

ภาวะซีมเศร้าในระยะหลังคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษา
ในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

นางสาว อัญชลี ชันฑุลา



สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์


คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN 974-17-6231-3

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PRESSION IN POSTPARTUM PERIOD AND RELATED FACTORS AMONG MOTHERS OF INFANTS
IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT, KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL



Miss Aunchalee Kuntula

สถาบันวิทยบริการ

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2005

ISBN 974-17-6231-3

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของ
มารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

โดย

นางสาว อัญชลี ชันทุลา

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย

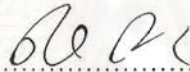
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต



.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์

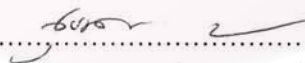
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....ประธานกรรมการ

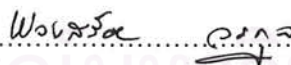
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงดวงใจ กสานติกุล)



.....อาจารย์ที่ปรึกษา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย)

สถาบันวิทยบริการ



.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พวงสร้อย วรรณกุล)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อัญชลี ชันทุลา : ภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (DEPRESSION IN POSTPARTUM PERIOD AND RELATED FACTORS AMONG MOTHERS OF INFANTS IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT, KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL) อ.ที่ปรึกษา: ผศ.นพ. สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 139 หน้า. ISBN 974-17-6231-3.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้า เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 2 ช่วงเวลา คือ ระยะ 2-7 วัน และระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด จากกลุ่มตัวอย่าง 114 คน อายุเฉลี่ย 28.8 ปี ที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ช่วงเดือนตุลาคม 2547 ถึง มีนาคม 2548 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามปัจจัยด้านการตั้งครรภ์และการคลอด แบบวัดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) ฉบับภาษาไทย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และนำเสนอโดย คำร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน คือ ไค-สแควร์ t-test และสถิติเชิงพหุสัมพันธ์ คือ การวิเคราะห์ถดถอยแบบโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าที่ระยะ 2-7 วันหลังคลอดร้อยละ 51.8 พบ 3 อาการเด่นได้แก่ วิตกกังวล, นอนหลับยาก, ไม่มีความสุขจนร้องไห้ และความชุกของภาวะซึมเศร้าที่ระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอดร้อยละ 34 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่ระยะ 2-7 วันหลังคลอดได้แก่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้ส่วนบุคคลน้อย ไม่มีความพร้อมในการมีบุตร เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตสูง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสน้อย ความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤตสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่ระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอดได้แก่ ประวัติการมีโรคประจำตัว เพศของบุตรไม่ตรงตามความต้องการ การสนับสนุนทางสังคมน้อย ปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าที่ระยะ 2-7 วันหลังคลอดได้แก่ ความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต (odd ratio = 10.67, 95% CI = 2.951-38.552) ปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าที่ระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอดได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของมารดาที่ระยะ 2-7 วันหลังคลอด (odd ratio = 7.18, 95% CI = 2.623 - 9.677) และประวัติการมีโรคประจำตัว (odd ratio = 11.05, 95% CI = 1.882 - 64.891)

ภาควิชา.....จิตเวชศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต..... ^{อ.อัญชลี} ชันทุลา.....
 สาขาวิชา.....สุขภาพจิต..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา..... ^{อ.อ.อ.อ.}.....
 ปีการศึกษา.....2548.....

4674824730 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEY WORD: DEPRESSION / POSTPARTUM PERIOD / NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

AUNCHALEE KUNTULA : DEPRESSION IN POSTPARTUM PERIOD AND RELATED FACTORS AMONG MOTHERS OF INFANTS NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT, KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL. THESIS ADVISOR : ASST.PROF. SOOKJAROEN TANGWONGCAI, M.D., 139 pp. ISBN 974-17-6231-3.

The purpose of this prospective descriptive study was to determine prevalence of depression in postpartum period and relate factors among mothers of infants in Neonatal Intensive Care Unit. The participants were 114 women whose children were admitted in postnatal ward at King Chulalongkorn Memorial Hospital, with mean age of 28.8 years old. Data were collected by using self report questionnaire to assess for demographic information, Pregnancy delivery history questionnaire, Edinburgh Postnatal Depression Scale Thai version. Social support questionnaire, Life stress event questionnaire, Marital adjustments questionnaire, Anxiety of mother questionnaire. The statistical analysis was performed and presented as percentage, mean, standard deviation, chi-square, t-test, logistic regression analysis.

The results revealed that 51.8% and 34% of subjects were depression at 2 to 7 days and 4 to 6 weeks in postpartum period, respectively. Three leading depressive symptoms are anxiety, insomnia, feeling unhappy. Factor significantly related to depression at 2 to 7 days postpartum period were unemployment, poor incomes, maternal insatiability, life stress event, poor marital adjustments, anxiety of mother. Factor significantly related to depression at 4 to 6 weeks postpartum period were having history of medical illness, unflavored gender of infant, poor social support. Predicted factor of depression at 2 to 7 days postpartum period was anxiety of mother (odd ratio = 10.67, 95% CI = 2.951 – 38.552). Predicted factors of depression at 4 to 6 weeks postpartum period were maternal depression at 2 to 7 days postpartum period (odd ratio = 7.18, 95% CI = 2.623 – 9.677) and history of medical illness (odd ratio = 11.05, 95% CI = 1.882- 64.891)

Department.....Psychiatry.....Student's signature.....*Aunchalee Kuntula*
 Field of study.....Mental Health.....Advisor's signature.....*Sookjaroen Tangwongcai*
 Academic year2005.....



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ให้ข้อคิด คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ดวงใจ กสานติกุล ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์พวงสร้อย วรกุล กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อแนะนำในการแก้ไข วิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณ แพทย์หญิงสุวิมล สรรพวัฒน์ หัวหน้าหน่วยทารกแรกเกิด ภาค วิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ให้ความความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ผ่าน บาลโพธิ์ ให้ความกรุณาและคำแนะนำในเรื่องการแปลแบบสอบถาม และให้คำสอน ข้อคิดในสิ่งต่างๆ ของชีวิตที่ดีด้วยความเมตตา

ขอกราบขอบพระคุณ คุณอนุภรณ์ กิตติจิตเจริญ ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล ฝ่ายบริหารหอผู้ป่วย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ให้คำแนะนำและให้กำลังใจด้วยความเมตตา มาโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณ คุณกนกพร จันทวงษ์ หัวหน้าหอผู้ป่วยตึกทารกแรกเกิดวิถุศ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์และแนะนำเอาใจใส่ให้กำลังใจในการเก็บข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณ แพทย์หญิง จารุรินทร์ ปิตานุพงศ์ แพทย์หญิง กมลรัตน์ วัชรารมณ์ คุณสายใจ เพ็ชรรัตน์ ในความกรุณาเรื่องแบบสอบถาม Edinburgh Postnatal Depression Scale ฉบับภาษาไทย และให้คำแนะนำเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่พยาบาล ตึกคัดคนางค์ชั้น 4 (NICU), 5, 6 ตึกนวมินทร์ชั้น 5, 6, 7 ตึกภปร.ชั้น 7 ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณกำลังใจที่สำคัญคือ คุณพ่อ คุณแม่ ที่คอยให้กำลังใจ และให้การสนับสนุนใน ทุก ๆ ด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย.....	1
คำถามการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	3
ปัญหาด้านจริยธรรม.....	4
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	4
คำนิยามเชิงปฏิบัติการ.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
ภาวะซึมเศร้า.....	7
สาเหตุภาวะซึมเศร้า.....	8
ลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้า.....	15
ความผิดปกติของจิตที่เกิดในช่วงหลังคลอด.....	18
ระยะหลังคลอด.....	24
ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42

บทที่		หน้า
3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	49
	รูปแบบการวิจัย.....	49
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	49
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	50
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	56
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	58
5	สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	93
	สรุปผลการศึกษา.....	94
	อภิปรายผลการวิจัย.....	97
	ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้.....	107
	ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป.....	107
	รายการอ้างอิง.....	108
	ภาคผนวก.....	114
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	139

สารบัญตาราง

	หน้า
1	แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายละเอียดส่วนบุคคล..... 59
2	แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตร..... 63
3	แสดงจำนวนร้อยละของปัจจัยทางจิตสังคมช่วงเวลา 2-7 วันหลังคลอด..... 66
4	แสดงจำนวนร้อยละของปัจจัยทางจิตสังคมช่วงเวลา 4-6 สัปดาห์หลังคลอด 68
5	ความชุกภาวะซึมเศร้าของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิด วิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในระยะเวลา 2-7 วันหลังคลอด และ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด..... 69
6	แสดงความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดของมารดาที่บุตร เข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในระยะ 2-7 วัน กับระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอดโดยใช้สถิติ Mc Nemar test..... 70
7	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของมารดาที่ บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ใน ระยะ 2-7 วันหลังคลอด โดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact test..... 71
8	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตรกับ ภาวะซึมเศร้าของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในระยะ 2-7 วันหลังคลอด โดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact test..... 74
9	แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของ มารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ในระยะ 2-7 วันหลังคลอด..... 76
10	แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยด้านการตั้งครรภ์, การคลอดและ บุตรกับภาวะซึมเศร้าของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิด วิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในระยะ 2-7 วันหลังคลอด โดยใช้สถิติ t-test..... 77

11	แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤตโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในช่วง 2-7 วันหลังคลอด โดยใช้สถิติ t-test	78
12	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด โดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact test.	80
13	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตรกับภาวะซึมเศร้าของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด โดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact test.....	83
14	แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด.....	86
15	แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยด้านการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตรกับภาวะซึมเศร้าของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด โดยใช้สถิติ t - test.....	87
16	แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤตโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด โดยใช้สถิติ t-test.....	88
17	แสดงปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาที่ระยะ 2-7 วันหลังคลอด โดยนำตัวแปรจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตร และปัจจัยด้านจิตสังคมมาเข้าสมการวิเคราะห์ทางสถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis).....	90

- 18 แสดงปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาที่ระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด โดยนำตัวแปรจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตร ปัจจัยด้านจิตสังคม และภาวะซึมเศร้าที่ระยะ 2-7 วันหลังคลอดมาเข้าสมการวิเคราะห์ทางสถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) 92



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย (Background and Rationale)

คุณภาพของความเป็นมนุษย์ปัจจัยที่มีความสำคัญนั่นก็คือ การฝึกฝนและการอบรมเลี้ยงดู ซึ่งจะทำให้บุคคลเติบโตและพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่วัยเด็กจนกระทั่งเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ดังนั้นผู้ที่ดูแลเลี้ยงดูเด็ก พ่อ แม่ หรือผู้ปกครอง จึงมีความสำคัญมากในการอบรมเลี้ยงดูสาเหตุที่ทำให้มนุษย์เจริญเติบโตและมีพัฒนาการแตกต่างกันซึ่งในทางชีววิทยาและจิตวิทยาได้กล่าวไว้ว่ามาจาก 2 องค์ประกอบ ได้แก่ พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม องค์ประกอบด้านพันธุกรรมเป็นลักษณะต่างๆ ที่ถ่ายทอดจากบรรพบุรุษ ไปสู่ยังลูกหลานในรุ่นต่อๆ มา ดังนั้นคนเราก็จะได้รับ การถ่ายทอดลักษณะต่างๆ ทั้งของพ่อและแม่ ได้แก่ เพศ รูปร่าง สติปัญญา หมู่อเลือด ความบกพร่องของร่างกายบางประการ หรือแม้แต่โรคทางพันธุกรรมต่างๆ องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมหมายถึงสิ่งเร้าหรือสภาพต่างๆ ที่มาเกี่ยวข้องกับตัวบุคคล ทำให้คนๆ นั้นมีลักษณะหรือการกระทำใดๆ ออกมา ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่สิ่งแวดล้อมในครรภ์มารดา และสิ่งแวดล้อมนอกครรภ์มารดา สิ่งแวดล้อมในครรภ์มารดาหมายถึงลักษณะต่างๆ ภายในตัวของผู้เป็นมารดาที่มีอิทธิพลต่อเด็กตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิจนกระทั่งถึงก่อนคลอด เป็นสิ่งที่มารดาควรคำนึงถึงเช่น โภชนาการ การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้าเบียร์ การเจ็บป่วยของร่างกายที่มีความจำเป็นต้องรับประทานยาซึ่งจะส่งผลที่เป็นอันตรายต่อเด็กในครรภ์ อายุ อารมณ์ของมารดา ส่วนสิ่งแวดล้อมนอกครรภ์มารดาหมายถึงสภาวะแวดล้อมหลังจากที่เด็กคลอดออกมาจากครรภ์มารดา ซึ่งสิ่งแวดล้อมหลังคลอดจะเป็นตัวกล่อมเกล่าให้บุคคลแตกต่างกันตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล เช่น อาหาร ถิ่นที่อยู่ การอบรมเลี้ยงดู การศึกษา เพื่อน ประเพณีวัฒนธรรม ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

การพัฒนาที่ดีประกอบด้วยตัวเด็กเองที่มีพื้นฐานโครงสร้างของร่างกายและระบบสมองประสาทอย่างดี ผสมผสานกับภาวะแวดล้อมที่ดี เอื้ออำนวยให้เด็กได้พัฒนาอย่างพอเหมาะ ภาวะแวดล้อมของเด็กนั้นเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยดัดแปลงแก้ไข ช่วยเหลือสนับสนุนเด็กแต่ละคนให้พัฒนาเต็มที่กำลังความสามารถ ซึ่งต้องอาศัยพื้นฐานที่สำคัญมากคือบิดาและมารดาของเด็ก บิดาและมารดาจะเลี้ยงดูเด็กด้วยเต็มกำลังความสามารถ อดทนและเสียสละนั้นจำเป็นต้องมีลักษณะหลายประการ แต่ที่สำคัญมากคือ ใจรักและผูกพันใกล้ชิดกับลูก ตามรายงานและการศึกษาทั้งหลายตลอดมาจนถึงปัจจุบันมีความเห็นพ้องกันว่า ความผูกพันสนิทสนมห่วงใยกันระหว่างมารดาและลูกนั้นมีระยะเวลาที่สำคัญยิ่งในระยะแรกคลอด เมื่อแม่เห็นทารกแรกเกิดจากตนนั้นอาจจะมีปฏิกิริยาและความรู้สึกต่างๆ กัน บางคนกลัวที่จะจับต้อง บางคนไม่ชอบเห็นลักษณะทารกว่าน่าเกลียด โดยเฉพาะแม่ที่ไม่มีประสบการณ์กับเด็กเล็กมาก่อน แม่หลายคน

อาจรู้สึกกังวลใจต่อการเลี้ยงดูลูกตัวน้อยๆ ที่มีลักษณะช่วยตนเองไม่ได้เลย และอาจจะมีแม่หลายคนที่ยังปฏิเสธไม่ยอมรับลูก เหตุการณ์เหล่านี้ ถ้าแม่ได้มีโอกาสกอดสัมผัสลูบลูบไล้ทารกตั้งแต่แรกคลอดเร็วที่สุด และมีโอกาสเลี้ยงดูลูกโดยการช่วยเหลือแนะนำจากแพทย์พยาบาลในขณะพักฟื้นหลังคลอดในโรงพยาบาล ก็จะช่วยกล่อมเกลาคำความรู้สึกต่างๆ ของแม่ได้อย่างดีที่สุดใน นอกจากจะให้มารดายอมรับลูกแล้ว มารดาจะรู้สึกได้ว่าลูกเป็นส่วนหนึ่งที่ตนจะต้องรักดูแลและรับผิดชอบ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่ามารดาเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อเด็ก มารดาที่มีสุขภาพดีทั้งกายและใจจะส่งผลทางด้านสัมพันธภาพและพัฒนาการที่ดีต่อเด็ก รวมถึงความสุขภาพในครอบครัว ด้วยการให้ความสนใจต่อมารดาภายหลังคลอดในด้านร่างกายและจิตใจจึงมีความสำคัญ จากหลายการศึกษา พบว่าความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นภายหลังคลอดพบได้บ่อย (กมลรัตน์ วัชรารัตน์, 2547:112) ซึ่งประกอบไปด้วย ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Postpartum blues), โรคซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum depression), โรคจิตหลังคลอด (Postpartum psychosis) มีอาการตั้งแต่ค่อนข้างน้อยไปจนถึงอาการรุนแรง คลุ้มคลั่ง จะฆ่าตัวตาย ภาวะดังกล่าวจะเกิดขึ้นบ่อยแต่ผู้ป่วยมักไม่ได้รับการวินิจฉัยและไม่ได้รับการรักษาทำให้ผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิดต้องทนทรมานโดยไม่จำเป็น และบางครั้งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่นปัญหาาระหว่างคู่สมรส การดูแลทารก หรือแม้กระทั่งการฆ่าทารกหรือฆ่าตัวตายซึ่งจะส่งผลเสียต่อตนเองและสังคมได้

โรคซึมเศร้าหลังคลอด (กมลรัตน์ วัชรารัตน์, 2547:112) เป็นโรคที่พบบ่อยสาเหตุยังมีความซับซ้อน สามารถแบ่งเป็นปัจจัยทางชีวภาพ และปัจจัยทางจิตสังคม ซึ่งจากในหลายๆ การศึกษาพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอดได้แก่ การเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนในช่วงหลังคลอด ภาวะวิตกกังวล ทศนคติของมารดาต่อการมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตร การตั้งครรภ์ที่ไม่ได้คาดหวัง ปัญหาความเครียดในชีวิตระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด มารดามีอายุน้อย มีสถานะภาพหย่าร้างหรือม่าย มีความเครียดในชีวิต และขาดความช่วยเหลือทางสังคม ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอด แต่จากการศึกษาส่วนใหญ่ มักจะทำการศึกษาในกลุ่มประชากรมารดาหลังคลอดที่บุตรคลอดครบกำหนด ไม่มีความผิดปกติทางร่างกาย รูปแบบและวิธีการศึกษาวิจัยรวมถึงช่วงระยะเวลาภายหลังคลอดที่ใช้ในการทำการศึกษาก็มีความแตกต่างกันซึ่งทำให้ได้ผลการศึกษาที่แตกต่างกัน

การศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าในกลุ่มมารดาหลังคลอดที่บุตรมีอาการผิดปกติยังมีน้อยในประเทศไทยสำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีความสนใจที่จะทำการศึกษาในกลุ่มประชากรมารดาหลังคลอดที่บุตรมีอาการผิดปกติต้องเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อศึกษาถึงความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดา กลุ่มนี้ ช่วงเวลาที่จะทำการศึกษาเก็บข้อมูลจะดำเนินการ 2 ช่วงเวลา คือช่วงเวลาที่ 1 ได้แก่ช่วงระยะเวลาภายในวันที่ 2-7 หลังคลอด และช่วงเวลาที่ 2 ได้แก่ช่วงระยะเวลา 4-6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นประโยชน์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกัน

กันและดูแลมารดาหลังคลอดที่บุตรมีอาการผิดปกติต้องเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิด
วิกฤตต่อไป

คำถามการวิจัย (Research Questions)

- 1) ความชุกของภาวะซีมเศร้าในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤตโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นอย่างไร
- 2) ปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมเศร้าในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤตโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

- 1) เพื่อศึกษาอัตราความชุกของภาวะซีมเศร้าในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิด วิกฤตโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมเศร้าในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤตโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาวะซีมเศร้าในระยะหลังคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษาประมาณ 7 เดือน โดยใช้แบบสอบถาม และแบบวัดภาวะซีมเศร้าหลังคลอด โดยมีตัวแปรที่ศึกษา คือ

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคล
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตร
3. ปัจจัยทางจิตสังคม

ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่ ภาวะซีมเศร้าหลังคลอด

ปัญหาด้านจริยธรรม (Ethical consideration)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาไปข้างหน้า ไม่ได้ใส่สิ่งแทรกแซงหรือการทดลองใดๆ ให้กับกลุ่มการศึกษาซึ่งนำเสนอเป็นภาพรวม การใช้แบบสอบถามเป็นความรู้สึกร่วมกันโดยอิสระของผู้ตอบ และไม่ได้นำข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแต่ละท่านมาเปิดเผย ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามในข้อใดก็ได้

ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitation)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤตโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ การขยายผลการศึกษาให้ครอบคลุมในมารดาหลังคลอดกลุ่มอื่นๆ หรือต่างโรงพยาบาลจึงไม่สามารถทำได้

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational definition)

Depression หมายถึง อาการแสดงอารมณ์เศร้าหมอง หดหู่ เบื่อหน่าย หมดความสนุก ไม่มีความสุขจนทำให้ร้องไห้และทำให้อนอนหลับยาก ต่ำหนิตนเองโดยไม่มีควมจำเป็น วิดกกังวลเกินกว่าเหตุ ไม่มีความสามารถในการแก้ปัญหา มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบสอบถามวัดภาวะซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS ฉบับภาษาไทย) (กมลรัตน์ วัชรภรณ์, 2547:164) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ จุดตัดคะแนนที่เหมาะสมกับคนไทยมากกว่าหรือเท่ากับ 11 ถือว่าผู้นั้นมีภาวะซึมเศร้า

Postpartum period หมายถึง ระยะเวลาหลังคลอดเป็นช่วงเวลาที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงกลับเข้าสู่ภาวะปกติรวมถึงการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของมารดาหลังคลอดซึ่งองค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ไม่เกิน 6 สัปดาห์ภายหลังจากที่คลอดบุตร ในการศึกษาครั้งนี้จะทำการศึกษาระยะหลังคลอด 2 ช่วงเวลา ช่วงเวลาที่ 1 ภายในวันที่ 2 – 7 หลังคลอด และช่วงเวลาที่ 2 ภายใน 4 -6 สัปดาห์หลังคลอด

Neonatal intensive care unit หมายถึง หน่วยบริบาลพิเศษสำหรับทารกแรกเกิด โดยให้การดูแลรักษาแก่ทารกแรกเกิดที่มีปัญหาได้ทุกระดับ ทุกระบบ ซึ่งอยู่ในภาวะวิกฤตที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง โดยเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ ความชำนาญเป็นพิเศษ และมีการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์พิเศษในการดูแลรักษาเพื่อช่วยชีวิตและสังเกตสัญญาณชีพ โดยมีการจำกัดเวลาและกิจกรรมของญาติในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเด็ก ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึงตึกทารกแรกเกิดวิกฤตของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected benefit and application)

1. เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาใช้เป็นข้อมูลและแนวทางของบุคลากรในการดูแลมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกวิกฤตทารกแรกเกิด
2. เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจได้เข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของภาวะซีมเศร้าในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต
3. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถใช้ป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตทั้งต่อมารดาและทารก
4. เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้สนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยในขั้นต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

ตัวแปรอิสระ

ปัจจัยส่วนบุคคล	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตร <u>ประวัติการตั้งครรภ์</u>	ปัจจัยทางจิตสังคม
<ul style="list-style-type: none"> ■ อายุ ■ ศาสนา ■ ระดับการศึกษา ■ อาชีพ ■ รายได้ส่วนบุคคล ■ รายได้ครอบครัว ■ สถานภาพสมรส ■ การใช้ชีวิตคู่ด้วยกัน ■ ความสัมพันธ์ของคู่สมรส ■ ภูมิลำเนา ■ ประวัติการเจ็บป่วยโรคทางจิตเวช ■ ประวัติการเจ็บป่วยโรคทางจิตเวชของครอบครัว ■ ประวัติการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว ■ ประวัติเคยมีบุตรที่เข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ประวัติแท้ง/มีบุตรยาก ■ ประสบการณ์บุตรเสียชีวิตในครรภ์ ขณะคลอด หรือ หลังคลอด ■ ลำดับที่ของบุตร/ลูกคนแรก ■ ความพร้อมในการมีบุตร ■ ความต้องการในเพศของบุตร ■ การวางแผนในการตั้งครรภ์ <p style="text-align: center;"><u>การคลอด</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ลักษณะหรือวิธีคลอด (คลอดเองหรือหัตถการ) ■ ระยะเวลาของการคลอด (มากกว่า 12 ชั่วโมง) <p style="text-align: center;"><u>บุตร</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ เพศ ■ น้ำหนักตัวบุตร ■ ระยะเวลาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ความเครียดในชีวิต ■ ด้านสุขภาพ ■ ด้านครอบครัว ■ ด้านเศรษฐกิจ ■ ด้านการงาน ■ ด้านสังคม ■ การสนับสนุนทางสังคม ■ ความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต

ตัวแปรตาม

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึง ภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

ภาวะซึมเศร้า (Depression)

ภาวะซึมเศร้า (ดวงใจ กสานติกุล,2536:384) หมายถึง อารมณ์ทุกข์ (dysphoric mood) รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง ผอมลงหรือ น้ำหนักลดลง หมดอารมณ์เพศ คิดอยากตาย เป็นต้น และมีผลกระทบในด้านสังคมหรืออาชีพ ทำให้มีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไป กลายเป็นคนแยกตัวเงียบซึมและสมรรถภาพในการเรียนหรือทำงานลดลง

ภาวะซึมเศร้า (ดวงใจ กสานติกุล,2542:3) ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์ สนุกเพลิดเพลินหรือหมดอาลัยตายอยาก จนมีผลกระทบต่ออาชีพการงานหรือการเรียนโดยมีอาการร่วมด้านต่างๆ ดังนี้

อาการทางกาย (Vegetative) เช่น รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ น้ำหนักลด อ่อนเปลี้ยเพลียแรง ปากแห้ง ท้องผูก หมดอารมณ์ทางเพศ ปวดศีรษะ ปวดตามร่างกาย เป็นต้น

พฤติกรรมคำพูด (Psychomotor) ผู้ป่วยอายุน้อยมักมีอาการเชื่องซึม เชื่องช้า (retardation) เหม่อลอย คิดช้า พุดช้า เคลื่อนไหวช้า พุดเสียงเบา และแยกตัวไม่ยอมพบหน้าหรือพุดคุยกับใคร ผู้ป่วยสูงอายุมักมีอาการหลงลืมง่ายหรือซึมเศร้าแบบกระวนกระวายกระสับกระส่าย (agitated depression) มีอาการนั่งไม่ติดต้องเดินไปมารู้สึกทรมานใจอย่างมาก

ความคิดกังวล (Cognitive) คิดเรื่องร้ายๆ มองโลก มองสภาพทุกอย่างในด้านลบไปหมด ขาดสมาธิ และขาดความมั่นใจ วิดกกังวลไปต่างๆ นานา ตัดสินใจไม่ได้ แม้ในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ บางคนมีอาการตกใจง่าย ใจสั้น แนนหน้าอก หรือย่ำคิดย่ำทำ ในรายที่เป็นรุนแรงจะรู้สึกผิดโทษหรือดูถูกตัวเองว่าเลวหรือโง่ รู้สึกท้อแท้ ท้อถอย รู้สึกตนเองไร้ค่า หมดหวัง หนทางตัน ไม่มีทางออก ไม่เห็นทางแก้ปัญหา ทั้งที่ความจริงไม่มีปัญหา ผู้ป่วยคิดไปเอง ทำให้คิดฆ่าตัวตาย

ภาวะซึมเศร้า (สิริกาญจน์ ท่อแก้ว ,2547:6) หมายถึง ภาวะผิดปกติที่มีผลทำให้พฤติกรรมบุคคลเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เป็นผลเนื่องมาจากการสูญเสีย เช่น สูญเสียบุคคลที่รัก สูญเสียทรัพย์สิน ตำแหน่งหน้าที่ ความเป็นอิสระและความสำคัญอื่นๆ ทำให้มีความรู้สึกผิดหวัง รู้สึกสูญเสีย ล้มเหลว เศร้า ไม่มีความสุข ท้อแท้ ซึ่งอารมณ์เหล่านี้ จะคงอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป หรือนานกว่านั้นขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม

เบค (Beckอ้างใน ช่อเพชร เบ้าเงิน, 2538:) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้ คือ

1. ภาวะอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น เศร้าโศกเสียใจ อ่างว่างโดดเดี่ยว เฉื่อยชา เชื่องซึม
2. มีอัตมโนทัศน์ในแง่ลบกับตนเอง ต่ำห็นตนเอง
3. พฤติกรรมถดถอยและลงโทษตนเอง ต้องการที่จะหลีกเลี่ยง หรืออยากตาย
4. มีความเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ
5. กิจกรรมต่างๆเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากขึ้นหรือน้อยลง เช่น เชื่องช้า (Retardation) หรือ กระวนกระวาย (Agitation)

สาเหตุ

การอธิบายสาเหตุของความผิดปกติทางอารมณ์ทำได้ไม่ค่อยชัดเจน ส่วนมากอธิบายจากสาเหตุหลายประการผสมผสานกัน ซึ่งมีสาเหตุจากปัจจัยต่างๆ ดังนี้ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543:121-3)

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ แบ่งออกเป็น

1.1 ด้านพันธุกรรม (genetic factors) มีหลักฐานว่าความผิดปกติทางอารมณ์ชนิด Bipolar disorder มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้สูงถึงร้อยละ 10 – 20 ส่วนความผิดปกติทางอารมณ์ชนิด major depression ยังไม่มีความชัดเจน มีแต่เพียงว่าจากการสำรวจผู้ป่วยความผิดปกติทางอารมณ์ทั่วไป พบว่าผู้ป่วยส่วนมากมีประวัติว่ามีญาติสายตรงเคยมีปัญหาเกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางอารมณ์

1.2 ด้านสารสื่อประสาท (neurotransmission factors) สารสื่อประสาทที่สำคัญในกลุ่ม monoamine neurotransmitters 3 ตัว ได้แก่ 5 - hydroxytryptamine (5 HT), noradrenaline และ dopamine ผลการศึกษาพบว่า ถ้าสารสื่อประสาทชื่อ 5HT ที่อยู่ในสมองมีการทำหน้าที่หรือปริมาณลดลง ส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดอารมณ์ซึมเศร้า เช่นเดียวกับสารสื่อประสาทชื่อ noradrenaline ส่วนสารสื่อประสาทที่ชื่อ dopamine พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะของอารมณ์ แต่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท (schizophrenia)

1.3 ด้านการทำงานของต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine factors) พบความผิดปกติทางฮอร์โมน ชนิดฮอร์โมนซิมเศร่าได้สูงในผู้ป่วย Cushing's syndrome, Addison's disease และความผิดปกติในการทำหน้าที่ของต่อมไทรอยด์ รวมถึงหญิงหลังคลอดที่มีอาการซิมเศร่า (postpartum depression) ซึ่งมีสภาวะความผิดปกติของระดับฮอร์โมนต่างๆ

1.4 ด้านการทำงานของสารเคมีทั่วไป (neurophysiologic factor) ความผิดปกติทางอารมณ์ในผู้ป่วยบางรายเกิดจากผลของยาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น steroids, amphetamines และอาจเกิดจากความเสียสมดุลของระดับ electrolyte รวมถึงอาจเกิดจากการขาดสารอาหารบางอย่าง

2. ปัจจัยด้านจิตสังคม แบ่งออกเป็น

2.1 ด้านจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic) ซึ่ง Sigmund Freud ได้อธิบายความผิดปกติทางอารมณ์ไว้ในหนังสือชื่อ "Mourning and Melancholia" โดยอธิบายว่าทั้งความเศร้าโศก (mourning) และภาวะจิตซิมเศร่า (melancholia) เป็นผลมาจากการสูญเสียสิ่งที่ตนรักหรือตนพอใจ (loss of love-object) แต่ความเศร้าโศกเกี่ยวข้องกับการสูญเสียในแบบชั่วคราวไม่จำเป็นต้องรักษา เมื่อบุคคลสามารถจัดการหรือแก้ปัญหาได้เหมาะสมความเศร้าโศกก็หายไปเอง

สำหรับภาวะจิตซิมเศร่า นั้นเกิดขึ้นกับคนบางคน ซึ่งเชื่อว่าเป็นผลมาจากการสูญเสียที่เกิดขึ้นในช่วงขวบปีแรกของชีวิต (oral stage) และบุคคลเก็บกดไว้ในจิตไร้สำนึก (unconscious) เป็นความสูญเสียที่ไม่ได้รับการแก้ไข ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้บุคคลรู้สึกที่ตนเองไม่มีค่า และมีแนวโน้มจะใช้กลไกทางจิตชนิด กล่าวโทษตนเอง (introjection) หรือระบายความโกรธเข้าสู่ตนเอง (anger turned inward) เมื่อเผชิญกับปัญหาหรือความไม่สบายในต่างๆ ส่วนการเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดคลุ้มคลั่ง (mania) นั้นอธิบายว่า เป็นกลไกของจิตใจที่จะพยายามปฏิเสธหรือต่อสู้กับภาวะซิมเศร่า (denial or defense against depression) จึงพบได้ว่าบางช่วงเวลาผู้ป่วยจะแสดงอาการซิมเศร่าด้วย

2.2 ด้านการคิด (cognitive theory) กล่าวว่าผู้ป่วยภาวะจิตซิมเศร่า เกิดจากองค์ความคิดที่มีอยู่ในบุคคลนั้น เป็นไปในด้านไม่ดี (negative thoughts) การขาดเหตุผล และรับรู้สภาพการณ์ต่างๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผล จึงคิดว่าตัวเองไม่ดี ลดคุณค่า และกำหนดคุณค่าของตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง บุคคลกลุ่มนี้ใช้ข้อสรุปต่างๆ มาอ้างความคิดของตนเองจนยากที่จะแก้ไขได้โดยการอธิบายเหตุผล จึงทำให้เกิดความรู้สึกในด้านไม่ดีกับตนเอง กับอนาคตของตน และกับสภาพสังคมที่ตนอยู่

นอกจากนี้ยังมีทฤษฎีเกี่ยวกับสาเหตุทางจิตสังคมของอารมณ์ซิมเศร่าดังต่อไปนี้คือ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542:35-40)

1. การเกิดเหตุการณ์ชีวิต (Life event) จิตแพทย์บางท่านเชื่อว่าการเกิดเหตุการณ์ชีวิตเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้อารมณ์ซึมเศร้า แต่จิตแพทย์บางท่านเชื่อว่าสาเหตุที่ว่านี้มีความสำคัญจำกัดขึ้นอยู่กับมุมมองและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยในขณะนั้น อย่างไรก็ตามจิตแพทย์โดยส่วนใหญ่มีความเห็นสอดคล้องกันว่าการอบรมเลี้ยงดูบุตรและการให้ความรักความอบอุ่นอย่างสม่ำเสมอแก่บุตรจะเป็นเกราะป้องกันบุตรไม่ให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าในอนาคต เหตุการณ์ชีวิตที่เป็นการแยกจากหรือการพลัดพราก หรือการสูญเสียบิดามารดาคนใดคนหนึ่งก่อนอายุ 11 ปีจะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ชวน (predispose) ให้เด็กคนนั้นป่วยเป็นอารมณ์ซึมเศร้าในอนาคตได้ง่าย คำกล่าวเช่นนี้มีหลักฐานยืนยันกล่าวคือเราพบว่า การสูญเสียหรือการพลัดพรากจากบิดามารดา ก่อนอายุ 11 ปี จะกระตุ้นตัวรับของระบบประสาททำให้ตัวรับของระบบประสาทอ่อนแอและไวที่จะเกิดอารมณ์ซึมเศร้าในอนาคต ส่วนเหตุการณ์ชีวิตที่มักจะกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าทันทีได้บ่อยที่สุดคือการสูญเสียคู่สมรส โดยสรุปข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในขณะนี้สนับสนุนความคิดที่ว่าเหตุการณ์ชีวิตมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเริ่มเป็นอารมณ์ซึมเศร้า

2. บุคลิกภาพก่อนเกิดโรค (Premorbid personality) ทุกคนมีโอกาสเกิดอารมณ์ซึมเศร้า ถ้ามีความเครียดมีความรุนแรงพอสมควรแต่บุคลิกภาพหรือลักษณะนิสัยบางอย่างจะเป็นปัจจัยชวนให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ง่าย บุคลิกภาพหรือลักษณะนิสัยอย่างนี้ได้แก่ บุคลิกภาพผิดปกติชนิดย้ำคิดย้ำทำ (obsessive compulsive personality disorder) บุคลิกภาพผิดปกติชนิดพึ่งพิง (dependent personality disorder) บุคลิกภาพผิดปกติชนิด histrionic บุคลิกภาพผิดปกติชนิด borderline ผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าถ้ามีบุคลิกภาพผิดปกติร่วมด้วย บุคลิกภาพที่ผิดปกติจะทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนทั้งแก่การรักษาและแก่การดำเนินโรค บุคลิกภาพที่ผิดปกติจะทำให้การทำหน้าที่ทางสังคมในขณะที่หายจากอารมณ์ซึมเศร้าแล้วไม่ดีเท่ากับกลุ่มที่ไม่มีบุคลิกภาพผิดปกติร่วมด้วย นอกจากนี้ในขณะที่กำลังหายจากอารมณ์ซึมเศร้าผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพผิดปกติร่วมด้วย มักจะมีอาการของอารมณ์ซึมเศร้าหลงเหลืออยู่เล็กๆ น้อยๆ

3. ทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) นักจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากสาเหตุต่างๆ ดังต่อไปนี้คือ

3.1 อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากความรู้สึกโกรธหันเข้าหาตนเอง (anger turned inward) ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย Sigmund Freud และ Karl Abraham จัดเป็นทฤษฎีแบบฉบับ (classic) ที่ว่าด้วยสาเหตุทางจิตวิเคราะห์ของอารมณ์ซึมเศร้าทฤษฎีนี้กล่าวว่าสาเหตุเริ่มต้นของอารมณ์ซึมเศร้าคือการสูญเสียวัตถุ (object loss) วัตถุในที่นี้หมายถึงบุคคลหรือสิ่งของที่ตนเองรัก การสูญเสียอาจจะเป็นการสูญเสียจริง ๆ หรือเป็นเพียงจินตนาการก็ได้ ผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าจะไม่สามารถทำใจยอมรับการสูญเสียนั้น ผู้ป่วยแก้ปัญหาด้วยการนำเอาภาพลักษณ์ทั้งหมดของสิ่งที่สูญเสียไปมาไว้ในจิตใจของตนเองทำราวกับว่าสิ่งนั้นยังอยู่เพียงแต่มาอยู่ในจิตใจของตนเอง

(introjection) Sigmund Freud กล่าวว่า introjection เป็นพลวัตที่สำคัญที่นำไปสู่อารมณ์ซึมเศร้า ต่อมาผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการที่บุคคลหรือสิ่งของที่ตนเองรักจากไปเป็นการทอดทิ้งตนเอง ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกเกลียดชังและโกรธบุคคลหรือสิ่งของที่สูญเสียไปนั้นมาไว้กับจิตใจของตนเองการโกรธบุคคลหรือสิ่งของที่สูญเสียไปจึงเหมือนหนึ่งเป็นการโกรธตนเอง Sigmund Freud และ Karl Abraham กล่าวว่า การโกรธตนเองเสมือนหนึ่งเป็นการลงโทษบุคคลอื่นหรือสิ่งของที่สูญเสียไปที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจะฟังฟังบุคคลนั้นหรือสิ่งของนั้นต่อไป การโกรธตนเองทำให้ไม่ฟังพอใจตนเองทำให้ตำหนิตีตนเองและทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าตามมา Sigmund Freud และ Karl Abraham เชื่อว่าบุคคลที่ประสบกับความสูญเสียวัตถุจนกระทั่งเกิดความความรู้สึกโกรธและความโกรธกลับหันเป็นการโกรธตนเองจนนำไปสู่การเกิดอารมณ์ซึมเศร้าตามมา บุคคลที่มีแนวโน้มจะเกิดอารมณ์ซึมเศร้าในลักษณะอย่างนี้มักจะมีประวัติว่าในวัยเด็กอายุระหว่าง 12 – 18 เดือนความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับมารดาจะไม่ดี เด็กจะมีอุปนิสัย oral-sadistic กล่าวคือมีแนวโน้มจะลงโทษตนเอง ไม่ชอบการเรียกร้องหรือการป้องกันสิทธิของตนเอง (assertiveness) ไม่ชอบการแสดง ความก้าวร้าว รุกราน ความโกรธที่หันเข้าหาตนเองอาจจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายแต่เนื่องจากผู้ป่วยได้รับเอาภาพลักษณ์ของบุคคลที่สูญเสียไปมาไว้กับตนเองแล้วการฆ่าตัวตายจึงอาจจะเกิดจากจิตไร้สำนึกต้องการฆ่าบุคคลที่สูญเสียไปนั้น

3.2 อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการสูญเสียวัตถุ (object loss) ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย John Bowlby คำว่า "รู้สึกสูญเสียวัตถุ" หมายถึงความรู้สึกที่เจ็บปวดที่เกิดจากการแยกจากพลัดพราก (traumatic separation) จากวัตถุที่ตนเองยึดติด (object of attachment) การต้องแยกจากพลัดพรากมีความหมาย (symbolic meaning) ต่อผู้ป่วยว่าเป็นการสูญเสียสิ่งที่ตนเองรักมากๆ ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การยึดติดบุคคลจะเริ่มต้นในวัยเด็กเล็กโดยเป็นการยึดติดมารดาหรือบุคคลอื่นที่ทำหน้าที่เป็นมารดาการยึดติดอย่างนี้จะเป็นแบบอย่างขั้นต้น (prototype) ของการยึดติดบุคคลอื่นในวันข้างหน้า ถ้าการยึดติดขั้นต้นมีปัญหาเช่นมีการสูญเสียหรือความสัมพันธ์กับมารดาไม่ดีจะทำให้เด็กเกิดความรู้สึกที่เจ็บปวด ความรู้สึกที่เจ็บปวดนี้เป็นปัจจัยชวนให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าในอนาคต ถ้าความรู้สึกสูญเสียเกิดขึ้นอีกในวัยผู้ใหญ่ความรู้สึกสูญเสียครั้งหลังนี้จะกระตุ้นความรู้สึกเจ็บปวดซึ่งคุกรุ่นอยู่ในส่วนลึกของจิตใจอยู่แล้วให้กำเริบมากขึ้นจนเป็นอารมณ์ซึมเศร้า ในทางคลินิกเราพบผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าจำนวนหนึ่งที่อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากความรู้สึกสูญเสียวัตถุโดยตรงโดยมิได้เกิดจากความรู้สึกโกรธหันเข้าหาตนเอง

3.3 อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการสูญเสียความภาคภูมิใจตนเอง (loss of self esteem) ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย E. Bibring ทฤษฎีนี้กล่าวว่าอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการที่อัตตาไม่สามารถยกเลิกเป้าหมายหรืออุดมคติที่ตนเองไปไม่ถึง ตามปกติแต่ละคนจะมีอาการหลงรักตนเอง (narcissism) ว่าตนเองน่ารัก มีคนรัก ตนเองเก่ง ตนเองเลิศ ตนเองแข็งแกร่ง มีคนสรรเสริญ การ

ไปไม่ถึงเป้าหมายหรืออุดมคติที่ตนเองตั้งไว้เหล่านี้จะทำให้ความรู้สึกหลงรักตนเองต้องมีบาดแผล (narcissistic injury) ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่น่ารัก ไม่มีความสามารถ ไม่มีอำนาจ รู้สึกสูญเสียบทบาทและหน้าที่ รู้สึกสูญเสียเอกลักษณ์ ทำให้สูญเสียความรู้สึกอยากอยู่ต่อไปเหล่านี้ทำให้ความรู้สึกภาคภูมิใจตนเองหายไปและเป็นสาเหตุทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า

3.4 อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากบุคคลอื่นที่ครอบงำผู้ป่วย (dominant other) ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย Silvano Arieti ทฤษฎีนี้กล่าวว่าผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าบางรายอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากความรู้สึกที่ว่าตนเองอยู่หรือทำเพื่อบุคคลอื่น มีชื่ออยู่หรือทำเพื่อตนเอง ขณะเดียวกันบุคคลอื่นที่ครอบงำผู้ป่วยก็มีได้แสดงว่าพึงพอใจในสิ่งที่ผู้ป่วยได้กระทำไป บุคคลอื่นในที่นี้อาจจะเป็นคู่สมรส บิดามารดา องค์กร หลักการหรืออุดมคติ การที่บุคคลอื่นมิได้แสดงว่าพึงพอใจในสิ่งที่ผู้ป่วยได้กระทำทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่บรรลุสิ่งที่ตนเองต้องการ ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าไม่มีประโยชน์ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าติดตามมา Silvano Arieti กล่าวว่าผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้ามักจะคิดอย่างเถรตรงจนคิดว่าการอยู่เพื่อบุคคลอื่นหรือเพื่อองค์กรหรือเพื่ออุดมคติด้วยวิธีอื่นเป็นสิ่งที่ไม่ดีหรือแม้เพียงคิดเท่านั้นก็ยังไม่ให้คิด ผู้ป่วยมักจะคิดว่าถ้าไม่ได้สิ่งที่ตนเองต้องการแล้วทางเลือกอื่นคือการฆ่าตัวตายเท่านั้น

3.5 อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากสภาพอย่างนั้นทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า (depressive position) ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย Melanie Klein ทฤษฎีนี้กล่าวว่าทารกอายุ 6 เดือนแรกจะมีความก้าวร้าวรุกรานเป็นลักษณะเด่น ทารกจะโทษว่าความไม่สะดวกสบายทั้งหลายที่เกิดขึ้นกับตนเองรวมทั้งแรงดลใจที่จะก้าวร้าวรุกรานที่ตนเองมีต่อมารดาแล้วมีสาเหตุจากมารดา ต่อเมื่อทารกมีอายุอยู่ระหว่าง 7 – 12 เดือน ทารกจะมี libido มากกว่าความก้าวร้าวรุกราน ทารกจะเริ่มตระหนักความก้าวร้าวรุกรานต่อมารดาแท้ที่จริงแล้วเป็นของตนเองต่างหากขณะเดียวกันทารกจะเริ่มตระหนักว่าที่จริงแล้วมารดาก็สามารถทำให้ทารกเกิดทั้งความสะดวกสบายและความคับข้องใจ มารดาจึงมีทั้งส่วนที่ดีและส่วนที่ไม่ดีแต่ทั้ง 2 ส่วนอยู่ในมารดาคนเดียวกัน ดังนั้นการคิดก้าวร้าวรุกรานต่อส่วนไม่ดีของมารดาอาจจะทำให้สูญเสียมารดาส่วนที่ดีไปด้วยเพราะมารดาทั้งส่วนที่ดีและส่วนที่ไม่ดีต่างก็อยู่ในคนคนเดียว การเข้าใจว่าตนเองอาจจะทำร้ายจิตใจมารดาซึ่งเป็นบุคคลที่ตนเองรักทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าโดยสรุปก็คือเมื่อคิดได้อย่างนี้ก็ต้องเกิดอารมณ์ซึมเศร้าแน่ๆ (depressive position) ถ้าปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นปกติทารกจะพัฒนาต่อไปจนเข้าสู่โลกแห่งความเป็นจริงยอมรับว่าจริงๆ แล้วมารดามีทั้งส่วนที่ดีและส่วนที่ไม่ดี ความรู้สึกที่ว่าบางครั้งรักและบางครั้งไม่รักมารดา (ambivalence) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ทารกควรจะรู้สึกขอบคุณและกตัญญูต่อมารดา ทารกก็จะเติบโตขึ้นอย่างปกติสุข Melanie Klein กล่าวว่าผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการไม่สามารถพัฒนาการผ่าน depressive position นี้ ผู้ป่วยยังคงยึดติด (fixed) อยู่กับความวิตกกังวลที่ว่าสิ่งที่ตนเองรักได้ถูกส่วนก้าวร้าวรุกรานของตนเองทำลายไป ผู้ป่วยอยากได้สิ่ง

นั้นกลับคืนมาทั้งหมดนี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ซึมเศร้าตามทฤษฎีนี้อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากความไม่พึงพอใจตนเอง (ที่มีแรงดลใจอยากจะทำร้ายวรุกราน) ซึ่งต่างกับทฤษฎีของ Sigmund Freud ซึ่งกล่าวว่าอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากความไม่พึงพอใจ introjected object

3.6 อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากรู้สึกล้มเหลวในวัตถุที่ตนเองหมายเอาไว้ (selfobject failure) ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย Heinz Kohut ทฤษฎีนี้กล่าวว่าอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากความต้องการของตนเอง (selfobject) 3 ประการไม่ได้รับการตอบสนองจากบิดามารดา (ซึ่งเปรียบเป็นวัตถุ) ความต้องการของ selfobject 3 ประการนี้ได้แก่ ความต้องการคำชมหรือการยอมรับ (mirroring) ความต้องการสภาพอุดมคติในบิดามารดา (idealization) ความต้องการทำตนเองให้เหมือนบิดามารดา (twinship) เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองจากบิดามารดาผู้ป่วยจะเกิดอารมณ์ซึมเศร้า

3.7 อารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนหนึ่งของอัตลักษณ์ (characterological depression) ผู้ป่วยจำนวนมากมีอาการซึมเศร้าอยู่เนืองๆ โดยไม่มีอาการอื่นจนครบเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็น major depressive episode อาการที่มักจะไม่เป็นได้แก่ vegetative symptom ซึ่งได้แก่ใจและกายเชื่องช้า (psychomotor retardation) ไม่มีความต้องการทางเพศ เบื่ออาหาร อ่อนเพลียและการนอนหลับผิดปกติผู้ป่วยเหล่านี้จำนวนหนึ่งจะมีบุคลิกภาพผิดปกติ อารมณ์ซึมเศร้าที่มีอยู่จะเป็นลักษณะอย่างหนึ่งของบุคลิกภาพนั้นหรืออัตลักษณ์นั้น อารมณ์ซึมเศร้าที่ถูกจัดเป็นส่วนหนึ่งของอัตลักษณ์มักจะประกอบด้วยอาการรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว อ้างว้าง รู้สึกว่าหวังอะไจากคนอื่นไม่ได้ เบื่อๆ เซ็งๆ ท้อแท้ ถ้าหากผิดหวังผู้ป่วยจะรู้สึกขุ่นเคือง ผู้ป่วยมักจะทำให้ประวัติว่าในวัยเด็กขาดความรักความอบอุ่นจากบิดามารดาทำให้ตอนโตขึ้นผู้ป่วยเฝ้าหานักคนที่จะหน้าที่ทดแทนบิดามารดา

4. ทฤษฎีทาง cognition ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย Aaron Beck cognition เป็นขบวนการรับรู้ความรู้ด้วยสติปัญญาแล้วจัดระเบียบความรู้นั้นแล้วจึงนำไปใช้ในโอกาสต่อไป ทฤษฎีทาง cognition กล่าวว่าผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าจะมีขบวนการของ cognition ที่มุ่งพิจารณาประสบการณ์ในชีวิตหรือมุ่งพิจารณาสิ่งต่างๆ ให้บิดเบือนไปจากความเป็นจริงหรือพิจารณาไปในทางลบแทนที่จะพิจารณาไปในทางที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงหรือพิจารณาไปในทางบวก Aaron Beck กล่าวว่าผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้ามี cognition triad คือผู้ป่วยจะ cognition ว่าตนเองหมดหนทางที่จะต่อสู้และตนเองไม่มีประโยชน์อีกแล้ว (helpless) ผู้ป่วยมักจะตีความ (interpret) เหตุการณ์ต่างๆ ไปในทางไม่ดีและผู้ป่วยจะ cognize ว่าอนาคตไม่มีความหวังการบิดเบือนใน cognition นี้เกิดจากการมีบาดเจ็บต่อจิตใจในวัยเด็กเช่นมีการสูญเสียบิดามารดา การขาดการเอาใจใส่ การถูกเพื่อนปฏิเสธไม่ยอมรับ การบาดเจ็บต่อจิตใจเหล่านี้เป็นการสร้างเงื่อนไข (condition) ให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะคิดและตีความและตอบสนองในทางลบต่อเหตุการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้นใน

โอกาสต่อไป ความเห็นในทางลบที่เกิดจากการเรียนรู้มาก่อนเช่นนี้ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าตามมา การรักษาทาง cognition จึงเป็นการพิสูจน์หา (identify) เงื่อนไขที่ทำให้เกิด cognition ที่ไปในทางลบแล้วดัดแปลงแก้ไข (modify) ให้เป็น cognition วิธีใหม่

5. ทฤษฎีทางการเรียนรู้ (Learning theory) ทฤษฎีทางการเรียนรู้ในส่วนที่ว่าด้วยสาเหตุของอารมณ์ซึมเศร้ามี 2 ทฤษฎีย่อยคือ

5.1 อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริม (lack of reinforcement) ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย Peter Lewinsohn ทฤษฎีนี้กล่าวว่าอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการไม่ได้รับแรงเสริม (รางวัล) ที่เหมาะสมหรือได้รับแรงเสริมน้อยเกินไปหรือได้รับรางวัลแต่ไม่ได้รับทันทีที่แสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง (noncontingent reward) สาเหตุที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวอาจเกิดจากการที่สังคมนั้นไม่สามารถจัดหารางวัลใดๆ ได้เลย เหตุการณ์อย่างนี้จะทำให้บุคคลนั้นขาดทักษะทางสังคมจนทำให้ความสามารถในการพบกับเหตุการณ์ที่อาจจะทำให้ได้รับรางวัลทันทีลดลง ดังนั้นจิตบำบัดทุกชนิดที่มุ่งเพิ่มทักษะทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยจะช่วยป้องกันการเป็นอารมณ์ซึมเศร้า (depression episode) ได้

5.2 อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการเรียนรู้มาก่อนว่าสภาพอย่างนั้นหมดหนทางแล้ว (learned helplessness) พฤติกรรมที่แสดงว่าหมดหนทางแล้วประกอบด้วยการอยู่เฉยๆ ไม่รุก (passive) ถอนตัว (withdraw) และทำกิจกรรมลดลง ในการทดลองเมื่อทำให้สัตว์ทดลองถูกช็อคด้วยไฟฟ้าโดยที่มันหลีกเลี่ยงไม่ได้และทำให้ถูกช็อคอย่างซ้ำๆ ในที่สุดสัตว์ทดลองจะยอมแพ้และแสดงพฤติกรรมหมดหนทางที่จะหลีกเลี่ยงนี้ ต่อมาถ้าทำให้สัตว์ทดลองถูกช็อคด้วยไฟฟ้าอีก สัตว์ทดลองจะยอมแพ้และแสดงพฤติกรรมหมดหนทางที่จะหลีกเลี่ยงนี้ ต่อมาถ้าทำให้สัตว์ทดลองถูกช็อคด้วยไฟฟ้าอีกสัตว์ทดลองจะคิดไปก่อนว่าคงกำลังประสบกับสภาพเดิมอีกแล้วดังนั้นแม้จะพยายามหลีกเลี่ยงก็คงไม่สำเร็จ สัตว์ทดลองก็จะไม่พยายามทำอะไรที่จะช่วยให้ตนเองหลีกเลี่ยงนี้ได้เลย เป็นการแสดงพฤติกรรมในทำนองที่ว่าสภาพอย่างนั้นหมดหนทางเหมือนกับที่เคยประสบมาก่อน ทฤษฎีนี้กล่าวต่อไปว่าอารมณ์ซึมเศร้าก็เหมือนกันกล่าวคือเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการรู้สึกว่หมดหนทางแล้วหรือเป็นพฤติกรรมของการทอดอาลัย นอกจากนี้การเคยเรียนรู้หลายๆ ครั้งว่าตื่นนอนไปก็ไม่เกิดประโยชน์จะทำให้เกิดบุคลิกลักษณะบางอย่างเกิดขึ้น เช่น ง่ายยอม ไม่ขุ่นเคือง ไม่เป็นปรีดิ์ปลื้มแต่ตำหนิตนเองอยู่เสมอ เป็นต้น ตามทฤษฎีหมดหนทางตามที่เคยเรียนรู้มาก่อนนี้อารมณ์ซึมเศร้าจะดีขึ้นถ้าแพทย์ช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองยังคงมีความสามารถที่จะควบคุมและบังคับสิ่งแวดล้อมได้วิธีการทำให้เกิดความเชื่อมั่นดังกล่าวได้แก่วิธีการทางพฤติกรรม เช่น การให้รางวัลและการเสริมแรงชนิดบวก (positive reinforcement)

ลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้า (Depression) (สมภพ เรื่องตระกูล, 2533:92)

1. อารมณ์เศร้า เป็นความรู้สึกที่แสดงอาการหลายอย่าง เช่น ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส ไม่เบิกบาน หรือใจคอเศร้าหมอง ลักษณะอารมณ์บางเวลาเศร้ามากบางเวลาเศร้า น้อยหรือมีอยู่ตลอดเวลา
2. อารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย มักจะรู้สึกเสียใจเมื่อทำสิ่งไม่ดีไปแล้ว
3. รู้สึกเบื่อและหมดความสนใจ ไม่อยากทำกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่างๆ ที่เคยชอบ ความรู้สึกทางเพศลดลง
4. เบื่ออาหาร ไม่รู้สึกอยากอาหารแม้แต่ที่ตนเองชอบ
5. นอนไม่หลับ อาจนอนหลับยาก หลับไม่สนิท ฝันร้ายหรือตื่นบ่อย
6. รู้สึกอ่อนเพลีย อาการอาจเกิดเฉพาะส่วนของร่างกาย เช่น แขน ขา
7. ความคิดเชิงซ้ำ การเคลื่อนไหว ตลอดจนการพูดจาเชิงซ้ำ ความสนใจต่างๆ ลดลง เจ็บและซีดหมอง ไม่ร่าเริงแจ่มใส ไม่กระตือรือร้นในชีวิต การกระทำต่างๆ เป็นการฝืนใจ เช่น การพูด การแต่งตัว หรือการอ่านหนังสือ
8. สมาธิเสีย ความจำไม่ดี ลืมง่าย อ่านหนังสือแล้วไม่จำ
9. รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ตนเองไม่ดีในด้านต่างๆ เช่น ความสามารถ สติปัญญา
10. รู้สึกมีความผิด คิดว่าเป็นคนไม่ดี มีบาป สมควรถูกลงโทษ ไม่สมควรมีชีวิตอยู่
11. ความคิดอยากตาย ยิ่งเศร้ามากความรู้สึกทรมานยิ่งมีมาก ความคิดอยากตามรุนแรงขึ้น

12. ความกลัวจะวนเวียนในความคิด เช่น กลัวอยู่คนเดียว ไม่อาจทำให้สงบได้
13. อาการทางกาย มักมีอาการทางกายเกิดร่วมด้วยเสมอและเกิดได้ทุกระบบ เช่น ปวดท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก และบ่นปวดเมื่อยตามตัว ผู้ป่วยทุกรายจะกังวลเกี่ยวกับเรื่องเหล่านี้มาก และคิดว่าเป็นโรคทางกาย

อาการของผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้า มีความแตกต่างกันตามระดับความรุนแรงจากซึมเศร้าเล็กน้อยไปจนถึงซึมเศร้ารุนแรงแบ่งได้ดังนี้ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543:121-3)

1. **อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว (transient symptoms)** เป็นสภาพอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกคน เมื่อเผชิญกับความผิดหวัง เผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนใจ หรือเผชิญกับการสูญเสีย อันเป็นสภาพที่พบได้ตลอดเวลา ทำให้บุคคลมีอาการซึมเศร้า แต่อารมณ์ที่เกิดขึ้นมักจะหายไปตัวเองเมื่อเวลาผ่านไปหรือบุคคลปรับตัวรับใจได้ จึงไม่พิจารณาซึมเศร้าที่ผิดปกติ อาการที่พบได้แก่

- | | | |
|--------------|---|--|
| ด้านอารมณ์ | : | หดหู่ เหงา ผิดหวัง เสียใจ |
| ด้านพฤติกรรม | : | ร้องไห้ |
| ด้านความคิด | : | อาจคิดถึงเรื่องที่ผิดหวังมาก หยุดคิดไม่ได้ |

ด้านร่างกาย : อ่อนเพลียเล็กน้อย ทำที่เหนื่อยล้า และไม่อยากทำอะไร

2. **อารมณ์ซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression)** เป็นสภาพอารมณ์เศร้า ที่เป็นผลมาจาก การที่บุคคลเผชิญกับการสูญเสียที่รุนแรง เช่น สูญเสียคนรัก สูญเสียบุคคลสำคัญ สูญเสียทรัพย์สินที่มีค่า รวมถึงสูญเสียความสามารถทางร่างกายของตนเอง ซึ่งการสูญเสียที่ยกตัวอย่างมากนี้เป็นภาวะวิกฤตของชีวิต ที่บุคคลประสบได้ไม่บ่อยนักในการดำเนินชีวิต แต่เมื่อบุคคลต้องประสบกับเหตุการณ์เช่นนี้ สภาพจิตใจ ย่อมมีปฏิกิริยาโต้ตอบ ซึ่งอารมณ์ซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาที่พบได้มากที่สุดการเกิดอารมณ์ซึมเศร้าในสภาพการณ์เช่นนี้ ยังไม่พิจารณาว่าเป็นความผิดปกติ การวินิจฉัยอยู่ในกลุ่ม adjustment disorder และถ้าบุคคลนั้นปรับตัวได้หรือสามารถจัดการกับความสูญเสียที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม อาการซึมเศร้านั้นจะลดลงและหายไป อาการของอารมณ์ซึมเศร้าของบุคคลในกลุ่มนี้ ได้แก่

ด้านอารมณ์ : วิตกกังวล โกรธ รู้สึกตนเองผิด ชีวิตดูไม่มีคุณค่า เหน็ดเหนื่อย หวัง
สิ้นหวัง ท้อแท้ หรือปฏิเสธความรู้สึก

ด้านพฤติกรรม : ร้องไห้ได้ง่าย มีพฤติกรรมถดถอย แยกตัว ไม่อยากทำอะไรหรือ
อาจกระสับกระส่าย ไม่สามารถจะอยู่นิ่งได้

ด้านความคิด : คิดวนเวียนอยู่กับการสูญเสีย ต่ำหนิตนเอง ต่ำหนิผู้อื่น
ขาดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต มีความคิดลังเลหรือตัดสินใจ
ไม่ได้

ด้านร่างกาย : มีอาการเบื่ออาหาร หรืออาจรับประทานมากขึ้น นอนไม่หลับ
หรืออยากนอนมากขึ้น มีอาการทางร่างกายอื่นๆ เช่น ปวดศีรษะ
ปวดหลัง เจ็บหน้าอกและอ่อนเพลีย

3. **อารมณ์ซึมเศร้าปานกลาง (moderate depression)** เมื่อสภาพอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดจากการสูญเสีย ไม่สามารถจัดการได้ในแนวทางที่เหมาะสมหรือการปรับตัวใช้เวลานานมากขึ้น อาการต่างๆ มักจะทวีความรุนแรงและมีความซับซ้อนของสาเหตุมากขึ้น บุคคลเริ่มแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และถ้าสภาพอารมณ์ซึมเศร้าต่างๆ ดำเนินอยู่เป็นเวลานาน จัดเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ชนิด dysthymic disorder ซึ่งมีอาการต่างๆ ดังนี้

ด้านอารมณ์ : มีความรู้สึกเหงา หมดหวัง หมดหนทาง สิ่งต่างๆ รอบตัวมีดมน
ไม่แจ่มใส ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ไม่สนุกสนานในกิจกรรม
ต่างๆ

ด้านพฤติกรรม : มี psychomotor retardation ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกาย
เชื่องช้า พุดช้าๆ หรือพุดน้อยลง สีหน้าทำที่หดหู่หม่นหมอง

- ไม่สนใจสภาพแวดล้อม ไม่สนใจร่างกายหรือดูแลร่างกายของตนเอง ทำให้ใส่เสื้อผ้าและร่างกายโดยรวมไม่สะอาด ผู้ป่วยอาจใช้สารกระตุ้นประสาทหรือสารเสพติด เช่น ยาเสพติด หรือสุรา
- ด้านความคิด : ความสนใจในสิ่งต่างๆ ลดลง ไม่มีสมาธิ ความคิดช้าลง คิดเรื่องเดิมหรือคิดซ้ำๆ (obsession) คิดถึงตนเองด้านไม่ดี รู้สึกตนเองไม่ดี ไม่มีความหมาย และอาจคิดถึงการทำร้ายตนเอง
- ด้านร่างกาย : มีอาการเบื่ออาหาร มีน้ำหนักลดจนสังเกตได้ หรือรับประทานอาหารมากขึ้นนอนไม่หลับโดยเฉพาะตอนเริ่มเข้านอน (early Night insomnia) หรือนอนมากเกินไป ความสนใจทางเพศลดลง และในเพศหญิงมีประจำเดือนขาดหายไป อ่อนเพลีย รู้สึกเหนื่อยหน่ายซึ่งผู้ป่วยจะรู้สึกสดชื่นในช่วงเช้าแต่พอเข้าช่วงบ่ายๆ จะมีความรู้สึกเหนื่อยล้ามาก นอกจากนี้มีอาการทางร่างกายอื่นๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง เจ็บหน้าอก หายใจไม่ออก อาหารไม่ย่อย และไม่มีแรง

4. **อาการซึมเศร้ารุนแรง (severe depression)** อาการรุนแรงมากขึ้นกว่าอาการซึมเศร้าปานกลาง ผู้ป่วยอาจแสดงอาการของการไม่รับรู้สภาพความเป็นจริง (out of reality) มีอาการทางจิต (psychotic) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ชนิด major depressive disorder ซึ่งมีอาการต่างๆ ดังนี้

- ด้านอารมณ์ : แสดงความรู้สึกหมดหวังโดยสิ้นเชิง การแสดงอารมณ์อาจมีลักษณะเฉยเมยหรือไม่แสดงความรู้สึกใดๆ สีหน้าดูว่างเปล่าเหงา และเศร้า ไม่มีความสุขในกิจกรรมต่างๆ
- ด้านพฤติกรรม : เชื่องช้า เดินช้าๆ ไม่พูด ไม่ได้ตอบ ไม่อยากทำอะไร และไม่เคลื่อนไหว ในทางตรงข้ามอาจมีพฤติกรรมกระสับกระส่าย (irritability) หงุดหงิด นิ่งไม่ติด (agitation) ผู้ป่วยไม่ใส่ใจตนเอง ทำให้ร่างกายไม่สะอาด และอาจมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองจากความคิดหลงผิด
- ด้านความคิด : ความคิดสับสน ไม่มีสมาธิ มีความคิดหลงผิด (delusion) ทางด้านเลวร้ายคิดว่าตนเองไม่ดี คิดฆ่าตัวตาย หรือมีความคิดหลงผิดในด้านการเจ็บป่วยทางร่างกาย (somatic delusions) ร่วมกับมีอาการประสาทหลอนในแบบต่างๆ ส่วนมากเป็นประสาทหลอนทางด้านการได้ยิน (auditory hallucination)

ด้านร่างกาย : การทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายช้าลง เช่น การย่อยอาหาร การขับถ่าย หมดสมรรถภาพทางเพศ ในเพศหญิงประจำเดือน ไม่มาตามปกติ เบื่ออาหารและมีน้ำหนักลด ด้านการนอนมีนอนหลับยาก หรือนอนมากแต่ไม่หลับหรือตื่นนอนเร็วกว่าปกติ ซึ่งอาการต่างๆ โดยรวมแปรเปลี่ยนตามเวลา (diurnal variation) คืออาการมักจะรุนแรง หรืออาการเป็นมากในช่วงเวลาเช้า แต่พอในช่วงบ่ายๆ อาการต่างๆ จะค่อยๆ รู้สึกดีขึ้น

ความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นในช่วงหลังคลอด (กมลรัตน์ วัชรภรณ์, 2547:112)

เป็นกลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวนและโรคซึมเศร้าตามการวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) ให้ระบุว่าเป็นช่วงหลังคลอด (with postpartum onset) คือมีอาการเกิดขึ้นภายใน 4 สัปดาห์แรกหลังคลอด โดยทั่วไปแบ่งได้เป็น 3 ชนิดคือ

ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Postpartum blues)

โรคซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum depression)

โรคจิตหลังคลอด (Postpartum psychosis)

ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Postpartum blues หรือ Maternity blues) (กมลรัตน์ วัชรภรณ์, 2547:112 ; วารี นานา, 2543:23) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยที่สุดคือประมาณร้อยละ 30-75 ของสตรีหลังคลอด แต่อาการของภาวะนี้ไม่รุนแรง หายได้เอง การเกิดอาการแบบนี้ไม่ได้แสดงว่าผู้ป่วยมีปมขัดแย้งในใจ ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย มีความวิตกกังวลไปหมดทุกเรื่อง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับหรือมีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น นอนมากผิดปกติ อาการมักเริ่มเกิดในช่วงหลังคลอดไม่กี่วัน มีอาการมากที่สุดประมาณวันที่ 4-5 และหายภายในวันที่ 10 ของช่วงหลังคลอด (ส่วนในรายที่มีอาการอยู่นานเกิน 2 สัปดาห์ในช่วงหลังคลอดควรได้รับการตรวจหาว่าเป็นโรคซึมเศร้าเพราะโรคดังกล่าวมีอาการรุนแรงมากกว่าและต้องการการรักษาที่จำเพาะเจาะจง) มารดาหลายคนไม่ได้คาดคิดถึงความรู้สึกเศร้าหมองหลังคลอดบุตรเพราะสังคมคาดหวังว่าเมื่อทารกเกิดแล้วครอบครัวจะมีความสุข แต่ในความเป็นจริงการปรับตัวของผู้เป็นมารดา มักยุ่งยาก และมีปัจจัยหลายประการที่อาจส่งเสริมความรู้สึกซึมเศร้า ซึ่งเชื่อว่าเกิดจาก

1. ต้องแยกจากครอบครัวและอาจกังวลถึงบุตร เพราะหลังคลอดใหม่ๆ ทารกจะถูกแยกไปไว้ห้องทารกแรกเกิดชั่วคราว
2. อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ทั้งบุคคล สถานที่ และระบบของโรงพยาบาล

3. มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่ลดต่ำลงมากใน 3-5 วันแรกหลังคลอด
4. มีความไม่สุขสบายและรำคาญ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น มีน้ำคาวปลาไหล เจ็บและตึงบริเวณแผลฝีเย็บ ปวดมดลูก เต้านม หัวนม มีไข้ต่ำๆ มีน้ำนมไหล เหงื่อออกมากปัสสาวะบ่อย ท้องผูก ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ทำให้หงุดหงิดได้
5. ความเหน็ดเหนื่อย ไม่ได้พักผ่อนเพียงพอ มารดาหลังคลอดควรได้พักผ่อนมากๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง 2 สัปดาห์แรกหลังคลอด เนื่องจากเสียพลังงาน เสียเลือด และมีความเครียดทางด้านจิตใจเนื่องจากการคลอดบุตร ถ้าพักผ่อนไม่เพียงพออาจทำให้อารมณ์เสีย หงุดหงิด
6. ความรู้สึกสูญเสียด้านร่างกายในระยะหลังคลอด เพราะเคยมีทารกอยู่ในครรภ์ถึง 9 เดือนเคยได้รู้สึกถึงการเคลื่อนไหวหรือการดิ้นของทารกในครรภ์ แต่เมื่อถึงเวลาทารกคลอดออกไปแล้ว ผู้เป็นมารดาอาจรู้สึกสูญเสีย รู้สึกถึงความว่างเปล่า
7. ความรู้สึกว่าตนเองสูญเสียความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสนใจเอาใจใส่ของสามีและผู้เกี่ยวข้อง เพราะตัวมารดาเองได้รับความเอาใจใส่มาตลอดระยะตั้งครรภ์ แต่เมื่อคลอดแล้วศูนย์กลางของความสนใจไปอยู่ที่ทารกแทน ซึ่งแม้ตนเองจะพอใจที่สามีสนใจทารก แต่ขณะเดียวกันก็ต้องการให้สามีเอาใจใส่ตนด้วย
8. ความรู้สึกไม่มั่นใจต่อการปรับตัวรับบทบาทของการเป็นมารดา โดยเฉพาะครั้งแรก การขาดความมั่นใจทำให้มารดาระวังต่อข้อแนะนำหรือพฤติกรรมของผู้อื่นที่จะมีต่อความสามารถของตนเองในการดูแลทารก
9. ความรู้สึกสูญเสียความงาม โดยเฉพาะหญิงที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้นในขณะตั้งครรภ์ แม้หลังคลอดจะมีน้ำหนักลดลงบ้าง แต่ก็ยังคงความอ้วนอยู่ ทำให้กังวลเกี่ยวกับรูปร่างและการแต่งกายที่เหมาะสม
10. เกิดความรู้สึกลังเลที่มีลูก โดยเฉพาะหญิงครรภ์แรก เนื่องจากเกิดความรู้สึกกังวลเรื่องการเลี้ยงดู และการปฏิบัติตัวของตนต่อไปในอนาคตที่จะต้องเปลี่ยนไป
11. ความรู้สึกผิดหวังกับกระบวนการคลอด เช่นการคลอดไม่ได้เป็นไปตามที่คาดหวังหรือหญิงหลังคลอดรู้สึกที่ตนเองทำผิดพลาดในกระบวนการคลอด ทำให้เกิดความรู้สึกสำนึกในใจ
12. ความรู้สึกผิดหวังในตัวลูก เช่น ลูกตัวเล็กเกินไป ไม่น่ารักอย่างที่วาดฝันไว้ หรือเพศไม่ตรงตามต้องการ
13. ภาระงานบ้าน การที่ต้องอยู่บ้านและรับภาระเลี้ยงดูทารกแรกเกิดเพียงผู้เดียว โดยไม่มีผู้ช่วยเหลือ และอยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เต็มที่ เป็นภาระที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ง่าย

ความรุนแรงมักขึ้นกับพื้นฐานทางด้านจิตใจของผู้ป่วย ส่วนใหญ่อาการจะหายไปได้เอง การรักษาเพียงแต่ให้กำลังใจและประคับประคองจิตใจ ถ้าอาการยังคงอยู่หรือเลวลงต้องตรวจหาว่ามีอาการของโรคจิตชนิดซึมเศร้าหรือไม่ แล้วจึงให้การรักษาโดยจิตบำบัด

โรคซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum depression) (กมลรัตน์ วัชรภรณ์, 2547:112 ; ชูทิพย์ ปานปรีชา, 2540:437-453) เป็นโรคที่พบได้บ่อยคือประมาณร้อยละ 10-15 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการในช่วงเดือนแรกหลังคลอดแต่บางรายอาจเริ่มมีอาการตั้งแต่วงก่อนคลอด อาการต่างๆ เหมือนโรคซึมเศร้าทั่วไปคือ มีอารมณ์ซึมเศร้าเบื่อหน่ายไปหมด หดเหี่ยวแรง รู้สึกว่าตนเองทำอะไรผิดหรือทำบาปกรรมไว้หลายๆ รายมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย วิดกกังวลและมีอาการย้ำคิดย้ำทำ อาจมีการกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของลูกมาก ความรู้สึกไม่ต้องการบุตรแสดงออกมาในรูปของ guilt feeling คิดซ้ำๆ วิดกกังวลกลัวตนเองจะผลอทำร้ายบุตรเที่ยวเอาอาวุธหรือของมีคมไปซ่อน จนหมดควบคุมอารมณ์ไม่ได้เมื่อบุตรร้องไม่หยุดหรือไม่ดูนม บางรายมีอาการเศร้าถึงขนาดทำร้ายตนเอง เพื้อย เบื่อหน่าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ หลงลืมง่าย ไม่มีความรู้สึกทางเพศ ไม่สนใจในงานแม้แต่การเลี้ยงดูบุตร บางครั้งก็แสดงออกตรงไปตรงมาร้องไห้คร่ำครวญว่า ตนไม่มีความสามารถจะเลี้ยงบุตรได้ ตนเป็นมารดาที่ไม่ดี ไม่เข้าใจความต้องการของบุตร อาการมักจะเริ่มหนึ่งสัปดาห์หลังคลอด อาจจะเป็นอยู่นานถึงหนึ่งปี ลักษณะสำคัญที่ต่างจากภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดคืออาการรุนแรงมากกว่าจนถึงขั้นรบกวนความเป็นอยู่และการเลี้ยงดูทารก และอาการเป็นอยู่นานเกิน 2 สัปดาห์ ความสัมพันธ์ของโรคกับอายุ และลำดับการตั้งครรภ์ไม่ชัดเจน ถ้ามีประวัติเคยเป็นในครรภ์แรกมาก่อนมักจะเพิ่มความเสี่ยงในครรภ์ต่อไป ระยะเวลาที่เป็นอาจเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน ซึ่งนานกว่า Maternity blues การรักษาต้องใช้ทั้งจิตบำบัดและการใช้ยา เพราะถ้าไม่รักษาแล้วจะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกและความสัมพันธ์ในครอบครัวเสียไป จุดมุ่งหมายในการรักษาด้วยจิตบำบัด พยายามลดความขัดแย้งในใจ และช่วยให้มารดาเข้าใจความรู้สึกและอารมณ์ตนเองดีขึ้น สำหรับการให้ยา จะช่วยบรรเทาอาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย มักจะได้ผล 2-4 สัปดาห์หลังทานยา ในรายที่รุนแรงอาจจำเป็นต้องให้รักษาตัวในโรงพยาบาล หรือใช้ Electroconvulsive Therapy (ECT)

โรคจิตหลังคลอด (Postpartum psychosis) (กมลรัตน์ วัชรภรณ์, 2547:112 ; ชูทิพย์ ปานปรีชา, 2540:437-453) เป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อยคือ ประมาณร้อยละ 0.1-0.2 แต่มีอาการรุนแรงมากกว่าโดยมักเริ่มมีอาการในช่วง 2-3 วันแรกหลังคลอด มีส่วนน้อยที่เริ่มแสดงอาการหลัง 2 สัปดาห์ในช่วงหลังคลอด อาการแสดงเริ่มแรกคือ สับสน อาจจะตื่นตระหนก อารมณ์ซึมเศร้าหรืออารมณ์ดีผิดปกติ อารมณ์เปลี่ยนแปลงเร็ว มีพฤติกรรมวุ่นวาย อาจจะมีหลงลืม มีความคิดหลงผิดหรือมีความเชื่อผิดๆ ประสาทหลอนทางโสตสัมผัส หรือคิดว่าจะถูกทำร้าย ผุดลุกผุดนั่ง หงุดหงิด นอนไม่หลับ มักเกิดในครรภ์แรก สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด แต่จะพบในผู้ป่วยที่เคยมี

ประวัติ manic-depressive และ schizophrenia ต้องระมัดระวังการทำร้ายตนเองหรือบุตรต้องให้
 ยารักษา ในรายที่พยายามฆ่าตัวตายควรพิจารณาการรักษาด้วย ECT ถ้าเริ่มเป็นในระยะ 3-4 วัน
 แรกหลังคลอด มักจะมีอาการ confusion สูญเสียสมาธิ และความทรงจำ คล้ายเป็น Toxic
 Psychosis หรือมี Biological stress มาร่วมด้วย อาการมักจะเริ่มด้วยนอนไม่หลับ
 กระสับกระส่าย หงุดหงิดง่าย ต่อมาเริ่มวุ่นวาย พูดมากเพื่อเจ้อ ทำท่าทางแปลกๆ หรือร้องไห้คร่ำ
 ครวญเรียกหา มารดา อารมณ์ที่แสดงออกมักเฉยเมย หงุดหงิด ซึมเศร้า มักมีอาการหลงผิดว่ายัง
 ไม่ได้คลอดบุตร บุตรตาย หรือพิการ มีคนคอยปองร้ายบุตร หรือคิดว่ามีคนมาลักพาบุตรไปหรือ
 เอาไปฆ่า มีประสาทหลอนทางหู ไปในทำนองเดียวกับอาการหลงผิด การฆ่าบุตร (infanticide)
 พบได้ราวร้อยละ 0.2 โดยอาจใช้วิธี หมอนอุดจมูกและปาก โยนบุตรทิ้งในตุ่มน้ำ หรือโยนลูกเล่น
 ถ้าสามีมีส่วนเป็นต้นเหตุด้วยก็จะแสดงออกโดยการจำสามีไม่ได้ หรือจำชื่อสามีเป็นชื่ออื่น

สาเหตุความผิดปกติทางจิตเวชหลังคลอด (ซูทิคย์ ปานปริชา, 2540:437-453)

1. ความตึงเครียดทางร่างกาย (biological stress) เป็นสาเหตุทางด้านร่างกาย
 - 1.1 การเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยา (physiological change) คือการเปลี่ยนแปลงทาง
 ด้านสรีรวิทยาของร่างกายจากการเสียเลือด เสียน้ำ มีความเจ็บปวดของแผล เป็นต้น
 - 1.2 การเปลี่ยนแปลงทางเอ็นโดคริน (endocrine change) มีการเปลี่ยนแปลงใน
 ระดับฮอร์โมน เช่น การลดระดับของโปรเจสเตอโรน (progesterone) หลังคลอด ซึ่งช่วง
 ตั้งครรภ์นั้นมีระดับโปรเจสเตอโรนสูงทำให้เกิดภาวะ Withdrawal Psychosis เป็นแบบ Acute
 Psychosis
 - 1.3 การคลอดด้วยการผ่าตัด หรือใช้ยาจำพวก sedative ช่วยคลอด อาจมีปัญหาทำ
 ให้เกิดความผิดปกติของจิตใจในระยะหลังคลอดได้
 - 1.4 มารดาในระยะหลังคลอดบุตรต้องอดนอนอยู่หลายวัน อาจมีผลต่อจิตใจแบบ
 sleep deprivation syndrome
 - 1.5 EEG record หลังคลอดพบลักษณะเป็น metabolic imbalance ซึ่งอาจมีผลทำ
 ให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจได้
 - 1.6 พบว่ากรรมพันธุ์ไม่ได้เป็นต้นเหตุหรือเกี่ยวข้องกับโรคกลุ่มนี้แต่อย่างใด
2. ความตึงเครียดทางจิตใจ (Psychological stress)
 - 2.1 เกิดจาก conflict ในตัวคนไข้เอง ได้แก่
 - 2.1.1 ไม่มีความสามารถจะทำหน้าที่ “มารดา” ได้ทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นผู้หญิง
 ไม่สมบูรณ์ไม่เป็นมารดาที่ดีกับบุตร
 - 2.1.2 เคยมี conflict กับมารดาของตนเองมาก่อน มักเกิดจากมีมารดาที่เข้มงวด
 แสดงออกเหมือนผู้ปวยไม่ใช่บุตร มีอารมณ์รุนแรง หรือมีอาการของโรคจิต ไม่ได้เลี้ยง

บุตรอย่างถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่พอใจมารดาของตนเอง ซึ่งความรู้สึก
 อย่างนี้จะกลับมาอีกครั้งตอนที่ผู้ป่วยคลอดบุตร และมีสภาพเป็นมารดา นอกจากนี้
 ยังมีความหวาดกลัวบุตรของตนเองจะมีความรู้สึกเหมือนที่ตนเคยมีมาก่อน

2.1.3 มี unresolved oedipal complex การตั้งครรรค์และการคลอดบุตรทำให้
 ความจำเกี่ยวกับความหวังที่คิดฝันเอาไว้ในตอนที่เด็กที่จะแย่งบิดาจากมารดาของตน
 หวนกลับมาทำให้รู้สึกบาปและไม่สบายใจในความรู้สึกดังกล่าว

2.1.4 มี penis envy กับเพศชาย การตั้งครรรค์สามารถทำให้ลดความรู้สึกดัง
 กล่าวได้ เพราะเปรียบเสมือนได้ penis หรือเป็นการทดแทนกันได้ ซึ่งเมื่อคลอดบุตรก็
 ทำให้สูญเสียสิ่งนั้นไปเกิดความไม่สบายใจขึ้น

2.1.5 ไม่พอใจในเพศของตนเองอยู่แล้ว การคลอดลำบากหรือการได้รับความ
 เจ็บปวดขณะคลอด เกิดความทุกข์ทรมาน ทำให้ไม่พอใจเพศของตนเองมากขึ้น

2.1.6 ความรู้สึกอิจฉาพี่น้องที่ตนเคยมีมาก่อน ถูกถ่ายทอดมายังบุตรที่คลอด
 เกิดความไม่สบายใจ กลัวว่าบุตรจะมีความรู้สึกเหมือนตนเองเช่นกัน

2.1.7 มี over dependency needs กับมารดามาก่อน การมีบุตรทำให้ความ
 ต้องการนี้เป็นไปได้โดยยากหรือไม่ได้อีกแล้ว เกิดความไม่สบายใจขึ้น

2.2 ไม่ได้รับการตอบสนองจากบุตรที่เกิดขึ้น มารดายังไม่เข้าใจความต้องการของ
 บุตร การร้องไม่หยุด ถามตอบไม่ได้ ไม่เข้าใจความหมายการกระทำของบุตร ก็มารดาอารมณ์
 เสียได้ หรือการร้องของเด็กเปรียบเสมือนการที่เด็กไม่ยอมรับสภาพความเป็นมารดา แต่พร้อม
 กันนั้นก็ขอความช่วยเหลือ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าบุตร “double blind” กับตน เกิดความลังเล
 ใจและก็ต้อง สนองบุตรแบบ “double blind” เช่นกัน คือต้องช่วยเหลือบุตรทั้งๆ ที่คิดว่าคงไม่
 สามารถทำให้บุตรพอใจได้

2.3 ไม่ได้รับความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจ หรือรับคำชมเชยจากสามี หรือบิดามารดา

2.4 ถูกทอดทิ้งให้ว้าเหว ไม่ได้รับการช่วยเหลือในยามที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โดย
 เฉพาะตอนเจ็บท้องคลอด ไม่มีสามีหรือมารดามาให้กำลังใจ ให้ความอบอุ่น นอกจากอาจจะมี
 ปัญหาทำให้การคลอดล่าช้าแล้วยังมีผลต่อจิตใจหลังคลอดด้วย

2.5 การสูญเสียบุตรก่อนคลอดหรือหลังคลอดใหม่ๆ จะมีผลทำให้มารดาเสียใจมาก

2.6 การคลอดลำบาก ได้รับความเจ็บปวดหรือใช้เครื่องมือช่วยคลอด ทำให้เกิด
 ความกลัว ความไม่สบายใจ

2.7 การคลอดบุตรไม่มีพ่อ ยังไม่มีต้องการจะมีบุตร หรือได้บุตรนอกสมรส เป็น
 สาเหตุของความไม่สบายใจ เกิดความไม่ต้องการบุตรขึ้นได้

2.8 หลังคลอดบุตรหญิงต้องเปลี่ยนสภาพการหลายอย่าง เช่น ต้องกลายเป็นมารดา เลี้ยงดูบุตรไม่มีอิสระไปไหนมาไหน หรือทำอะไรตามใจชอบเหมือนเคย ต้องมีภาระรับผิดชอบมากขึ้น รูปร่างหน้าตาก็ตกเปลี่ยนไป รวมทั้งต้องเปลี่ยนแผนการเดิมที่วางไว้ การเปลี่ยนแปลงมากมายดังกล่าวทำให้เกิดผลกระทบต่อสภาพจิตใจ

2.9 มารดาที่มีประวัติแท้งหลายครั้ง หรือแต่งงานหลายปีเพิ่งได้บุตรอาจเป็นต้นเหตุให้เกิดความวิตกกังวลและความหวาดกลัวได้

3. ความตึงเครียดทางสังคมหรือสิ่งแวดล้อม (social / environment stress)

3.1 ความยากจน

3.2 ได้รับการศึกษาต่ำ

3.3 อยู่ในหมู่คนที่มีความเชื่อถือบางอย่างซึ่งทำให้ได้รับการดูแลและวิธีการคลอดไม่ถูกต้อง

3.4 มีปัญหาในชีวิตสมรส สามีไม่สนใจชอบทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยว มีความประพฤติไม่เหมาะสม เจ้าชู้ ชอบทุบตี หรือสามีที่ passive, dependent, over anxious, rigid, destructive เชื่อว่าความผิดปกติทางจิตเวชหลังคลอดมักจะไม่ได้อาจเกิดจาก stress ชนิดหนึ่งชนิดใดเพียงอย่างเดียว โดยเฉพาะ Postpartum Psychosis ซึ่งเป็นความผิดปกติที่รุนแรง จะเกิดจากการกระทำ ร่วมกันทั้งความตึงเครียดทางร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจรวมเรียกว่า bio-psycho-social stress

นอกจากสาเหตุใหญ่ 3 ประการแล้ว ยังมีสาเหตุอื่น ที่มีส่วนร่วมให้เกิดความผิดปกติของจิตใจหลังคลอดได้ ดังนี้

1. มีความวิตกกังวลอยู่มากขณะตั้งครรภ์
2. มีบุคลิกภาพแบบ inadequate, immature
3. มีประวัติเคยคลอดบุตรในท่าผิดปกติ ตายคลอด หรือเด็กมีความผิดปกติ หรือพิการ
4. หญิงที่มีประวัติ premenstrual tension หรือ depression ก็จะมี depression ได้บ่อย

มีการศึกษาจากต่างประเทศพบว่า เพศของเด็ก อายุของมารดา ศาสนา ไม่ได้มีส่วนร่วมในต้นเหตุของโรคกลุ่มนี้ แต่ในประเทศไทยยังมีบางครอบครัวยึดถือประเพณีนิยมและความรู้สึกของญาติผู้ใหญ่และสามี ทำให้มารดาที่มีความคาดหวังเพศบุตร อยากได้บุตร โดยเฉพาะบุตรคนแรกเป็นเพศชายหากบุตรที่คลอดไม่ตรงตามที่คาดหวังอาจทำให้มารดา รู้สึกเป็นปมด้อยและเศร้า

ในปัจจุบันด้านอายุของมารดานั้น มารดาที่มีอายุน้อย หรือยังไม่บรรลุนิติภาวะ ยังต้องการพึ่งพาผู้อื่น การมีบุตรทำให้ตกอยู่สภาพที่ต้องช่วยเหลือตนเองและต้องรับภาระก่อนวัยอันควร อาจก่อให้เกิดปัญหาทางจิตใจได้

ระยะหลังคลอด (Postpartum period, Puerperal period, Puerperium) (เทียมศร ทองสวัสดิ์, 2534 :19-23)

ได้มีผู้ให้คำนิยามหรือความหมายของระยะหลังคลอดไว้ดังนี้

ระยะหลังคลอด หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่หลังคลอดจนถึง 6 สัปดาห์ เป็นช่วงที่กายวิภาคของอวัยวะสืบพันธุ์กลับเข้าสู่ภาวะปกติเหมือนขณะไม่ตั้งครรภ์ และรวมถึงการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรของปากมดลูก ช่องคลอด ฝีเย็บ นอกจากนี้ยังรวมถึงการเริ่มมีการตกไข่ของหญิงที่ไม่ได้นำนมตนเองแก่ทารกด้วย

ระยะหลังคลอด หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่หลังคลอดไปจนถึง 6 สัปดาห์ เป็นช่วงที่หน้าที่ทางสรีระของร่างกายหญิงระยะหลังคลอดกลับเข้าสู่ภาวะปกติ และปรับสภาพจิตใจให้เข้าสู่ภาวะปกติด้วย นอกจากนี้ยังเป็นช่วงเวลาที่บิดามารดาได้พัฒนาสัมพันธภาพกับทารก

ระยะหลังคลอด หมายถึง ช่วงเวลาตั้งแต่หลังจากคลอดเด็กจนกระทั่งอวัยวะสืบพันธุ์กลับเข้าสู่ภาวะเหมือนตอนไม่ตั้งครรภ์ ซึ่งกินเวลาประมาณ 6 สัปดาห์ บางครั้งเรียกว่าระยะไตรมาสที่ 4 ของการตั้งครรภ์ (the fourth of trimester of pregnancy) การเปลี่ยนแปลงทางสรีระบางอย่างก็เกิดเป็นพิเศษ บางอย่างก็เปลี่ยนจากขณะตั้งครรภ์เข้าสู่ภาวะปกติ มีปัจจัยมากมายที่หญิงระยะหลังคลอดต้องเผชิญในช่วงนี้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องระดับพลังงานของตนเอง ความไม่สุขสบาย สุขภาพของทารก และการได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ

ระยะหลังคลอด หมายถึงช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอดเด็ก เป็นช่วงเวลาที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะปกติ เช่น การเข้าช่องของมดลูก การกลับคืนสู่สภาพปกติของช่องคลอด และการเปลี่ยนแปลงที่ก้าวหน้าขึ้น เช่น การสร้างน้ำนม การกลับคืนสู่รอบประจำเดือนปกติ และการเริ่มต้นบทบาทเป็นมารดา การดูแลสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปของหญิงระยะหลังคลอดในช่วงนี้เป็นสิ่งสำคัญในการคุ้มครองการคลอดครั้งต่อไป และทำให้มั่นใจว่าร่างกายมีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะช่วยดูแลทารกและครอบครัวได้ ในช่วงนี้อาจเรียกว่า ระยะไตรมาสที่ 4 ของการตั้งครรภ์

ระยะหลังคลอด หมายถึงระยะเวลาตั้งแต่หลังเด็กคลอดจนกระทั่งมดลูกเข้าช่อง ซึ่งกินเวลาประมาณ 6 สัปดาห์ เป็นช่วงที่ร่างกายของหญิงระยะหลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงมากทั้งทางสรีระและทางจิตสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางสรีระบางอย่างก็กลับเข้าสู่ภาวะปกติตามธรรมชาติได้เอง นั่นคือระบบของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงขณะตั้งครรภ์ ก็จะกลับเข้าสู่ภาวะเหมือนตอนไม่ตั้งครรภ์ ส่วนการเปลี่ยนแปลงที่ก้าวหน้าขึ้นที่เห็นได้ชัดคือ การเริ่มมีน้ำนมให้ทารก และการกลับเข้าสู่ภาวะการมีรอบประจำเดือนตามปกติ

ระยะหลังคลอด หมายถึงระยะเวลาตั้งแต่รกคลอดครบไปจนกระทั่งมดลูกกลับเข้าสู่ภาวะเหมือนตอนไม่ตั้งครรภ์ ซึ่งกินเวลาประมาณ 6-8 สัปดาห์

ระยะหลังคลอด หมายถึงช่วงเวลาที่ร่างกายของสตรีคลอดบุตร เปลี่ยนแปลงคืนสู่สภาพ ก่อนตั้งครรภ์ทั้งด้านกายวิภาคและสรีระ ซึ่งจะกินเวลาประมาณ 4-8 สัปดาห์ และเพื่อให้ข้อมูล เปรียบเทียบกันได้ องค์การอนามัยโลกจึงกำหนดระยะนี้ไว้ 6 สัปดาห์ ซึ่งนอกจากจะมีการ เปลี่ยนแปลงของร่างกายแล้ว ยังเป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของมารดาอย่างมาก เพราะมารดาจะต้องปรับตัวให้เข้ากับบทบาทความเป็นมารดา และยังคงรักษาบทบาทของภรรยา ไว้ด้วย

ระยะหลังคลอด หมายถึงระยะเวลาตั้งแต่หลังคลอดรกไปจนกระทั่งอวัยวะต่างๆ ในระบบ สืบพันธุ์กลับมาเป็นปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งกินเวลาประมาณ 6 สัปดาห์ การเปลี่ยนแปลงที่ เกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์บางอย่างกลับสู่ปกติภายใน 1-2 สัปดาห์ บางอย่างใช้เวลามากกว่า 6 สัปดาห์ และบางอย่างยังคงอยู่ตลอดไป รวมถึงสตรีที่ไม่ได้ให้นมบุตรนั้น การทำงานของต่อมพิทูอิ ตารีรีและรังไข่ จะกลับสู่ปกติภายใน 6 สัปดาห์

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่าระยะหลังคลอด หมายถึงระยะเวลาตั้งแต่รกคลอดครบ จนถึง 6-8 สัปดาห์หลังคลอดซึ่งเป็นช่วงที่มีการปรับตัวทั้งด้านกายวิภาคและสรีระของอวัยวะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคลอดและภาวะจิตใจให้กลับคืนสู่สภาพเหมือนขณะไม่ตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยัง รวมถึงการปรับตัวด้านบทบาทของความเป็นมารดา และการคงบทบาทของภรรยาไว้ด้วย อาจ เรียกระยะนี้ว่าเป็นระยะไตรมาสที่ 4 ของการตั้งครรภ์ ระยะหลังคลอดอาจเกิดได้ทั้งภาวะปกติ และผิดปกติ จากที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความหมายของระยะหลังคลอดในภาวะปกติ แต่ถ้าเป็น ระยะหลังคลอดในภาวะผิดปกติจะหมายถึงภาวะที่มีการตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage) การติดเชื้อหลังคลอด (postpartum infection) ซึ่งหมายถึงการติดเชื้อที่ระบบ สืบพันธุ์ ระบบทางเดินปัสสาวะ เต้านม และระบบไหลเวียนโลหิต เช่น มีภาวะหลอดโลหิตดำ อักเสบพร้อมกับการเกิดลิ่มเลือด (thrombophlebitis) การเกิดลิ่มในหลอดเลือด (thrombosis) และ การเกิดลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดบริเวณปอด (pulmonary embolism) และรวมไปถึงการเป็น โรคจิตหลังคลอด (postpartum psychosis) โดยความผิดปกติจะเกิดขึ้นในช่วง 6-8 สัปดาห์แล้ว อาจหายเป็นปกติภายใน 6-8 สัปดาห์ หรือใช้เวลานานกว่านี้ซึ่งภาวะดังกล่าวทำให้การปรับตัว ด้านกายวิภาคและสรีระของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการคลอด และสภาพจิตใจของหญิงระยะหลัง คลอดไม่กลับคืนสู่สภาพเหมือนก่อนตั้งครรภ์ นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อปรับตัวด้าน บทบาทความเป็นมารดา และการคงไว้ซึ่งบทบาทภรรยาด้วย ซึ่งถ้าเกิดความผิดปกติหลังคลอด จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยเฉพาะเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจให้กลับสู่ภาวะปกติเร็วที่สุด

ความสำคัญของระยะหลังคลอด

ระยะหลังคลอด เป็นภาวะสำคัญที่สุดช่วงหนึ่งของหญิงระยะหลังคลอดที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ซึ่งนับว่าเป็นภาวะวิกฤต ทั้งนี้เพราะหญิงระยะหลังคลอดต้องดึงพลังงานในตัวเองมาใช้ อย่างมากมายเพื่อเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องที่ตนเองได้รับความเจ็บปวด เช่น ปวดมดลูก แผลฝีเย็บ รีดสีดวทวาร หรือเจ็บจากหัวนมแตก ซึ่งจะต้องได้รับการดูแล ให้สามารถพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ เพื่อไม่ให้นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าจนกลายเป็นภาวะโรคจิตหลังคลอด นอกจากนี้ถ้าหญิงระยะหลังคลอดใช้กำลังมากเกินไป เช่น ต้องตักน้ำ ให้น้ำ แบกหามของหนักๆ ออกกำลังกายทำรุนแรงและหักโหม มีผลให้แผลในโพรงมดลูกหายช้า มดลูกเข้าอู้งอก ซึ่งนำไปสู่การตกเลือดจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ และยังทำให้เอ็นยึดติดข้อต่อ เอ็นยึดอวัยวะในอุ้งเชิงกราน ซึ่งยืดขยายมากขณะตั้งครรภ์ ไม่กลับคืนสู่สภาพเดิม เป็นผลให้เกิดอาการเจ็บปวดตามข้อต่อทั่วร่างกาย และอวัยวะในอุ้งเชิงกรานเคลื่อนต่ำลงมาที่บริเวณปากช่องคลอดทำให้เกิดความไม่สุขสบายในชีวิตประจำวันตลอดไป ยิ่งไปกว่านั้นหญิงระยะหลังคลอดต้องรู้จักรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อบำรุงร่างกายให้แข็งแรง เพื่อไม่ให้เกิดภาวะซีดหรือขาดอาหารตามมา และต้องรู้จักรักษาความสะอาดของร่างกายเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกายตามมา เช่น เกิดการติดเชื้อภายในโพรงมดลูก ในด้านบทบาทและสัมพันธภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งหญิงที่เพิ่งมีบุตรคนแรก และยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกมาก่อนจะต้องเผชิญกับความจริงในการรับบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งหมายถึงต้องแสดงความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูบุตร สร้างสัมพันธภาพกับบุตรเรียนรู้พฤติกรรมที่บุตรแสดงออกมาเพื่อปรับตัว ปรับเวลาให้เข้ากับแบบแผนความเป็นอยู่ของบุตรสำหรับหญิงระยะหลังคลอดที่มีบุตรมาก่อนก็ต้องปรับตัวปรับเวลาให้เข้ากับบุตรคนโต หรือสมาชิกคนอื่นๆ ภายในบ้าน นอกจากนี้ยังต้องคงสภาพบทบาทหน้าที่เดิมด้วย คือการเป็นภรรยาที่ดี ต้องปรับตัว ปรับเวลาให้เข้ากับสามี ปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้หญิงระยะหลังคลอดประสบความสำเร็จเมื่อเผชิญกับความเครียดก็คือการช่วยเหลือสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะสามีจะเป็นผู้ที่มีความสำคัญ หรืออาจเป็นเครือญาติ เพื่อน เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพในหน่วยหลังคลอด เพื่อช่วยให้เกิดความปลอดภัยทั้งหญิงระยะหลังคลอดและบุตร ทำให้สามารถดำรงชีวิตในครอบครัวได้ตามปกติ

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคมของมารดาในระยะหลังคลอด (เทียมศร ทองสวัสดิ์, 2534: 19-23)

หลังคลอดเป็นระยะที่มารดาและครอบครัวต้องปรับตัวเพื่อรับบทบาทหน้าที่การเป็นมารดา-บิดา อย่างเต็มที่ ถือเป็นไตรมาสที่ 4 ซึ่งหมายถึงระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเพื่อ

กลับสู่สภาพเดิมเหมือนก่อนตั้งครรภ์ และเป็นช่วงที่มีการปรับตัวของสมาชิกภายในครอบครัวทุกคนต่อสมาชิกใหม่

ในระยะแรกหลังคลอดมารดาปรับตัวค่อนข้างยาก อาจหงุดหงิด อารมณ์แปรปรวนได้ง่าย เนื่องจากต้องปรับตัวอย่างมากทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกายอาจมีความไม่สบายเนื่องจากเจ็บแผลฝีเย็บ ปวดมดลูก คัดตึงเต้านม ไม่สบายจากมีน้ำคาวปลาไหลตลอดเวลา ฯลฯ และถ้าต้องดูแลบุตรเองโดยที่มารดายังไม่พร้อม ยิ่งส่งเสริมให้มารดาเครียดมากขึ้น การดูแลมารดาในระยะนี้พยาบาลผดุงครรภ์ควรตระหนักถึงความสำคัญของการปรับตัว ซึ่งรวมถึงการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวด้วย ให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และให้คำแนะนำ เพื่อให้ปรับตัวได้เป็นอย่างดี ส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเอง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถเลี้ยงดูบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคมในระยะหลังคลอด

การปรับตัวในการแสดงบทบาทมารดา

การปรับตัวของมารดาในระยะหลังคลอดจะรวมถึงบทบาทความรับผิดชอบ การปรับสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และการทำความเข้าใจกับทารก การปรับตัวมีหลายระดับ ภาวะด้านร่างกายของมารดา ความร่วมมือของบิดา และการสนับสนุนจากสังคม อาจส่งเสริมหรือยับยั้งการปรับตัวของมารดาได้

การปรับตัวของมารดาหลังคลอดจะเปลี่ยนไปตามความคาดหวังของมารดาพบว่าพฤติกรรมในระยะหลังคลอดของหญิงหลังคลอดที่แสดงบทบาท แบ่งได้ 3 ระยะดังนี้ (พาณี พิบูลย์เวช, 2541:28; เทียมศร ทองสวัสดิ์, 2534:19-23)

1. ระยะรวบรวม (Taking-In phase)

ระยะนี้อาจใช้เวลา 1-2 วัน มารดาจะมุ่งที่ตนเองและต้องการพึ่งพาผู้อื่น สนใจแต่ความต้องการ สุขภาพ และความสบายของตนเอง มากกว่าที่จะนึกถึงทารก พฤติกรรมของมารดาอาจเฉื่อยชาไม่ค่อยเคลื่อนไหว ยอมรับการช่วยเหลือที่สนองความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ ทำตามคำแนะนำพูดมากแต่ไม่ค่อยกล้าลงมือทำเอง ลังเลที่จะตัดสินใจ การช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง มารดาต้องการอาหารและการพักผ่อน มีความอยากอาหารมาก ทางด้านอารมณ์ มารดาจะผสมผสานขบวนการในระยะคลอดและการคลอดเข้ามาในประสบการณ์ชีวิต ค้นหารายละเอียดและเปรียบเทียบกับสิ่งที่เคยคาดหวัง หรือประสบการณ์การคลอดครั้งก่อน หรือเปรียบเทียบกับผู้อื่น พยาบาลต้องเข้าใจพยายามตอบสนองความต้องการของมารดา เพื่อที่จะได้ปรับเข้าสู่กิจของการเป็นมารดา (Mothering task) ที่ซับซ้อนได้อย่างปกติ ปกติมารดามักจะไม่ใช่ว่าจะเริ่มที่อยากสัมผัสกับทารก ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่ามารดาไม่สนใจทารก

แต่อาจเพราะเป็นระยะที่ต้องการพึ่งพาผู้อื่นอยู่ แต่มารดาก็ต้องทราบเกี่ยวกับทารก ระยะนี้พยาบาลอาจสังเกตการสัมผัส มาตาอาจสัมผัสทารกด้วยปลายนิ้วซึ่งเป็นขั้นตอนแรกในขบวนการสำรวจ การสร้างสัมพันธภาพจะประกอบด้วยขบวนการค้นพบ (Discovery process) ระยะนี้จะเป็นการสังเกตรูปร่าง หน้าตา ลักษณะต่างๆ ไปของทารก เปรียบเทียบลักษณะของทารกกับบุคคลที่คุ้นเคยหรือมีความคุ้นเคย เช่น ทารกมีหน้าตาเหมือนบิดา หรือเหมือนตนเอง ฯลฯ สนใจปฏิกิริยาของทารก และรับรู้ถึงความต้องการของทารก

การนอนหลับมีบทบาทสำคัญในระยะนี้ มารดาควรได้พักผ่อนเต็มที่ ถ้าถูกรบกวน นอนพักไม่เต็มที่อาจมีอาการ “หิวนอน” ซึ่งอาจใช้เวลาหลายวันกว่าจะหาย ทำให้มารดาหงุดหงิด อ่อนเพลียและรบกวนขบวนการกลับคืนสู่สภาพปกติ ดังนั้นการพยาบาลที่เหมาะสมคือ ต้องให้มารดาได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ไม่ควรเพิ่มความเครียด ส่วนความอยากอาหาร มารดาอาจสนใจเรื่องอาหารมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดาที่ให้นมบุตร เป็นความต้องการที่จะให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติ ควรสนองความต้องการของมารดาในระยะนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารมื้อหนัก และควรมีอาหารว่างให้ถ้าเป็นไปได้

2. ระยะเริ่มช่วยตนเอง (Taking-Hold phase)

ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 10 วัน มารดามีประสบการณ์มากขึ้น มีการปรับตัวกับชีวิตใหม่ ได้พักผ่อนเพียงพอและพ้นจากการสูญเสียพลังงานในระยะคลอด มารดาจะค่อยๆ แข็งแรงขึ้น รู้สึกสบายพร้อมที่จะปรับวิถีชีวิตของตนเอง สนใจตนเองน้อยลงและสนใจทารกมากขึ้น มารดาจะพึ่งพาตนเองมากขึ้น เริ่มดูแลตนเองและมักจะสนใจการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย การทำงานของลำไส้และกระเพาะปัสสาวะ และสนใจเกี่ยวกับการให้นมบุตร ปริมาณและคุณภาพของน้ำนม ต้องการเคลื่อนไหว เดิน นั่งเหมือนก่อนคลอด มีความกังวลและอดทน ถ้ามารดาสามารถควบคุมร่างกายของตนเองได้ดี จะมีความรับผิดชอบในการดูแลทารกมาก กิจของการเป็นมารดาในระยะแรกมีความสำคัญอย่างยิ่ง ถ้าทำได้สำเร็จมารดาจะกระตือรือร้นในการฟังคำแนะนำ มีความยินดีและผ่อนคลาย แต่ถ้าล้มเหลว (เช่น การอุ้มเด็ก การให้นมบุตร การทำให้เธอ ฯลฯ) จะทำให้มารดาผิดหวัง พยาบาลควรช่วยเหลือให้มารดาทำได้ในขอบเขตที่เหมาะสม มิเช่นนั้นมารดาจะมีความวิตกกังวล อาจมีอาการอ่อนเพลียเหนื่อยล้าตามมา เมื่อมารดาเริ่มยอมรับในบทบาทของตนเอง พยาบาลควรแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารก ระยะที่อยู่ในโรงพยาบาลมารดาต้องการกำลังใจ การสนับสนุนให้เกิดความมั่นใจว่าทำได้ถูกต้อง สามารถเป็นมารดาที่ดีได้ มารดาควรเป็นผู้ลงมือทำเอง หลังจากที่ได้ทำให้อุณหภูมิหรือสอนแล้ว และกระตุ้นหรือให้กำลังใจเมื่อทำถูกต้อง เมื่อได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมบ่อยๆ มารดาจะเกิดความมั่นใจ สามารถเผชิญกับกิจของการเป็นมารดาได้ มารดาจะมีความชำนาญและมีความมั่นใจมากขึ้นถ้ามีโอกาสตัดสินใจและแก้ปัญหาด้วยตนเอง

3. ระยะเวลาอิสระ (Letting-Go phase)

เมื่อมารดาทำหน้าที่ “กิจของการเป็นมารดา” ได้มากแล้วก็จะเข้าสู่ระยะพึ่งพาตนเอง ส่วนมากมักเป็นระยะที่มารดากลับบ้านแล้ว มารดาต้องปรับตัว 2 ประการ ประการแรกต้องตระหนักและยอมรับความจริงว่าได้แยกจากทารกทางด้านร่างกาย ทารกไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของร่างกายตนเองอีกต่อไปแล้วแต่แยกออกไปเป็นบุคคลอีกคนหนึ่ง อีกประการหนึ่งคือต้องทิ้งบทบาทเดิมที่เป็นอิสระไม่มีบุตรต้องคอยห่วง มารดาต้องปรับตัวต่อทารกที่ต้องการการพึ่งพาและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทั้งมารดาและสามีต้องช่วยกันปรับในเรื่องของงานบ้าน ต้องมีคนช่วยรับผิดชอบเพราะเป็นภาระงานที่หนัก การที่จะประสบผลสำเร็จได้ต้องมีการปรับความสัมพันธ์ระหว่างมารดากับสามีและสมาชิกในครอบครัว ระยะนี้มารดาอาจรู้สึกเสียใจหรือเครียดเล็กน้อย

การปรับตัวของมารดาหลังคลอดเป็นการปรับตัวอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะตั้งครรรภ์ไปจนกระทั่งคลอด มีการปรับตัวด้านร่างกายและจิตใจ ในการแสดงบทบาทมารดาในการเลี้ยงบุตรหลังคลอด ซึ่งโบแบค และเจนเซน (Bobak & Jansen อ้างใน พาณี พิบูลย์เวช, 2541:28) กล่าวถึงการปรับตัวของมารดาหลังคลอดทั่วไปว่า ประกอบด้วย ขั้นตอนต่างๆ ต่อไปนี้

1. มารดาหลังคลอดจะต้องปรับตัว ในการยอมรับบุตรตามความเป็นจริงโดยการปรับความคิดเกี่ยวกับบุตรตามความนึกฝันของตนเอง
2. มีความตระหนักว่าบุตรของตนเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งแยกตนเอง ต้องการพึ่งพาและต้องการดูแลเป็นอย่างมาก
3. มีการปรับตัวในการดูแลบุตร ในเรื่องกิจกรรมการดูแลบุตร และการตอบสนองความต้องการของบุคคลอย่างเหมาะสม
4. มีการสร้างเกณฑ์การประเมินที่จะใช้ประเมินความสำเร็จ หรือความล้มเหลวในการดูแลบุตร ในเรื่องการตอบสนองของบุตรและการขอความคิดเห็นจากบุคคลใกล้ชิดมาร่วมประเมินความสามารถของตนในการดูแลบุตร
5. มีการกำหนดตำแหน่ง หรือฐานะบุตรของตนในการเป็นสมาชิกใหม่ของครอบครัว
6. การสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับสามี เพื่อดำรงไว้ซึ่ง การเป็นครอบครัว

โดยที่การปรับตัวตามพัฒนาการที่กล่าวมา เป็นสิ่งที่เกิดขึ้น ในมารดาหลังคลอดทั่วไป ส่วนในมารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วย จะมีความรู้สึกว่าตนเอง ไม่สามารถทำหน้าที่มารดาได้ดี เช่นเดียวกับมารดาอื่นๆ โดยเริ่มตั้งแต่ระยะหลังคลอดบุตร จะมีความห่วงใยบุตรอย่างมาก เนื่องจากบุตรที่เกิดมามีสุขภาพไม่แข็งแรง มารดามักไม่มีโอกาสเห็นบุตร หรืออาจเห็นบุตรเพียงเวลาอันสั้น ในช่วงที่อยู่ในห้องคลอด ทำให้มารดานี้กวาดภาพไปต่างๆ นานา และพบว่า มารดากวาดภาพ ในทางลบมากกว่าทางบวก ทารกเหล่านี้จะถูกแยกจากมารดา เพื่อรับการดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนของร่างกายที่ต้องการได้รับการดูแลพิเศษจากทีมบุคลากรทาง

การแพทย์ ทำให้มารดาในกลุ่มนี้ต้องมีการปรับตัวทางด้านจิตใจ (Psychology Tasks) มากกว่ามารดาทั่วไปที่คลอดบุตรมีสุขภาพแข็งแรง

ขั้นตอนการปรับตัวของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ โบเบค และ เจนเซน (Bobak & Jansen อ้างใน พาณี พิบูลย์เวช , 2541:29)

1. การเตรียมความพร้อมเพื่อเผชิญความโศกเศร้า มารดาจะถอยห่างจากการมีสัมพันธภาพกับบุตรที่สร้างไว้ตั้งแต่ตั้งครรภ์ และเตรียมจิตใจ สำหรับอันตรายที่เกิดกับบุตรซึ่งอาจรอดชีวิตหรือเสียชีวิตได้ มารดาอาจอยู่ในภาวะเครียดและวิตกกังวลกับการที่ต้องเผชิญกับความ เป็นจริงที่เจ็บปวด มารดาจะตอบสนองด้านอารมณ์หลายอย่าง รวมทั้งพฤติกรรมบ่งชี้ว่ากำลังเผชิญกับความโศกเศร้าที่อาจสูญเสียบุตร และการถอยหนีจากบุตร หรือแสดงท่าที่ไม่สนใจบุตร อาจแสดงความโกรธก้าวร้าว หรือแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม โดยคิดว่าทุกๆ อย่างจะเรียบร้อยไปเอง

2. การเผชิญและยอมรับความล้มเหลวที่ไม่สามารถมีบุตรที่แข็งแรงได้
3. กระบวนการสร้างสัมพันธภาพกับบุตรใหม่
4. เรียนรู้ความแตกต่าง ที่ต้องการพิเศษ และรูปแบบการเติบโตของบุตร

การปรับตัวด้านจิตใจของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วย ในหน่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิดวิกฤต

หน่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิดวิกฤต (The Neonatal Intensive Care Unit) เป็นหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีปัญหาสุขภาพ จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาและแก้ไขปัญหานั้น ที่อาจเกิดขึ้น หรือ ทารกหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยงต่ออันตรายจากการคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน ทารก เหล่านี้จะถูกแยกจากมารดาเพื่อรับการดูแลรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิด ซึ่งการบำบัดรักษาพยาบาลทารกมีรูปแบบพิเศษ รวดเร็ว บุคลากรมีความชำนาญเฉพาะด้านผ่านการอบรมในการดูแลทารกที่ปัญหาทางสุขภาพ มีความสามารถขั้นสูงในด้านการวินิจฉัย สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของทารกสามารถวินิจฉัยแยกแยะปัญหา ปฏิบัติการดูแลรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อสุขภาพทารกแรกเกิด

ทารกหลังคลอดที่จำเป็นต้องรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิดเป็นเหตุการณ์ที่มารดาหลังคลอด และครอบครัวไม่ได้คาดคิด เป็นภาวะวิกฤตและความวิตกกังวล สับสนที่ไม่สามารถให้การดูแลปกป้องทารกได้ การที่ต้องแยกจากทารก ความเจ็บป่วยและลักษณะที่ไม่สุขสบายของทารกที่ปรากฏเหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียดหรือความวิตกกังวลแก่มารดาได้ มารดาจำเป็นต้องใช้ความพยายามอย่างมาก ในการปรับตัวต่อเหตุการณ์ต่างๆ ขณะที่บุตรเจ็บป่วย (ปาริชาติ ศิลประเสริฐ, 2542:23)

1. การปรับตัวต่อสภาพแวดล้อม ในหน่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิด ในระยะ 48 - 72 ชั่วโมงหลังคลอด จะเป็นระยะที่มารดาตั้งใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้ความสนใจและการรับรู้ที่ดีขึ้นต่อสภาพแวดล้อมใหม่ๆ ในหน่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิด โดยการรับรู้นี้เกิดจากประสบการณ์เดิมที่มารดาทราบว่า หน่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิดเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยมีความรุนแรงและอาจเสียชีวิตได้ รวมทั้งการที่สภาพแวดล้อมในหน่วยนี้เต็มไปด้วย เครื่องมือ จอภาพ เสียงดัง จำนวนเจ้าหน้าที่ และทารกที่เจ็บป่วย ทำให้มารดาต้องใช้ความพยายามอย่างมาก ในการปรับตัวเพื่อให้ตนเองรู้สึกปลอดภัย และลดความรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ

2. การปรับตัวต่อลักษณะพฤติกรรมของบุตรที่ปรากฏ นอกจากสภาพแวดล้อมในหน่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิด ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่มารดาแล้ว ยังพบว่า สิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลแก่มารดาในระดับสูง คือ ลักษณะและสภาพของบุตรที่มารดาพบเห็น จะมีผลต่อการตอบสนองทางอารมณ์ที่รุนแรง เนื่องจากมารดาจะมีความผูกพันกับบุตร ตั้งแต่ตั้งครรภ์และดำเนินมาจนถึงระยะหลังคลอดและมารดาจะวาดภาพบุตรว่าจะต้องมีลักษณะสวยงาม มีสุขภาพแข็งแรง แต่เมื่อที่คลอดออกมา มีการเจ็บป่วยที่วิกฤต ผิดปกติไปจากที่คาดไว้ และต้องใช้ความพยายาม เพื่อให้สามารถยอมรับต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น คือ การยอมรับบุตรตามสภาพที่เป็นจริงความเป็นในการรักษาที่บุตรได้รับอยู่ขณะนั้น โดยมารดาได้ใช้กลวิธีต่างๆ เพื่อเผชิญความวิตกกังวล จากการเห็นบุตรขณะเจ็บป่วย เช่น การแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรจากพยาบาล เจ้าหน้าที่หรือบุคคลใกล้ชิด การใช้กลไกทางจิตเพื่อบรรเทาความวิตกกังวล แสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมหรือการหยุดยั้งการกระทำต่างๆ ที่คิดว่าอาจเกิดอันตรายแก่บุตรได้ ซึ่งถ้ามารดาได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอ และได้รับการเตรียมความพร้อม โดยการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการรักษาที่บุตรได้รับอยู่จะช่วยให้มารดาปรับตัวได้ดีขึ้น

3. การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทการเป็นมารดา สตรีหลังคลอดมักจะได้รับ การคาดหวังจากสังคมว่าต้องเป็นผู้ให้การดูแลบุตร แต่มารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วยและบุตร ถูกแยกจากมารดาทันทีหลังคลอด เนื่องจากปัญหาสุขภาพของบุตรทำให้บทบาทในการเลี้ยงบุตร เป็นของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิดแทนตน ทำให้มารดาารู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถในการเป็นมารดา จึงต้องมีการปรับตัวในการรับบทบาทการเป็นมารดาครั้งแรกตาม ขอบเขตที่เหมาะสม และสามารถกระทำได้ ซึ่งสิ่งที่แสดงว่ามารดา จะมีการปรับตัวต่อการ เปลี่ยนแปลงบทบาทได้นั้น ได้แก่ การที่มารดาเริ่มต้นเรียนรู้การดูแลบุตร การรู้สึกมั่นใจว่าตน สามารถเป็นมารดาที่ดีได้ เช่น มารดาอื่นๆ และสามารถเลี้ยงดูบุตรได้ คือ การที่มารดา มาเยี่ยม บุตรบ่อยครั้งขึ้น การจ้องมองบุตร การแตะต้องสัมผัสตัวบุตร การแสดงความต้องการมีส่วนร่วมใน การดูแลบุตร การซักถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของบุตร

4. การปรับตัวต่อลักษณะและพฤติกรรมการสื่อสารของเจ้าหน้าที่ ในหน่วยบำบัดพิเศษ ทารกแรกเกิดในระยะแรกมารดาจะอยู่ในระยะช็อคต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้การรับรู้และความสนใจต่อการได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ลดลง เกิดความรู้สึกด้านลบต่อเจ้าหน้าที่ แต่เมื่อพ้นระยะนี้ไปแล้ว มารดาจะมีการรับรู้ที่ดีขึ้น แสดงความสนใจต่อสิ่งต่างๆ มากขึ้น

สไปล์เบอร์เจอร์ และคณะ (Spielberger และคณะ อ้างในธัญชลี ประเสริฐ, 2540:10)

ได้อธิบายว่าความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลมี 2 ประเภท คือ

1. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) เป็นสภาพอารมณ์ของบุคคลที่เกิดขึ้นชั่วคราว เกิดจากการรับรู้ถึงความตึงเครียด และความหวาดหวั่นว่าบางสิ่งบางอย่างอาจจะเกิดขึ้น และทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานเพิ่มขึ้น ระดับความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญ จะเปลี่ยนแปลงขึ้นลงได้ตลอดเวลา และความวิตกกังวลขณะเผชิญเปรียบเสมือนพลังงานจลน์ (kinetic energy) หมายถึงขบวนการซึ่งเกิดขึ้นในขณะที่มีการเผชิญสถานการณ์ต่างๆ หรือปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเฉพาะช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง

2. ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety) เป็นลักษณะเฉพาะประจำตัวของบุคคล ที่ไม่ค่อยเปลี่ยนแปลง เปรียบเสมือนพลังงานศักย์ ซึ่งเป็นพลังงานที่แฝงอยู่ และจะแสดงออกเมื่อบุคคลตอบสนองต่อสถานการณ์ความเครียด ส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มในการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ตนเองรู้สึกว่าคุณค่า โดยมีการเพิ่มของความวิตกกังวลขณะเผชิญที่แตกต่างกัน กล่าวคือความวิตกกังวลแฝงเป็นลักษณะหรือแนวโน้มของบุคคลต่อการเกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญ จะค่อนข้างคงที่ และมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยทั่วไปคาดว่าบุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูง จะแสดงออกถึงความวิตกกังวลขณะเผชิญสูงได้บ่อยกว่าบุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ เนื่องจากมีแนวโน้มที่เขาจะรับรู้สถานการณ์ว่าเป็นอันตรายและคุกคามได้มากกว่า

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล จะมีระดับความรุนแรงแตกต่างกัน ซึ่งสามารถแบ่งได้ 4 ระดับ ดังนี้ (พาณี พิบูลย์เวช, 2541:14)

1. ความวิตกกังวลระดับต่ำ (Mild anxiety) ทำให้บุคคลมีความตื่นตัวมากกว่าปกติในการเผชิญอันตราย บุคคลจะดูกระฉับกระเฉง ว่องไว สามารถสังเกตและรับรู้สิ่งต่างๆ ได้ดี มีความเข้าใจได้ดีขึ้น สามารถกระตุ้นให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ และมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีการใช้กลไกการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

2. ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (Moderate anxiety) เป็นความวิตกกังวลในระดับหนึ่งที่ทำให้บุคคลมุ่งสนใจต่อความวิตกกังวลมากขึ้น ในขณะนั้นทำให้สภาวะการรับรู้ของบุคคล แคลง จดอยู่เฉพาะสิ่งที่น่าสนใจ ไม่สามารถรับรู้ที่อยู่นอกจุดสนใจ ได้ การตื่นตัวมีมากขึ้น กระฉับกระเฉงมากขึ้น จนดูเหมือนลุกลี้ลุดลน

3. ความวิตกกังวลสูง (Severe anxiety) เป็นความวิตกกังวล ในระดับที่จะทำให้ความสามารถในการรับรู้ของบุคคลแคบลง จุดสำคัญจะถูกมองข้ามไปแล้ว และไปรับรู้ในส่วนปลีกย่อย ไม่สามารถเชื่อมโยงการรับรู้เรื่องราวต่างๆ ได้ พฤติกรรมที่แสดงออกออกไปเพื่อลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น จิตใจหมกมุ่นเฉพาะความรู้สึกเป็นทุกข์ของตน ทำให้ผู้นั้นรู้สึกกระสับกระส่าย หรือ ลุกี้ลุกอนมากขึ้น อาจพูดเร็วตะกุกตะกัก หรืออาจไม่พูดเลย เกิดความกลัวต่อบุคคล สถานที่ หรือ สิ่งของ และมีการย้ำคิดย้ำทำ

4. ความวิตกกังวลในระดับสูงมาก (Panic anxiety) เป็นความรู้สึกวิตกกังวลที่อยู่ในภาวะตื่นตัวสุดขีด การรับรู้และสติสัมปชัญญะจะน้อยมาก หรือไม่มี และบิดเบือนจากความเป็นจริง บุคคลจะสูญเสียการควบคุมตนเอง รู้สึกสับสนจนไม่สามารถเผชิญปัญหาใดๆ บุคลิกภาพและความคิดผิดปกติไป ความสามารถในการติดต่อกับผู้อื่น และการเรียนรู้ จะเสียไป อาจมีอาการหลงผิด ก้าวร้าวรุนแรง หรือซึมเศร้า ไม่รับรู้ใดๆ

จะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลในระดับต่ำหรือปานกลาง จะให้ประโยชน์ต่อการรับรู้และการปรับตัวได้ดีก่อให้เกิดผลในทางสร้างสรรค์แก่บุคคลนั้นๆ โดยจะเป็นตัวกระตุ้นให้มีการตื่นตัว สามารถปรับแก้ปัญหา และกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้นแต่เมื่อความวิตกกังวลสูงถึงระดับสูงทำให้การรับรู้ลดลงเรื่อยๆ และขัดขวางกิจกรรมความสามารถต่างๆ จนอาจเจ็บป่วยทางจิตใจได้

ไมล์ และคณะ (Mile และคณะ อ้างในอัญชลี ประเสริฐ, 2540:21) ได้ศึกษาถึงแหล่งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลของบิดามารดาที่บุตรเข้ารักษาในหน่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิดพบว่า แหล่งความวิตกกังวลแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. สภาพแวดล้อมในหน่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิด
2. ลักษณะพฤติกรรมของบุตรที่เจ็บป่วย ส่งผลต่อความวิตกกังวลของมารดา
3. ลักษณะพฤติกรรมสื่อสารของเจ้าหน้าที่ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้น
4. การปรับเปลี่ยนบทบาทใหม่ของมารดาครั้งแรก

ปัจจัยในหน่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิดที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล จากอบสัน (Jacopson อ้างใน พาณี พิบูลย์เวช, 2541:22-23)

1. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เมื่อมารดาหลังเข้าเยี่ยมบุตรในหน่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิด จะได้พบสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ ที่ไม่คุ้นเคย ได้แก่ เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีสัญญาณภาพ และบางครั้งมีเสียงเตือน ดังเป็นระยะๆ การได้พบเห็นทารกคนอื่นๆ ที่เจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่มารดาคนอื่นๆ ได้รับ

2. ปัจจัยด้านสภาพที่ปรากฏได้แก่ บุตรใส่ท่อช่วยหายใจ ได้รับสารน้ำทางเส้นเลือดมีท่อระบายออกจากร่างกาย มีบาดแผล หรือมีเลือดออกตามร่างกาย เป็นต้น การที่มารดาเห็นสภาพ

บุตรก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น ถ้ามารดาได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลและอุปกรณ์ต่างๆ ก่อนจะพบบุตร จะทำให้ระดับความวิตกกังวลลดลงได้

3. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลด้านพฤติกรรมบุตร ได้แก่ การที่บุตรหยุดหายใจ ไม่รู้สึกตัว ชัก กระสับกระส่าย ได้รับความเจ็บปวด แสดงอาการเจ็บปวดหรือร้องไห้ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ทำให้มารดารู้สึกกลัวต่อพฤติกรรมของบุตร บางคนปฏิเสธที่จะเห็นบุตร ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในระดับสูง

4. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลที่เกิดจากกิจกรรมการพยาบาล เช่น การดูดนม การเจาะเลือด การฉีดยา การให้สารน้ำทางเส้นเลือด เป็นต้น

5. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลที่เกิดจากการสื่อสาร ของเจ้าหน้าที่ ในขณะที่บุตรรับการรักษา ในหน่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิด สิ่งที่มาตราต้องการรู้มากที่สุด คือ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของบุตร ที่ค่อนข้างชัดเจน และเป็นจริง ส่วนใหญ่มารดาู้สึกว่า เจ้าหน้าที่ไม่สามารถให้ความกระจ่างได้เพราะ การใช้ศัพท์ทางการแพทย์ พูดเร็วเกินไป ลักษณะการสื่อสารของเจ้าหน้าที่แต่ละคนที่แตกต่างกันหรือการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้มารดาหลังคลอดวิตกกังวลมากขึ้นได้

6. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลด้านพฤติกรรม ในหน่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิดที่มารดาพบเห็น ขณะมาเยี่ยมบุตร เช่น การพูดคุยในกลุ่มเจ้าหน้าที่ เกี่ยวกับบุตรของตน การแสดงสีหน้าท่าทางและการกระทำกับผู้ป่วยทารกแรกเกิดคนอื่นๆ เป็นต้น

7. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลด้านการแสดงบทบาทมารดา เช่นไม่สามารถสัมผัสอุ้ม กอดบุตร ได้ตามต้องการ เนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่สามารถปกป้องและให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ได้ตลอดเวลา เพราะข้อจำกัด ในกิจกรรมการรักษา และการพยาบาลที่ไม่สามารถให้มารดาอยู่กับบุตรได้ตามที่ต้องการ เป็นต้น

8. กฎระเบียบของโรงพยาบาล กำหนดและจำกัดเวลา และต้องปฏิบัติตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ ทำให้มารดาู้สึกถูกขัดขวางในการดูแลบุตรของตน มารดาจะมีความวิตกกังวลมากยิ่งขึ้น

9. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่การขาดการช่วยเหลือ สนับสนุนด้านจิตใจจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน การขาดการติดต่อกับสังคม จากการศึกษาพบว่า 80% ของบิดามารดาหลังคลอดบุตรมีการเจ็บป่วย จะแสดงความต้องการการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนในขณะที่บุตรยังอยู่ในโรงพยาบาล

มารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วยพักรักษา ในหอบำบัดพิเศษทารกแรกเกิดมีความวิตกกังวลมากเกี่ยวเนื่องจากปัจจัยต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมใหม่ ในหอบำบัดพิเศษทารกแรกเกิดที่ไม่เคยสัมผัสมาก่อน การรับรู้และการปรับตัวต่อสภาพและพฤติกรรมของบุตรที่ปรากฏ รวมทั้งการ

ติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ ในหอบำบัดพิเศษทารกแรกเกิด กฎระเบียบในการเยี่ยมบุตร และข้อจำกัดของเวลาที่จะได้เยี่ยมบุตรหรือขาดความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวปัจจัยเหล่านี้ทำให้มารดาที่มีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มารดาหลังคลอดกลุ่มนี้มีการปรับตัวด้านจิตใจ เพื่อลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในสภาวะนี้

การปรับตัวด้านจิตใจของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วย เป็นภาระหนักสำหรับมารดาที่มีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากระยะหลังคลอดนับเป็นจุดเริ่มต้นของการปรับตัวและเป็นรากฐานที่สำคัญต่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดาที่จะต้องดำเนินต่อไปตามลำดับขั้นชีวิตการที่มารดาจะสามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่างๆ เนื่องมาจากการเจ็บป่วยของบุตร และประสบผลสำเร็จในการปรับตัวเป็นมารดาที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพนั้น มารดาจะต้องมีความพร้อมด้านจิตใจในการเข้าเยี่ยมบุตรในหน่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิด ซึ่งเป็นก้าวแรกของการปรับตัวและยอมรับความเป็นจริงของบุตรตั้งแต่ระยะหลังคลอด

ปัจจัยทางจิตสังคมที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

1. เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Life stress event) หมายถึง สถานการณ์ทางลบที่เกิดขึ้นกับบุคคลแล้วมีผลต่อการดำเนินชีวิต ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากสภาพปกติของบุคคลนั้นซึ่งบุคคลนั้นต้องมีการปรับตัวเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตด้วยดีต่อไปได้

โฮม และ เรช (Holmes and Rahe อ้างใน กัลยา แซ่เคี้ยว, 2539:9) ให้ความหมายของเหตุการณ์ในชีวิตว่าเป็นความเครียดทางสังคม (social stressors) ซึ่งหมายถึงเหตุการณ์ใดๆ ที่เมื่อเกิดขึ้นกับบุคคลแล้วจะทำให้บุคคลนั้นๆ มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต

ดวงใจ กสานติกุล (ดวงใจ กสานติกุล, 2542:3-7) ได้กล่าว เมื่อมีความเครียดสะสมอยู่นานๆ สารเคมีที่เป็นสารนำสุข เช่น เอนดอร์ฟิน ซีโรโตนิน ในร่างกายและสมองจะลดจำนวนลงหรือทำหน้าที่ไม่ปกติและสารเคมีที่จัดเป็นสารนำทุกข์ ได้แก่ คอซิซิน และนอร์เอโดรินาริน จะหลั่งออกมามากขึ้นส่งผลให้เป็นโรคต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และภูมิต้านทานของร่างกายลดลง ร่างกายอ่อนแอเจ็บป่วยหรือติดเชื้อได้ง่าย ตามมาด้วยอารมณ์ท้อแท้ ซึมเศร้าสติสับสน หรือโรคสมองเสื่อม หลงๆ ลืมๆ ก่อนวัยอันควร

ลาซาลัสและโพลค์แมน (Lazarus & Folkman อ้างในสิริกาญจน์ ท่อแก้ว, 2547:13) ให้ความหมาย ความเครียดหมายถึง ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม ที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ความเครียดคือ การที่บุคคลประเมินเหตุการณ์ว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง บุคคลที่เผชิญความเครียดได้ดี คือ บุคคลที่รู้จักเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ ซึ่งขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์ทางด้านตัวบุคคล

และด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความเชื่อในทางที่ดี ทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม และแหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ

โรบบิ้น (Robbins อ้างใน สุขศรี เลิศอารมย์, 2546:9) ได้จัดประเภทของปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความเครียดเป็น 2 ประเภทได้แก่

1. ประเภทสาเหตุแวดล้อม หรือ สาเหตุภายนอกตัวบุคคล ซึ่งประกอบด้วย

1.1 ด้านเศรษฐกิจ พิจารณาจาก อัตราการตกงาน การเปิดและปิดธุรกิจ การล้มละลายของบุคคล การเรียกร้องต่อรองของคนงาน การซื้อขายบ้านและที่ดิน

1.2 ด้านชุมชน พิจารณาจาก อัตราการเคลื่อนย้ายเปลี่ยนแปลงชุมชน การปล้นจี้ และอาชญากรรม ปัญหายาเสพติด จำนวนคนที่รับเงินเลี้ยงดูจากรัฐ จำนวนผู้ไม่จบการศึกษาระดับ

1.3 ด้านครอบครัว พิจารณาจาก อัตราการหย่าร้าง การมีบุตรนอกสมรส การฆ่าตัวตายปัญหาสุขภาพทางกายและทางจิตของสมาชิกในครอบครัว และปัญหาอื่นๆ ที่เกิดในครอบครัว

2. ประเภทสาเหตุภายในตัวบุคคล หรือความแตกต่างระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย

2.1 สาเหตุทางชีวภาพของบุคคล พิจารณาจาก เพศ อายุ เชื้อชาติ ความแข็งแรง ความอ่อน ผอม สูงเตี้ย ความคล่องแคล่วว่องไว

2.2 สาเหตุทางจิตลักษณะและบุคลิกภาพของบุคคล พิจารณาจาก สติปัญญา ประสบการณ์ ทศนคติ ความรู้สึกนึกคิด ความมานะบากบั่น (hardiness) ความเชื่อในอำนาจ (locus of control) และการจัดการกับความเครียด (coping)

2. ปัจจัยทางการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญทางจิตวิทยาสังคม เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็นหลายด้าน

โดยทั่วไปกลุ่มสังคมแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ (จริยาวัตร คมพยัคฆ์ อ้างใน สถาพร อนันต์คุณูปกรณ์, 2543:23)

1. กลุ่มสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน

2. กลุ่มสังคมทุติยภูมิ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ ในระบบของการสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพ ถือว่ามีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และมีความเกี่ยวข้องกับแหล่งสนับสนุน 5 ระบบคือ

2.1) ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ ได้แก่ ครอบครัว และญาติพี่น้อง

- 2.2) ระบบสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน
- 2.3) ระบบสนับสนุนด้านศาสนา หรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ
- 2.4) ระบบให้การดูแลจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ
- 2.5) ระบบกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ

ไวส์ (Weiss อ้างถึงใน กัลยา แซ่เอี้ยว, 2539:9) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้เป็น 6 ด้าน

1. ด้านความใกล้ชิด ความใกล้ชิดจะส่งผลต่ออารมณ์โดยส่วนรวมคือ จะทำให้คนรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกว่าเหว และปกติจะพบในผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน เช่นคู่สมรส เพื่อน หรือคนในครอบครัว
2. การมีส่วนร่วมในสังคม จะแสดงให้เห็นถึงการเข้ามามีส่วนร่วมกัน ของคนที่มีสถานการณ์คล้ายคลึงกันหรือมาทำงานร่วมกันเพื่อวัตถุประสงค์คล้ายกัน การปฏิสัมพันธ์จะทำให้มีการให้และการรับรู้ทางด้านข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ และความคิด ถ้าขาดการมีส่วนร่วมในสังคม จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าถูกแยกออกจากสังคมและเป็นผลให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ความสัมพันธ์เช่นนี้มักพบได้ในกลุ่มเพื่อน
3. โอกาสในการดูแลรับผิดชอบ ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อคนเรา มีความสัมพันธ์ในลักษณะที่ได้รับ การดูแลรับผิดชอบคนที่เด็กกว่า ซึ่งหากว่าคนเราไม่ได้ทำหน้าที่นี้ จะทำให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจ รู้สึกว่าชีวิตนี้ไม่สมบูรณ์ ว่างเปล่า ไม่มีความหมาย
4. การได้รับการยอมรับ ซึ่งการยอมรับจะเกิดขึ้นได้เมื่อคนมีพฤติกรรม ความสามารถตาม บทบาทของตน ความสามารถนั้นอาจเป็นบทบาทตามหน้าที่ในอาชีพ หรือครอบครัวถ้าคนเรา ไม่ได้รับการยอมรับก็ทำให้ความเชื่อมั่นในตนเองลดลง
5. การได้รับความช่วยเหลือ ซึ่งเกิดจากการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวเพื่อน หรือเพื่อนบ้าน และความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดเท่านั้น ซึ่งจะให้ช่วยเหลือที่ยาวนานได้ ถ้าไม่มีความสัมพันธ์ที่จะก่อให้เกิดการช่วยเหลือขึ้นแล้วก็จะทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล และอ่อนแอ
6. การได้รับคำแนะนำ หรือหาคนปรึกษาที่ไว้ใจได้ เป็นที่พึ่งได้ การสนับสนุนเช่นนี้มักจะเกิดจากบุคคลที่เป็นวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล

เฮาส์ (House อ้างใน สถาพร อนันต์คุณูปการณ, 2545:24) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมมี 4 อย่างได้แก่

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การสนับสนุนด้านการยกย่อง ให้ความผูกพัน ห่วงใย จริงใจ เอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจ และรับฟัง

2. การสนับสนุนทางด้านการประเมิน (Appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปประเมินตนเอง การให้การรับรอง ซึ่งจะทำให้ผู้รับเกิดความมั่นใจ นำไปเปรียบเทียบกับตนเองกับผู้ร่วมสังคม

3. การสนับสนุนทางด้านข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้ข้อมูลคำแนะนำ ทิศทาง ซึ่งสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงิน และแรงงาน (Instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในด้านการเงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม

คอบบ์ (Cobb,1976:300-14) อธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสาร ที่บ่งชี้ให้เขาเชื่อได้ว่า ยังมีคนรัก มีคนดูแลเอาใจใส่ มีคนยกย่องเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีความผูกพันเอื้ออาทรต่อกันในสังคม

คอบบ์ แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางสังคมด้านความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ ซึ่งจะเป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ ว่าได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่และได้รับความจริงใจ

2. การสนับสนุนทางสังคมด้านได้รับการยอมรับ เป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ว่าเขาเองมีค่า

3. การสนับสนุนทางสังคมด้านความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

แบรนต์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert อ้างถึงใน สถาวร อนันต์คุณูปการณ,2543:47) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมคือความช่วยเหลือที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม ทำให้เกิดความ รู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา เห็นคุณค่าในตนเองและได้รับความช่วยเหลือและแนะนำ

แบรนต์และไวเนอร์ท แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้านคือ

1. การสนับสนุนทางสังคมด้านความใกล้ชิดสนิทสนมทำให้บุคคลเกิดความอบอุ่นใจ

2. การสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้บุคคลได้ติดต่อกับบุคคลอื่น ๆ ในสังคม

3. การสนับสนุนทางสังคมด้านได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา ทำให้บุคคลได้รับการพัฒนาทั้งด้านความคิด การตัดสินใจ

4. การสนับสนุนทางสังคมด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคลเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

5. การสนับสนุนทางสังคมด้านได้รับความช่วยเหลือและแนะนำ ซึ่งทำให้สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ของตนเองได้

กอทท์ลิบ (Gottlieb อ้างใน สถาพร อนันต์คุณูปการณ์, 2543:25) ได้แบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับคือ

1. ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ และการดำเนินวิถีชีวิตในสังคม

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคมด้วยการวัดเฉพาะเจาะจงถึงกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมระดับนี้คือ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัตถุ ความเป็นมิตร และการสนับสนุนด้านอารมณ์

3. ระดับแคบ หรือระดับเล็ก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้ความเชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญมากกว่าปริมาณ คือ ขนาดจำนวนและความถี่ แหล่งของแรงสนับสนุนได้แก่ คู่สมรส บุตร และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีความใกล้ชิดทางด้านอารมณ์มากที่สุด

การสนับสนุนทางสังคม มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมจะมีประสิทธิภาพในแง่ส่งเสริมสุขภาพเมื่อชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเหมาะสมกับความต้องการของบุคคลในสถานการณ์นั้นๆ

เพนเดอร์ (Pender อ้างใน พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล, 2540:55) ได้สรุปประโยชน์ของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลไว้ดังนี้

1. ช่วยในการส่งเสริมการเจริญเติบโต โดยเพิ่มความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง
2. ลดเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในชีวิต
3. ช่วยรับรองยืนยันว่าการกระทำนั้นจะทำให้บุคคลมีส่วนร่วมและเป็นที่ต้องการของสังคม
4. ช่วยลดและบรรเทาผลกระทบที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นกลไกของแรงสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี คือช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญต่อความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพและช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองได้ทั้งภาวะที่มีสุขภาพปกติ และเมื่อเจ็บป่วย

3. สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสหรือการปรองดองระหว่างคู่สมรส หมายถึง การที่คู่สมรสพยายามปรับตัวเข้าหากันภายหลังการแต่งงาน โดยพยายามหลีกเลี่ยงหรือแก้ปัญหาต่างๆ ที่ทำให้คู่สมรสไม่เข้าใจกัน แต่กลับมีความพึงพอใจชีวิตการแต่งงานและพึงพอใจซึ่งกันและกัน มีความสนใจและปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน พยายามปฏิบัติตนตามความคาดหวังของทั้งสองฝ่าย การปรับตัวของคู่สมรสเป็นการโอนอ่อนผ่อนตามซึ่งกันและกันระหว่างสามีและภรรยา การปรับตัวเป็นกระบวนการและการประเมินผลของการทำหน้าที่ของคน 2 คน ซึ่งแต่งงานกัน เป็นปรากฏการณ์ที่มีหลายองค์ประกอบที่สะท้อนให้เห็นการประเมินผลของคู่สมรสที่มีต่อปฏิสัมพันธ์ และหน้าที่ของคู่สมรสซึ่งแต่งงานและใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน

คู่สมรสที่มีการปรับตัวได้ดีหรือคู่สมรสที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดีสามารถสังเกตได้จากคู่สมรสมีการแสดงความเป็นเพื่อนซึ่งกันและกัน มีความเห็นพ้องกันในเรื่องค่านิยมพื้นฐาน มีความสนิทสนมรักใคร่ซึ่งกันและกัน มีความยืดหยุ่นให้อภัยซึ่งกันและกัน มีเสน่ห์หาซึ่งกันและกัน ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ ที่สังเกตได้ไม่ชัดเจน

สปานีเยร์ (Spanier อ้างใน พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล,2540:61) ให้ความเห็นว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีลักษณะเป็นกระบวนการ ซึ่งมีลักษณะเป็นการดำเนินอย่างต่อเนื่องและเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาการวัดคุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส จึงเป็นการวัด ณ จุดหนึ่งของเส้นตรง ซึ่งอาจวัดตรงจุดที่ปรับตัวได้ดี ซึ่งอยู่ที่ปลายข้างหนึ่งหรืออาจเป็นการวัด การปรับตัวไม่ได้ ซึ่งอยู่ที่ปลายอีกข้างหนึ่งมากกว่าการวัดกระบวนการปรับเปลี่ยน และการวัดคุณภาพของสัมพันธภาพของคู่สมรส คือการวัดระดับขององค์ประกอบดังต่อไปนี้คือ

- 1) ความพึงพอใจในคู่สมรส
- 2) ความกลมเกลียวของคู่สมรส
- 3) ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส
- 4) การแสดงความรัก

ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน คล้ายคลึงกับการวัดคุณภาพ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของ (ลือศักดิ์ และ วอลเลซ อ้างใน พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล,2540:64) ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบ 4 ด้านคือ

- 1) ความเป็นเพื่อน
- 2) การเห็นพ้องกัน
- 3) ความรักใคร่สนิทสนม
- 4) ความเสน่ห์หาซึ่งกันและกัน

สัมพันธภาพของคู่สมรสสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามกระแสของตัวกระตุ้น การให้กำเนิดบุตรเป็นตัวกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของคู่สมรสได้ระดับหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งในด้านบวกและลบ และคู่สมรสก็ตระหนักว่าเป็นตัวกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นชั่วคราว และสามารถรับรู้ว่ามีสัมพันธภาพระหว่างสามีภรรยานั้นเปลี่ยนไป ไม่ว่าจะในระยะเวลาใดของช่วงเวลาภายหลังคลอด

Burgess และ Cottrell (อ้างใน นันทกานต์ วงษ์ปัญญา, 2546:12) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวในชีวิตสมรส พบว่าปัจจัยที่มีความสำคัญที่สุดก็คือ ความคล้ายคลึงกันของพื้นฐานทางครอบครัวของคู่สมรส โดยถ้ายิ่งมีความคล้ายคลึงกันมากเท่าใดก็ยิ่งมีการปรับตัวในชีวิตสมรสที่ดีมากยิ่งขึ้นเท่านั้น ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ การแต่งงานกันในช่วงอายุ 22-30 ปี การคบหากันมานานก่อนแต่งงาน การเข้าสังคมเก่ง และระดับการศึกษาที่สูงของคู่สมรส

Terman (อ้างใน นันทกานต์ วงษ์ปัญญา, 2546:12) ได้ศึกษาถึงการปรับตัวในชีวิตสมรสใน California ได้สร้างแบบวัดการปรับตัวในชีวิตสมรสขึ้นมา แล้วสามารถแบ่งกลุ่มตัวอย่างได้เป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่มีความสุขในชีวิตสมรส และกลุ่มที่ไม่มีความสุขในชีวิตสมรส นำข้อมูลของทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกันในด้านบุคลิกภาพกับปัจจัยทางสังคมบางอย่าง ผลการศึกษาพบว่าบุคลิกภาพของภรรยาที่มีความพึงพอใจในชีวิตสมรสนั้น เป็นแบบมองโลกในแง่ดี ให้ความร่วมมือ มีอารมณ์ขัน มีความยืดหยุ่นได้ดี มีความมั่นใจในตนเอง มีจิตใจเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ส่วนภรรยาที่ไม่มีความพึงพอใจในชีวิตสมรสนั้น มีบุคลิกภาพแบบไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ หวาดผวา รู้สึกต่ำต้อย ไม่รับฟังความคิดเห็นของคนอื่น อารมณ์โมโหร้าย ตื่นเต้นจนเกินเหตุ

งานวิจัยทั้งสองชิ้นนี้ผลที่ได้มีความใกล้เคียงกันมากและพบว่า คู่สมรสที่มีคะแนนการปรับตัวในชีวิตสมรสสูงนั้น เป็นบุคคลที่มีการปรับตัวได้ดีในสถานการณ์ต่างๆ บรรลุวุฒิภาวะ มีความมั่นคงทางอารมณ์ และมาจากครอบครัวที่พ่อแม่มีความสุขในชีวิตสมรส

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บททวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

จากการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบว่ามีความแตกต่างกันเนื่องจากความแตกต่างของวิธีการศึกษาเกณฑ์การวินิจฉัย การใช้แบบสอบถามและการกำหนดช่วงระยะเวลาหลังคลอดที่ต่างกันและช่วงระยะเวลาทำการศึกษาที่ต่างกัน การศึกษาที่ผ่านมาโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าที่ได้มาตรฐานเช่น เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) และ Research Diagnostic Criteria (RDC) พบความชุกของโรคซึมเศร้าหลังคลอดในช่วง 6 สัปดาห์แรก ร้อยละ 10-15 ความชุกของโรคซึมเศร้าหลังคลอดนั้นมีความแตกต่างกันไปในแต่ละภูมิภาค

Yonkers และคณะ (2001) ทำการศึกษาจุดเริ่มต้นของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในกลุ่มมารดาหลังคลอด เมืองดัลลัส ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวนตัวอย่างที่ทำการศึกษา 802 คน เป็นการศึกษาแบบ Prospective descriptive study ระยะเวลาที่ทำการศึกษา 3 ระยะเวลาได้แก่ 3, 4, 5 สัปดาห์หลังคลอด จากการศึกษาพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอยู่ระหว่าง 6.5-8.5 %

Cox และคณะ (1987) ทำการศึกษาเปรียบเทียบมารดาหลังคลอดที่ระยะเวลา 6 เดือนภายหลังคลอด ประชากรที่ทำการศึกษาในเขต North Stafford shire ประเทศอังกฤษ จำนวน 238 คน จากการศึกษาพบความชุกของโรคซึมเศร้าที่จุดเวลา 6 เดือนหลังคลอด (point prevalence of depression) 9.1%, ความชุกของโรคซึมเศร้าในช่วงเวลา 6 เดือนหลังคลอด (period prevalence of depression) 13.8% และพบว่าจุดเริ่มต้นของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในช่วงระยะเวลา 5 สัปดาห์หลังคลอดเพิ่มสูงขึ้น 3 เท่ากว่าระยะเวลาอื่นที่ทำการศึกษา

Harris และคณะ (1989) ทำการศึกษาเปรียบเทียบถึงเครื่องมือที่ใช้ในการค้นหาภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในผู้หญิงที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาล CAE Philly Miners ทางใต้ของเวลส์ ประเทศอังกฤษ ประชากรที่เข้าร่วมจำนวน 147 คน ช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา 6-8 สัปดาห์หลังคลอด พบว่าความชุกของมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 15%

Lane และคณะ (1997) ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของภาวะอารมณ์แปรปรวนในช่วงระยะเวลาวันที่ 3 หลังคลอด กับภาวะซึมเศร้าที่ระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด เป็นการศึกษาแบบ Prospective study เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (Edinburgh Postnatal Scale หรือ EPDS) และ แบบสอบถามวัดภาวะอารมณ์ครั้นเครง (Highs Scale) ทำการศึกษาในมารดาที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาล Coombs ในเมือง

ดับบลิน ประเทศไอร์แลนด์ ประชากรเข้าร่วมจำนวน 370 คน ผลการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าในระยะ 3 วันหลังคลอด 11.4% และระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด 11%

Teissedre และคณะ (2004) ทำการศึกษาถึงความสามารถของแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Edinburgh Postnatal Depression Scale หรือ EPDS) ในการประเมินภาวะซึมเศร้าระยะต้น วันที่ 2-3 หลังคลอด วัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นเครื่องมือประจำในการค้นหาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในช่วงเวลาที่มารดายังคงอยู่ในโรงพยาบาลภายหลังที่คลอดบุตรแล้ว (วันที่ 2-3 หลังคลอด) เขาและคณะพบว่า EPDS เป็นเครื่องมือค้นหาที่มีความเสี่ยงมีความเหมาะสมและเป็นประโยชน์ในการให้ความช่วยเหลือและยังใช้เป็นแนวทางในการป้องกันได้ การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ Prospective descriptive study ประชากรที่ทำการศึกษา จำนวน 1154 คน โดยทำแบบสอบถาม EPDS ในวันที่ 2-3 และ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในระยะเวลา 2-3 วัน 11.3% และที่ระยะเวลา 4-6 สัปดาห์ 8.8% และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในระยะ 2-3 วันมีความสัมพันธ์กับที่ระยะ 4-6 สัปดาห์

Davis และคณะ (2003) ทำการศึกษาถึงความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่บุตรคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์) บุตรได้รับการดูแลในหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิดเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 สัปดาห์ และมารดามีความคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมในหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิดเป็นอย่างดี ทำการศึกษาวัดภาวะซึมเศร้า ณ จุดเวลา 1 เดือนหลังจากที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยทารกแรกเกิดวิกฤต พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาในกลุ่มนี้สูงถึง 40%

Yomashita และคณะ (2003) ทำการศึกษาถึงจุดเริ่มต้นและการดำเนินโรคของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ประชากรที่เข้าร่วมจำนวน 88 คน มาจากแผนกสูติกรรมโรงพยาบาลเกียวชู ในประเทศญี่ปุ่น เป็นการศึกษาแบบ Prospective study พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่ระยะเวลา 3 สัปดาห์ 14%, ระยะเวลา 3 เดือน 17% จากการศึกษาพบว่าจุดเริ่มต้นของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในช่วงสัปดาห์แรกของหลังคลอด ต่อมาเขาและคณะได้ทำการศึกษาถึงจุดเริ่มต้นของภาวะซึมเศร้าในช่วงต้นของระยะหลังคลอด (วันที่ 5 หลังคลอด) ประชากรที่เข้าร่วมจำนวน 226 คน มาจากแผนกสูติกรรม 4 โรงพยาบาลในประเทศญี่ปุ่น จากการศึกษาพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าระยะต้นในวันที่ 5 หลังคลอด 20% แสดงให้เห็นว่าจุดเริ่มต้นของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสามารถเริ่มได้ในช่วงสัปดาห์แรกของระยะหลังคลอด

Dennis (2004) ทำการศึกษา Longitudinal study หาความชุกภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดจำนวน 594 คน ในเมืองแวนคูเวอร์ บริติชโคลอมเบีย ประเทศแคนาดา ทำการศึกษาที่ระยะเวลา 1, 4, 8 สัปดาห์หลังคลอด พบความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่ 1 สัปดาห์ 29.5%, 4 สัปดาห์ 23%, 8 สัปดาห์ 20.5%

Sutter และคณะ (1997) ทำการศึกษา Cross-sectional study เพื่อศึกษาถึงความชุกของภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (mild depression) ในวันที่ 3 และวันที่ 5 หลังคลอด ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 104 คน ที่พักรักษาในแผนกสูติกรรม โรงพยาบาลบอร์โด ประเทศฝรั่งเศส พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าระดับน้อยในวันที่ 3 หลังคลอด 21.1%, วันที่ 5 หลังคลอด 10.6%

สมบัติ สรรพอุดม และคณะ (2547) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในหญิงระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด โรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร ที่มาฝากครรภ์ คลอดปกติ และมารับบริการตรวจหลังคลอด แผนกสูติรีเวช จำนวน 91 คน ใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า (CES-D) พบว่าอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้า 1-3 วันหลังคลอด ร้อยละ 31.9 และที่ระยะหลังคลอด 6 สัปดาห์หรือร้อยละ 36.3

Abou-Saleh และคณะ (1997) ทำการศึกษาถึงความชุกของความผิดปกติทางจิตในระยะต้น วันที่ 7 หลังคลอด ประชากรที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 95 คน ซึ่งพักรักษาในโรงพยาบาล นิว ดูไบ ในเมืองดูไบ ประเทศสหรัฐอาหรับเอมิเรต พบความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในวันที่ 7 หลังคลอด 18%

Astbury และคณะ (1994) ทำการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดจำนวน 790 คน ที่ระยะเวลา 8-9 เดือนหลังคลอดในเมืองวิกตอเรีย บริติชโคลอมเบีย ประเทศแคนาดา พบความชุก 15.4%

Lukasik และคณะ (2003) ทำการศึกษา Prospective study ศึกษาถึงความชุกของภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์แรกหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดจำนวน 200 คน ในประเทศโปแลนด์ พบความชุกภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์แรกหลังคลอด 18.5%

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

Paykel และคณะ (1980) ทำการศึกษาถึงเหตุการณ์ในชีวิต (Life Stress Event) และการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน ที่มารับการตรวจคลินิกหลังคลอดระยะ 6 สัปดาห์ในโรงพยาบาลเซนต์จอร์จ และโรงพยาบาลเซาท์ ลอนดอน ในประเทศอังกฤษ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 20% และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่สำคัญกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์รองลงมา ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช, มารดาอายุน้อย, ภาวะเศร้าหลังคลอด (Postpartum blues), ความสัมพันธ์ของคู่สมรสที่น้อย และขาดการสนับสนุนทางสังคม

Yoshida และคณะ (1997) ทำการศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาชาวญี่ปุ่นที่ตั้งครรภ์และคลอดบุตรในประเทศอังกฤษ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 98 คน ศึกษาแบบ Prospective study ทำการศึกษาในวันที่ 5, 1 เดือน และ 3 เดือน หลังคลอด พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในกลุ่มนี้ที่ระยะเวลา 3 เดือน 12% และพบว่าจุดเริ่มต้นของภาวะซึมเศร้าเริ่มตั้งแต่หลังคลอดบุตรในระยะแรก, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต, การคลอดที่ลำบาก

Hannah และคณะ (1992) ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงถึงกันของภาวะซึมเศร้าในระยะต้นกับ 6 สัปดาห์หลังคลอด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 217 คนที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลควีน ซาร์ลอตต์ และโรงพยาบาลเชลซี ศึกษาในวันที่ 5 และ สัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด พบว่ามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดวันที่ 5 มีความเสี่ยงสูงที่จะพบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในระยะ 6 สัปดาห์แสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าในวันที่ 5 และสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอดมีความเชื่อมโยงถึงกัน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวันที่ 5 ได้แก่ ทารกน้ำหนักตัวน้อย (น้อยกว่า 2,000 กรัม), การคลอดที่ลำบากกว่าที่คาดไว้, การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง, และการเลี้ยงนมบุตรด้วยขวดนม ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่ระยะ 6 สัปดาห์มีเพียงการเลี้ยงนมบุตรด้วยขวดนมและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

Bergant และคณะ (1999) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดระยะต้น กลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาล ในประเทศออสเตรเลีย จำนวน 1,257 คน พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวันที่ 5 หลังคลอดได้แก่ ภาวะในการเลี้ยงดูบุตรที่เพิ่มขึ้น, มารดาที่มีความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้น, มีความพึงพอใจในชีวิตน้อย, ระดับทางสังคมต่ำ และทารกน้ำหนักตัวน้อย

Lane และคณะ (1997) ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายอารมณ์แปรปรวนในช่วงวันที่ 3 หลังคลอดกับภาวะซึมเศร้าที่ระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ สถานภาพสมรส, การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์, ปัจจัยทางด้านสังคมเช่น การว่างงาน, ระดับการศึกษาต่ำ

Beck และคณะ (2001) ทำการศึกษาแบบ meta-analysis ถึงปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดซึ่งพบว่ามีปัจจัยเสี่ยงได้แก่ ภาวะซึมเศร้าก่อนคลอด, การเห็นคุณค่าในตนเอง, ความเครียดจากการดูแลบุตร, ภาวะวิตกกังวลก่อนคลอด, ความเครียดในชีวิต, การสนับสนุนทางสังคม, สัมพันธภาพของคู่สมรส, ประวัติการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า, พื้นฐานทางอารมณ์ของทารก, อารมณ์เศร้าหลังคลอด (maternity blues), สถานภาพสมรส, สถานภาพทางเศรษฐกิจ, การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

Davis และคณะ (2003) ทำการศึกษาถึงความชุกของภาวะซีมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่บุตรคลอดก่อนกำหนด พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าของมารดาในกลุ่มนี้ได้แก่ มารดาที่มีระดับความเครียดสูง, ระดับการศึกษาต่ำ, การรับรู้ถึงความช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่พยาบาลในการดูแลทารกในหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิดในระดับที่น้อย

Johnstone และคณะ (2001) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยด้านพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงของภาวะซีมเศร้าหลังคลอดในกลุ่มประชากรมารดาหลังคลอดจากโรงพยาบาลในเขตเมืองและนอกเมืองใน New South Wales ประเทศ ออสเตรเลีย จำนวน 490 คน เป็นการศึกษาแบบ Prospective study ทำการศึกษาที่ระยะ ภายใน 1 สัปดาห์หลังคลอดเก็บรวบรวมข้อมูลประวัติ ด้านพฤติกรรม ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด ภายหลังคลอด และประวัติเกี่ยวกับบุตร , ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ที่ระยะ 8 สัปดาห์หลังคลอดศึกษาความชุกของภาวะซีมเศร้าพบ 13.1% จากการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าได้แก่ ประวัติด้านสังคมประชากร (Sociodemographic), ลักษณะบุคลิกภาพ, ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชของตนเองและของครอบครัว, เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและปัจจัยด้านพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าได้แก่ มารดาที่เคยผ่านการคลอดบุตรหลายครั้ง, อาการตกเลือดก่อนคลอด, การคลอดด้วยคีมช่วยคลอดและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

อัญชลี ประเสริฐ (2540) ศึกษาถึงผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายต่อความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยในหน่วยบำบัดพิเศษเด็ก เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดา และ/หรือมารดาของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหน่วยบำบัดพิเศษเด็ก โรงพยาบาลรามาริบัติ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2538 จำนวน 86 ราย เลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จัดตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามลำดับ กำหนดให้แต่ละกลุ่มประกอบด้วยบิดาและมารดาอย่างละไม่ต่ำกว่า 20 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายนอกเหนือจากการพยาบาลตามปกติที่กลุ่มควบคุมได้รับ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับการประเมินการรับรู้ปัจจัยความเครียดของบิดามารดาผู้ป่วยในหน่วยบำบัดพิเศษเด็กของคาร์เตอร์และไมลส์ และแบบประเมินความวิตกกังวลของสไปล์เบอร์เจอร์ ผลการศึกษาพบว่า ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกของการย้ายผู้ป่วยเข้าหน่วยบำบัดพิเศษเด็กบิดาและมารดามีคะแนนการรับรู้ปัจจัยความเครียดสูงที่สุด 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการตอบสนองทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย และด้านลักษณะที่ปรากฏของผู้ป่วย ส่วนด้านที่มีคะแนนต่ำที่สุด ได้แก่ ด้านท่าทีและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ และทั้งบิดาและมารดามีคะแนนความวิตกกังวลค่อนข้างสูง นอกจากนี้ยังพบว่า หลังได้รับการพยาบาลบิดาและ

มารดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

เจนนาโร (Gennaro อ้างใน สถาพร อนันต์คุณูปการณ, 2543:21) ได้ทำการศึกษาถึงความวิตกกังวลของมารดาที่ทารกเจ็บป่วยพบว่า มารดาของทารกคลอดก่อนกำหนด มีระดับความวิตกกังวลและความซึมเศร้าสูงกว่ามารดาของทารกที่คลอดครบกำหนดอย่างมีนัยสำคัญ และมารดาของทารกที่เจ็บป่วยมากมีความวิตกกังวลมากกว่ามารดาของทารกที่มีความเจ็บป่วยน้อยกว่า

โบแบคและเจนเซน (Bobak&Jansen อ้างใน พาณี พิบูลย์เวช, 2541:1-2) ได้ศึกษาถึงปัจจัยสนับสนุนทำให้มารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วยมีความวิตกกังวลมากกว่ามารดาหลังคลอดทั่วไปโดยมีการปรับสภาวะจิตใจและพฤติกรรม ดังนี้

1. มารดาต้องมีการปรับตัวกับสภาพแวดล้อมในหน่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิด โดยมารดาจะแสดงปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ที่แตกต่างกัน เช่น ความรู้สึกผิด ความรู้สึกที่ตนเองไร้ความสามารถ วิตกกังวล โกรธหรือปฏิเสธการตอบสนองทางอารมณ์เพิ่มมากขึ้น ขณะที่มารดาต้องปรับตัวกับสภาพแวดล้อมใหม่ในหน่วยบำบัดพิเศษแรกเกิด ก่อนจะเริ่มต้นแสดงบทบาทมารดาและให้การดูแลบุตร

2. มารดาต้องเตรียมความพร้อมเพื่อเผชิญความโศกเศร้า ซึ่งในระยะนี้มารดาจะเกิดความวิตกกังวลมากกับการเผชิญความจริงจากการเจ็บป่วยของบุตรที่อาจจะรอดชีวิตหรือเสียชีวิตได้ ซึ่งมารดาจะแสดงการตอบสนองทางอารมณ์มีพฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงการพยายามเผชิญความโศกเศร้าหรือการสูญเสียบุตร

3. มารดาต้องมีการเผชิญและยอมรับความล้มเหลวในการที่ไม่สามารถให้กำเนิดบุตรที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงได้ การปรับตัวด้านจิตใจของมารดาจะแสดงความโศกเศร้า ซึ่งปฏิกิริยานี้จะลดลงเมื่อบุตรมีอาการดีขึ้น

4. มารดาจะเริ่มเข้าใจและมีการเรียนรู้ความแตกต่างในด้านความต้องการพิเศษของบุตรที่เจ็บป่วยซึ่งแตกต่างจากทารกปกติทั่วไประยะนี้มารดาจะเรียนรู้ ยอมรับและคาดหวังเกี่ยวกับการดูแลและเจริญเติบโตของบุตร

สุนทรีย์ ภิญญมิตร (2539) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการปรับตัวด้านจิตใจของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดา 100 คน ใช้เครื่องมือ PSS:NICU ของไมลส์ ซึ่งแบ่งเป็นปัจจัยความเครียดในหน่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด 4 ด้าน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดสูงสุดได้แก่ การเปลี่ยนแปลงบทบาทของมารดาของลงมาได้แก่ สภาพแวดล้อมในหน่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด ลักษณะและพฤติกรรมของทารกที่ปรากฏ และพฤติกรรมการสื่อสารของเจ้าหน้าที่

แคสเปอร์และคณะ (Kasper อ้างในพาณี พิบูลย์เวช, 2541:1) ได้ศึกษาถึงความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดทารกแรกเกิดพบว่ามารดาจะมีความรู้สึกสูญเสียอำนาจ เนื่องจากรู้สึกที่ตนเองไม่สามารถแสดงบทบาทของตนเองได้และต้องพึ่งพาผู้อื่นมาก ทำให้มารดาเกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบทำให้มารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วยต้องปรับตัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจมากกว่ามารดาหลังคลอดทั่วไป

Singer และคณะ (1999) ได้ทำการศึกษาถึงระดับและชนิดของความเครียดที่ได้รับในกลุ่มมารดาที่บุตรมีระดับความแตกต่างของการคลอดก่อนกำหนด, ความเจ็บป่วย และความเสี่ยงของพัฒนาการ เป็นการศึกษาไปข้างหน้าเปรียบเทียบระหว่างมารดาในกลุ่มทารกมีความเสี่ยงสูงและมารดาในกลุ่มทารกมีความเสี่ยงต่ำและมารดาที่ทารกคลอดครบกำหนดเริ่มศึกษาตั้งแต่ภายหลังคลอดจนทารกกระทั่งอายุ 3 ปี สถานที่ทำการศึกษาได้แก่ตึกทารกแรกเกิดวิกฤตในโรงพยาบาลขนาดใหญ่จากเมืองในเขตเทศบาลทางฝั่งตะวันตกกลางในประเทศสหรัฐอเมริกา ประชากรที่เข้าร่วมในการวิจัย ได้แก่ มารดาและทารกที่เกิดระหว่างปี 1987 และ 1991 ทารกในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงคือทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดเรื้อรัง (Bronchopulmonary dysplasia) ทำการเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำคือทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัมไม่เป็นโรคปอดเรื้อรัง และทารกคลอดครบกำหนดอายุครรภ์มากกว่า 36 สัปดาห์ และน้ำหนักตัวมากกว่า 2,500 กรัม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ แบบสอบถาม maternal psychological distress, parenting stress, family impact และ life stressors ผลการศึกษาพบว่าที่ระยะ 1 เดือนมารดาที่ทารกคลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักตัวน้อย มีผลกระทบทางด้านจิตใจมากกว่ามารดาที่คลอดบุตรครบกำหนด, ที่ระยะ 2 ปี มารดาที่บุตรคลอดก่อนกำหนดมีความเสี่ยงน้อยไม่พบความแตกต่างทางด้านจิตใจเมื่อเทียบกับมารดาที่คลอดบุตรครบกำหนดในขณะที่มารดาที่บุตรคลอดก่อนกำหนดที่มีความเสี่ยงสูงยังคงได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจต่อไป, ที่ระยะ 3 ปีพบว่ามารดาที่บุตรคลอดก่อนกำหนดที่มีความเสี่ยงมากไม่พบความแตกต่างทางด้านจิตใจเมื่อเทียบกับมารดาที่คลอดบุตรครบกำหนด ในขณะที่ความเครียดของบิดาและมารดา ยังคงสูงอยู่ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของมารดา มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการล่าช้าของทารกที่คลอดก่อนกำหนดในทั้ง 2 กลุ่ม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาไปข้างหน้า (Prospective Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target population) ได้แก่ มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกวิกฤตทารกแรกเกิด

ประชากรตัวอย่าง (Population to be samples) ได้แก่ มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤตโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกของการศึกษา

ตัวอย่าง (Samples) ได้แก่ มารดาหลังคลอดทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และมีบุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤตทุกราย ที่ให้ความร่วมมือสามารถอ่านออกเขียนได้ มีความพร้อมทางด้านร่างกายในการให้ข้อมูล เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2547 จนครบจำนวน 114 คน

ขนาดตัวอย่าง (Sample size)

จากการศึกษาเพื่อหาค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต จำนวน 30 ราย (จากการทำ pilot study) ด้วยแบบประเมิน ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด EPDS ฉบับภาษาไทย (กมลรัตน์ วัชรภรณ์, 2547:164-9) ได้ค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เท่ากับ 0.60 จึงนำมาคำนวณหาค่าขนาดตัวอย่าง

โดยการใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงพรรณนา

$$n = z^2 pq/d^2$$

โดยที่

n = ขนาดตัวอย่าง

Z = ค่า Z จากตาราง Z เมื่อ $\alpha = 0.05$ มีค่าเท่ากับ 1.96

P = สัดส่วนความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด = 0.60

$q = 1 - p = 0.40$

d = ความคลาดเคลื่อนของโอกาสที่จะพบภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

(maximum permissible error = $0.15 \times p$) = 0.09

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 114 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Instrument)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษาคั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถาม 26 ข้อ เกี่ยวกับ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ส่วนบุคคล รายได้ครอบครัว สถานภาพสมรส การใช้ชีวิตคู่ด้วยกัน ภูมิลำเนา ประวัติการเจ็บป่วยโรคทางจิตเวช ประวัติการเจ็บป่วยโรคทางจิตเวชของครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว ประวัติเคยมีบุตรที่เข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤตและแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตร ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ ประวัติแท้ง/มีบุตรยาก ประสบการณ์บุตรเสียชีวิตในครรภ์ ขณะคลอด หรือหลังคลอด ลำดับที่ของบุตร/ลูกคนแรก ความพร้อมในการมีบุตร ความต้องการในเพศของบุตร การวางแผนในการตั้งครรภ์ ลักษณะหรือวิธีคลอด(คลอดเองหรือหัตถการ) ระยะเวลาของการคลอด(มากกว่า 12 ชั่วโมง) เพศและน้ำหนักตัวของบุตร ระยะเวลาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต กลุ่มตัวอย่างทำการบันทึกเองจำนวน 21 ข้อ และผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกเองจำนวน 5 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามวัดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) เป็นแบบสอบถามเพื่อใช้ในการคัดกรอง โดย Cox และคณะ (1987) คิดค้นแบบสอบถาม EPDS เพื่อใช้ในการค้นหามารภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยนำมาจากแบบสอบถาม Irritability, Depression and Anxiety Scale (IDA), Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) และ Anxiety and Depression Scale of Bedford and Foulds ทำการทดสอบแบบ pilot

study ในผู้หญิงหลังคลอดพบว่า มีข้อคำถามเพียง 13 ข้อเท่านั้นที่เหมาะสมจากนั้นทำการทดสอบความแม่นยำใน Livingston จนเหลือคำถามที่เฉพาะเจาะจงสำหรับภาวะซึมเศร้า 10 ข้อ และทดสอบความแม่นยำของแบบสอบถามดังกล่าวอีกครั้ง ในผู้หญิงหลังคลอดที่ Edinburgh และ Livingston โดยเปรียบเทียบกับ Research Diagnostic Criteria (RDC) ของ Spitzer พบว่า จุดตัด (cut-off point) อยู่ที่ 12/13 โดยถือว่าผู้ที่ได้คะแนนมากกว่า หรือเท่ากับ 13 มีความทรมานจากอารมณ์ซึมเศร้าและมีความไว (sensitivity) ร้อยละ 86 ความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 78 ซึ่งผลนี้เป็นที่น่าพอใจเชื่อถือได้ และใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามเพียง 5 นาที จึงเป็นที่นิยมสำหรับสืบค้นหาภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงหลังคลอดนอกจากนี้ยังมีผู้แปลแบบสอบถาม EPDS เพื่อนำไปใช้ในการวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นภาษาต่างๆ เช่น ภาษาเยอรมัน ฮิบรู สวีดิช มาเลเซีย จีน อิตาลี ซึ่งพบว่ามีความไวและความจำเพาะที่ดีสามารถนำไปได้

สำหรับในประเทศไทย กมลรัตน์ วัชรภรณ์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้แปลแบบสอบถาม EPDS ฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย จากนั้นอาจารย์ภาควิชาภาษาต่างประเทศได้แปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ แล้วนำมาเทียบเคียงกับต้นฉบับภาษาอังกฤษโดยผู้เชี่ยวชาญชาวต่างประเทศซึ่งไม่เคยเห็นแบบสอบถาม EPDS นี้มาก่อนหลังจากนั้นได้ทำการปรับปรุงภาษาและรูปแบบให้เหมาะสมอีกครั้ง แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าหลังคลอดฉบับภาษาไทยแบบตอบด้วยตนเองประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นคำถามทางบวก 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1,2,4 เกณฑ์การให้คะแนนเรียงคะแนนคำตอบจาก 0,1,2,3 คะแนน และคำถามทางลบ 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3,5,6,7,8,9,10 เกณฑ์การให้คะแนนเรียงคะแนนคำตอบจาก 3,2,1,0 รวมคะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน จุดตัดของคะแนนที่เหมาะสมกับคนไทย คือได้มากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนนถือว่ามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

จากการวิเคราะห์หาค่าความถูกต้อง (Validity) ในผู้หญิงที่มารับการตรวจในช่วง 4 – 6 สัปดาห์หลังคลอด ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 150 ราย พบว่าเมื่อเปรียบเทียบแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าหลังคลอด EPDS ฉบับภาษาไทยกับการสัมภาษณ์โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM IV) จุดตัด (cut of point) ที่ 11 คะแนนมีความเหมาะสมกับคนไทย พบว่ามีความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 100 ความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 88 ผู้วิจัยได้นำมาทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต จำนวน 30 คน แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่นด้านความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาชอัลฟาเท่ากับ 0.80

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ เป็น Self rating scale โดย สถาพร อนันต์คุณูปการณ์ (2539) ได้แปลจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ แบรินด์ และ ไวเนิร์ต (Personal Resource Questionnaire 85 Part 2, Brandt and Weinert.1981) โดยได้รับอนุญาตจาก ดร. ไวเนิร์ต ประกอบด้วยข้อคำถามให้มารดาตอบตามการรับรู้ถึงการที่ตนได้รับการช่วยเหลือ และการติดต่อกับผู้อื่นของตนเอง

เป็น ข้อความที่มีลักษณะการรับรู้ในด้านบวกจำนวน 20 ข้อ คือ ข้อ 1,2,3,5,6,8,9,11,12,13,14,15,17,18,19,20,21,22,23 และ 25 ส่วนข้อความที่มีลักษณะการรับรู้ในด้านลบจำนวน 5 ข้อ คือข้อ 4,7,10,16 และ 24 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Likert scale) 5 อันดับ ข้อความที่มีลักษณะการรับรู้ในด้านบวกให้คะแนนดังนี้คือ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	คะแนน
รู้สึกเฉยๆ	3	คะแนน
เห็นด้วย	4	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	คะแนน

ส่วนข้อความที่มีลักษณะการรับรู้ในด้านลบให้คะแนนกลับกันกับข้อความในด้านบวก คะแนนรวมของการสนับสนุนทางสังคมระหว่าง 25-125 คะแนน คะแนนต่ำแสดงว่า มารดารับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนนสูงแสดงว่า มารดารับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมมาก แบ่งระดับโดยใช้คะแนนเฉลี่ย (Mean \pm S.D.) เป็นเกณฑ์ในการแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มคะแนนต่ำ ปานกลาง สูง

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบรินด์และไวเนิร์ต ได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในด้านความตรงของเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้างและศึกษาทดลองเครื่องมือ และหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค นอกจากนี้ยังมีผู้วิจัยท่านอื่นๆ ได้ศึกษาคุณภาพของเครื่องมือชุดนี้พบว่า เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมมีคุณภาพเหมาะสมในการนำไปใช้ในการวิจัย สถาพร อนันต์คุณูปการณ์ ได้นำเครื่องมือที่แปลมาทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดที่ทารกถูกแยกไปเพื่อการดูแลรักษา จำนวน 36 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.77 และเมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บาคได้เท่ากับ 0.72

ชุดที่ 4 แบบสอบถามวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Life Stress Event) ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา ซึ่งนำมาจากแบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของสมจิตต์ นครพานิช (2531) ซึ่งสร้างโดยอาศัยแนวทาง Holmes and Rahe และนำมาปรับให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของสังคมไทย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 43 ข้อ แบ่งเหตุการณ์ในชีวิตออกเป็น 5 ด้าน คือด้านสุขภาพ 7 ข้อ ด้านครอบครัว 12 ข้อ ด้านเศรษฐกิจ 6 ข้อ ด้าน การงาน 10 ข้อ และด้านสังคม 8 ข้อ การกำหนดคะแนนในแต่ละข้อนั้นโดยการนำแบบสอบถามที่แก้ไขเรียบร้อยแล้วนั้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 20 ท่าน ประกอบด้วยสูตินรีแพทย์ จิตแพทย์ กำหนดคะแนนเหตุการณ์ในชีวิตแต่ละข้อด้วยวิธีการของเธอร์สโตรน คือกำหนดคะแนนของเหตุการณ์ในชีวิตเป็น 1 ถึง 11 คะแนนเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน เหตุการณ์ที่มีความรุนแรงมากขึ้นให้คะแนน 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, หรือ 11 ตามลำดับความรุนแรงของเหตุการณ์นั้นๆ นำคะแนนของข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 20 ท่าน ให้มาหาค่ามัธยฐาน ค่ามัธยฐานจะเป็นคะแนนความรุนแรงของเหตุการณ์ในชีวิตข้อนั้นๆ และได้หาความเที่ยงโดยนำแบบสัมภาษณ์ชุดเดิมไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิเดิมให้คะแนนอีกครั้งหนึ่ง แล้วหาค่ามัธยฐานใหม่ นำค่ามัธยฐานแต่ละข้อในแต่ละระยะเวลาทั้งสองครั้งมาหาค่าความเชื่อถือได้ของคะแนน เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตเป็น 0.97

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

สมจิตต์ นครพานิช ได้นำแบบสัมภาษณ์ที่แก้ไขความตรงตามเนื้อหาและกำหนดคะแนนเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างประชากรที่แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยการทดสอบซ้ำ (Test-retest) ได้ค่าคะแนนความเชื่อถือได้ของแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับ เท่ากับ 0.99 (คะแนนตามความรุนแรงของเหตุการณ์รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก) ผู้วิจัยนำค่าคะแนนระดับความเครียดมาจัดกลุ่มเป็น สูง ปานกลาง ต่ำ โดยใช้คะแนนเฉลี่ย (Mean \pm S.D.) เป็นเกณฑ์ในการแบ่ง

ชุดที่ 5 แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ประเมินโดยใช้แบบวัดการปรับตัวในชีวิตสมรส (Marital Adjustment Test = MAT) ซึ่งสร้างโดย ล็อกเก้ และวอลเลซ Locke & Wallace เป็นแบบวัดที่สั้นและง่ายต่อการตอบ มีความตรง และความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง สามารถจำแนกคู่สมรสที่มีปัญหาในชีวิตสมรสออกจากคู่สมรสที่ไม่มีปัญหาชีวิตสมรสได้เป็นอย่างดีแบบวัดนี้มีทั้งหมด 15 ข้อ ข้อแรกเป็นการประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสโดยรวม ให้ผู้ตอบเลือกคำตอบตั้งแต่ข้อ 1 - 7 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ไม่มีความสุขเลย (0 คะแนน) จนถึงมีความสุขมากที่สุด (35 คะแนน) ข้อ 2 - 9 เป็นข้อคำถามที่มีคำตอบให้เลือกจากเห็นพ้องกันเสมอ (5 คะแนน) จนถึงขัดแย้งกันตลอดเวลา (0 คะแนน) ในส่วนข้อ 10,11,13,14,15 เป็นคำถาม ให้ผู้ตอบเลือก

คำตอบที่มีคะแนนตั้งแต่ 0 - 15 คะแนน และข้อ 12 ให้ผู้ตอบเลือกคำตอบที่มีคะแนนตั้งแต่ 2 - 15 คะแนน ดังนั้นค่าคะแนนของแบบวัดทั้ง 15 ข้อ จึงอยู่ในระหว่าง 2-158 คะแนน คะแนนมากแสดงว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดี แบ่งระดับโดยใช้คะแนนเฉลี่ย (Mean \pm S.D.) เป็นเกณฑ์ในการแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มคะแนนต่ำ ปานกลาง สูง

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล (2540) ได้ทำการแปลแบบวัดนี้เป็นภาษาไทย แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลครอบครัวและผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาศาสตร์ จำนวน 9 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องเนื้อหา (content validity) และคำที่ใช้ในภาษาไทย ผลปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านภาษาศาสตร์สามารถแปลข้อความกลับเป็นภาษาอังกฤษได้ใกล้เคียงมาก หลังจากนั้นได้นำได้ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดที่มีบุตรคนแรกจำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจข้อคำถามได้ดี แล้วนำไปหาความเชื่อมั่นด้านความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์รอนบาชอัลฟาเท่ากับ 0.80 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย แปลงค่าคะแนนของทุกข้อเป็นคะแนนมาตรฐาน ได้ค่าสัมประสิทธิ์รอนบาชอัลฟาเท่ากับ 0.82

ชุดที่ 6 แบบประเมินระดับความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วย

พาดิณี พิบุญลย์เวช สร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้า เครื่องมือการประเมินระดับความวิตกกังวลของ Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) และ Manifest Anxiety Scale (MAS) และนำมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับการวิจัยครั้งนี้ ลักษณะเครื่องมือ เป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกคือ ข้อที่ 1 2 4 5 6 8 9 11 14 15 16 17 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบคือ ข้อที่ 3 7 10 12 13 18

การให้คะแนนแบบประเมินระดับความวิตกกังวล ซึ่งประกอบด้วยข้อความเชิงบวกและข้อความเชิงลบ ดังนี้

ระดับความรู้สึก	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
มากที่สุด	4	0
มาก	3	1
ปานกลาง	2	2
เล็กน้อย	1	3
ไม่มี	0	4

ระดับความรู้สึกมากที่สุด หมายถึง ระดับความรู้สึกที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย และจิตใจ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติภารกิจได้ตามปกติ

ระดับความรู้สึกมาก หมายถึง ระดับความรู้สึกที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายใจ โดยสามารถปฏิบัติภารกิจได้ตามปกติ แต่ไม่สามารถคิดริเริ่มสร้างสรรค์สิ่งใหม่ หรือแก้ปัญหาที่ซับซ้อนได้ในขณะนั้น

ระดับความรู้สึกปานกลาง หมายถึง ระดับความรู้สึกที่ค้ำเนินถึงหรือกังวลอยู่เสมอบ่อยครั้ง ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย แต่ต้องใช้เวลามากกว่าปกติในการสร้างความคิดริเริ่มหรือคิดแก้ปัญหาที่ซับซ้อน

ระดับความรู้สึกเล็กน้อยหมายถึงระดับความรู้สึกที่เกิดขึ้นบางครั้งที่มีผลต่อสภาพจิตใจ บ้างเล็กน้อย เมื่อมีสิ่งกระตุ้นจะเกิดความรู้สึกวิตกกังวลขึ้นได้ไม่มีผลต่อสุขภาพ ในบางครั้งใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจในเหตุการณ์ต่างๆ ช้าหรือเร็วกว่าปกติ มีผลให้กระทำกิจกรรมได้เร็วขึ้น และกระตือรือร้นกว่าเดิม

ระดับความรู้สึกไม่มี หมายถึง ไม่เกิดความรู้สึกใดๆ กับข้อคำถามนั้นๆ

คะแนนความวิตกกังวล มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-120 คะแนน โดยคะแนนมาก หมายถึง ระดับความวิตกกังวลสูง คะแนนน้อย หมายถึง ระดับความวิตกกังวลต่ำ เกณฑ์การพิจารณาระดับความวิตกกังวล ผู้วิจัยนำค่าคะแนนระดับความวิตกกังวลมาจัดกลุ่มเป็น สูง ปานกลาง ต่ำ โดยใช้คะแนนเฉลี่ย (Mean \pm S.D.) เป็นเกณฑ์ในการแบ่ง

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงในเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสัมภาษณ์เพื่อให้วัดได้ตรงตามเนื้อหาและครอบคลุมครบถ้วน ผู้สร้างแบบสอบถามได้นำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่านช่วยตรวจสอบ และนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้

2. การวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำแบบประเมินระดับความวิตกกังวล ที่ประยุกต์จาก Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) และ Manifest Anxiety Scale (MAS) ไปทดลองใช้กับกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วยพักรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร ซึ่งมีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 10 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยการหาความเชื่อมั่นด้านความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ครอนบาชอัลฟา (alpha Cronbach Coefficient) เท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลการทำวิจัยในหญิงหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ได้แก่ตีกัดคณางค์ชั้น 4, 5, 6, 7 ตีกนวมินทร์ชั้น 5, 6 แผนกสูติกรรม และตีกผู้ป่วยนอกนรีเวชกรรม (ภปร.ชั้น7)
2. ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัย และการทำแบบสอบถาม
3. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะแรกเริ่มเก็บตั้งแต่เดือนตุลาคม 2547 – กุมภาพันธ์ 2548 โดยนำเครื่องมือในการวิจัยซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ แบบสอบถามวัดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (EPDS) แบบสอบถามวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Life Stress Event) ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา แบบสอบถามวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สถานที่ที่จะใช้ทำการเก็บข้อมูลได้แก่ตีกัดคณางค์ชั้น 5, 6 ตีกนวมินทร์ชั้น 5, 6 แผนกสูติกรรม ซึ่งขึ้นอยู่กับว่ามารดาหลังคลอดเข้าพัก ณ ตีกใด ในส่วนของข้อมูลประวัติการคลอดและบุตรผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกเองที่ตีกัดคณางค์ชั้น 4 (ตีกทารกแรกเกิดวิกฤต) ข้อมูลทั้งหมดนี้ทำการเก็บรวบรวมภายในวันที่ 2-7 หลังคลอดในมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตีกทารกแรกเกิดวิกฤต ซึ่งตามความพร้อมของมารดาที่จะให้ข้อมูลตอบแบบสอบถาม และทำการชี้แจงขอนัดหมายเพื่อตอบแบบสอบถามในครั้งที่ 2
4. เมื่อสูติแพทย์ได้อนุญาตให้มารดาออกจากโรงพยาบาลและทำการนัดตรวจหลังคลอด ผู้วิจัยจะทำการบันทึกว่ามารดาจะมาตรวจตามนัดในวันใด หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทำการติดตามไปขอความร่วมมือจากมารดาในการทำแบบสอบถามในระยะที่ 2 ต่อไป
5. นำแบบสอบถามวัดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) และแบบสอบถามวัดการสนับสนุนทางสังคม ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามในระยะที่ 2 จะเก็บข้อมูลในสัปดาห์ที่ 4 – 6 หลังคลอดในเดือนพฤศจิกายน 2547 – มีนาคม 2548 สถานที่ที่ใช้ทำการเก็บข้อมูลได้แก่ตีกผู้ป่วยนอกนรีเวชกรรม (ภปร. 7) ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มารดามารดาทำการตรวจหลังคลอดตามแพทย์นัด ผู้วิจัยจะทำการตรวจรายชื่อกับบัตรนัดเมื่อพบว่าตรงกันก็จะขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างให้ทำแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยใดๆ สามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาและตีกัดคณางค์ชั้น 4 (ตีกทารกแรกเกิดวิกฤต) ในกรณีที่มารดามารดาเยี่ยมบุตรที่ยังคงรับการรักษาอยู่ในตีก
6. รวบรวมแบบสอบถามที่ได้ ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล
7. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้วิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ข้อมูลที่รวบรวมได้นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้คอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแจกแจงข้อมูลทั่วไปและภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่

- Univariate Analysis เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้

Chi – square test ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

Student t – test ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

- Multivariate Analyses

Logistic Regression Analysis เพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษาดังแต่เดือนตุลาคม 2547 ถึงเดือนมีนาคม 2548 ในการศึกษาคั้งนี้แบ่งระยะเวลาที่ทำการศึกษาเป็น 2 ช่วงเวลา ระยะเวลาแรกช่วงเวลา 2-7 วันหลังคลอด จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 114 คน ระยะเวลาที่สองช่วงเวลา 4-6 สัปดาห์หลังคลอด กลุ่มตัวอย่างที่คงเข้าร่วมการศึกษานี้มีจำนวน 97 คน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ภาวะซีมเศร้าของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เสนอตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาความชุกของภาวะซีมเศร้าในมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตอนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยทางจิตสังคม

- การสนับสนุนทางสังคม
- เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต
- สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส
- ความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการตั้งครรรภ์, การคลอด, บุตรและปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซีมเศร้าของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในระยะ 2-7 วันหลังคลอด

ตอนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการตั้งครรรภ์, การคลอด, บุตรและปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซีมเศร้าของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด

ตอนที่ 6 ปัจจัยทำนายภาวะซีมเศร้าของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤตโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่ระยะเวลา 2- 7 วันและ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายละเอียดส่วนบุคคล

รายละเอียดส่วนบุคคล	จำนวน (n = 114)	ร้อยละ
1. อายุ		
น้อยกว่า 20 ปี	16	14.0
20 – 29 ปี	52	45.6
30 – 39 ปี	39	34.2
ตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป	7	6.1
Mean = 28.8, S.D. = 6.57		
Min = 14 ปี, Max = 42 ปี		
2. ศาสนา		
พุทธ	111	97.4
อิสลาม	3	2.6
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	25	21.9
มัธยมศึกษาปีที่ 3	27	23.7
มัธยมศึกษาปีที่ 6	16	14
สายอาชีพ ปวช.	2	1.8
สายอาชีพ ปวส.	7	6.2
ปริญญาตรี	34	29.8
ปริญญาโท	3	2.6
4. อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	37	32.5
รับจ้าง	30	26.3
ค้าขาย	8	7

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายละเอียดส่วนบุคคล

รายละเอียดส่วนบุคคล	จำนวน (n = 114)	ร้อยละ
รับราชการ	6	5.3
รัฐวิสาหกิจ	1	0.9
พนักงานบริษัท	23	20.2
ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม	7	6.1
เจ้าของกิจการ	2	1.7
5. รายได้ส่วนบุคคล		
ไม่มีรายได้	37	32.5
มีรายได้	77	67.5
Mean = 10,199.23 บาท, S.D. = 7,941		
Min = 2,500 บาท, Max = 39,000 บาท		
6. รายได้ครอบครัวต่อเดือน	114	100
Mean = 22,171.99 บาท, S.D. = 23,668.19		
Min = 2,500 บาท, Max = 150,000 บาท		
7. สถานภาพสมรส		
จัดพิธีแต่งงาน	80	70.2
ไม่ได้จัดพิธีแต่งงาน	34	29.8
8. การจดทะเบียนสมรส		
จดทะเบียนสมรส	80	70.2
ไม่ได้จดทะเบียนสมรส	34	29.8
9. การใช้ชีวิตคู่อยู่ด้วยกัน		
อยู่ด้วยกันตลอด	100	87.7
หย่าแยกทางกัน	4	3.5
ไม่ได้อยู่ด้วยกันตลอด	10	8.8
อยู่ด้วยกันสัปดาห์ละประมาณ 1 วัน	4	3.5
อยู่ด้วยกันสัปดาห์ละประมาณ 3 วัน	5	4.4

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายละเอียดส่วนบุคคล

รายละเอียดส่วนบุคคล	จำนวน (n = 114)	ร้อยละ
อยู่ด้วยกันสัปดาห์ละประมาณ 5 วัน	1	0.9
10. ภูมิลำเนาเดิม		
กรุงเทพมหานคร	28	24.6
ต่างจังหวัด	86	75.4
11. การใช้ชีวิตส่วนใหญ่		
กรุงเทพมหานคร	90	78.9
ต่างจังหวัด	24	21.1
12. ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช		
ไม่เคยเจ็บป่วย	114	100
13. ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชของครอบครัว		
ไม่เคยเจ็บป่วย	114	100
14. ประวัติมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	100	87.6
มี	14	12.4
โรคความดันโลหิต	1	0.9
โรคกระเพาะอาหาร	3	2.6
โรคโลหิตจาง	2	1.8
โรคไวรัสตับอักเสบบี	1	0.9
โรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ	2	1.8
โรคไมเกรน	1	0.9
โรคภูมิแพ้	3	2.6
โรคไทรอยด์	1	0.9
ระยะเวลาการเป็นโรคโดยเฉลี่ย 7.79 ปี		
Mean = 7.79 ปี, S.D. = 6.974, Min = 1 ปี, Max = 25 ปี		

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายละเอียดส่วนบุคคล

รายละเอียดส่วนบุคคล	จำนวน (n = 114)	ร้อยละ
15. เคยมีบุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต		
ไม่มี	109	95.6
มี	5	4.4
จำนวนบุตรที่เคยเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต		
จำนวน 1 คน	3	2.6
จำนวน 2 คน	2	1.8

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 28.8 ปี นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 97.4 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 29.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 32.5 รายได้ส่วนบุคคลโดยเฉลี่ย 10,199.00 บาท รายได้ครอบครัวโดยเฉลี่ย 22,172.00 บาทต่อเดือน สถานภาพสมรสมีการจัดพิธีแต่งงานและจดทะเบียนสมรสร้อยละ 70.2 การใช้ชีวิตอยู่ด้วยกันส่วนใหญ่อยู่ด้วยกันตลอดร้อยละ 87.7 ภูมิลำเนาเดิมเป็นคนต่างจังหวัดร้อยละ 75.4 การใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพมหานครร้อยละ 78.9 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชของตนเองและของครอบครัว ประวัตินี้โรคประจำตัวกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 87.6 มีประวัติมีโรคประจำตัวร้อยละ 12.4 ระยะเวลาที่เป็นโรคประจำตัวโดยเฉลี่ย 7.8 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยมีบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยทารกแรกเกิดวิกฤตร้อยละ 95.6

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการตั้งครุฑ, การคลอด
และบุตร

การตั้งครุฑ, การคลอดและบุตร	จำนวน (n = 114)	ร้อยละ
1. เคยมีประวัติแท้งบุตร		
ไม่เคย	81	71.1
เคย	33	28.9
เคยแท้งบุตร 1 ครั้ง	27	23.7
เคยแท้งบุตร 2 ครั้ง	6	5.2
2. เคยมีบุตรเสียชีวิตในครรภ์ขณะคลอดหรือหลังคลอด		
ไม่เคย	110	96.5
เคย	4	3.5
3. ลำดับที่ของบุตร		
ลำดับแรก	57	50.0
ลำดับที่สอง	35	30.8
ลำดับที่สาม	12	10.5
ลำดับที่สี่	7	6.1
ลำดับที่ห้า	3	2.6
4. การวางแผนในการตั้งครุฑ		
ไม่มี	48	42.1
มี	66	57.9
5. ความพร้อมในการมีบุตร		
พร้อม	80	70.2
ไม่แน่ใจ	19	16.6
ไม่พร้อม	15	13.2

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการตั้งครรภ์, การคลอด และบุตร

การตั้งครรภ์, การคลอดและบุตร	จำนวน (n = 114)	ร้อยละ
6. เพศของบุตร		
ชาย	65	57.0
หญิง	49	43.0
7. เพศของบุตรตรงตามความต้องการ		
ตรง	84	73.7
ไม่ตรง	30	26.3
8. วิธีการคลอด		
คลอดเองตามปกติ	41	36.0
คลอดโดยการผ่าตัด	65	57.0
คลอดโดยการให้เครื่องมือช่วย	8	7.0
ใช้คีม (Forceps)	4	3.5
ใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (Vacuum)	4	3.5
9. น้ำหนักตัวทารกแรกเกิด		
น้อยกว่า 1,000 กรัม	9	7.9
1,000 - 1,249 กรัม	14	12.3
1,250 - 1,499 กรัม	13	11.4
1,500 - 2,499 กรัม	41	36.0
ตั้งแต่ 2,5000 กรัมขึ้นไป	37	32.4
(Mean = 2,019.18, S.D. = 828.29)		
(Min = 770, Max = 3,810)		

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการตั้งครรภ์, การคลอด และบุตร

การตั้งครรภ์, การคลอดและบุตร	จำนวน (n = 114)	ร้อยละ
10. ระยะเวลาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิด		
วิกฤต		
ระยะเวลาเฉลี่ย 16.38 วัน (Mean = 16.38, S.D. = 18.32) (Min = 2, Max = 110)	114	100

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติแท้งบุตรร้อยละ 71.1 ไม่เคยมีบุตรเสียชีวิตในครรภ์ขณะคลอดหรือหลังคลอดร้อยละ 96.5 ลำดับที่ของบุตรซึ่งเป็นบุตรคนแรก ร้อยละ 50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการวางแผนในการตั้งครรภ์ร้อยละ 57.9 มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ร้อยละ 70.2 ส่วนใหญ่คลอดบุตรเป็นเพศชายร้อยละ 57 เพศของบุตรตรงตามความต้องการร้อยละ 73.7 วิธีการคลอดส่วนใหญ่คลอดโดยการผ่าตัดร้อยละ 57 น้ำหนักตัวของทารกแรกเกิดโดยเฉลี่ย 2,019 กรัม และระยะเวลาเฉลี่ยที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤตเท่ากับ 16 วัน

ตอนที่ 2 ข้อมูลทางจิตสังคม

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนร้อยละของปัจจัยทางจิตสังคมช่วงเวลา 2 -7 วันหลังคลอด

ปัจจัยทางจิตสังคม		จำนวน (n = 114)	ร้อยละ
การสนับสนุนทางสังคม			
ระดับต่ำ	(68.00 – 86.00)	18	15.8
ระดับปานกลาง	(86.01 – 104.95)	77	67.5
ระดับสูง	(104.96 – 119.00)	19	16.7
(Mean = 95.48, S.D. = 9.47, Min = 68.00, Max = 119.00)			
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา			
ระดับต่ำ	(0 – 15.46)	17	14.9
ระดับปานกลาง	(15.47 – 67.75)	81	71.1
ระดับสูง	(67.76 – 127.98)	16	14.0
(Mean = 41.61, S.D. = 26.14, Min = 0, Max = 127.98)			
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส			
ระดับต่ำ	(21.00 – 89.71)	14	12.3
ระดับปานกลาง	(89.72 – 141.14)	83	72.8
ระดับสูง	(141.15 – 158.00)	17	14.9
(Mean = 115.43, S.D. = 25.71, Min = 21, Max = 158)			
ความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในเด็กทารกแรกเกิดวิกฤต			
ระดับต่ำ	(0 – 39.56)	23	20.2
ระดับปานกลาง	(39.57 – 75.95)	71	62.2
ระดับสูง	(75.96 – 101.00)	20	17.6
(Mean = 57.76, S.D. = 18.19 Min = 23, Max = 101)			

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนสนับสนุนทางสังคมของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึก ทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในระยะ 2-7 วันหลังคลอดส่วนใหญ่มีระดับแรง สนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.5 รองมาได้แก่ระดับสูง ร้อยละ 16.7 และ ระดับต่ำร้อยละ 15.8

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมาอยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 71.1 รองมาได้แก่ระดับต่ำ ร้อยละ 14.9 และระดับสูง ร้อยละ 14

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสระดับปานกลาง ร้อยละ 72.8 รองมา ได้แก่ระดับสูง ร้อยละ 14.9 และระดับต่ำ ร้อยละ 12.3

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความวิตกกังวลที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิด วิกฤตระดับปานกลาง ร้อยละ 62.2 รองมาได้แก่ระดับต่ำ ร้อยละ 20.2 และระดับสูง ร้อยละ 17.6



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนร้อยละของปัจจัยทางจิตสังคมช่วงเวลา 4-6 สัปดาห์หลังคลอด

ปัจจัยทางจิตสังคม		จำนวน (n = 97)	ร้อยละ
การสนับสนุนทางสังคม			
ระดับต่ำ	(72.00 – 85.78)	15	15.4
ระดับปานกลาง	(85.79 – 105.13)	65	67.0
ระดับสูง	(105.14 – 119.00)	17	17.6
(Mean = 95.46, S.D. = 9.67)			
(Min = 72, Max = 119)			

จากตารางที่ 4 พบว่าในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง 67.0 รองมาได้แก่ระดับสูง ร้อยละ 17.6 และระดับต่ำ ร้อยละ 15.4

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 ผลการศึกษาความชุกภาวะซีมเศร้าของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึก
ทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 5 ความชุกภาวะซีมเศร้าของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงระยะเวลา 2 – 7 วันหลังคลอด และ 4 – 6 สัปดาห์
หลังคลอด

ช่วงเวลาที่ทำการศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง		ภาวะซีมเศร้า		ความชุกของ ภาวะซีมเศร้า
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	มี	ไม่มี	
			จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ระยะ 2-7 วันหลังคลอด	114	51.8	59	55	51.8 %
ระยะ 4 – 6 สัปดาห์	97	34	33	64	34 %
หลังคลอด	100	34	34	66	

จากตารางที่ 5 พบว่าเริ่มต้นทำการศึกษามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรก
วิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 114 คนในระยะ 2-7 วันหลังคลอด พบความชุกของภาวะ
ซีมเศร้าคิดเป็น 51.8

เมื่อทำการศึกษาต่อไปถึงความชุกของภาวะซีมเศร้าในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอดมีกลุ่ม
ตัวอย่างที่ยังคงเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 97 คน (คิดเป็นร้อยละ 85.1 จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง
เริ่มต้น 114 คน) พบความชุกภาวะซีมเศร้าในระยะนี้คิดเป็น 34

กลุ่มตัวอย่าง 17 คนที่ออกจากการศึกษาในระยะที่ 2 เนื่องมาหลังคลอดบุตรแล้วกลับไป
อยู่บ้านที่ต่างจังหวัดจึงไม่สามารถตอบแบบสอบถามในระยะที่ 2 ได้ คิดเป็นร้อยละ 14.9 พบว่าที่
ระยะ 2 – 7 วันหลังคลอด มารดาในกลุ่มนี้มีภาวะซีมเศร้าหลังคลอดทั้งหมด

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ของภาวะซีมเศร้าในระยะเวลาหลังคลอดของมารดาที่บุตรเข้ารับการ

รักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในระยะ 2-7 วัน

กับระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอดโดยใช้สถิติ Mc Nemar test

ภาวะซีมเศร้าหลังคลอด					
ระยะ 4-6 สัปดาห์					
ภาวะซีมเศร้าหลังคลอด	ระยะ 2-7 วัน			รวม	P – value
	ไม่มี	มี			
ไม่มี	46	9	55	0.122	
มี	18	24	42		
รวม	64	33	97		

จากตารางที่ 6 แสดงถึงความสัมพันธ์ของภาวะซีมเศร้าในระยะ 2-7 วันกับระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอดของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากกลุ่มตัวอย่างที่ยังคงเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 97 คน พบว่า ที่ระยะ 2-7 วันหลังคลอด มารดาในกลุ่มมีภาวะซีมเศร้าหลังคลอดจำนวน 42 คน เมื่อทำการศึกษาต่อไปถึงระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอดพบว่ามารดาในกลุ่มนี้ยังคงมีภาวะซีมเศร้าหลังคลอดอยู่จำนวน 24 คน และไม่มีภาวะซีมเศร้าจำนวน 18 คน

ที่ระยะ 2-7 วันหลังคลอด มารดาในกลุ่มไม่มีภาวะซีมเศร้าหลังคลอดจำนวน 55 คนเมื่อทำการศึกษาต่อไปถึงระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอดยังคงไม่มีภาวะซีมเศร้าหลังคลอดจำนวน 46 คน และพบว่ามีภาวะซีมเศร้าจำนวน 9 คน โดยใช้สถิติ Mc Nemar test พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการตั้งครรรภ์, การคลอดและบุตรและปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่ระยะ 2-7 วันหลังคลอด

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในระยะ 2-7 วันหลังคลอด โดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact test

ปัจจัยส่วนบุคคล (n=114)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า		P - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ศาสนา					0.609 ^b
พุทธ	53	46.5	58	50.88	
อิสลาม	2	1.75	1	0.87	
ระดับการศึกษา					0.565
ประถมศึกษา	11	9.6	14	12.3	
มัธยมศึกษา	20	17.5	25	22.0	
อนุปริญญาขึ้นไป	24	21.1	20	17.5	
อาชีพ					0.044 [*]
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12	10.5	25	21.9	
ผู้ใช้แรงงาน	27	23.7	18	15.9	
ทำงานในออฟฟิต	16	14.0	16	14.0	
สถานภาพสมรส					0.110
จัดพิธีแต่งงาน	43	37.7	37	32.5	
ไม่ได้จัดพิธีแต่งงาน	12	10.5	22	19.3	

* $p < 0.05$, ^b = Fisher's exact test

ตารางที่ 7 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซีมีเศร่าของมารดาที่บุตรเข้ารับ

การรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในระยะ 2-7 วันหลัง

คลอดโดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact test

ปัจจัยส่วนบุคคล (n=114)	ไม่มีภาวะซีมีเศร่า		มีภาวะซีมีเศร่า		P - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การจดทะเบียนสมรส					0.968
จดทะเบียน	17	14.9	17	14.9	
ไม่ได้จดทะเบียน	38	33.4	42	36.8	
การใช้ชีวิตคู่อยู่ด้วยกัน					0.286
อยู่ด้วยกัน	51	44.7	49	43.0	
หย่าแยกทางกัน	1	0.9	3	2.6	
ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	3	2.6	7	6.1	
ภูมิลำเนาเดิม					1.000
กรุงเทพมหานคร	14	12.2	14	12.2	
ต่างจังหวัด	41	36.0	45	39.6	
การใช้ชีวิตส่วนใหญ่					0.971
กรุงเทพมหานคร	44	38.6	46	40.4	
ต่างจังหวัด	11	9.6	13	11.4	
ประวัติมีโรคประจำตัว					0.474
ไม่มี	50	43.9	50	43.9	
มี	5	4.3	9	7.9	

ตารางที่ 7 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซีมเศร้าของมารดาที่บุตรเข้ารับ

การรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในระยะ 2-7 วันหลัง

คลอดโดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact test

ปัจจัยส่วนบุคคล (n=114)	ไม่มีภาวะซีมเศร้า		มีภาวะซีมเศร้า		P - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เคยมีบุตรเข้ารับ การรักษาในตึกทารกแรก เกิดวิกฤต					0.195 ^b
ไม่มี	51	44.7	58	50.9	
มี	4	3.5	1	0.9	

^b = Fisher's exact test

จากตารางที่ 7 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้าของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในระยะ 2-7 วันหลังคลอดกับปัจจัยส่วนบุคคลโดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าในระยะ 2-7 วันหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยทางด้านศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การจดทะเบียนสมรส การใช้ชีวิตคู่ อยู่ด้วยกัน ภูมิลำเนาเดิม การใช้ชีวิตส่วนใหญ่ในกรุงเทพฯ ประวัติมีโรคประจำตัว เคยมีบุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าในระยะ 2-7 วันหลังคลอด

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตรกับภาวะซีมเศร้า
ของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ในระยะ 2-7 วันหลังคลอดโดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact test

ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์	ไม่มีภาวะซีมเศร้า		มีภาวะซีมเศร้า		P - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การคลอดและบุตร (n=114)					
การแท้งบุตร					1.000
ไม่เคย	39	34.2	42	36.9	
เคย	16	14.0	17	14.9	
บุตรเสียชีวิตในครรภ์					
ขณะคลอดหรือหลัง					
คลอด					0.051 ^b
ไม่เคย	51	44.7	59	51.8	
เคย	4	3.5	0	0	
วางแผนในการตั้งครรภ์					0.165
ไม่มี	19	16.6	29	25.5	
มี	36	31.6	30	26.3	
ความพร้อมในการ					
มีบุตร					0.002 ^{**}
พร้อม	47	41.2	33	28.9	
ไม่แน่ใจ	5	4.4	14	12.4	
ไม่พร้อม	3	2.6	12	10.5	
เพศของบุตร					0.745
ชาย	30	26.3	35	30.7	
หญิง	25	21.9	24	21.1	

^{**} p < 0.01, ^b = Fisher's exact test

ตารางที่ 8 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตรกับภาวะซีมเศร้า
ของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ในระยะ 2-7 วันหลังคลอดโดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact test

ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์	ไม่มีภาวะซีมเศร้า		มีภาวะซีมเศร้า		P - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การคลอดและบุตร (n=114)					
เพศของบุตรตรงตาม					
ความต้องการ					0.745
ตรง	14	12.2	16	14.0	
ไม่ตรง	41	36.0	43	37.8	
ลำดับที่ของการตั้งครรภ์					0.261
ครรภ์แรก	24	21.1	33	28.9	
ครรภ์หลัง	31	27.1	26	22.9	
วิธีการคลอด					0.373
คลอดเอง	17	14.9	24	21.1	
คลอดด้วยวิธีอื่น (ผ่าตัดคลอด, คีมช่วยคลอด, เครื่องดูดสุญญากาศ)	38	33.3	35	30.7	

จากตารางที่ 8 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตรกับภาวะซีมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test พบว่า ความพร้อมในการมีบุตรมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าหลังคลอดที่ระยะ 2-7 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ประวัติเคยแท้งบุตร ประวัติเคยมีบุตรเสียชีวิตในครรภ์ การวางแผนในการตั้งครรภ์ เพศของบุตร เพศของบุตรตรงตามความต้องการ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ วิธีการคลอด ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าหลังคลอดที่ระยะ 2-7 วัน

ตารางที่ 9 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของมารดา

ที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ในระยะ 2-7 วันหลังคลอด

ปัจจัยส่วนบุคคล (n = 114)	ภาวะซึมเศร้า				t	P-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า			
	จำนวน	Mean	จำนวน	Mean		
	(คน)	S.D.	(คน)	S.D.		
อายุ	55	29.38 (6.255)	59	27.05 (6.704)	1.916	0.058
รายได้ครอบครัว ต่อเดือน	55	26,018.18 (28,527.27)	59	18,586.44 (17,510.13)	1.662	0.100
รายได้ส่วนบุคคล ^a ต่อเดือน	55	6,000.00 (0 – 30,000)	59	4,000.00 (0 – 39,000)		0.006**

^a = แสดงค่า Median (Min – Max) โดยใช้สถิติ Mann – Whitney test, ** p<0.01

จากตารางที่ 9 เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าในระยะ 2-7 วันหลังคลอด โดยใช้สถิติ t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของปัจจัยด้านอายุ และรายได้ครอบครัวต่อเดือนไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนค่าเฉลี่ยของรายได้ส่วนบุคคลต่อเดือน เมื่อทำการเปรียบเทียบโดยใช้ สถิติ Mann – Whitney test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P < 0.01 พบว่ามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะมีรายได้ส่วนบุคคลต่อเดือนน้อยกว่ามารดาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ตารางที่ 10 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยด้านการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตรกับ

ภาวะซีมเศร้ำของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในระยะ 2-7 วันหลังคลอดโดยใช้สถิติ t-test

ปัจจัยด้านการตั้ง ครรภ์, การคลอด และบุตร	ภาวะซีมเศร้ำ				t	P-value
	ไม่มีภาวะซีมเศร้ำ		มีภาวะซีมเศร้ำ			
	จำนวน (คน)	Mean S.D.	จำนวน (คน)	Mean S.D.		
น้ำหนักตัวทารก แรกเกิด	55	2,025.55 (830.79)	59	2,013.25 (833.03)	0.079	0.937
ระยะเวลาที่บุตร เข้ารับการรักษาใน ตึกทารกแรกเกิดวิกฤต	55	14.80 (16.93)	59	17.85 (19.55)	- 0.887	0.377

จากตารางที่ 10 เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ การคลอดและบุตรกับภาวะซีมเศร้ำในระยะ 2-7 วันหลังคลอด โดยใช้สถิติ t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของ น้ำหนักตัวทารกแรกเกิด ระยะเวลาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤตไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าของมารดาที่

บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ในช่วง 2-7 วันหลังคลอด โดยใช้สถิติ t-test

ปัจจัยทางจิตสังคม (n=114)	ภาวะซึมเศร้า				t	P-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=55)		มีภาวะซึมเศร้า (n=59)			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
การสนับสนุนทางสังคม	96.71	10.367	94.34	8.034	1.370	0.174
เหตุการณ์ความเครียด ในชีวิต	35.75	28.217	47.07	22.96	- 2.356	0.020*
สัมพันธภาพระหว่างคู่ สมรส	120.89	24.378	110.34	26.07	2.228	0.028*
ความวิตกกังวลของ มารดาที่บุตรเข้ารับการ รักษาในตึกทารกแรก เกิดวิกฤต	49.34	17.217	65.61	15.45	- 5.315	0.000**

* p < 0.05 , ** p < 0.01

จากตารางที่ 11 เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าในระยะ 2-7 วันหลังคลอด โดยใช้สถิติ t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต คะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตสูงกว่ามารดาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และ มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสต่ำกว่ามารดาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

และพบว่ามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความวิตกกังวลที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤตสูงกว่ามารดาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ส่วนคะแนนการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตรและปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในระยะ 4-6 สัปดาห์ หลังคลอด

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในระยะ 4-6 สัปดาห์ หลังคลอดโดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact test

ปัจจัยส่วนบุคคล (n=97)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า		P - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ศาสนา					0.549 ^b
พุทธ	61	62.9	33	34.0	
อิสลาม	3	3.1	0	0	
ระดับการศึกษา					0.692
ประถมศึกษา	11	11.3	7	7.2	
มัธยมศึกษา	24	24.8	14	14.4	
อนุปริญญาขึ้นไป	29	29.9	12	12.4	
อาชีพ					0.432
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	18	18.5	13	13.4	
ผู้ใช้แรงงาน	25	25.8	11	11.3	
ทำงานในออฟฟิต	21	21.7	9	9.3	
สถานภาพสมรส					0.268
จัดพิธีแต่งงาน	49	50.5	21	21.6	
ไม่ได้จัดพิธีแต่งงาน	15	15.5	12	12.4	

^b = Fisher's exact test

ตารางที่ 12 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของมารดาที่บุตรเข้ารับ

การรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในระยะ 4-6 สัปดาห์

หลังคลอดโดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact test

ปัจจัยส่วนบุคคล (n=97)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า		P - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การจดทะเบียนสมรส					0.661
จดทะเบียน	19	19.6	12	12.4	
ไม่ได้จดทะเบียน	45	46.4	21	21.6	
ภูมิลำเนาเดิม					1.000
กรุงเทพมหานคร	16	16.5	9	9.3	
ต่างจังหวัด	48	49.5	24	24.7	
การใช้ชีวิตส่วนใหญ่					0.853
กรุงเทพมหานคร	51	52.6	25	25.8	
ต่างจังหวัด	13	13.4	8	8.2	
ประวัติมีโรคประจำตัว					0.002 ^{b**}
ไม่มี	62	63.9	25	25.8	
มี	2	2.1	8	8.2	
เคยมีบุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต					1.000 ^b
ไม่มี	61	62.9	31	32.0	
มี	3	3.1	2	2.0	

** p<0.01, ^b = Fisher's exact test

จากตารางที่ 12 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้าของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอดกับปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ประวัติมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าของมารดาที่ระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ในส่วนของการนับถือศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส การจดทะเบียนสมรส การใช้ชีวิตคู่อยู่ด้วยกัน ภูมิลำเนาเดิม การใช้ชีวิตส่วนใหญ่ เคยมีบุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต พบว่าไม่มีมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าของมารดาในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตรกับภาวะซึมเศร้า
ของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอดโดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact test

ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า		P - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การคลอดและบุตร (n=97)					
การแท้งบุตร					0.645
ไม่เคย	47	48.9	22	22.7	
เคย	17	17.5	11	39.3	
บุตรเสียชีวิตในครรภ์ ขณะคลอดหรือหลัง คลอด					1.000 ^b
ไม่เคย	61	62.9	32	33.0	
เคย	3	31.1	1	1.0	
วางแผนในการตั้งครรภ์					0.802
ไม่มี	24	24.7	14	14.4	
มี	40	41.3	19	19.6	
ความพร้อมในการ มีบุตร					0.369
พร้อม	51	52.6	22	22.7	
ไม่แน่ใจ	8	8.2	7	7.2	
ไม่พร้อม	5	5.2	4	4.1	
เพศของบุตร					0.501
ชาย	39	40.2	17	17.5	
หญิง	25	25.8	16	16.5	

^b = Fisher's exact test

ตารางที่ 13 (ต่อ)ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการตั้งครรภ์,การคลอดและบุตรกับภาวะซีมีเศร่า
ของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอดโดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact test

ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์	ไม่มีภาวะซีมีเศร่า		มีภาวะซีมีเศร่า		P - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การคลอดและบุตร (n=97)					
เพศของบุตรตรงตาม ความต้องการ					0.031*
ตรง	53	54.6	20	20.6	
ไม่ตรง	11	11.4	13	13.4	
ลำดับที่ของการ ตั้งครรภ์					0.949
ครรภ์แรก	33	34.0	18	18.6	
ครรภ์หลัง	31	32.0	15	15.4	
บุตรเข้ารับการรักษาใน ตึกทารกแรกเกิดวิกฤต					1.000
ยังคงรักษาอยู่	52	53.6	27	27.8	
ย้ายออก	12	12.4	6	6.2	

* p < 0.05

จากตารางที่ 13 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้าของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอดกับปัจจัยด้านการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตร โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test ซึ่งปัจจัยด้านการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตร พบว่าเพศของบุตรตรงตามความต้องการมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าของมารดาในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในส่วนของประวัติการแท้งบุตร ประวัติเคยมีบุตรเสียชีวิตในครรภ์ขณะคลอดหรือหลังคลอด การวางแผนในการตั้งครรภ์ ความพร้อมในการมีบุตร เพศของบุตร ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ วิธีการคลอด บุตรยังคงเข้ารับรักษาอยู่ในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าของมารดาในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 14 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของมารดา

ที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะซึมเศร้า				t	P-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า			
	จำนวน (คน)	Mean S.D.	จำนวน (คน)	Mean S.D.		
อายุ	64	28.22 (6.109)	33	27.85 (7.018)	1.655	0.201
รายได้ครอบครัว ต่อเดือน	64	23,743.75 (22,603.71)	33	22,590.91 (29,011.43)	0.044	0.835
รายได้ส่วนบุคคล ^a ต่อเดือน	64	6,000.00 (0 – 39,000)	33	4,800.00 (0 – 26,000)		0.143

^a = แสดงค่า Median (Min – Max) โดยใช้สถิติ Mann – Whitney test

จากตารางที่ 14 เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอดกับปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ และ รายได้ครอบครัวต่อเดือน โดยใช้สถิติ t-test และรายได้ส่วนบุคคลต่อเดือน โดยใช้สถิติ Mann – Whitney test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 15 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยด้านการตั้งครรรภ์, การคลอดและบุตรกับ

ภาวะซีมเศร้ำของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอดโดยใช้สถิติ t-test

ปัจจัยด้านการตั้ง ครรรภ์, การคลอด และบุตร	ภาวะซีมเศร้ำ				t	P-value
	ไม่มีภาวะซีมเศร้ำ		มีภาวะซีมเศร้ำ			
	จำนวน (คน)	Mean S.D.	จำนวน (คน)	Mean S.D.		
น้ำหนักตัวทารก แรกเกิด	64	2,078.28 (851.03)	33	1,888.03 (739.95)	1.090	0.278
ระยะเวลาที่บุตร เข้ารับการรักษาใน ตึกทารกแรกเกิดวิกฤต	64	15.63 (17.18)	33	16.70 (22.05)	- 0.264	0.793

จากตารางที่ 15 เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยด้านการตั้งครรรภ์ การคลอดและบุตรของมารดากับภาวะซีมเศร้ำในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด โดยใช้สถิติ t-test พบว่า เคยมีประสบการณ์แท้งบุตร น้ำหนักตัวทารกแรกเกิด ระยะเวลาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤตไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 16 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด โดยใช้สถิติ t-test

ปัจจัยทางจิตสังคม (n=97)	ภาวะซึมเศร้า				t	P-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=64)		มีภาวะซึมเศร้า (n=33)			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
การสนับสนุนทางสังคม	97.17	9.33	92.15	9.57	2.488	0.015*

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 16 เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด โดยใช้สถิติ t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่ามารดาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 6 ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ระยะ 2-7 วันหลังคลอด

ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่ระยะเวลา 2-7 วันหลังคลอด โดยใช้การวิเคราะห์สถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) โดยการนำตัวแปรดังต่อไปนี้มาเข้าสมการ

ตัวแปรจากปัจจัยส่วนบุคคล

- อาชีพ
- รายได้ส่วนบุคคลต่อเดือน

ตัวแปรจากปัจจัยด้านการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตร

- ความพร้อมในการมีบุตร

ตัวแปรจากปัจจัยด้านจิตสังคม

- เหตุการณ์ความเครียดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา
- สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส
- ความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต

ตารางที่ 17 ปัจจัยทำนายภาวะซีมเศร้าของมารดาที่ระยะ 2-7 วันหลังคลอด โดยนำตัวแปร

จากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตรและ

ปัจจัยด้านจิตสังคม มาเข้าสมการวิเคราะห์ทางสถิติถดถอยโลจิสติก

(Logistic Regression Analysis)

ลำดับตัวแปร	B	Sig	Adjusted OR	95% CI for Adjusted OR	
				Lower	Upper
ความวิตกกังวลของมารดาที่ บุตรเข้ารับการรักษาในตึก ทารกแรกเกิดวิกฤต	2.367	0.000**	10.667	2.951	38.552

** p<0.01

จากตารางที่ 17 เมื่อนำตัวแปรจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตร และปัจจัยด้านจิตสังคม มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อภาวะซีมเศร้าของมารดาที่ระยะ 2-7 วันหลังคลอดคือ ความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต ถ้ามารดาที่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงสูงจะมีภาวะซีมเศร้าได้มากกว่ามารดาที่มีความวิตกกังวลในระดับต่ำคิดเป็น 10.67 เท่า

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด

ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อภาวะซีมเศร้าของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิด
 วิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่ระยะเวลา 4-6 สัปดาห์หลังคลอด โดยใช้การวิเคราะห์สถิติ
 ถดถอย โลจิสติก (Logistic Regression Analysis) โดยการนำตัวแปรดังต่อไปนี้มาเข้าสมการ

ตัวแปรจากปัจจัยส่วนบุคคล

- ประวัติการมีโรคประจำตัว

ตัวแปรจากปัจจัยด้านการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตร

- ความต้องการในเพศของบุตร

ตัวแปรจากปัจจัยด้านจิตสังคม

- การสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรจากภาวะซีมเศร้าของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิด วิกฤต

- ภาวะซีมเศร้าที่ระยะ 2-7 วันหลังคลอด

ตารางที่ 18 ปัจจัยทำนายภาวะซีมเศร้าของมารดาที่ระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด โดยนำตัวแปร
จากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตร ปัจจัยด้านจิตสังคม
และภาวะซีมเศร้าที่ระยะ 2-7 วันหลังคลอดมาเข้าสมการวิเคราะห์ทางสถิติถดถอย
โลจิสติก (Logistic Regression Analysis)

ลำดับตัวแปร	B	Sig	Adjusted	95% CI for Adjusted OR	
				Lower	Upper
ภาวะซีมเศร้าของมารดาที่ ระยะ 2-7 วันหลังคลอด	1.972	0.000**	7.184	2.623	9.677
ประวัติการมีโรคประจำตัว	2.403	0.008**	11.052	1.882	64.891

** p<0.01

จากตารางที่ 18 เมื่อนำตัวแปรจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์, การคลอด
และบุตร ปัจจัยด้านจิตสังคม และภาวะซีมเศร้าที่ระยะ 2-7 วันหลังคลอดมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ
ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อภาวะซีมเศร้าของ
มารดาที่ระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอดคือ ภาวะซีมเศร้าของมารดาที่ระยะ 2-7 วันหลังคลอด ถ้า
มารดามีภาวะซีมเศร้าที่ระยะ 2-7 วันหลังคลอด พบว่าจะมีภาวะซีมเศร้าที่ระยะ 4-6 สัปดาห์หลัง
คลอดได้มากกว่ามารดาที่ไม่มีภาวะซีมเศร้าที่ระยะ 2-7 วันหลังคลอดคิดเป็น 7.18 เท่า
ประวัติการมีโรคประจำตัว ถ้ามารดามีโรคประจำตัวพบว่าจะมีภาวะซีมเศร้าได้มากกว่า
มารดาที่ไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็น 11.05 เท่า

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ศึกษาไปข้างหน้า (Prospective Descriptive Study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของการศึกษา ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2547 ถึงเดือน มีนาคม 2548 ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งระยะเวลาที่ทำการศึกษาเป็น 2 ช่วงเวลา ระยะเวลา 2-7 วันหลังคลอด จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 114 คน ระยะเวลา 4-6 สัปดาห์หลังคลอด กลุ่มตัวอย่างที่ยังคงเข้าร่วมการศึกษาในระยะนี้มีจำนวน 97 คน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ออกจากการศึกษาไปจำนวน 17 คน เนื่องจากจากการไม่มารับการตรวจหลังคลอดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จึงไม่สามารถเก็บข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตร แบบสอบถามวัดภาวะซึมเศร้าระยะหลังคลอด Edinburgh Postnatal Depression (EPDS) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย กมลรัตน์ วัชรภรณ์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการบรรยายลักษณะข้อมูล ใช้สถิติ ไค-สแควร์ (Chi-square) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด ใช้สถิติ t-test เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า กับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตร และปัจจัยทางจิตสังคม

ใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาที่ระยะเวลา 2-7 วันและระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด

ข้อมูลต่างๆ ได้ทำการรวบรวมและวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติ จึงสามารถสรุปผลการศึกษาได้ดังต่อไปนี้

สรุปผลการศึกษา

1. ข้อมูลจากแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอดและบุตร

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 114 คน อายุเฉลี่ย 28.8 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.4 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 29.8 ไม่ได้ประกอบอาชีพ (แม่บ้าน) และไม่มีรายได้ ร้อยละ 32.5 ผู้ที่มีรายได้จะมีรายได้ส่วนบุคคลโดยเฉลี่ย 10,199 บาท รายได้ครอบครัวต่อเดือนโดยเฉลี่ย 22,172 บาท จัดพิธีแต่งงานและจดทะเบียนสมรส ร้อยละ 70.2 ใช้ชีวิตคู่อยู่ด้วยกันตลอด ร้อยละ 87.7 ภูมิลำเนาเป็นคนต่างจังหวัด ร้อยละ 75.4 ส่วนใหญ่ใช้ชีวิตอยู่ในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 78.9 ไม่มีประวัติเป็นโรคประจำตัว ร้อยละ 87.6 ไม่มีเคยมีบุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต ร้อยละ 95.6 และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดปฏิเสธการมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชของตนเองและของครอบครัว

1.2 ข้อมูลด้านการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีเคยมีประวัติแท้งบุตร ร้อยละ 71.1 ไม่มีเคยมีบุตรเสียชีวิตในครรภ์ขณะคลอดหรือหลังคลอด ร้อยละ 96.5 ลำดับที่ของบุตรเป็นลำดับแรก คิดเป็นร้อยละ 50 มีการวางแผนในการตั้งครรภ์ ร้อยละ 57.9 มีความพร้อมในการมีบุตร ร้อยละ 70.2 เพศของบุตรเป็นเพศชาย ร้อยละ 57 เพศของบุตรตรงตามความต้องการ คิดเป็นร้อยละ 73.7 คลอดโดยวิธีผ่าตัด ร้อยละ 57 น้ำหนักตัวทารกแรกเกิดโดยเฉลี่ย 2,020 กรัม และระยะเวลาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤตโดยเฉลี่ย 16 วัน

2. ความสุขของภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด

จากการศึกษาความสุขของภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้แบบสอบถามวัดภาวะซึมเศร้าระยะหลังคลอด Edinburgh Postnatal Depression (EPDS) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดย กมลรัตน์ วัชรภรณ์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 114 คน ที่ทำการศึกษาในระยะ 2-7 วันหลังคลอด พบความสุขของภาวะซึมเศร้าในระยะนี้ 51.8% และเมื่อทำการศึกษาต่อไปในระยะ 4 - 6 สัปดาห์หลังคลอดพบความสุขภาวะซึมเศร้า 34 %

3. ปัจจัยทางจิตสังคม

การวิจัยในครั้งนี้ทำการศึกษาถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าใน ระยะหลังคลอด 2 ระยะ ได้แก่

ระยะแรก ช่วง 2-7 วันหลังคลอด ทำการศึกษาถึง การสนับสนุนทางสังคม, เหตุการณ์ ความเครียดในชีวิต, สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส, ความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตร เจ็บป่วย (บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต)

ระยะที่สอง ช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด ทำการศึกษาถึง การสนับสนุนทางสังคม

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการตั้งครรภ, การคลอดและ บุตร และปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึก ทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ระยะแรกช่วง 2 -7 วันหลังคลอด

ปัจจัยส่วนบุคคล

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งในกลุ่มผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีแนวโน้มว่ามีภาวะซึมเศร้าสูง กว่าในกลุ่มผู้ใช้แรงงานและผู้ที่ทำงานในออฟฟิต และรายได้ส่วนบุคคลต่อเดือน โดยพบว่ามารดา ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะมีรายได้ส่วนบุคคลต่อเดือนต่ำกว่ามารดาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลัง คลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน สถานภาพสมรส การจดทะเบียนสมรส การใช้ชีวิตคู่อยู่ด้วยกัน ภูมิลำเนาเดิม การใช้ชีวิตส่วนใหญ่ ประวัติการมีโรคประจำตัว และประวัติเคยมีบุตรเข้ารับรักษาใน ตึกทารกแรกเกิดวิกฤต ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด

ปัจจัยด้านการตั้งครรภ, การคลอดและบุตร

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ความพร้อมในการมีบุตร มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าใน ระยะหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งในกลุ่มผู้ที่ไม่มีความพร้อมในการมีบุตร มีแนวโน้มว่ามีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าในกลุ่มผู้ที่ไม่แน่ใจและผู้ที่มีความพร้อมในการมีบุตร ส่วน ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ประวัติเคยแท้งบุตร ประวัติเคยมีบุตรเสียชีวิตในครรภ์ขณะคลอดหรือหลังคลอด การวางแผนในการตั้งครรภ เพศของบุตร เพศของบุตรตรงความต้องการ ลำดับที่ของบุตร วิธีการ คลอด น้ำหนักตัวทารกแรกเกิด ระยะเวลาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด

ปัจจัยทางจิตสังคม

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งมารดาที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่ามีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตสูงกว่ามารดาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่ามีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสต่ำกว่ามารดาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษานี้เกิดจากแรกเกิดวิกฤตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่ามีวิตกกังวลสูงกว่ามารดาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระยะที่สอง ช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด

ปัจจัยส่วนบุคคล

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ประวัติการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งมารดาที่มีประวัติมีโรคประจำตัวมีแนวโน้มว่ามีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ามารดาที่ไม่มีประวัติมีโรคประจำตัว ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด

ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตร

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า เพศของบุตรตรงตามความต้องการ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งมารดาในกลุ่มที่เพศของบุตรไม่ตรงตามความต้องการพบว่ามีแนวโน้มมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ามารดาในกลุ่มที่เพศของบุตรตรงตามความต้องการ ส่วนปัจจัยด้านการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตรด้านอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด

ปัจจัยทางจิตสังคม

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่ามารดาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

5. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าปัจจัยทำนายที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาที่ตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ระยะ 2-7 วันหลังคลอดได้แก่ ความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดโดยพบว่าถ้ามารดาที่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงสูงจะมีภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ามารดาที่มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ คิดเป็น 10.67 เท่า

ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาที่ตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ระยะ 4-6 สัปดาห์ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของมารดาที่ระยะ 2-7 วันหลังคลอด ซึ่งมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าที่ระยะ 2-7 วันหลังคลอด จะมีภาวะซึมเศร้าที่ระยะ 4-6 สัปดาห์ ได้มากกว่ามารดาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าที่ระยะ 2-7 วันหลังคลอดคิดเป็น 7.18 เท่า และประวัติการมีโรคประจำตัว มารดาที่มีประวัติมีโรคประจำตัวจะมีภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ามารดาที่ไม่มีประวัติมีโรคประจำตัว คิดเป็น 11.05 เท่า

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ศึกษาไปข้างหน้า (Prospective Descriptive Study) โดยใช้แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าระยะหลังคลอด Edinburgh Postnatal Depression (EPDS) ฉบับภาษาไทย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 114 คน พบความชุกของภาวะซึมเศร้าช่วงระยะเวลา 2-7 วันหลังคลอด ร้อยละ 51.8 เมื่อทำการศึกษาต่อไปถึงความชุกของภาวะซึมเศร้าในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอดมีกลุ่มตัวอย่างที่ยังคงเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 97 คน (คิดเป็นร้อยละ 85.1 จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างเริ่มต้น 114 คน) พบความชุกภาวะซึมเศร้าในระยะนี้คิดเป็น ร้อยละ 34 และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 17 คนที่ออกจากการศึกษาในระยะที่ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด เนื่องมาหลังคลอดบุตรแล้วกลับไปอยู่บ้านที่ต่างจังหวัดจึงไม่สามารถตอบแบบสอบถามในระยะที่ 4-6 สัปดาห์ได้ คิดเป็นร้อยละ 14.9 พบว่าที่ระยะ 2-7 วันหลังคลอด มารดาในกลุ่มนี้มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดทั้งหมด ถ้าสามารถติดตามมารดาในกลุ่มนี้ได้ในระยะ 4-6 สัปดาห์อาจจะทำให้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่า 34 % ยังไม่มีผู้วิจัยถึงความชุกของภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤตมาก่อนในประเทศไทย แต่พบว่ามีการวิจัยของ Davis และคณะ (2003) ได้ทำการศึกษาถึงความชุกของภาวะซึมเศร้าหลัง

คลอดในมารดาที่บุตรคลอดก่อนกำหนดและบุตรได้รับการดูแลในหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด ได้ทำการวัดภาวะซึมเศร้า ณ จุดเวลา 1 เดือนหลังคลอด โดยใช้แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า Edinburgh Postnatal Depression (EPDS) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในมารดาในกลุ่มนี้สูงถึง 40% ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาในครั้งนี้ การศึกษาของ Teissedre และคณะ (2004) ได้ทำการศึกษาแบบ Prospective study ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในระยะ 2-3 วัน กับระยะ 4-6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ทำการศึกษาได้แก่แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าระยะหลังคลอด Edinburgh Postnatal Depression (EPDS) ประชากรที่ทำการศึกษามีจำนวน 1154 คน เป็นมารดาที่คลอดบุตรอาการปกติ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 11.3% และ 8.8% ถึงแม้ว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าพบได้น้อยกว่าการศึกษาในครั้งนี้ แต่ก็สามารถอธิบายได้ว่าการศึกษาของ Teissedre และคณะ ทำการศึกษาในกลุ่มมารดาที่บุตรคลอดออกมามีอาการปกติ ไม่มีปัจจัยด้านบุตรเข้ามาเกี่ยวข้อง จึงทำให้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าได้น้อย การศึกษาของ Dennis และคณะ (2004) ทำการศึกษา Longitudinal study หาความชุกในมารดาหลังคลอดที่บุตรมีอาการปกติ จำนวน 594 คน ในเมืองแวนคูเวอร์ ประเทศแคนาดา ทำการศึกษาที่ระยะเวลา 1, 4, 8 สัปดาห์หลังคลอด เครื่องมือที่ใช้ทำการศึกษาได้แก่ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าระยะหลังคลอด Edinburgh Postnatal Depression (EPDS) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 29.5%, 23%, 20.5% ตามลำดับ ซึ่งพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในแต่ละระยะค่อนข้างสูงถึงแม้ว่าจะทำการศึกษาในกลุ่มที่มารดาคลอดบุตรอาการปกติก็ตาม

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด

การศึกษาในครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คือปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตรและปัจจัยด้านจิตสังคม

ระยะ 2 -7 วันหลังคลอด

ปัจจัยส่วนบุคคล

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าระยะนี้คือ อาชีพ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระยะ 2-7 วันหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นผู้ใช้แรงงาน ร้อยละ 40.4% รองลงมาได้แก่ผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 31.6% จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะ

ซึ่มเศร่าและปัจจัยส่วนบุคคลด้านอาชีพ พบว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีแนวโน้มว่ามีภาวะซึ่มเศร่าได้มากกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jane และคณะ (2000) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึ่มเศร่ากับระยะเวลาในการอยู่ในโรงพยาบาลของมารดาหลังคลอดบุตร ซึ่งจากการศึกษาพบว่ามารดาที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีความเสี่ยงที่จะมีภาวะซึ่มเศร่าได้มากกว่ามารดาที่ประกอบอาชีพ การศึกษาของ Warner และคณะ (1996) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงด้าน ข้อมูลส่วนบุคคล และด้านการตั้งครรถกับอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ภายหลังจากคลอด พบว่ามารดาที่ไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะซึ่มเศร่า ภายหลังจากคลอดได้ จากการศึกษาของ Lane และคณะ (1997) ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของภาวะอารมณ์แปรปรวนในช่วงระยะเวลา 3 วัน กับภาวะซึ่มเศร่าที่ระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด พบว่าปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ มารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำและไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึ่มเศร่า ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าอาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนเรามีความภูมิใจในตนเอง เมื่อประกอบอาชีพจะทำให้มารดามีรายได้ เป็นการลดภาระในครอบครัว แต่เมื่อไม่ได้ประกอบอาชีพมารดาจะมีความคิดว่าตนเองกลายเป็นภาระให้กับครอบครัว มารดาที่ไม่ได้ประกอบอาชีพส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ สามีเป็นพนักงานเพียงผู้เดียว เมื่อมีสมาชิกเพิ่มขึ้นในครอบครัว ค่าใช้จ่ายของครอบครัวก็ต้องเพิ่มมากขึ้น ก็จะกลายเป็นภาระของครอบครัวเพิ่มขึ้น อาจจะทำให้มารดาขาดความภาคภูมิใจในตนเอง Warner และคณะ (1996) ซึ่งก็จะส่งผลต่อสภาพจิตใจทำให้มารดาในกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึ่มเศร่าได้มากกว่ามารดาที่ประกอบอาชีพ

รายได้ส่วนบุคคลต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึ่มเศร่าในระยะ 2-7 วันหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 พบว่ามารดาที่มีภาวะซึ่มเศร่าหลังคลอดจะมีรายได้ส่วนบุคคลต่ำกว่ามารดาที่ไม่มีภาวะซึ่มเศร่าหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Patel และคณะ (2002) ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของ เพศของบุตรและความยากจนกับภาวะซึ่มเศร่าในระยะหลังคลอดในประเทศอินเดีย ซึ่งเป็นประเทศที่กำลังพัฒนา พบว่ามารดาที่มีรายได้น้อยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึ่มเศร่าในระยะหลังคลอด และจากการศึกษาของ Beck และคณะ (2001) ทำการศึกษาแบบ meta-analysis พบว่ามารดาที่มีรายได้ต่ำจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึ่มเศร่าในระยะหลังคลอด สามารถอธิบายได้ว่าการศึกษาครั้งนี้กลุ่มมารดาส่วนใหญ่เป็นผู้ไม่ได้ประกอบอาชีพ เมื่อไม่ได้ประกอบอาชีพทำให้ไม่มีรายได้ สามีเป็นพนักงานหาเลี้ยงครอบครัวเพียงผู้เดียว ซึ่งอาจจะไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว เมื่อคลอดบุตรและบุตรต้องเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤตทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น มารดาที่มีความพร้อมเรื่องค่าใช้จ่ายก็อาจจะไม่ส่งผลต่อสภาพจิตใจ แต่ในมารดาที่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายอาจส่งผลต่อ

สภาพจิตใจของมารดา และยิ่งถ้ามารดาที่มีรายได้น้อย รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายขาดแหล่งให้ความช่วยเหลือ เช่น ญาติ พี่ น้อง ก็อาจจะส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดได้

ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตร

สำหรับปัจจัยด้านการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าระยะนี้คือ ความพร้อมในการมีบุตร ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระยะ 2-7 วันหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพร้อมในการมีบุตร คิดเป็นร้อยละ 70.2 จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและปัจจัยด้านการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตรด้านความพร้อมในการมีบุตร พบว่ามารดาที่ไม่มีความพร้อมในการมีบุตรมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ามารดาในกลุ่มอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Brugha และคณะ (2000) ได้ทำการศึกษาทดลองเปรียบเทียบมารดาที่เข้ารับการฝากครรภ์ในเมือง เลชเทอร์ ประเทศอังกฤษ โดยแบ่งมารดาออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกได้รับปัจจัยป้องกันในระยะตั้งครรภ์ และกลุ่มที่ 2 ไม่ได้รับปัจจัยป้องกันในระยะตั้งครรภ์ ปัจจัยป้องกันในระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ ความพร้อมในการเป็นบิดาและมารดา, การได้รับการสนับสนุนทางสังคม, ทักษะในการแก้ปัญหา จากการศึกษาพบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับปัจจัยป้องกันในระยะตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด แสดงให้เห็นว่าความพร้อมในการเป็นมารดาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อาจจะอธิบายได้ว่ามารดาที่ไม่มีความพร้อมในการมีบุตรการตั้งครรภ์อาจเกิดขึ้นด้วยความไม่ได้ตั้งใจ Warner และคณะ (1996) ไม่มีการวางแผนในการตั้งครรภ์ ขาดการเตรียมตัวที่จะเป็นมารดา ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนภายหลังคลอด เมื่อบุตรคลอดออกมาแล้วก็จะกลายเป็นภาระของตนเองและของครอบครัวเพิ่มมากขึ้นก็อาจจะส่งผลต่อจิตใจตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมบัติ สรรพอุดม (2547) ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าในหญิงระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด พบว่าปัจจัยทางด้านจิตใจและสังคมของมารดาที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดได้แก่ ความพร้อมและเหตุผลในการตั้งครรภ์ ซึ่งหากมารดาที่ไม่ต้องการและไม่พร้อมมีบุตร จะเกิดความรู้สึกในทางลบต่อบุตร ไม่สนใจในตัวบุตร ถ้าประกอบกับครอบครัวขาดความดูแลเอาใจใส่ ก็ส่งผลต่อสภาพจิตใจของมารดา นราภรณ์ ชาญชัย (2534) เนื่องจากไม่สามารถฟังหรือได้รับการช่วยเหลือจากใครได้มีแนวโน้มทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

ปัจจัยด้านจิตสังคม

สำหรับปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าระยะนี้คือ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระยะ 2-7 วันหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีคะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตสูงกว่ามารดาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งก็พบว่าสอดคล้องกับงานวิจัยของ Beck และคณะ (2001) ซึ่งได้ทำการศึกษาแบบ meta-analysis ได้รวบรวมมาจากหลายๆ งานวิจัยพบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า งานวิจัยของ Paykel และคณะ (1980) เป็นการศึกษาแบบ Cross-sectional study ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน ที่บุตรมีอาการปกติ เครื่องมือที่ใช้วัดภาวะซึมเศร้าได้แก่แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าหลังคลอด Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) พบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่สำคัญกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และ งานวิจัยของ Yoshida และคณะ (1997) ทำการศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาชาวญี่ปุ่นที่ตั้งครรภ์และคลอดบุตรในประเทศอังกฤษ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 98 คน บุตรมีอาการปกติ ศึกษาแบบ Prospective study เครื่องมือที่ใช้วัดภาวะซึมเศร้าได้แก่แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าหลังคลอด Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) พบว่าเหตุการณ์ความเครียดเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด เช่นเดียวกับการศึกษาของ Johnstone และคณะ (2001) ทำการศึกษาถึงความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในมารดาชาวออสเตรเลียที่ระยะเวลา 8 สัปดาห์หลังคลอดพบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด O'Hara และคณะ (1991) พบว่าเหตุการณ์ความเครียดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดซึ่งเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตนั้นอาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ช่วงที่ตั้งครรภ์ การศึกษาในครั้งนี้ทำการศึกษาในมารดาที่มีบุตรอาการผิดปกติแต่ก็พบว่าปัจจัยด้านเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ถึงแม้จะมีความแตกต่างกันในด้าน เชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม ความเป็นอยู่ ภาวะเจ็บป่วยของบุตร ช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษาก็ตาม

สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส จากการศึกษาพบว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระยะ 2-7 วันหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่ามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสน้อยกว่ามารดาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอาจจะอธิบายได้ว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสเป็นการพยายามปรับตัวเข้าหากัน

ภายหลังการแต่งงาน พยายามหลีกเลี่ยงปัญหาต่างๆ ที่ทำให้ไม่เข้าใจกัน มีความสนใจและปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน พยายามปฏิบัติตนตามความคาดหวังของทั้งสองฝ่าย คู่สมรสที่มีการปรับตัวได้ดีมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสจะมีการแสดงความเป็นเพื่อนซึ่งกันและกัน มีความสนิทสนมรักใคร่ซึ่งกันและกัน มีความยืดหยุ่นให้อภัยซึ่งกันและกัน เมื่อเกิดปัญหาขึ้นมาก็จะช่วยเหลือกันในการคิดแก้ปัญหาทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง ส่งผลต่อสภาพจิตใจได้น้อยกว่ามารดาที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสไม่ดี ขาดความสนใจซึ่งกันและกัน จะรู้สึกโดดเดี่ยว มารดาคิดว่าตนเองต้องเป็นผู้เผชิญปัญหาคนเดียวตามลำพัง ส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล (2540) ที่ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสกับอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าภายหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก ทำการศึกษาในกลุ่มประชากรมารดาหลังคลอดที่มีบุตรคนแรก โรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการศึกษาพบว่ามารดาที่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าภายหลังคลอดจะมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่น้อยกว่ามารดาที่ไม่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าหลังคลอด มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ สมบัติ สรรพอุดม (2547) ที่ได้ทำการศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าในหญิงระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด โรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร พบว่าในระยะ 1-3 หลังคลอดวัน สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จากการศึกษา Paykel และคณะ (1980) พบว่าความสัมพันธ์ของคู่สมรสที่น้อยเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับการศึกษา meta-analysis ของ Back และคณะ (2001) และรายงานการวิจัยของ Jonstone และคณะ (2001) พบว่าสัมพันธภาพของคู่สมรสเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และการศึกษาของ Stuchbery และคณะ (1998) ได้ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าภายหลังคลอดและการสนับสนุนทางสังคมของมารดาชาวเวียดนาม, ชาวอาหรับและชาวอังกฤษ จากการศึกษาพบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่น้อยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาชาวเวียดนาม Rodrigues และคณะ (2003) ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพถึงปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดของมารดาจำนวน 39 คนในประเทศอินเดีย จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของมารดา ได้แก่ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสที่น้อยและปัญหาด้านการเงิน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเป็นการปรับตัวของคู่สมรสและเป็นการโอนอ่อนผ่อนตามซึ่งกันและกันระหว่างสามีและภรรยา จะเห็นได้ว่าคู่สมรสที่มีการปรับตัวได้ดีหรือคู่สมรสที่มีสัมพันธภาพที่ดี จะมีความยืดหยุ่นให้อภัยซึ่งกันและกัน จะเป็นกำลังใจให้กันและกันเมื่อยามที่ต้องประสบปัญหา ก็จะสามารรถแก้ไขปัญหาให้ผ่านพ้นไปได้ด้วยดี ความตึงเครียดในชีวิตมีน้อยกว่าคู่สมรสที่ไม่สามารถปรับตัวด้วยกันได้ดี

ความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพบว่ามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความวิตกกังวลที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤตสูงกว่ามารดาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอาจอธิบายได้ว่าการเจ็บป่วยของทารกแรกเกิด เป็นเหตุการณ์ที่มารดาหลังคลอด และครอบครัวไม่คาดคิด เป็นภาวะวิกฤตในครอบครัว มารดาต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล จากการศึกษาของ Miles และคณะ (1993) ได้ศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลของบิดามารดาที่มีบุตรรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต ได้แก่ สภาพแวดล้อมในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต, ลักษณะพฤติกรรมของบุตรที่เจ็บป่วยส่งผลต่อความวิตกกังวลของมารดา, ลักษณะพฤติกรรมการสื่อสารของเจ้าหน้าที่ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลของมารดามากขึ้น, การปรับเปลี่ยนบทบาทใหม่ของมารดาครั้งแรก สิ่งเหล่านี้ก็เป็นตัวกระตุ้นให้มารดาเกิดความไม่สบายใจ พานี พินุลย์เวช (2541) ได้ทำการศึกษาการเตรียมความพร้อมของมารดาหลังคลอดเพื่อลดความวิตกกังวลในการเยี่ยมบุตรที่เจ็บป่วย พบว่าในกลุ่มมารดาที่ได้รับการเตรียมความพร้อมภายหลังเข้าเยี่ยมบุตร ความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในกลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลแบบปกติมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น เนื่องจากมารดาหลังคลอดที่มีบุตรมีภาวะเจ็บป่วยถูกแยกเพื่อให้การดูแลรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต มารดาจะคิดว่าเป็นอันตราย สูญเสีย ถูกคุกคาม มีผลกระทบต่อกระบวนการรับรู้และการตัดสินใจ จึงทำให้มารดาเกิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดมาก่อน สิ่งแวดล้อมของตึกทารกแรกเกิดวิกฤตที่มารดาไม่เคยสัมผัส ได้เห็นอาการบุตรขณะเข้าเยี่ยมบุตรครั้งแรก อีกทั้งเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดอยู่กับร่างกายบุตร ลักษณะการสื่อสารและการบริการของเจ้าหน้าที่ในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทรี ภิญโญมิตร (2539) พบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลของมารดาได้แก่ สภาพแวดล้อมในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต เนื่องจากมารดารับรู้จากประสบการณ์เดิมว่า ตึกทารกแรกเกิดวิกฤตเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยมีความรุนแรงและอาจเสียชีวิตได้ เต็มไปด้วยเครื่องมือ เสียงดัง จำนวนเจ้าหน้าที่ และทารกที่เจ็บป่วย, ลักษณะและสภาพของบุตรที่มารดาพบเห็น เนื่องจากมารดาจะมีความผูกพันกับบุตรตั้งแต่ตั้งครรภ์และดำเนินมาจนถึงระยะหลังคลอดและมารดาจะคิดว่าบุตรคลอดออกมาแล้วจะมีสุขภาพแข็งแรง แต่เมื่อบุตรที่คลอดออกมามีการเจ็บป่วย ผิดปกติไปจากที่คาดไว้ ต้องใช้ความพยายามในการยอมรับบุตรตามสภาพที่เป็นจริง, การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทการเป็นมารดา สตรีหลังคลอดมักจะได้รับ การคาดหวังจากสังคมว่าต้องเป็นผู้ให้การดูแลบุตร แต่ในมารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วยและบุตรถูกแยกจากมารดาทันทีหลังคลอด เนื่องจากปัญหาสุขภาพของบุตรทำให้บทบาทในการเลี้ยงบุตรเป็นของเจ้าหน้าที่ในตึกทารกแรกเกิดวิกฤตแทน ทำให้มารดาารู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถในการ

เป็นมารดา, การปรับตัวต่อลักษณะและพฤติกรรมการสื่อสารของเจ้าหน้าที่ในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต ในระยะแรกมารดาอาจจะยังสับสนต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้การรับรู้และความสนใจต่อการได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ลดลง เกิดความรู้สึกด้านลบต่อเจ้าหน้าที่ ปัจจัยเหล่านี้ก็จะส่งผลต่อสภาพจิตใจของมารดาก่อให้เกิดความวิตกกังวล การศึกษาของ Miles และคณะ (2002) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบถึงภาวะเครียด, วิตกกังวล, และการได้รับความช่วยเหลือ ในมารดาผิวดำและมารดาผิวขาวที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต จากการศึกษาพบว่ามารดาที่มีความวิตกกังวลระดับปานกลางมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของบุตรที่เข้าการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต จากงานวิจัยที่ผ่านพบว่าความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤตมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของบุตรที่เข้ารับการรักษา อาจทำให้มารดาคิดโทษตนเองที่เป็นต้นเหตุทำให้บุตรมีอาการผิดปกติต้องเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต จะส่งผลกระทบต่อมารดาทำให้เกิดความรู้สึกโศกเศร้าเสียใจได้

ระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด

ปัจจัยส่วนบุคคล

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระยะนี้คือ ประวัติการมีโรคประจำตัว และ เพศของบุตรตรงตามความต้องการ

ประวัติการมีโรคประจำตัว จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามารดาที่มีประวัติมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพบว่ามารดาที่มีประวัติมีโรคประจำตัวจะมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ามารดาที่ไม่มีประวัติมีโรคประจำตัวสามารถอธิบายได้ว่าการมีโรคประจำตัวจะส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกายและจิตใจ ไปด้วยเป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์กัน มารดาเมื่อตั้งครรภ์จะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่สำคัญ มีภาระหน้าที่เพิ่มขึ้นต้องดูแลบำรุงบุตรในครรภ์ อาจจะทำให้เกิดความกังวลในการตั้งครรภ์ ซึ่งในมารดาที่ไม่มีประวัติมีโรคประจำตัว ระดับความวิตกกังวลอาจจะมีไม่มาก แต่ในมารดาที่มีประวัติมีโรคประจำตัวอาจจะมีวิตกกังวลในการตั้งครรภ์มาก เนื่องจากมีความกังวลว่าภาวะสุขภาพของตนเองอาจจะส่งผลกระทบต่อบุตรในครรภ์ได้ จะก่อให้เกิดผลเสียต่อภาวะจิตใจได้ ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของ Thomas (2004) ซึ่งได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพถึงภาวะเจ็บป่วยของมารดาตั้งแต่วะยะตั้งครรภ์ ในประเทศอังกฤษ พบว่ามารดาจำนวน 15 คนมีประสบการณ์ที่เป็นทุกข์ต่อภาวะเจ็บป่วยของตน ซึ่งก็ส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกโศกเศร้าตามมา จากการศึกษาของ Hung (2004)

ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอดชาวไต้หวัน จำนวน 861 คน พบว่าความเครียด, ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของมารดา ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่ามารดาที่มีประวัติการมีโรคประจำตัวบางคนการตั้งครรภ์อาจจะเป็นไปได้ยากเนื่องจากสุขภาพร่างกายไม่พร้อม เมื่อตนเองตั้งครรภ์ก็จะเกิดความคาดหวังในตัวบุตรว่าอยากจะให้บุตรคลอดออกมาด้วยความปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน แต่เมื่อมารดาต้องพบกับภาวะที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต มารดาอาจคิดโทษตนเองว่าเป็นเพราะตนที่สุขภาพไม่แข็งแรงมีโรคประจำตัวจึงทำให้บุตรไม่สบายต้องเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤตจึงส่งผลต่อจิตใจมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตร

ความต้องการในเพศของบุตร จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าความต้องการในเพศของบุตรมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในกลุ่มมารดาที่เพศของบุตรไม่ตรงตามความต้องการมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าในกลุ่มมารดาที่เพศของบุตรตรงตามความต้องการ อาจจะเป็นเพราะว่ามารดาเมื่อตั้งครรภ์ก็จะเกิดความคาดหวังในเพศของบุตร ถ้าคลอดบุตรมาแล้วพบว่าเพศของบุตรตรงตามความต้องการก็จะพบกับความสมหวัง แต่เมื่อคลอดมาแล้วเพศของบุตรไม่ตรงตามที่คาดหวังไว้ก็ทำให้ผิดหวังได้ ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของ Patel และคณะ (2002) ซึ่งได้ทำการศึกษาถึงเพศของบุตรและความยากจนที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาชาวอินเดีย จำนวน 297 คน พบว่า สฐานะทางเศรษฐกิจที่ต่ำ, สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ไม่ดี และเพศของบุตรที่ไม่ตรงตามความต้องการเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าอาจมีความเกี่ยวข้องเรื่องค่านิยมในเพศของบุตร วัฒนธรรมของชาวเอเชียนิยมการมีบุตรเพศชายซึ่งในอนาคตจะได้เป็นผู้นำครอบครัวเป็นที่พึ่งของครอบครัว หรืออาจจะอธิบายได้ว่ามารดาต้องการได้เพศที่แตกต่างจากการตั้งครรภ์ในครั้งก่อนๆ พบพบว่าเพศของบุตรตรงกับที่ตั้งครรภ์ในครั้งก่อนก็ทำให้เกิดความผิดหวังได้ สำหรับมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤตอาจจะพบกับความผิดหวังเพิ่มมากขึ้น เนื่องมาจากอาการผิดปกติของบุตรที่ทำให้แยกจากมารดาต้องเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต จึงส่งผลต่อสภาพจิตใจมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ปัจจัยด้านจิตสังคม

การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่ามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าในกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า อาจจะอธิบายได้ว่ามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต ส่วนใหญ่อายุน้อย การศึกษาอยู่ในระดับต่ำ ไม่ได้ประกอบอาชีพและไม่มีรายได้เป็นส่วนใหญ่ รายได้ครอบครัวต่อเดือนน้อย ภูมิลำเนาเป็นคนต่างจังหวัดแต่ต้องมาใช้ชีวิตอยู่ในกรุงเทพฯ ซึ่งทำให้ขาดการสนับสนุนจากญาติ เพื่อน ที่ น้องเพราะต้องมาใช้ชีวิตอยู่ในสังคมเมือง และลักษณะของสังคมเมืองขาดการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน เมื่อยามที่มีปัญหาจึงทำให้ขาดที่พึ่ง หรือแหล่งที่จะสามารถให้ความช่วยเหลือได้ ก่อให้เกิดปัญหาและส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจได้ เพราะการสนับสนุนทางสังคมเป็นการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานของบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Beck และคณะ (2001) ทำการศึกษาแบบ meta-analysis ถึงปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดพบว่าปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โคเฮินและวิลส์ (อ้างใน พรทิพย์ วงศ์พิเศษศิริกุล, 2540:56) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ การได้รับความช่วยเหลือโดยตรงจะทำให้บุคคลเกิดอารมณ์มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง บรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียด ป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยเนื่องจากความเครียด รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า หดหนทางแก้ไขปัญหา สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง และไม่สามารถเผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้ ซึ่งอาจจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ การศึกษาของ Stuchbery และคณะ (1998) ได้ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าภายหลังคลอดและการสนับสนุนทางสังคมของมารดาชาวเวียดนาม, ชาวอาหรับและชาวอังกฤษ ที่ระยะ 6 สัปดาห์ หลังคลอด โรงพยาบาลในเขตตะวันตกเฉียงใต้ ประเทศออสเตรเลีย พบว่าปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของมารดาชาวเวียดนาม ซึ่งพบว่ามี ความเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมของชาวเวียดนามมารดาจะแสดงออกทางอารมณ์น้อยอาจจะทำให้ไม่สามารถแสดงออกทางอารมณ์ได้ ทำให้เกิดความรู้สึกกดดันไม่มีที่พึ่ง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ Watt และคณะ (2002) ได้ทำการศึกษาถึงการค้นหาภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดตั้งแต่วัยต้น เมืองออนแทรีโอ ประเทศแคนาดาจากการศึกษาที่ระยะ 4 สัปดาห์หลังคลอดพบว่าการขาดการสนับสนุนทางด้านการให้ความเชื่อมั่น, ด้านอารมณ์ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า Paykel และคณะ (1980) ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่ระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด พบว่าการขาดการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่ามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤตเป็นกลุ่มที่พบภาวะซีมเศร้าได้สูง และพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้า ซึ่งเป็นสิ่งผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแล รักษา พยาบาล ควรตระหนักถึง เพื่อจะได้สร้างแนวทางในการให้ความรู้ ป้องกัน และรักษาการเกิดภาวะซีมเศร้า ซึ่งถ้ามารดาในกลุ่มนี้ยังมีภาวะซีมเศร้าคงอยู่จะส่งผลกระทบต่อปัญหาต่อการเลี้ยงดูบุตรในระยะต่อไปได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งต่อไปควรทำการศึกษาเปรียบเทียบกันระหว่างมารดาที่บุตรมีอาการปกติ และมารดาที่บุตรมีอาการผิดปกติ
2. การศึกษาในครั้งต่อไปควรมีการศึกษาถึงวิธีการคลายความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อมารดาต่อไป
3. การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาถึงการป้องกันการเกิดภาวะซีมเศร้าของมารดาที่มีประวัติมีโรคประจำตัว เช่นการค้นหาภาวะซีมเศร้าในมารดาระยะตั้งครรภ์ และหลังคลอดที่มีประวัติมีโรคประจำตัว
4. จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ภาวะซีมเศร้าหลังคลอดสามารถพบได้ตั้งแต่ที่ระยะ 2 -7 วันหลังคลอดดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาถึงการให้ความช่วยเหลือดูแล มารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กมลรัตน์ วัชรภรณ์, จารุรินทร์ ปิตานุกพงศ์. 2546. โรคซึมเศร้าหลังคลอด. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 11(2): 111-120.

กมลรัตน์ วัชรภรณ์, จารุรินทร์ ปิตานุกพงศ์. 2546. การประเมินแบบสอบถาม Edinburgh Postnatal Depression Scale. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 11(3): 164-9.

กัลยา แซ่เอี้ยว. 2539. ปัจจัยทางจิตสังคมที่พบบ่อยกับอารมณ์เศร้าของสตรีที่มารับบริการที่คลินิกวัยหมดประจำเดือนโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชมนาด วรรณพรศิริ. 2535. ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และสุขภาพจิตของพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ชูติศย์ ปานปรีชา. 2520. ตำราจิตเวชศาสตร์ของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : อักษรไทย,

ช่อเพชร เบ้าเงิน. 2538. ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นในจังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดวงใจ กสานติกุล. 2542. โรคซึมเศร้ารักษาหายได้ และอารมณ์ผิดปกติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์,

ดวงใจ กลานติกุล. 2536. ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,

เทียมศร ทองสวัสดิ์. 2534. การพยาบาลในระยะหลังคลอด. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,

นราภรณ์ ชาญชัย. 2534. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นันทกานต์ วงษ์ปัญญา. 2546. ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในชีวิตสมรสกับความไว้วางใจคู่สมรส. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปาริชาติ ศิลประเสริฐ. 2542. ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อการเผชิญความเครียดและความวิตกกังวล ของบิดามารดาทารกแรกเกิดในหน่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลสัมพันธ์ภรรยาแห่งคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดากับอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าภายหลังคลอดในมารดที่มีบุตรคนแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พานี พิบูลย์เวช. 2541. การเตรียมความพร้อมของมารดหลังคลอดเพื่อลดความวิตกกังวลในการเยี่ยมบุตรที่เจ็บป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วารี นานา. 2543. ปัจจัยที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตของหญิงหลังคลอดระยะต้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สถาพร อนันต์คุณูปการณ. 2539. ปัจจัยคัดสรรและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของมารดาหลังคลอดที่ทารกถูกแยกไปเพื่อการดูแลรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมภพ เรื่องตระกูล. 2533. คู่มือจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์,

สมจิตร นครพานิช. 2531. เหตุการณ์ในชีวิตและการปรับตัวของหญิงที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมบัติ สรรพอุดม. 2547. ภาวะซึมเศร้าในหญิงระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด. ตาสินเวชสาร 17(1) : 8-16.

สิริกัญจน์ ท่อแก้ว. 2547. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดล้างไต ในเขตจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุขศรี เลิศอารมย์. 2546. ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนทรี่ ภิญโญมิตร. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด การสนับสนุนจากคู่สมรส การปรับตัวด้านจิตใจของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุชาติ พหลภาคย์. 2542. ความผิดปกติทางอารมณ์. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภักดิ์ ออฟเซ็ท,
- สุพรรณณี สุ่มเล็ก. 2538. รูปแบบเชิงสาเหตุของความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาเป็นครั้งแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. 2543. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตแนวทางการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ธรรมสารจำกัด,
- อัญชลี ประเสริฐ. 2540. ความกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยในหน่วยบำบัดพิเศษเด็ก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Abou-Saleh MT, Ghubash R. 1997. The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai: a Tran cultural perspective. Acta Psychiatr Scand 95(5) : 428-32.
- Astbury J, Brown S, Lumley J, Small R. 1994. Birth events, birth experiences and social differences in postnatal depression. Aust J Public health 18(2) : 176-84.
- Back CT. 2001. Predictors of postpartum depression: an update . Nurs Res 50(5) : 275-285.
- Bergant A, Nguyen T, Moser R, Ulmer H. 1998. Prevalence of depression disorder in early puerperium. Gynakol Geburtshilfliche Rundsch 38(4) : 232-7.

- Bergant M, Heim, Ulmer, Illmensee. 1999. Early postnatal depression mood: associations with obstetric and psychosocial factors. J Psychosom Res 46 : 391-4.
- Brugha TS, Wheatley S, Taub NA, Culverwell A, Friedman T, Kirwan P. 2000. Pragmatic randomized trial of antenatal intervention to prevent post-natal depression by reducing psychosocial risk factors. Psycho Med 30(6): 73-81.
- Cobb, Sidney. 1976. Social Support as a Moderate of Life Stress. Journal of Psychosomatic Medicine 38 : 300-14.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. 1987. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry 150: 782-6.
- Cox JL, Murray, Chapman. 1993. Duration and prevalence of postnatal depression. Br J Psychiatry 163 : 21-31.
- Davis, Edwards, Mohay, Wollin. 2003. Screening and intervention for depressive mothers of new born infants. Seishin Shinkeigaku Zasshi 105(9) : 1129-35.
- Dennis. 2004. Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh postnatal depression scale. J Affect Disord 78 : 163-9.
- Hannah, Adams, Lee, Glover, Sandler M. 1992. Links between early post-partum mood and post-natal depression. Br J Psychaitry 160 : 777-80.
- Harris B, Huckle P, Thomas R, Johns S, Fung H. 1989. The use of rating scales to identify post-natal depression. Br J Psychiatry 154 : 813-7.
- Hung CH. 2004. Predictors of postpartum women's health. J Nurs Scholarsh 36(4) : 345-351.
- Jane FT, Christine LR, Marian JC, David AE. 2000. Early discharge and postnatal depression: a prospective cohort study. MJA 172 : 532-6.

- Johnstone SJ, Boyce PM, Hickey AR, Morris-Yates AD, Harris MG. 2001. Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. Aust N Z J Psychiatry 35 : 69-77.
- Lane A, Keville R, Morris M, Kinsella A, Turner M, Barry S. 1997. Postnatal depression and their partner: prevalence and predictors. BR J Psychiatry 171 : 550-5.
- Lukasik A, Blaszcayk K, Wojcieszyn M, Belowska A. 2003. Characteristic of affective disorders of the first week of puerperium. Ginekol Pol 74(10) : 1194-9.
- Miles MA, Burchinal P, Bavis DH, Brunssen S, Wilson SM. 2002. Perceptions of Stress, Worry, and Support in Black and White Mothers of Hospitalized, Medically Fragile Infants. Pediatric Nursing 17(2) : 82-88.
- Miles MS, Funk SG, Carlson J. 1993. Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit. Nursing Research 42 : 148-152.
- O' Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Wright EJ. 1991. Prospective Study of Postpartum Blues. Arch Gen Psychiatry 48 : 801-6.
- Patal V, Rodrigues M, De Souza N. 2002. Gender, Poverty, and Postnatal Depression: A Study of Mothers in Goa, India. Am J Psychiatry 159 : 43-7.
- Paykel ES, Emms EM, Fletcker J, Rassaby ES. 1980. Life events and social support in puerperal depression. Br J Psychiatry 136 : 339-46.
- Rodrigues M, Patel V, Jaswal S, De Souza N. 2003. Listening to mothers: qualitative studies on motherhood and depression from Goa, India. Sci Med 57(10) : 1797-1806.
- Singer LT, Salvator A, Guo S, Collion M, Litien L, Baley J. 1999. Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant. JAMA 281(9) : 799-805.
- Stuchbery M, Matthey S, Bennett B. 1998. Postnatal depression and social supports in Vietnamese, Arabic and Anglo-Celtic mothers. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 33 : 489-490.

- Sutter AL, Leroy V, Dally D, Verdoux H, Bourgeois M. 1997. Post-partum blues and mild depressive symptomatology at days three and five after delivery. A French cross sectional study. J Affect Disord 44 : 1-4.
- Teissedre, Chabrol. 2004. Detecting women at risk for postnatal depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale at 2 to 3 days postpartum. Can J Psychiatry 49(1) : 51-4.
- Thomas H. 2004. Women's postnatal experience following a medically complicated pregnancy. Health Care Women Int 25(1) : 76-87.
- Watt S, Sword W, Krueger P, Sheehan D. 2002. A cross-sectional study of early identification of postpartum depression: Implications for primary care providers from The Ontario Mother & Infant Survey. BMC Family Practice 3(5) : 1-7.
- Yamashita H, Yoshida K. 2003. Screening and intervention for depression mothers of new born infants. Seishin Shinkeigaku Zasshi 105(9) : 1129-35.
- Yoshida K, Marks MN, Kibe N, Kumar R, Nakano H, Tashiro N. 1997. Postnatal depression in Japanese women who have given birth in England. J Affect Disord 43 : 69-77.

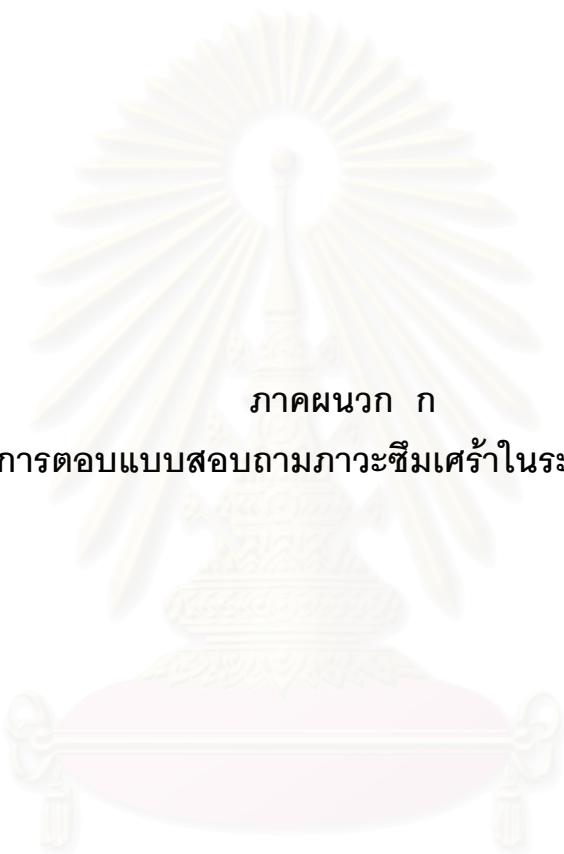


สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก
แสดงการตอบแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก.

ตารางแสดงการตอบแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	คะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	ฉันสามารถหัวเราะและ มองสิ่งต่างๆ รอบตัวที่ เกิดขึ้นได้อย่างสนุกสนาน	0	มากเท่าๆ กับที่เคยเป็น	38	33.3
		1	ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น	55	48.2
		2	น้อยลงมากอย่างเห็นได้ชัด	19	16.7
		3	ไม่มีเลย	2	1.8
2	ฉันรอคอยสิ่งที่จะเกิดขึ้น ข้างหน้าอย่างมีความสุข	0	มากเท่าๆ กับที่เคยเป็น	57	50
		1	ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคย	41	36
		2	น้อยลงอย่างเห็นได้ชัด	11	9.6
		3	เกือบไม่มีเลย	5	4.4
3	ฉันตำหนิตนเองโดยไม่ จำเป็นเมื่อมีสิ่งผิดพลาด เกิดขึ้น	0	ไม่มีเลย	25	21.9
		1	ไม่บ่อยนัก	28	24.6
		2	บางเวลา	54	47.4
		3	เกือบตลอดเวลา	7	6.1
4	ฉันรู้สึกกระวนกระวายหรือ กังวลอย่างไม่มีเหตุผลที่ดี เพียงพอ	0	ไม่มีเลย	15	13.2
		1	เกือบจะไม่มี	16	14
		2	มีบางเวลา	70	61.4
		3	มีบ่อยมาก	13	11.4
5	ฉันรู้สึกกลัวหรือตื่น ตระหนกโดยไม่มีเหตุผล เพียงพออย่างมา	0	ไม่เคยเลย	27	23.7
		1	ไม่บ่อยนัก	31.6	31.6
		2	บางเวลา	35.1	35.1
		3	รู้สึกมากจริงๆ	9.6	9.6

ตารางแสดงการตอบแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด (ต่อ)

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	คะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
6	สิ่งต่างๆ ได้ทับถมอยู่บนตัว ฉัน	0	ฉันสามารถจัดการได้ เหมือนอย่างที่เคย	33	28.9
		1	เกือบตลอดเวลาฉัน สามารถจัดการได้ดี	35	30.8
		2	บางเวลาฉันไม่สามารถ จัดการได้เลย	42	36.8
		3	เกือบตลอดเวลาฉันไม่ สามารถจัดการได้เลย	4	3.5
7	ฉันรู้สึกไม่มีความสุขจนทำ ให้อนอนหลับได้ยาก	0	ไม่เคยเลย	23	20.2
		1	ไม่บ่อยนัก	34	29.8
		2	บางเวลา	45	39.5
		3	เกือบตลอดเวลา	12	10.5
8	ฉันรู้สึกโศกเศร้าหรือทุกข์ ระทม	0	ไม่เคยเลย	18	15.7
		1	ไม่บ่อยนัก	63	55.3
		2	ค่อนข้างบ่อย	27	23.7
		3	เกือบตลอดเวลา	6	5.3
9	ฉันรู้สึกไม่มีความสุขจน ต้องร้องไห้	0	ไม่เคยเลย	28	24.6
		1	ไม่บ่อยนัก	63	55.2
		2	ค่อนข้างบ่อย	21	18.4
		3	เกือบตลอดเวลา	2	1.8

ตารางแสดงการตอบแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด (ต่อ)

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	คะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
10	ฉันมีความคิดที่จะฆ่าตัว ตาย	0	ไม่เคยเลย	101	88.6
		1	เกือบจะไม่เคย	10	8.8
		2	บางเวลา	3	2.6
		3	ค่อนข้างบ่อย	0	0



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข
ใบอนุญาตในการทำวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข.

ใบยินยอมในการทำวิจัย

การวิจัยเรื่อง ภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของมารดาที่บุตร
 เข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
 วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.254....

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการ
 วิจัย วิธีการวิจัย และประโยชน์หรือผลที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ทั้งนี้
 ข้าพเจ้ายินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัยเรื่องภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของมารดาที่
 บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยความสมัครใจ โดยไม่มีการ
 บังคับใดๆ ทั้งสิ้น และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ในกรณีที่ผู้ยินยอมยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบ
 ด้วยกฎหมาย

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมาย

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)



ภาคผนวก ค
ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค.

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของมารดาที่บุตร
เข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเชิญจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมการศึกษาในงานวิจัยเกี่ยวกับ ภาวะซึมเศร้า
ในระยะหลังคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิด
วิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ก่อนที่ท่านจะตกลงเพื่อเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยดังกล่าวขอเรียน
ให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวินิจฉัยในครั้งนี้

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาหาอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษา
ในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษา
ในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

โดยคาดว่าจะมีผู้เข้าร่วมการศึกษาประมาณ 114 คน ผลจากการศึกษาที่ได้นี้จะนำไปใช้
ประโยชน์ในการดูแลและป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตในมารดาหลังคลอดที่บุตรมี
อาการผิดปกติต้องเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยจะมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะสอบถามท่านเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในระยะหลังคลอดซึ่ง
ประกอบด้วยข้อมูลทั้งหมด 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตร

ผู้เข้าร่วมวิจัยบันทึกเอง จำนวน 6 ข้อ

ผู้วิจัยบันทึกเอง จำนวน 5 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จำนวน 10 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 25 ข้อ

ชุดที่ 4 แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา

จำนวน 43 ข้อ

ชุดที่ 5 แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส จำนวน 15 ข้อ

ชุดที่ 6 แบบวัดความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึก

ทารกแรกเกิดวิกฤต

จำนวน 30 ข้อ

ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า การสัมภาษณ์ทั้งหมดนี้ จะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 30 นาที

ประการสำคัญที่ท่านควรทราบคือ การเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใดๆ โดยตรง และการเข้าร่วมการศึกษานี้เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่กระทบต่อการดูแลรักษาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับจากแพทย์ผู้รักษาและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อ นางสาวอัญชลี ชันฑุลา ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกธนาคารกรุงเทพ ซึ่งยินดีให้คำชี้แจงแก่ท่านทุกประการ

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง
แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง.
แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

เรื่อง ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับ
การรักษาในหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด, โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

คำแนะนำ : กรุณาเติมข้อความหรือเลือกคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ชุดที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำแนะนำ กรุณาเติมข้อความหรือทำเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. อายุ.....ปี
2. ศาสนา

<input type="checkbox"/> พุทธ	<input type="checkbox"/> คริสต์	<input type="checkbox"/> อิสลาม	<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....
-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--
3. จบการศึกษาระดับ

<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาปีที่ 3
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาปีที่ 6	<input type="checkbox"/> สายอาชีพ ปวช.
<input type="checkbox"/> สายอาชีพ ปวส.	<input type="checkbox"/> อนุปริญญา
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> ปริญญาโท
<input type="checkbox"/> ปริญญาเอก	
4. อาชีพ

<input type="checkbox"/> แม่บ้าน (ไม่ได้ประกอบอาชีพ)
<input type="checkbox"/> รับจ้าง ระบุ.....
<input type="checkbox"/> ค้าขาย ระบุ.....
<input type="checkbox"/> รับราชการ ระบุ.....
<input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> พนักงานบริษัท (งานออฟฟิต)
<input type="checkbox"/> ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม
<input type="checkbox"/> เจ้าของกิจการ
<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
5. รายได้ของท่าน

<input type="checkbox"/> มีรายได้.....บาท/เดือน
<input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้

6. รายได้ของครอบครัว.....บาท/เดือน
7. สถานภาพสมรส
 แต่งงาน ไม่ได้แต่งงาน
8. การจดทะเบียนสมรส
 จดทะเบียนสมรส ไม่ได้จดทะเบียนสมรส
9. การใช้ชีวิตคู่ด้วยกัน
 อยู่ด้วยกัน หย่า (แยกทางกัน)
 เป็นม่าย (สามีเสียชีวิต)
 ไม่ได้อยู่ด้วยกันตลอดมักจะเจอกันสัปดาห์ละประมาณ.....วัน
10. ภูมิลำเนาเดิมเกิดที่
 กรุงเทพมหานคร ต่างจังหวัด
11. การใช้ชีวิตส่วนใหญ่ที่
 กรุงเทพมหานคร ต่างจังหวัด
12. ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช / ปัญหาสุขภาพจิต
 ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช
 เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรค.....
 ระยะเวลาที่เป็น..... ปี.
 ปัจจุบัน หายเป็นปกติแล้ว
 ยังคงมาับการรักษาตามแพทย์นัดอยู่
 มาับการรักษาแต่ไม่สม่ำเสมอ
13. ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชของครอบครัว
 ไม่มี
 มี ป่วยเป็นโรค.....
 เกี่ยวข้องเป็น.....
14. ประวัติมีโรคประจำตัว
 ไม่มี
 มี ระบุโรค.....
 เป็นมานาน.....ปี
15. ประวัติเคยมีบุตรคนก่อนเข้ารับการรักษาในตึกทวารกแรกเกิดวิกฤต
 ไม่มี
 มี จำนวนบุตรที่เคยเข้ารับการรักษาในตึกทวารกแรกเกิดวิกฤต.....คน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์, การคลอดและบุตร

คำแนะนำ กรุณาเติมข้อความหรือทำเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ประวัติการตั้งครรภ์

1. ท่านเคยแท้งบุตรหรือไม่
 - เคยมีประวัติแท้งบุตร.....ครั้ง
 - ไม่เคย
2. ประสบการณ์บุตรเสียชีวิตในครรภ์ ขณะคลอด หรือหลังคลอด
 - ไม่มี มี
3. บุตรคนนี้เป็นลำดับที่.....
4. การตั้งครรภ์ครั้งนี้มีการวางแผนหรือไม่
 - ไม่มี มี
5. ความพร้อมการมีบุตรในครั้งนี้
 - พร้อม ไม่พร้อม ไม่แน่ใจ
6. ความต้องการในเพศของบุตร
 - ตรงตามความต้องการ ไม่ตรงตามความต้องการ

.....

ส่วนที่ผู้วิจัยทำการบันทึกเอง

ประวัติการคลอด

7. วิธีการคลอด
 - คลอดเอง ใช้เครื่องดูดช่วยคลอด
 - ใช้คีมดึงช่วยคลอด ผ่าตัดคลอด
8. ระยะเวลาของการคลอด ใช้เวลา.....ชั่วโมง.....นาที (ยกเว้นในกรณีผ่าตัดคลอด)
บุตร
9. เพศ
 - ชาย หญิง
10. น้ำหนักตัวทารกแรกเกิด.....กรัม
11. ระยะเวลาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต.....วัน

ชุดที่ 2 แบบสอบถามเรื่องการศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ภายหลังจากที่คุณเพิ่งให้กำเนิดบุตรอยากทราบว่าความรู้สึกอย่างไร โปรดทำเครื่องหมาย

✓ หน้าคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด

- | <u>ตัวอย่าง</u> | ฉันรู้สึกมีความสุข |
|-----------------|---------------------|
| | [] 1. ตลอดเวลา |
| | [✓] 2. เป็นส่วนใหญ่ |
| | [] 3. ไม่บ่อยนัก |
| | [] 4. ไม่มีเลย |

หมายถึง “ฉันรู้สึกมีความสุขเป็นส่วนใหญ่ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาภายหลังคลอดบุตร”
กรุณาตอบคำถามข้ออื่นให้ครบถ้วน ในวิธีเดียวกันนี้

1. ฉันสามารถหัวเราะและมองสิ่งต่างๆ รอบตัวที่เกิดขึ้นได้อย่างสนุกสนาน
 - [] 0. มากเท่ากับที่เคยเป็น
 - [] 1. ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น
 - [] 2. น้อยลงมากอย่างเห็นได้ชัด
 - [] 3. ไม่มีเลย
2. ฉันรอคอยสิ่งที่จะเกิดขึ้นข้างหน้าอย่างมีความสุข
 - [] 0. มากเท่ากับที่เคยเป็น
 - [] 1. ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคย
 - [] 2. น้อยลงอย่างเห็นได้ชัด
 - [] 3. เกือบไม่มีเลย
3. ฉันตำหนิตนเองโดยไม่จำเป็นเมื่อมีสิ่งผิดพลาดเกิดขึ้น
 - [] 0. ไม่มีเลย
 - [] 1. ไม่บ่อยนัก
 - [] 2. บางเวลา
 - [] 3. เกือบตลอดเวลา
4. ฉันรู้สึกกระวนกระวายหรือกังวลอย่างไม่มีเหตุผลที่ดีเพียงพอ
 - [] 0. ไม่มีเลย
 - [] 1. เกือบจะไม่มี
 - [] 2. มีบางเวลา
 - [] 3. มีบ่อยมาก

5. ฉันรู้สึกกลัวหรือตื่นตระหนกโดยไม่มีเหตุผลเพียงพออย่างมา

- 0. ไม่เคยเลย
- 1. ไม่บ่อยนัก
- 2. บางเวลา
- 3. รู้สึกมากจริงๆ

6. สิ่งต่างๆ ได้ทับถมอยู่บนตัวฉัน

- 0. ฉันสามารถจัดการได้เหมือนอย่างที่เคย
- 1. เกือบตลอดเวลาฉันสามารถจัดการได้ดี
- 2. บางเวลาฉันไม่สามารถจัดการได้เลย
- 3. เกือบตลอดเวลาฉันไม่สามารถจัดการได้เลย

7. ฉันรู้สึกไม่มีความสุขจนทำให้อนอนหลับได้ยาก

- 0. ไม่เคยเลย
- 1. ไม่บ่อยนัก
- 2. บางเวลา
- 3. เกือบตลอดเวลา

8. ฉันรู้สึกโศกเศร้าหรือทุกข์ระทม

- 0. ไม่เคยเลย
- 1. ไม่บ่อยนัก
- 2. ค่อนข้างบ่อย
- 3. เกือบตลอดเวลา

9. ฉันรู้สึกไม่มีความสุขจนต้องร้องไห้

- 0. ไม่เคยเลย
- 1. ไม่บ่อยนัก
- 2. ค่อนข้างบ่อย
- 3. เกือบตลอดเวลา

10. ฉันมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย

- 0. ไม่เคยเลย
- 1. เกือบจะไม่เคย
- 2. บางเวลา
- 3. ค่อนข้างบ่อย

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบทางขวา ให้ตรงกับความเป็นจริง ตามความรู้สึกต่อการได้รับการช่วยเหลือหรือได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือเพื่อนในข้อความนั้นๆ

ข้อ	ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	รู้สึกเฉยๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
		1	2	3	4	5
1	ฉันมีคนใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย					
2	ฉันรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญต่อกลุ่ม					
3	มีคนบอกว่าฉันทำงานดี (อาชีพ งานบ้าน)					
4	ฉันไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากเพื่อนหรือคนใกล้ชิดได้					
5	ฉันให้เวลากับผู้ที่มีความสนใจในสิ่งเดียวกันกับฉัน					
6	ฉันให้เวลากับผู้ที่มีความสนใจในสิ่งเดียวกันกับฉัน					
7	ฉันไม่ค่อยมีโอกาสได้ช่วยเหลือดูแลผู้อื่น					
8	คนส่วนใหญ่พอใจที่ได้ทำงานร่วมกับฉัน					
9	มีผู้ที่พร้อมจะให้ความช่วยเหลือฉันได้หากฉันต้องการ					
10	ไม่มีใครรับฟังการระบายความรู้สึกของฉัน					
11	ในกลุ่มเพื่อนฝูงเราต่างก็ทำในสิ่งที่เพื่อนชอบให้กันและกัน					
12	ฉันมีส่วนช่วยให้ผู้อื่นได้ทำในสิ่งที่เขาชอบ					
13	ครอบครัวฉันบอกว่าฉันมีความสำคัญต่อครอบครัว					
14	ฉันมีคนใกล้ชิดที่คอยช่วยเหลือฉัน แม้ว่าฉันจะไม่ได้ช่วยเขาตอบแทน					
15	เมื่อฉันรู้สึกผิดหวัง มีคนคอยอยู่ด้วยกันกับฉัน					
16	ฉันรู้สึกว่าไม่มีใครมีปัญหาเหมือนฉัน					
17	ฉันเต็มใจทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อให้ผู้อื่นสุขใจ					
18	ฉันทราบว่ามีคนชื่นชมฉัน					
19	ฉันมีคนที่เขารักและห่วงใยฉัน					

ข้อ	ข้อความ	ไม่เห็น	ไม่เห็น	รู้สึก	เห็น	เห็น
		ด้วย	ด้วย	เฉยๆ	ด้วย	ด้วย
		อย่าง				
		ยิ่ง				ยิ่ง
		1	2	3	4	5
20	ฉันมีเพื่อนร่วมทำกิจกรรมในสังคม					
21	ฉันให้ความช่วยเหลือผู้อื่นเมื่อเขาต้องการ					
22	ถ้าฉันต้องการคำแนะนำ มีผู้ที่จะช่วยวางแผน แก้ไขปัญหาให้ฉันได้					
23	มีผู้ต้องการความช่วยเหลือจากฉัน					
24	มีคนบอกว่าฉันยังไม่ใช่เพื่อนที่ดีเท่าที่ควรจะเป็น					
25	ถ้าฉันเจ็บป่วยมีผู้ให้คำแนะนำเรื่องการดูแล ตัวเองให้ฉัน					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชุดที่ 4 แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตท่าน ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา

เหตุการณ์ในชีวิต	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
สุขภาพ			
1. ท่านเจ็บป่วยมากถึงต้องเข้ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาล			8.25
2. ท่านเจ็บป่วยไม่ถึงกับต้องเข้าโรงพยาบาล แต่ต้องหยุดงาน หรือหยุดทำกิจกรรมตามปกติ			6.25
3. ท่านดื่มเหล้า กาแฟ หรือสูบบุหรี่เป็นประจำ			5.50
4. ท่านมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการนอนเป็นประจำ (เช่น นอนไม่หลับ, เวลานอนไม่แน่นอน)			5.17
5. ท่านมีการใช้กำลังแรงงานมากกว่าปกติ (เช่น ออกกำลังกาย มากกว่าปกติ, ทำงานออกแรงมากกว่าปกติ)			5.00
6. ท่านไม่มีการผ่อนคลายอารมณ์เลย (เช่น ชมภาพยนตร์, ฟังเพลง)			4.17
7. ท่านเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคติดต่อร้ายแรง (เช่น วัณโรค, โรคเอดส์)			6.83
ครอบครัว			
8. สามี เสียชีวิต			10.94
9. หย่า แยกกันอยู่			10.67
10. สามีเจ็บป่วยหนัก			10.67
11. บุตรเสียชีวิต			9.75
12. บุตรเจ็บป่วยหนัก			10.67
13. ท่านและสามีมีเรื่องบาดหมางกัน (เช่น นอกใจ ชอบเที่ยว)			8.30
14. ท่านและสามีมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์			8.30
15. บิดาหรือมารดาของท่านเจ็บป่วยหนัก			9.50
16. บิดาหรือมารดาของท่านเสียชีวิต			10.73
17. มีสมาชิกใหม่ในครอบครัว (เช่น มีญาติมาพักอาศัยด้วย)			4.25
18. มีการโยกย้ายที่อยู่			5.17
19. ท่านและสามีต้องจากกันนานๆ (6 เดือนขึ้นไป)			7.17

เหตุการณ์ในชีวิต	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
เศรษฐกิจ			
20. การใช้จ่ายเพื่อปัจจัยสี่ในครอบครัวขาดสน ผิดเคือง			7.67
21. ท่านหรือสามีมีหนี้สินล้นพ้นตัว			8.88
22. ท่านหรือครอบครัวต้องผ่อนส่งของที่มีราคาสูง (เช่น บ้าน ที่ดิน)			6.90
23. ครอบครัวของท่านถูกยึด หรือไล่ที่			8.63
24. กิจการของท่านหรือครอบครัวขาดทุนหรือล้มเลิกกิจการไป			8.79
25. ท่านต้องหาเลี้ยงครอบครัว			8.64
การงาน			
26. ท่านเริ่มทำงานนอกบ้านเป็นครั้งแรก			5.17
27. ท่านถูกให้ออกจากงาน			8.30
28. สามีให้ออกจากงาน			8.83
29. ท่านตกงาน			8.63
30. สามีตกงาน			8.70
31. ท่านต้องรับผิดชอบการงานมากขึ้นจนไม่มีเวลาให้ครอบครัว			7.00
32. ท่านต้องทำงานที่ต้องเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ			7.50
33. ท่านเปลี่ยนงานใหม่ซึ่งต้องมีการปรับตัว			7.88
34. ท่านทะเลาะกับนายจ้างหรือผู้บังคับบัญชา			6.90
35. สามีต้องรับผิดชอบการงานมากขึ้นจนไม่มีเวลาให้ครอบครัว			7.75
สังคม			
36. ครอบครัวของท่านประสบอุบัติเหตุจนทรัพย์สินเสียหาย (เช่น ไฟไหม้บ้าน , น้ำท่วมบ้าน)			9.32
37. ท่านต้องโทษ (สถานเบา โดยไม่ถูกคุมขัง หรือถูกขังไม่เกิน 3 เดือน)			8.83
38. สามีต้องโทษ (สถานเบา โดยไม่ถูกคุมขัง หรือถูกขังไม่เกิน 3 เดือน)			9.50
39. ท่านถูกทำร้ายร่างกายจนบาดเจ็บ			8.79
40. สามีถูกทำร้ายร่างกายจนบาดเจ็บ			8.63
41. เพื่อนสนิทของท่านเสียชีวิต			7.17
42. ท่านหรือสามีเสื่อมเสียชื่อเสียงเกียรติยศ (เช่น ก่อการทะเลาะวิวาท, ถูกประจาน)			8.79
43. สถานที่อยู่อาศัยของท่านหรือครอบครัวไม่มีความปลอดภัยในชีวิตหรือทรัพย์สิน (เช่น มีการลักขโมยบ่อยๆ หรือเสี่ยงดังรบกวน)			7.50

ชุดที่ 5 แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

แบบวัดนี้ต้องการทราบเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างท่านและสามีตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ และหลังคลอดว่าเป็นอย่างไร คำตอบที่ได้ไม่มีผิดหรือถูก และกรุณาตอบทุกข้อให้ตรงกับการรับรู้ของท่านมากที่สุด

ตัวอย่างบางข้อ

1. โปรดเขียนวงกลมรอบตัวเลขที่ท่านเห็นว่าเป็นตัวแทนความสุขในชีวิตสมรสของท่านได้ดีที่สุด

1	2	3	4	5	6	7
ไม่มีความสุขเลย	มีความสุขน้อยมาก	มีความสุขน้อย	มีความสุขปานกลาง	มีความสุขค่อนข้างมาก	มีความสุขมาก	มีความสุขมากที่สุด

โปรดเขียนวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ระบุว่าท่านและสามีมีความเห็นพ้องกันหรือไม่เห็นพ้องกันในเรื่องต่อไปนี้มากน้อยหรือบ่อยครั้งเพียงใด

เรื่อง	เห็นพ้องกันเสมอ	เห็นพ้องกันเป็นส่วนใหญ่	เห็นพ้องกันเป็นบางครั้ง	ไม่เห็นพ้องกันค่อนข้างบ่อย	ไม่เห็นพ้องกันเป็นส่วนใหญ่	ขัดแย้งกันตลอดเวลา
2. การจัดการค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว	5	4	3	2	1	0
.	5	4	3	2	1	0
.	5	4	3	2	1	0
9. การปฏิบัติต่อกฎาติของทั้งสองฝ่าย	5	4	3	2	1	0

10. เมื่อท่านและสามีเกิดไม่เข้าใจกันขึ้นครั้งใด ส่วนใหญ่แล้ว

- ก. สามีมักจะเป็นฝ่ายยอมแพ้
 ข. ท่านเป็นฝ่ายยอมแพ้
 ค. ตกกลางกันด้วยดีไม่มีใครแพ้หรือชนะ

.

.

.

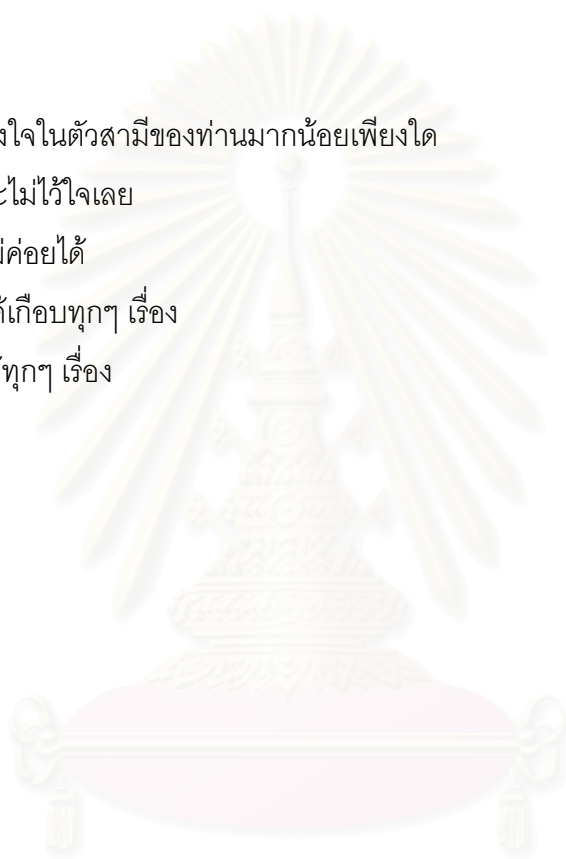
13. ท่านเคยมีความคิดว่า“รู้อย่างนี้ไม่แต่งงานดีกว่า” บ่อยครั้งเพียงใด

- ก. บ่อยมาก
- ข. เป็นบางครั้ง
- ค. ไม่ค่อยคิด
- ง. ไม่เคยคิดเลย

.
. .

15. ท่านรู้สึกไว้วางใจในตัวสามีของท่านมากน้อยเพียงใด

- ก. แทบจะไม่ไว้ใจเลย
- ข. ไว้ใจไม่ค่อยได้
- ค. ไว้ใจได้เกือบทุกๆ เรื่อง
- ง. ไว้ใจได้ทุกๆ เรื่อง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชุดที่ 6 แบบสอบถามประเมินระดับความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต

หลังจากคุณคลอดบุตรและทราบว่าบุตรจำเป็นต้องพักรักษา ในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โปรดอ่านข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มี
1. คุณรู้สึกกังวลเมื่อทราบว่าลูกมีอาการผิดปกติหลังคลอด					
2. หลังจากลูกได้รับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต คุณคิดว่าลูกเจ็บป่วยรุนแรงและอาจเสียชีวิตได้					
3. คุณไม่กังวลใดๆ เมื่อต้องเข้าเยี่ยมบุตรในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต					
4. การที่ลูกมีอาการผิดปกติหลังคลอดจำเป็นต้องได้รับการรักษา คุณรู้สึกหงุดหงิดง่ายกว่าที่เป็น					
5. คุณกลัวสิ่งที่จะเกิดกับบุตรในอนาคตเช่นอาการรุนแรงของโรค ลูกจะถูกฉีดยา เจาะเลือด					
6. คุณตกใจ เมื่อทราบว่าลูกมีอาการผิดปกติหลังคลอด จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างใกล้ชิด					
7. ขณะที่ลูกพักรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต คุณรู้สึกโล่งใจ หายกังวล					
8. คุณคิดโทษตัวเองว่า มีส่วนทำให้ลูกมีอาการเจ็บป่วย					
9. หลังจากทราบว่าลูกมีอาการเจ็บป่วยหลังคลอด คุณนอนไม่หลับหรือขมตาหลับได้ยาก					
10. ขณะที่ลูกได้รับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต คุณรับประทานอาหารได้มากขึ้นกว่าเดิม					
11. หลังจากคุณคลอดลูก และลูกมีอาการผิดปกติหลังคลอด คุณกลัวที่จะอยู่คนเดียว					
12. หลังจากคลอดลูก และลูกพักรักษา ในตึกทารกแรกเกิดวิกฤตคุณหลับสนิทสบายตลอดคืน					
13. ขณะที่ลูกจำเป็นต้องได้รับการรักษาหลังตื่นนอนตอนเช้า คุณรู้สึกสดชื่นมากกว่าที่เคยเป็น					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มี
14. คุณรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เมื่อต้องเข้าเยี่ยมลูกในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต					
15. หลังจากคลอดลูกและลูกมีอาการผิปกติ จำเป็นต้องรับการรักษา คุณตื่นนอนเร็วกว่าที่เคยเป็น					
16. ขณะที่ลูกได้รับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต คุณถอนหายใจบ่อยครั้งกว่าที่เคยเป็น					
17. เมื่อคิดถึงอาการเจ็บป่วยของลูกคุณรู้สึกมึนงง วิงเวียนศีรษะบ่อยครั้งกว่าที่เคยเป็น					
18. หลังคลอดลูก และลูกได้รับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต คุณมีความมั่นใจ ในการเลี้ยงดูลูกมากขึ้น					
19. คุณรู้สึกจิตใจห่อเหี่ยวมากขึ้น ในขณะที่ลูกเจ็บป่วยหรือมีอาการผิปกติหลังคลอด					
20. หลังจากคุณคลอด และลูกมีอาการผิปกติหลังคลอด คุณมีอาการแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียนหรือ ท้องเสีย โดยไม่ทราบสาเหตุ					
21. เมื่อคุณคิดกังวลเกี่ยวกับอาการของลูก คุณรู้สึกปาก คอแห้ง บ่อยครั้งกว่าที่เคยเป็น					
22. หลังจากลูกมีอาการเจ็บป่วยหรือผิปกติหลังคลอดคุณมีผมร่วงมากขึ้น					
23. เมื่อคุณทราบว่าลูกมีอาการเจ็บป่วยหรือผิปกติหลังคลอด คุณมีอาการแน่นหน้าอก หายใจลำบาก ทั้งที่ไม่เคยเป็นมาก่อน					
24. เมื่อคุณทราบว่าลูกมีอาการเจ็บป่วยหรือผิปกติหลังคลอด คุณมีอาการหลงๆ ลืมทั้งที่ไม่เคยเป็นมาก่อน					
25. ขณะที่คุณคิดกังวลเกี่ยวกับลูก คุณขบฟันบ่อยครั้งกว่าที่เคยเป็น					
26. หลังคลอดลูก และลูกเจ็บป่วยจำเป็นต้องพักรักษา คุณรู้สึกหมดแรงหรืออ่อนเพลียมากกว่าเดิม					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มี
27. หลังจากคลอดลูก และลูกมีอาการเจ็บป่วย หลังคลอด จำเป็นต้องรับการรักษา คุณปัสสาวะบ่อยครั้งมากขึ้นกว่าเดิม					
28. หลังคลอดลูก คุณร้องไห้ง่ายกว่าที่เคยเป็น เมื่อคิดถึงอาการเจ็บป่วยของลูก					
29. หลังจากคลอดลูก และลูกมีอาการเจ็บป่วย จำเป็นต้องรับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต คุณรู้สึกร้อนๆ หนาวๆ โดยไม่ทราบสาเหตุและไม่เคยเป็นมาก่อน					
30. หลังจากคุณคลอดลูกและมีอาการเจ็บป่วย หลังคลอด จำเป็นต้องรับการรักษา คุณรู้สึกใจสั่นหรือจะเป็นลม					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว อัญชลี ชันทุลา เกิดวันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ. 2519 ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ในปีการศึกษา 2541 รุ่น 83 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2546 ปัจจุบันปฏิบัติงาน ติ๊กผู้ป่วยนอก ภาปร 6 ศัลยกรรม ตำแหน่ง พยาบาล 5 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย