase in women who gave birth while infected with SARS-CoV-2? A preliminary study in Turkey. *Kocaeli Medical Journal*. 2021;10(1): 29-34. doi: 10.5505/ktd.2021.11129.
16. Wildali D, Nazzal S, Hamshari S, Belkebir S. Prevalence and risk factors of postpartum depression among women attending primary healthcare centers in northern of West Bank/ Palestine: a cross-sectional study, 2022. *BMC Womens Health*. 2024;24(1):43. doi: 10.1186/s12905-024-02887-6.
17. Inta P, Thananowan N, Phahuwatanakorn W, Kaesornsamut P. Influence of stress, social support, self-esteem, and intimate partner violence on postpartum depression in adolescent mothers. *Journal of Nursing and Health Science*. 2015;9(1): 95-104. (in Thai).
18. Tasnim F, Abedin S, Rahman MM. Mediating role of perceived stress on the association between domestic violence and postpartum depression: cross-sectional study in Bangladesh. *BJPsych Open*. 2023;9(1):e16. doi: 10.1192/bjo.2022.633.
19. Thananowan N. Violence against women: a comprehensive analysis and summary from evidence-based research. Bangkok: V. Print; 2014. 241 p. (in Thai).
20. Schrubbe L, García-Moreno C, Sardinha L, Stöckl H. Intimate partner violence against women during pregnancy: a systematic review and meta-analysis protocol for producing global and regional estimates. *Syst Rev*. 2023;12(1): 107. doi: 10.1186/s13643-023-02232-2.
21. Songnok K, Thananowan N, Limruangrong P, Talungchit P. Factors influencing gestational hypertension and preeclampsia of parturients during the first stage of labor. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2024;42(3):17-30. (in Thai).
22. Terada S, Kinjo K, Fukuda Y. The relationship between postpartum depression and social support during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *J Obstet Gynaecol Res*. 2021;47(10):3524-31. doi: 10.1111/jog.14929.
23. Cohen S, Williamson GM. Perceived stress in a probability sample of the United States. In: Spacapan S, Oskamp S, editors. *The social psychology of health*. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1988. p.31-67.
24. Vatcharaporn K, Pitanupong J, Samangsri N. Validation of The Thai Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2003;11(3):164-9. (in Thai)
25. Wongpakaran N, Wongpakaran T. The Thai version of the PSS-10: an investigation of its psychometric properties. *Biopsychosoc Med*. 2010;4:6. doi: 10.1186/1751-0759-4-6.
26. 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. doi: 10.1001/jama.267.23.3176.
27. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess*. 1988;52(1):30-41. doi: 10.1207/s15327752jpa5201_2.
28. Boonyamalik P. Epidemiology of adolescent suicidal ideation: roles of perceived life stress, depressive symptoms, and substance use [dissertation]. Baltimore: Johns Hopkins University; 2005. 442 p.
29. Kabunga A, Tumwesigye R, Kigongo E, Musinguzi M, Acup W, Auma AG. Systematic review and meta-analysis of postpartum depression and its associated factors among women before and after the COVID-19 pandemic in Uganda. *BMJ Open*. 2024;14(7): e076847. doi: 10.1136/bmjopen-2023-076847.