

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

ร.อ.เอกกมล รัชชวรค์

เรือเอกหญิงกนิรี ชัยสวรรค์

ผู้วิจัย

พญ.กมล เสรีเสถียร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร,

พย.ค.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

นพ. ว่องสิริมาศ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นพพร ว่องสิริมาศ,

ปร.ค. (การพยาบาล)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ศ.นพ. อรุณ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฉวีวรรณ อยู่สำราญ,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

พญ. งาม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ศ.นพ. อรุณ

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิริหมงคล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

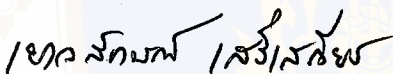
วันที่ 14 มิถุนายน พ.ศ. 2554



รองศาสตราจารย์รัชนีศิริ ทาโต,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์เขาวลัษณ์ เสรีเสถียร,

พย.ด.

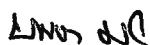
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์นพพร ว่องสิริมาศ,

ปร.ด. (การพยาบาล)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



เรือเอกหญิงกนิรี ชัยสวรรค์

ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์ทัศนีย์ ประสบกิตติคุณ,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฉวีวรรณ อยู่สำราญ,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีเนื่องจากได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขวาลักษณ์ เสรีเสถียร กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉวีวรรณ อยู่สำราญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นพพร ว่องสิริมาศ กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้แนะนำแนวคิด ตลอดจนให้คำปรึกษาจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี และผู้วิจัยขอขอบคุณประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนี ประสพกิตติคุณ และกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต ที่ให้คำแนะนำ ตลอดจนข้อเสนอแนะในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากที่สุด

ขอขอบคุณ น.ท.หญิงนันทรัตน์ ดันยวรรธนะ น.ท.หญิงวิศรา พงศ์อัจฉริย์ และผู้บังคับบัญชาทุกท่านที่ให้โอกาสทางการศึกษาตลอดจนผู้ร่วมงานที่ให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์นี้จนเสร็จสิ้น

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ตลอดจนบุคลากรหน่วยตรวจสุขภาพมารดาหลังคลอดและห้องตรวจโรคกุมาร โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชทุกท่านที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดีและที่สำคัญขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างมารดาวัยรุ่นทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตรหัส 51 ทุกท่านที่ให้กำลังใจและดูแลซึ่งกันและกันมาโดยตลอด

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณบิดา มารดา ตลอดจนญาติพี่น้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจเสมอมา คุณประโยชน์อันเกิดจากการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ผู้วิจัยขอบแต่ทุกท่านที่มีส่วนร่วมทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์

เรือเอกหญิงกนิรี ชัยสวรรค์

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

FACTORS PREDICTING POSTPARTUM DEPRESSION IN ADOLESCENT MOTHERS

เรือเอกหญิงกนิรี ชัยสวรรค์ 5136722 NSAM/M

พย.ม. (การผดุงครรภ์ชั้นสูง)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, พย.ด, จวีวรรณ อยู่สำราญ, Ph.D. (NURSING), นพพร ว่องสิริมาศ, ประ.ด. (การพยาบาล)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของ อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร การสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นที่มารับบริการตรวจสุขภาพหรือพาบุตรมารับวัคซีนในระยะ 6 ถึง 8 สัปดาห์หลังเกิด ที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม จำนวน 84 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 5 ชุด ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา แบบสอบถามความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ จากการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น พบว่า คะแนนความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร มีค่าผิดปกติ (outlier) จำนวน 5 ราย จึงแก้ไขโดยไม่นำค่าดังกล่าวมาวิเคราะห์ ดังนั้นจึงมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ทั้งสิ้นจำนวน 79 ราย

ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 41.67 ของมารดาวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ร้อยละ 50 ($R^2 = .50, p < .001$) โดยปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร ($\beta = .41, t(78) = 4.29, p < .001$) และการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ($\beta = -.39, t(78) = -4.45, p < .001$) ส่วนอายุ และการสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า พยาบาลควรประเมินความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร และการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาในกลุ่มมารดาวัยรุ่นและให้การช่วยเหลือหากพบมีความเสี่ยง เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอดต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด/ ปัจจัยทำนาย/ มารดาวัยรุ่น

FACTORS PREDICTING POSTPARTUM DEPRESSION IN ADOLESCENT MOTHERS

KINNAREE CHAISAWAN 5136722 NSAM/M

M.N.S. (ADVANCED MIDWIFERY)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : YAO WALAK SERISATHIEN, D.N.S., CHAWEEWAN

YUSAMRAN, Ph.D. (NURSING), NOPPORN VONGSIRIMAS, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

The purpose of this study with correlational predictive design was to determine the predictive power of age, perception of maternal competency, child care stress, and social support on postpartum depression in adolescent mothers. The participants consisted of 84 adolescent mothers who came to postpartum clinics or well baby clinics for the vaccinations during the postpartum period of 6-8 weeks in hospitals affiliated to the Ministry of Defense. Data were collected by using five questionnaires comprising of the Demographic Data Questionnaire, Parenting Sense of Competence Scale, Child Care Stress Questionnaire, the Multidimensional Scale of Perceived Social Support, and the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale. Multiple regression was used for data analysis. According to an initial analysis, 5 cases with outliers found in child care stress score were deleted. Thus, the total number of subjects included in the data analysis was 79.

The study results indicated that 41.67% of the adolescent mothers had postpartum depression. Age, perception of maternal competency, child care stress, and social support could explain 50% of the variance of postpartum depression in adolescent mothers ($R^2 = .50, p < .001$). The factors that significantly predicted postpartum depression in adolescent mothers were child care stress ($\beta = .41, t(78) = 4.29, p < .001$) and perception of maternal competency ($\beta = -.39, t(78) = -4.45, p < .001$). Age and social support did not significantly predict postpartum depression in adolescent mothers. The study findings suggest that nurses should assess child care stress and maternal competency in adolescent mothers. When risks to postpartum depression are found, proper care should be given to prevent the depression.

KEY WORDS : POSTPARTUM DEPRESSION/ FACTORS PREDICTING/ ADOLESCENT
MOTHERS

143 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญรูปภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
สมมุติฐานการวิจัย	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	9
นิยามตัวแปร	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น	11
ความหมายของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	12
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า	13
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	14
ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	17
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	20
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น	23
อายุ	30
การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา	31

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร	32
การสนับสนุนทางสังคม	34
สรุป	36
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	37
ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	37
แหล่งเก็บข้อมูล	38
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย	39
การเก็บรวบรวมข้อมูล	46
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	48
การวิเคราะห์ข้อมูล	49
บทที่ 4 ผลการวิจัย	50
บทที่ 5 อภิปรายผล	62
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	68
สรุปผลการวิจัย	68
ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย	69
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	71
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	86
รายการอ้างอิง	102
ภาคผนวก	119
120 การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	120
121 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	121
128 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	128
129 การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ	129

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก จ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	133
ประวัติผู้วิจัย	143



สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
3.1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา	38
4.1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะด้านประชากร สังคมและเศรษฐกิจ	52
4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลทางด้านพฤติกรรม	54
4.3 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า	58
4.4 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะซึมเศร้า	58
4.5 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง	60
4.6 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) หาอำนาจการทำนายของตัวแปรอิสระกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น	61
จ.1 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาจำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน	133
จ.2 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร จำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน	135
จ.3 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมจำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน	138
จ.4 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้า จำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน	140

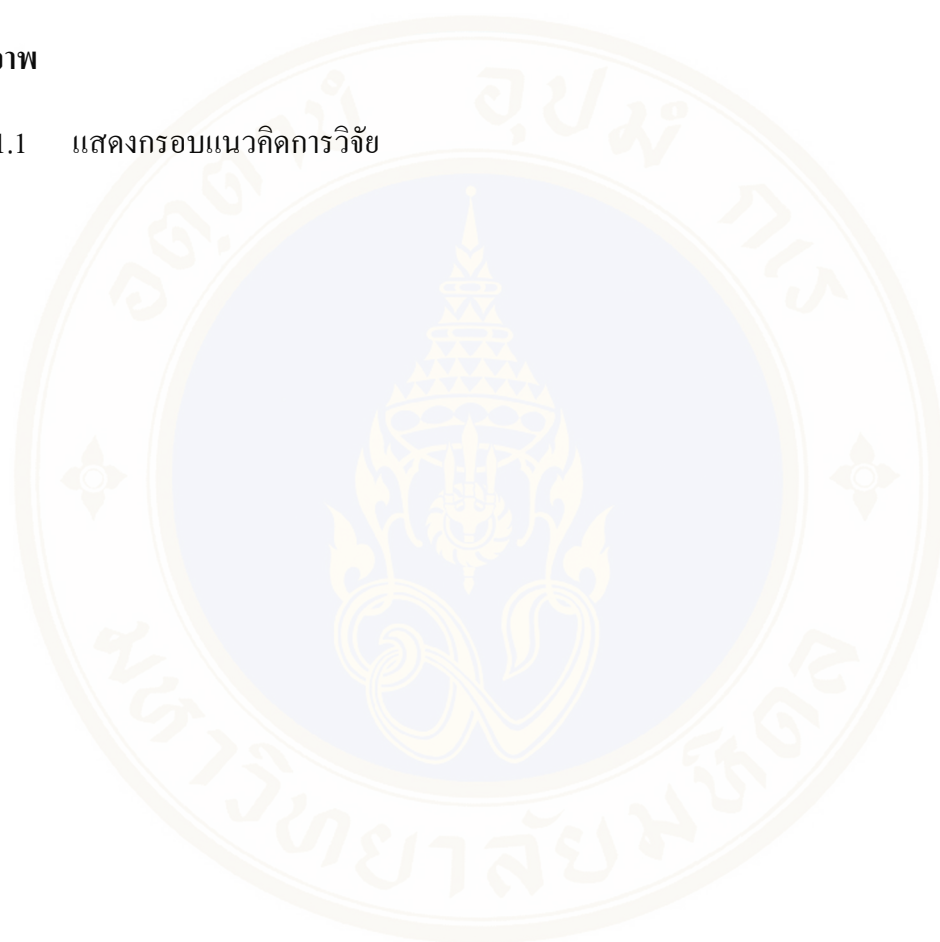
สารบัญรูปภาพ

ภาพ

หน้า

1.1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

8



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่พบได้บ่อยในระยะ 1 ปีแรกหลังคลอด (Beck & Gable, 2001) โดยพบความชุกของการเกิดภาวะนี้ร้อยละ 19-29 (Bugdayci, Sasmaz, Tezcan, Kurt, & Oner, 2004; Leung, Arthur, & Martinson, 2005; Özbaoaran, Coban, & Kucuk, 2010) จากการศึกษาในมารดาวัยรุ่นพบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่ามารดาผู้ใหญ่ (Eshbaugh, 2008; Lanzi, Bert, & Jacobs, 2009; Nakku, Nakasi, & Mirembe, 2006) โดยในต่างประเทศพบความชุกการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นสูงถึงร้อยละ 53-56 (Hudson, Elek, & Campbell-Grossman, 2000; Logsdon, Birkimer, Simpson & Looney, 2005) สำหรับประเทศไทยพบความชุกของภาวะนี้ในมารดาวัยรุ่นร้อยละ 26- 54.6 (Amphai, 2007; Sriseang, 2003) จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่ามารดาวัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่ามารดาผู้ใหญ่ ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการตั้งครรภ์ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากความไม่ตั้งใจ ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์หรือการตั้งครรภ์ในวัยเรียน ก่อให้เกิดความไม่พร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ ในระยะหลังคลอดมารดาวัยรุ่นจึงต้องเผชิญกับการเป็นมารดาก่อนวัยอันควร ต้องปรับตัวต่อบทบาทใหม่ คือ การเป็นมารดาที่ต้องแสดงความรับผิดชอบอย่างสูง อาจเกิดความขัดแย้งกับความต้องการตามพัฒนาการของวัยรุ่นที่ต้องการความเป็นอิสระ การมีบุตรในวัยรุ่นจึงเป็นประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ทำให้มารดาวัยรุ่นมีความเสี่ยงอย่างมากต่อการเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความไม่พร้อมในด้านต่างๆ ทำให้ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นอาจมีความรุนแรงมากกว่าในมารดาผู้ใหญ่ได้ (Yozwick, 2009)

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามแนวคิดภาวะซึมเศร้าของแรดลอฟ (Radloff, 1977) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและพฤติกรรม ซึ่งมีลักษณะ คือ มีอารมณ์ซึมเศร้า รู้สึกผิดและรู้สึกไม่มีค่า รู้สึกสูญเสียความหวังและหมดหวัง การเคลื่อนไหวเชื่องช้า ความอยากอาหารลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอน ซึ่งจะส่งผลกระทบอย่างมากต่อมารดา จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จะมีพฤติกรรมดูแลตนเอง ดูแลบ้าน มีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง การแสดงออกทางอารมณ์ในทางลบ เช่น มี

ความรู้สึกโดดเดี่ยว การแยกตัวจากสังคม (Beck & Gable, 2001; Posmontier, 2008) และมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดประกอบกับมีอาการด้านการคิดอยากฆ่าตัวตายสูง จะมีความแปรปรวนทางอารมณ์มาก มีความคิดที่บิดเบือน มีการรับรู้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุตรในทางลบ (Paris, Bolton, & Weinberg, 2009) ถ้าหากต้องเผชิญกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างเรื้อรังอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการมีอาการของโรคซึมเศร้า (depressive episode) ในอนาคตได้ (Cooper & Murray, 1995; Gourion, 2009)

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดนอกจากจะรบกวนการทำหน้าที่การเป็นมารดาและภาวะสุขภาพของมารดาแล้ว ที่สำคัญยังมีอิทธิพลต่อบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว โดยเฉพาะบุตรซึ่งสำหรับบุตรนั้น มารดาถือได้ว่าเป็นสิ่งแวดล้อมแรกที่จะกระตุ้นให้บุตรเกิดการเรียนรู้จากการกระตุ้นและรับสัมผัสความรู้สึกจากมารดา (Beck & Driscoll, 2006) ก่อเกิดพัฒนาการทางด้านต่างๆของบุตร ซึ่งภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาจะรบกวนต่อกระบวนการนี้ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดามีอิทธิพลในระดับปานกลางถึงระดับสูงต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกในช่วง 1 ปีแรกหลังคลอด (Beck, 1995) โดยจากการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าในมารดา 101 ราย พบว่ามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าที่ระยะ 4, 6 สัปดาห์และ 4 เดือนหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับคะแนนสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาทารกในระดับต่ำในระยะ 14 เดือนหลังคลอด (Moehler, Brunner, Wiebel, Reck, & Resch, 2006) ทั้งนี้เนื่องจากมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะมีความทุกข์ทรมานกับอาการของภาวะซึมเศร้ามากกว่า อาจทำให้ความสนใจหรือใส่ใจต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัวลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความไวต่อสัญญาณที่บุตรแสดงออกน้อยลง (Conroy & Marks, 2003; Paris et al, 2009) มารดาจะแสดงพฤติกรรมด้านบวกกับบุตรน้อยลงและแสดงพฤติกรรมทางด้านลบต่อบุตรมากกว่า เช่น การแสดงอารมณ์ ปฏิกริยาการพูดและการเล่นกับบุตร (Foster, Garber, & Durlak, 2008; Reck et al, 2004; Righetti-Veltema, Bousquet, & Manzano, 2003) ส่งผลให้ปฏิกริยาและการตอบสนองระหว่างมารดาและบุตรไม่มีความสอดคล้องกัน ด้วยเหตุนี้จึงมีผลต่อพัฒนาการด้านการเรียนรู้ของบุตรเป็นไปอย่างล่าช้าหรือมีความผิดปกติ (Dave, Sherr, Senior, & Nazareth, 2008; DiPietro, Novak, Costigan, Atella, & Reusing, 2006; Hay et al, 2001) ตลอดจนการแสดงออกทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุตรที่ผิดปกติ (Gartstein & Bateman, 2008; Hay, Pawlby, Waters, & Sharp, 2008; Weinfeld, Ingerski, & Moreau, 2009) นอกจากนี้พบว่ามารดาที่มีอาการซึมเศร้าหลังคลอดมีความสัมพันธ์ทางด้านบวกต่อความคิดทำร้ายบุตร (Child harming thoughts) ทั้งทางด้านความถี่และความรุนแรง (Humenik & Fingerhut, 2007) ซึ่งการที่บุตรต้องเผชิญอยู่กับภาวะอารมณ์ที่ผิดปกติของมารดา อาจส่งผลต่อปัญหาทางด้านสุขภาพจิตของบุตรในอนาคตได้ จากผลการศึกษาที่ผ่านมา

พบว่าภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดามีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพจิตของบุตรได้ในอนาคต เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล เป็นต้น (Bureau, Easterbrooks, Lyons-Ruth, 2009; Halligan, Murray, Martins, & Cooper, 2007; Lieb, Isensee, Höfler, Pfister, & Wittchen, 2002) นอกจากภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อสุขภาพและพัฒนาการของบุตรแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตของสามีอีกด้วย จากการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของสามีด้วยเช่นกัน (Goodman, 2008; Paulson & Bazemore, 2010)

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าหลังคลอดนอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวมารดาแล้วยังส่งผลกระทบต่อบุคคลใกล้ชิดโดยเฉพาะบุตรและสามี ดังนั้นการจะยับยั้งหรือป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นดังกล่าว ผู้ดูแลควรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสาเหตุหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เพื่อจะได้วางแผนให้การช่วยเหลือมารดากลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสม

สำหรับสาเหตุที่แท้จริงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดนั้นยังไม่ทราบได้แน่ชัด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าที่ผ่านมาเป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นจะมีความคล้ายคลึงกับในมารดาผู้ใหญ่ โดยพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงรูปร่างและน้ำหนัก ทำให้มารดาวัยรุ่นมีความรู้สึกไม่พึงพอใจ เครียดและกังวลกับภาพลักษณ์ของตนที่เปลี่ยนไป มีการยอมรับตนเองลดลง และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Birkeland, Thompson, & Phares, 2005) และเนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก (อัญชลี ภูสงค์, 2552) และเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม (Vongjinda, 2004) จึงอาจทำให้ขาดความรู้ ประสบการณ์ และทักษะในการดูแลบุตร ร่วมกับการเผชิญกับบทบาทใหม่ที่ไม่คุ้นเคย ส่งผลให้เกิดการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาของตนเองในทางลบซึ่งจากการศึกษาในมารดาทั่วไปพบว่า การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Birkeland et al, 2005)

จากความไม่พร้อมทางด้านต่าง ๆ มารดาวัยรุ่นจึงต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือมากกว่ามารดาผู้ใหญ่ (Wahn & Nissen, 2008) ดังนั้นถ้าหากมารดาวัยรุ่นได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือที่ไม่เพียงพอกับความต้องการ จะทำให้มารดาวัยรุ่นรู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง มีความยุ่งยาก ไม่สามารถปรับตัวในการเป็นมารดาและทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามารดาวัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำหรือขาดการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Birkeland et al, 2005; Nirattharadorn, 2005; Secco et al, 2007) แต่จากผลการศึกษาของศรีัญญา วิทยประไพพันธ์ (Withayaprapaipan, 2003) พบว่า มารดาหลังคลอดที่

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มากเกินไปอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดด้วยเช่นกัน และจากผลการศึกษาของ ล็อกดอนและคณะ (Logsdon et al, 2005) ที่ศึกษาผลของการให้การสนับสนุนทางสังคมในระยะตั้งครรภ์ต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น พบว่า ไม่มีความแตกต่างของคะแนนซึมเศร้าในระยะหลังคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการที่มารดาวัยรุ่นต้องเผชิญกับบทบาทใหม่ที่ไม่คุ้นเคย ต้องเลี้ยงดูบุตรด้วยความด้อยประสบการณ์ ขาดความรู้ในการแปลความหมายความต้องการจากพฤติกรรมที่บุตรแสดงออก เช่น พฤติกรรมร้องไห้ของบุตร เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของบุตรได้เหมาะสม (Beck & Driscoll, 2006) การที่ไม่สามารถเรียนรู้และตอบสนองพฤติกรรมของบุตรได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลให้มารดาวัยรุ่นมองพฤติกรรมของบุตรหรือมองเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตรไปในทางลบ หรือเมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวข้องกับบุตร อาจทำให้มารดาวัยรุ่นเกิดความเครียดเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรได้ง่ายมากกว่ามารดาผู้ใหญ่ ซึ่งจากผลการศึกษาในมารดาทั่วไปพบว่าความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Honey, Morgan, & Bennett, 2003) นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น โดยจากผลการศึกษาของดิลและโฮลต์ (Deal & Holt, 1998) พบว่า มารดาวัยรุ่นที่มีอายุ 15-17 ปี มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่ามารดาผู้ใหญ่ที่อายุน้อยกว่า ซึ่งขัดแย้งจากผลการศึกษาของ คาร์ดเวลและแอนโนนัคซี (Caldwell & Antonucci, 1997) พบว่าอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

จากผลการศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในขณะตั้งครรภ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม (Niratttharadorn, 2005; Seisaeng, 2003) การปรับบทบาทการเป็นมารดา (Amphai, 2007) และเหตุการณ์ชีวิตในด้านลบ (Negative life events) (Seisaeng, 2003) จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยบางประการ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยดังกล่าวสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผู้ใหญ่ได้ ประกอบกับยังไม่พบว่ามีการศึกษาปัจจัยดังกล่าวในประเทศไทย นอกจากนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยด้านอายุ เนื่องจากในช่วงวัยรุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางด้านร่างกายและ จิตใจ การตั้งครรภ์และการมีบุตรในวัยรุ่นโดยเฉพาะในช่วงวัยที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะทางอารมณ์ ยังมีความคิดมองตนเองเป็นศูนย์กลางและยังไม่พร้อมที่จะรับผิดชอบใดๆ อาจทำให้มารดาวัยรุ่นเหล่านี้เกิดความขัดแย้งในจิตใจได้ง่าย โดยเฉพาะถ้าหากเหตุการณ์นี้เกิดขึ้นในช่วงวัยรุ่นตอนต้นหรือตอนกลาง และอีกหนึ่งปัจจัยหนึ่ง คือ การสนับสนุนทางสังคมเนื่องจากยังมีข้อ

ขัดแย้งกันของผลการศึกษา จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยด้าน อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งคาดว่าน่าจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นในระยะ 6-8 สัปดาห์หลังคลอดเนื่องจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เป็นช่วงที่พบความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มาก (Horiwitz & Goodman, 2004; Jardi, Pelta, Maron, & Thomas, 2008) ซึ่งองค์ความรู้ที่ได้จากผลการศึกษาผู้วิจัยคาดหวังว่าจะเป็นข้อมูลความรู้ที่ใช้ในการเสริมสร้างแนวทางการดูแลมารดาวัยรุ่นหลังคลอดเพื่อป้องกันหรือช่วยบรรเทาความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข

คำถามการวิจัย

อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้หรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของ อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร การสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

สมมติฐานการวิจัย

อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ง่ายในระยะหลังคลอด ภาวณี้ส่งผลด้านลบทั้งทางด้านสุขภาพของมารดาและการทำหน้าที่การเป็นมารดา สำหรับบุตรภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาจะขัดขวางการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตร จึงส่งผลต่อพัฒนาการด้านต่างของบุตรเป็นไปอย่างล่าช้าหรือผิดปกติ นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าหลัง

คลอดในมารดาซึ่งส่งผลต่อความผิดปกติทางอารมณ์ของสามีอีกด้วย สำหรับสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดยังไม่ทราบได้แน่ชัด การศึกษาที่ผ่านมาเป็นเพียงการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และยังไม่มียุทธวิธีที่สามารถอธิบายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยตรง ดังนั้นในการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการวิจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

อายุ ในช่วงวัยรุ่น เป็นช่วงวัยที่มีความสำคัญเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะช่วงวัยรุ่นตอนต้น จะมีอารมณ์ผันแปรได้ง่าย เกิดความวิตกกังวลได้ง่าย อารมณ์รุนแรง ส่วนในระยะวัยรุ่นตอนปลายซึ่งเริ่มมีการพัฒนาวุฒิภาวะทางอารมณ์ ความคิดที่มากกว่าในมารดาวัยรุ่นตอนต้น (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2547) ดังนั้นถ้าการตั้งครรภ์และมีบุตรในช่วงวัยรุ่นตอนต้นหรือตอนกลาง ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะทางอารมณ์ ยังมองตนเองเป็นศูนย์กลางและต้องการความเป็นอิสระ ร่วมกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นซึ่งเป็นช่วงที่อยู่ในวัยเรียนหรือไม่พร้อม การไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว การเป็นต้นเหตุของความอับอายของครอบครัว อาจถูกตำหนิจากสังคม มองตนเองในด้านลบ กรุ่นคิดวิตกกังวล ประกอบกับการต้องเผชิญกับการเป็นมารดาที่ต้องแสดงความรับผิดชอบอย่างสูง ซึ่งอาจขัดแย้งกับความต้องการความเป็นอิสระแต่ยังไม่พร้อมในการรับผิดชอบสิ่งต่างๆของความเป็นวัยรุ่น อาจทำให้มารดาในกลุ่มนี้มีความขัดแย้งทางอารมณ์และความคิดได้ง่ายกว่ามารดาที่มีอายุที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนกลางหรือตอนปลาย จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มารดาที่มีอายุ 15-17 ปี มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า (Deal & Holt, 1998) ดังนั้นอายุน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้

การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา เป็นความรู้สึกมั่นใจในความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องในการเป็นมารดาที่ดีและความรู้สึกต่อคุณค่าหรือพึงพอใจในการแสดงบทบาทการเป็นมารดาของตนเอง (Gibaud-Wallstan & Wandersman, 1978) มารดาที่มีความพร้อมทั้งด้านความรู้ ทักษะและมีประสบการณ์ในการเป็นมารดา จะทำให้มีความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถในการเป็นมารดาที่ดีได้ ซึ่งทำให้มารดาแสดงพฤติกรรมที่ตนเชื่อว่าสามารถทำได้ ผลลัพธ์ที่ได้จากการแสดงพฤติกรรมการเป็นมารดาจะมีอิทธิพลต่อการประเมินด้านความรู้สึกพึงพอใจและการรับรู้ถึงคุณค่าของการเป็นมารดาของตนเอง แต่การตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่

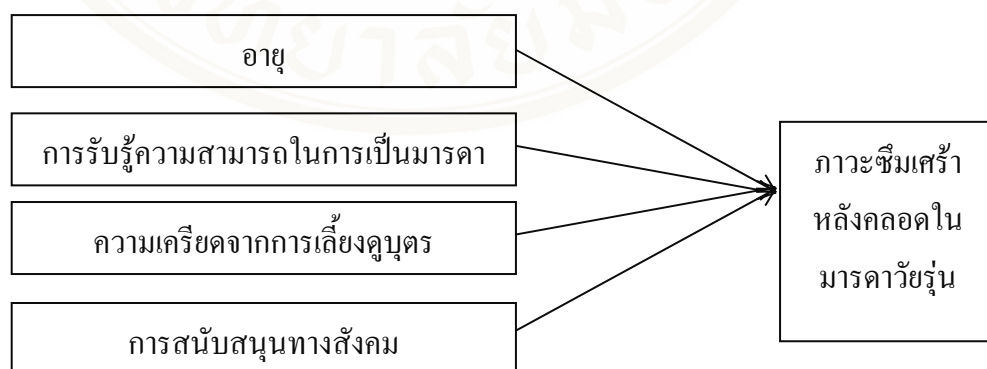
ไม่ได้วางแผนจึงไม่ได้เตรียมความพร้อมโดยเฉพาะความรู้ในการดูแลตนเองและบุตร ร่วมกับการตั้งครรถ์ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรถ์ครั้งแรก (อัญชลี ภูสงค์, 2552) เป็นเหตุให้ขาดทักษะและประสบการณ์ การขาดทั้งความรู้ ทักษะและประสบการณ์ทำให้มารดาวัยรุ่นเกิดความไม่มั่นใจ อาจส่งผลต่อการรับรู้ของมารดาว่าตนเองไม่สามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาที่ดีได้ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อบทบาทการเป็นมารดาของตนเองและการรับรู้คุณค่าของการทำหน้าที่การเป็นมารดาของตนเองลดลง ทำให้มารดาวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าได้ง่าย จากผลการศึกษาในกลุ่มมารดาทั่วไปพบว่า การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Haslam, Pakenham, & Smith, 2006; O'Neil, Wilson, Shaw, & Dishion, 2009; Zayas, Jankowski & Mckee, 2005) ซึ่งในมารดาวัยรุ่นที่ขาดการเตรียมความพร้อมในด้านความรู้ในการดูแลบุตร ร่วมกับการขาดประสบการณ์ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ ดังนั้น การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาน่าจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อและสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้

ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร เป็นความรู้สึกคับข้องใจ หรือเกิดความไม่สบายใจของมารดาวัยรุ่นต่อเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตร ได้แก่ ภาวะสุขภาพของบุตร พฤติกรรมของบุตร การไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามีและครอบครัวในการดูแลบุตร มารดาวัยรุ่นที่บุตรมีปัญหาสุขภาพ เช่น การเจ็บป่วย ขาดความรู้ความเข้าใจในการแปลความหมายพฤติกรรมของ เช่น พฤติกรรมการร้องไห้ เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของบุตรได้เหมาะสมร่วมกับถ้าหากไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว อาจทำให้มารดาวัยรุ่นเกิดความเครียดเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรได้ง่ายมากกว่ามารดาผู้ใหญ่ ซึ่งถ้าหากเกิดความเครียดสะสมต่อเนื่องจะทำให้เกิดความเครียดเรื้อรังและส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Brown & Haris, 1978; Bruce & Hoff, 1994) ซึ่งจากผลการศึกษาในมารดาทั่วไปพบว่าความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Horowitz, Damato, Duffy, & Solon, 2005; Leung et al, 2005; Merchant, Affonso, & Mayberry, 1995) จากข้อมูลดังกล่าว ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรน่าจะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุน คือ ครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988) การรับรู้ว่ามีบุคคลรอบข้างที่พร้อมให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในทุกๆด้าน มีผลอย่างมากต่อความรู้สึกมั่นคงในจิตใจ มารดาวัยรุ่นที่รับรู้ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสังคม

อย่างเพียงพอจะช่วยให้เกิดความมั่นใจ รู้สึกว่าสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆได้ จะแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ตอบสนองต่อสถานการณ์ความเครียดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าลดลงหรือป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Turner, Sorenson, & Turner, 2000) ในทางกลับกันถ้าหากมารดาวัยรุ่นได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำหรือไม่เพียงพอต่อการสนับสนุนที่ตนเองได้รับ ทำให้มารดาเหล่านี้รู้สึกว่าตนเองต้องเผชิญปัญหาต่างๆเพียงลำพัง ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆได้ เกิดความกังวลใจ ความรู้สึกเหล่านี้จะกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งสอดคล้องจากผลการศึกษาที่ผ่านมพบว่ามารดาวัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนจากสังคมต่ำหรือขาดการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Westdahl et al, 2007) และจากการศึกษาในมารดาวัยรุ่นพบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Niratttharadorn, 2005) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมน่าจะเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้

จากข้อมูลดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า มารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยหรืออยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น มีการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาของตนเองต่ำ มีความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรสูง และรับรู้ที่ตนเองได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะส่งผลทำให้มารดาวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าได้มาก ดังนั้นปัจจัยในเรื่อง อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร และการสนับสนุนทางสังคม อาจเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพ 1.1



ภาพ 1.1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยศึกษาในมารดาวัยรุ่นอายุไม่เกิน 19 ปี ที่มารับการตรวจสุขภาพหลังคลอด 6 สัปดาห์ หรือพบบุตรตรวจสุขภาพและรับวัคซีนในระยะ 8 สัปดาห์หลังเกิด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2553 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554 จำนวน 84 ราย

นิยามตัวแปร

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในระยะหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น ซึ่งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านจิตใจและพฤติกรรม ได้แก่ มีอารมณ์ซึมเศร้า รู้สึกผิด และรู้สึกไม่มีค่า รู้สึกสูญเสียความหวังและหมดหวัง การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ ความอยากอาหารลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอน ซึ่งสามารถวัดได้ด้วยแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (The Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) Scale) ของแรดลอฟ (Radloff, 1977) ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย อุมพร ตรังคมบดีและคณะ (2540) มีจำนวน 20 ข้อ มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-60 คะแนน ถ้าหากทดสอบแล้วมีระดับคะแนนสูงกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนนถือว่าเป็นบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

อายุ เป็นอายุในปัจจุบันของมารดาวัยรุ่นที่มีหน่วยนับเป็นปี ถ้าเศษเกิน 6 เดือนปัดเป็นหนึ่งปี

การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา เป็นความรู้สึกมั่นใจในความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องในการเป็นมารดาและความรู้สึกต่อคุณค่าหรือพึงพอใจในการแสดงบทบาทการเป็นมารดาของตนเอง ซึ่งวัดได้ด้วย แบบวัดการรับรู้ความสามารถการเป็นมารดา (Parenting Sense of Competence Scale-Mother form) ของ กิบาด-วอลสตันและวันเดอส์แมน (Gibaud-Wallston & Wandersman, 1978) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดย สุพรรณิ สุ่มเล็ก (2538) มีจำนวน 17 ข้อ มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 17-85 คะแนน การแปลผลคะแนน คือ มารดาที่มีคะแนนมากแสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาสูง มารดาที่มีคะแนนน้อยแสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาต่ำ

ความเครียดจากการเลี้ยวศูญตร เป็นความรู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจของมารดาวัยรุ่นที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลศูญตรได้แก่ ปัญหาสุขภาพของศูญตร ด้านพฤติกรรมของศูญตรและการไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามีและครอบครัวในการเลี้ยวศูญตร ซึ่งวัดได้ด้วยเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเครียดจากเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยวศูญตร มีจำนวน 27 ข้อ มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-135 คะแนน การแปลผลคะแนน คือ มารดาที่มีคะแนนมากแสดงว่ามีระดับความเครียดจากการเลี้ยวศูญตรสูง มารดาที่มีคะแนนน้อยแสดงว่ามีระดับความเครียดจากการเลี้ยวศูญตรต่ำ

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของมารดาวัยรุ่นเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ คือ ครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ ซึ่งวัดได้ด้วยแบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) ที่สร้างขึ้นโดย ซิมเม็ต และคณะ (Zimet et al, 1988) แปลเป็นภาษาไทยโดย พิทักษ์พล บุญมาลิก (Boonyamalik, 2005) มีจำนวน 12 ข้อ มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 12-84 คะแนน การแปลผลคะแนน คือ มารดาที่มีคะแนนมากแสดงว่ามีการรับรู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง มารดาที่มีคะแนนน้อยแสดงว่ามีการรับรู้ได้รับสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางในการให้การดูแลในกลุ่มมารดาวัยรุ่นเพื่อป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของ อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร และการสนับสนุนทาง สังคม ต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องใน หัวข้อดังต่อไปนี้

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

ความหมายของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

สรุป

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

การตั้งครรภ์และการคลอดในมารดาวัยรุ่น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการเป็นการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรในครั้งแรก (อัญชลี ภูสงค์, 2552) ถือได้ว่าเป็นประสบการณ์ที่ทำให้มารดาวัยรุ่นต้อง มีการปรับตัวอย่างมาก โดยเฉพาะในระยะหลังคลอด มารดาวัยรุ่นต้องเผชิญกับการเป็นมารดาโดย ความไม่พร้อมหรือไม่ได้ตั้งใจ และต้องแสดงบทบาทการเป็นมารดาตามความคาดหวังของสังคม ซึ่งในบางครั้งอาจขัดแย้งกับความต้องการในระยะที่เป็นช่วงชีวิตของวัยรุ่น ทำให้มารดาเหล่านี้มีความเสี่ยงอย่างมากต่อการเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ (Birkeland et al, 2005) โดยความผิดปกตินี้ อาจเริ่มต้นเกิดขึ้นตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ โดยอาการจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ เมื่อมีการคลอดเกิดขึ้น กระบวนการนี้จะเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน เนื่องจากการดาวัยรุ่นหลังคลอดต้องมีการปรับตัวอย่างมาก ต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจร่วมกับการต้องเผชิญกับการเป็นมารดาด้วยความ ไม่พร้อมทางด้านต่างๆ ดังนั้นในมารดาวัยรุ่นจึงพบภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดมากกว่าในระยะ

ตั้งครรภ์ (Barnet et al, 1996; Nirattharadorn, 2005) ซึ่งโดยทั่วไปแล้วพบความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นร้อยละ 26 -67 (Banet et al, 1996; Hudson et al, 2000; Logsdon et al, 2005) สำหรับประเทศไทยพบภาวะนี้ในมารดาวัยรุ่นร้อยละ 26-54.6 (Amphai, 2007; Sriseang, 2003) และระยะที่สามารถพบภาวะนี้ได้มากที่สุด คือระยะ 3 เดือนแรกหลังคลอด (Horowitz & Goodman, 2004; Schmidt, Wiemann, Rickert, & Smith, 2006) โดยในต่างประเทศจะพบภาวะนี้สูงถึงร้อยละ 41.9-56 (Horowitz & Goodman, 2004; Hudson et al, 2000; Logsdon et al, 2005)

ความหมายของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

จากการศึกษาที่ผ่านมาและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและซึมเศร้าหลังคลอด ดังนี้

แรดลอฟ (Radloff, 1977) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านจิตใจและพฤติกรรม ได้แก่ มีอารมณ์ซึมเศร้า รู้สึกผิดและรู้สึกไม่มีค่า รู้สึกสูญเสียความหวังและหมดหวัง การเคลื่อนไหวเชื่องช้า ความอยากอาหารลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอน

เบ็ค (Beck, 2001) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในระยะหลังคลอดของมารดา โดยจะมีอาการนอนไม่หลับ อารมณ์แปรปรวน รู้สึกหงุดหงิดง่าย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร ไร้ค่า โดดเดี่ยว มองโลกในแง่ลบ รู้สึกไม่ดีกับบุตรและบุคคลใกล้ชิด มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับสามี อยากร้องไห้ หรือร้องไห้โดยไม่ทราบสาเหตุ และอาจมีความคิดทำร้ายตนเองหรือทำร้ายบุตร

ฟิลลิเทอรี (Pillitteri, 2003) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เป็นความผิดปกติทางจิตใจภายหลังคลอดชนิดที่มีความรุนแรงระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตหลังคลอด และภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด อาการที่สำคัญประกอบด้วย อารมณ์เศร้าและความวิตกกังวล พบได้ตั้งแต่ในระยะ 1 เดือนถึงระยะ 1 ปีหลังคลอด

โลวเดอร์มิลค์และเพอรี (Lowdermilk & Perry, 2007) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด หมายถึงกลุ่มอาการของมารดาหลังคลอด แสดงถึงการเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความคิดและการรับรู้ ซึ่งนำไปสู่การเบี่ยงเบนทางร่างกาย และพฤติกรรม เช่น มีอารมณ์เศร้า เสียใจ เบื่อหน่าย ไร้ค่า หมดแรง หมดหวัง คิดว่าตนเองทำผิดบาปไว้ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ความสนใจเรื่องเพศลดลง มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย มีความวิตกกังวลและย้ำคิดย้ำทำ ส่วนใหญ่จะมีอาการในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด อาการจะรบกวนการดำรงชีวิตประจำวันและการมีปฏิสัมพันธ์กับทารก อาการที่เกิดขึ้นจะคงอยู่ประมาณ 2 สัปดาห์ และอาการเหล่านี้จะไม่หายไปถ้าหากไม่ได้รับการช่วยเหลือ

ในการศึกษาในครั้งนี้ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในระยะหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น ซึ่งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านจิตใจและพฤติกรรม ได้แก่ มีอารมณ์ซึมเศร้า รู้สึกผิดและรู้สึกไม่มีค่า รู้สึกสูญเสียความหวังและหมดหวัง การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ ความอยากอาหารลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอน

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังไม่มีการอธิบายสาเหตุที่แท้จริงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แต่ได้มีการอธิบายโดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎีต่างๆที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าด้วย 3 ทฤษฎีที่สำคัญ คือ ทฤษฎีทางด้านชีววิทยา ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา และทฤษฎีทางด้านสังคม (Akiskal, 2005; Rasgon et al, 2000) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ทฤษฎีทางด้านชีววิทยา อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจาก การขาดธาตุเหล็ก การทำงานที่ผิดปกติของต่อมไร้ท่อและระดับฮอร์โมนเปลี่ยนแปลงผิดปกติ จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าจากการขาดธาตุเหล็กกับภาวะซึมเศร้าในมารดาวัยรุ่น พบว่า สถานะของธาตุเหล็กมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) (Beard et al, 2005) และจากการศึกษาในมารดาหลังคลอดทั่วไปจำนวน 16 ราย เพื่อเปรียบเทียบระดับการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบว่า มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะมีระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนสูงกว่ามารดาหลังคลอดที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($p = 0.03$) (Bloch et al, 2000) และจากการศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การทำงานของต่อมไร้ท่อ (hypothalamic-pituitary-adrenal system: HPA axis) ที่ทำหน้าที่ในการหลั่งฮอร์โมนผิดปกติมีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Jolley, Elmore, Barnard, & Carr, 2007; McCoy, Beal, & Watson, 2003)

ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา ซึ่งประกอบด้วย ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีปัญญานิยม ทฤษฎีพฤติกรรม โดยในมุมมองของทฤษฎีจิตวิเคราะห์ กล่าวว่า สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าว่าเป็นผลจากความสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก (Freud, 1917 อ้างใน Lewin, 2008) จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีที่มีคู่สมรสจำนวน 358 รายในประเทศไทย พบว่าการสูญเสียแม่ก่อนอายุ 11 ปีเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า ($r = .16, p < .01$) (มณีกานต์ สุภาเส, 2551) ในมุมมองทฤษฎีปัญญานิยมกล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลจากกระบวนการความคิดที่บิดเบือน มีความรู้สึกต่อตนเอง สถานการณ์ต่างๆ และอนาคต

ในด้านลบ (Beck, 1967) ในกลุ่มและทฤษฎีพฤติกรรม กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการได้รับแรงเสริมทางบวกที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เพียงพอจากสิ่งแวดล้อมประกอบกับการขาดทักษะทางสังคม (Lewinsohn, 1995)

ทฤษฎีทางสังคม ได้แก่ ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล กล่าวว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยทางสังคมมีส่วนสำคัญในการเกิดความคิดปกติทางจิตเวช เนื่องจากมนุษย์เป็นผลผลิตของการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เมื่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคลถูกทำลายหรือมีความรู้สึกไม่พึงพอใจจะก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Sullivan, 1953) จากการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีที่มีคู่สมรสจำนวน 358 รายในประเทศไทย โดยใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการอธิบายความสัมพันธ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.40, p < .01, r = -.37, p < .01$ ตามลำดับ) (มณีกานต์ สุภาส, 2551)

จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ซึ่งมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับหลักฐานจากผลการศึกษา จึงสร้างความรู้ในหลากหลายมิติ เช่น ทางด้านชีวภาพ เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากระดับของฮอร์โมนหรือต่อมไร้ท่อทำงานผิดปกติ การขาดธาตุเหล็กและในมุมมองของนักจิตวิเคราะห์พบว่า สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นผลจากความสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักจึงกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้า ในมุมมองของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นเนื่องจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้มีการปรับตัว ถ้าหากไม่สามารถปรับตัวได้ จะกระตุ้นให้เกิดความคับข้องใจ เครียดและส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ในมุมมองของแนวคิดปัญญานิยมกล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากกระบวนการคิดที่บิดเบือน มีความรู้สึกต่อตนเองในด้านลบทั้งในปัจจุบันและในอนาคต และแนวคิดทางด้านทฤษฎีพฤติกรรม กล่าวว่า เกิดจากการได้รับแรงเสริมทางบวกที่ไม่เหมาะสม จากข้อมูลดังกล่าวจึงยังไม่มีทฤษฎีใดที่สามารถอธิบายกลไกการเกิดภาวะภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้อย่างชัดเจน เนื่องจากส่วนใหญ่ความรู้ที่เกิดขึ้นเป็นการค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าโดยทั่วไป

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum Depression) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่พบได้บ่อยในระยะ 1 ปีแรกหลังคลอด (Beck & Gable, 2001) โดยมีความชุกการเกิดภาวะนี้อยู่ในช่วงร้อยละ 19-29 (Bugdayci et al, 2004; Leung et al, 2005) จากการศึกษาติดตามมารดาในระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะ 8 เดือนหลังคลอดในกลุ่มมารดาที่มีบุตรคนแรกจำนวน 396 ราย พบว่า มารดาวัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่ามารดาอายุผู้ใหญ่ เนื่องจากมีอัตราการเกิดภาวะ

ซึมเศร้าหลังคลอดในทุกระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่าในกลุ่มมารดาวัยผู้ใหญ่ (Lanzi et al, 2009) และจากการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างมารดาวัยรุ่น (54 ราย) และมารดาผู้ใหญ่ (54 ราย) พบว่า มารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี จะมีค่าคะแนนของภาวะซึมเศร้ามากกว่ามารดาผู้ใหญ่ ($X^2 = 5.173, p = 0.021$) (Figueiredo, Pacheco, & Costa, 2007) และในต่างประเทศพบความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นสูงถึงร้อยละ 53-56 (Hudson et al, 2000; Logsdon et al, 2005) สำหรับระยะเวลาเริ่มต้นของการแสดงอาการมีความแตกต่างกัน โดยมีผู้ศึกษาตั้งแต่ระยะ 2-3 วันหลังคลอด (Moline, Kahn, Ross, Altshuler, & Cohen, 2001) จนถึง 1 ปีหลังคลอด (Beck, 1995; Beck, 2001) และพบว่าช่วงเวลาที่พบความชุกของภาวะนี้มากที่สุด คือ ระยะ 4-10 สัปดาห์หลังคลอด (Horiwitz & Goodman, 2004; Jardi, Pelta, Maron, & Thomas, 2008) อาการของภาวะนี้มีความรุนแรงมากกว่าอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Postpartum blue) แต่น้อยกว่าโรคจิตหลังคลอด (Postpartum Psychosis) และจากการศึกษา พบว่า มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสามารถพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้า (Major depression) ในอนาคตได้ (Gourion, 2009)

ในระยะหลังคลอดเป็นช่วงที่ต้องมีการปรับตัวอย่างมากทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีความเปราะบางต่อการเกิดความคิดผิดปกติทางอารมณ์ได้ง่าย จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างกว้างขวาง แต่ยังไม่มียุทธวิธีที่ชัดเจนเกี่ยวกับสาเหตุที่แท้จริงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อย่างไรก็ตามเป็นที่เชื่อกันว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนที่รวดเร็วในระยะหลังคลอด อาจเป็นสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้มารดาหลังคลอดมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ในขณะที่ตั้งครรภ์จะมีระดับฮอร์โมน เอสโตรเจน โปรเจสเตอโรน และธัยรอยด์ฮอร์โมนเพิ่มขึ้นมาก เมื่อรกลคลอด ฮอร์โมนเอสโตรเจนจะลดระดับลงอย่างรวดเร็วจาก 100,000 เป็น 100 pmol/l (Wilcox, Yovich, McColm, & Philips, 1985) โปรเจสเตอโรนจะลดลง 1,000 เท่าภายใน 2-5 วันหลังคลอด (Dennis, Ross, & Herxheimer, 2008) เช่นเดียวกับการลดลงของธัยรอยด์ฮอร์โมน ได้แก่ ไตรไอโอโดนไทโรนีน (tri-iodothyronine : T3) และไทโรกซีน (Thyroxine : T4) (Okano, 1999) ซึ่งมีหลายการศึกษาที่พบว่า การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Abou-Saleh, Ghubash, Karim, Krymski, & Bhai, 1998; Hendrick, Altshuler & Suri, 1998) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวด้านร่างกาย ส่วนการปรับตัวทางด้านจิตใจ เกิดขึ้นจากมารดาหลังคลอดต้องมีการปรับตัวเกี่ยวกับบทบาทใหม่ในการเป็นมารดา จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีปัจจัยทั้งทางด้านจิตสังคม เช่น ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร การรับรู้ความเครียดในระยะหลังคลอด และปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ จำนวนบุตร ระดับการศึกษา รวมทั้งปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น ประวัติซึมเศร้าในครอบครัว มารดาที่มีทารกมีอาการหงุดหงิดเสียงดัง ป้างจี้เหล่านี้มีการศึกษา พบว่า เป็นปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Beck, 2001; Dennis, Janssen, & Singer, 2004; Lanzi et al, 2009) จากข้อมูลข้างต้นจึงอาจกล่าวได้ว่า มารดาหลังคลอดมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มากกว่าสตรีโดยทั่วไป

จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่ผ่านมาในการค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะนี้ จะถูกประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า เช่น The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D), Postpartum Depression Checklist (PDC) เป็นต้น เมื่อพบผู้ที่มีความเสี่ยงจะได้รับการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป แต่ในปัจจุบันภาวะซึมเศร้าหลังคลอดยังไม่มีเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคกำหนดไว้อย่างชัดเจน (Jolly & Betrus, 2007) ในทางคลินิกที่ผ่านมาจึงใช้เกณฑ์การจำแนกภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพื่อให้การรักษา โดยใช้อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นเกณฑ์การวินิจฉัย ซึ่งการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major depressive Disorder) ของสมาคมจิตเวชศาสตร์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association, 2000) โดยใช้ The criteria of diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV) จะต้องเริ่มมีอาการภายใน 4 สัปดาห์หลังคลอด ร่วมกับมีอาการตั้งแต่ 5 อาการขึ้นไป มีการคงอยู่ของอาการนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆไปจากเดิม โดยจะต้องมีอาการอารมณ์ซึมเศร้าหรือเบื่อหน่าย ไม่มีความสุขร่วมอยู่ด้วย ทั้งนี้ไม่รวมอาการที่เห็นชัดว่าเป็นจากภาวะความเจ็บป่วยทางกายหรืออารมณ์ที่เกิดร่วมกับอาการหลังคลอดหรือประสาทหลอน อาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ได้แก่

1. มีอารมณ์ซึมเศร้าทั้งวัน เกือบทุกวัน โดยอาจเป็นข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้รับบริการ เช่น รู้สึกเศร้าหรือรู้สึกว่างเปล่า และข้อมูลจากการสังเกตของผู้อื่น
2. เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข มีความสนใจหรือความสุขใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลงอย่างมาก โดยอาการเบื่อหน่ายหรือไม่มีความสุขนี้เกิดขึ้นทั้งวัน เกือบทุกวัน โดยอาจเป็นข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้รับบริการหรือจากการสังเกตของผู้อื่น
3. น้ำหนักร่างกายลดลงโดยไม่ได้เกิดจากการควบคุมอาหาร หรือมีน้ำหนักร่างกายมาก เช่น น้ำหนักเพิ่มหรือลดมากกว่าร้อยละ 5 ภายใน 1 เดือน เบื่อหรืออยากอาหารมากกว่าปกติ
4. นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไปแทบทุกวัน
5. การเคลื่อนไหวของร่างกายที่เกิดเนื่องจากปฏิกิริยาตอบโต้ทางจิตเพิ่มหรือลดลง (Psychomotor agitation or retardation) โดยต้องเป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกตของผู้อื่น ไม่ใช่เพียงความรู้สึกของผู้รับบริการที่รู้สึกว่กระวนกระวาย (restless) หรือช้าลง (slow down)
6. อ่อนเพลีย หรือไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน

7. รู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป อาจถึงขั้นหลงผิด โดยมีอาการเกือบทุกวัน ไม่ใช่เพียงแค่การโทษตัวเองหรือความรู้สึกผิดที่ตนเองป่วย

8. สมาธิหรือความสามารถในการคิดลดลงหรือตัดสินใจอะไรไม่ได้แทบทุกวัน (อาจเป็นข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้รับบริการหรือจากการสังเกตของผู้อื่น)

9. คิดถึงเรื่องการตายอยู่บ่อยๆ (ไม่ใช่แค่การกลัวตาย) หรือคิดอยากตายอยู่บ่อยๆ โดยไม่ได้วางแผนการฆ่าตัวตายที่แน่นอนหรือเฉพาะเจาะจง

อาการเหล่านี้ไม่เข้าเกณฑ์ของ Mixed episode (อาการที่เข้าได้กับเกณฑ์ทั้งของ manic episode และ major depressive episode)

อาการเหล่านี้ทำให้ผู้รับบริการมีความบกพร่องหรือมีความสามารถลดลงในการปฏิบัติหน้าที่ด้านสังคม อาชีพ หรือการทำหน้าที่สำคัญอื่นๆอย่างมีนัยสำคัญทางการแพทย์

อาการเหล่านี้ไม่ได้เป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากการใช้สารเสพติด ยา หรือจากภาวะเจ็บป่วยทางกาย เช่น Hypothyroidism

อาการเหล่านี้ไม่ได้เอนเอียงไปเข้าเกณฑ์ของความรู้สึกเศร้าที่เกิดเนื่องจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Bereavement)

ดังนั้นผู้ที่ถูกคัดกรองแล้วพบว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า หรือไม่เป็นโรคซึมเศร้าก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเกณฑ์การวินิจฉัยของแพทย์

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในปัจจุบัน เนื่องจากนอกจากส่งผลกระทบต่อตัวมารดาแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อบุตรและคู่สมรสรวมทั้งบุคคลในครอบครัวด้วย ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาสามารถอธิบายได้ดังนี้

ผลกระทบต่อมารดา อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดก่อให้เกิดผลเสียต่อตัวมารดาทางด้านจิตใจจนส่งผลต่อการทำงานร่างกายและยังมีผลต่อพฤติกรรม การเลี้ยงดูบุตรของมารดาด้วย โดยอธิบายได้ดังนี้ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอาจทำให้มารดาเกิดความรู้สึกวิตกกังวลกระวนกระวาย กลัว รู้สึกผิด อ้างว้าง โดดเดี่ยว มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต (Beck, 1992) จากการศึกษามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจำนวน 32 ราย โดยแบ่งเป็นมารดาที่มีค่าคะแนนอยากฆ่าตัวตายต่ำกับมารดาที่มีค่าคะแนนอยากฆ่าตัวตายสูงพบว่าในกลุ่มมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่มีค่าคะแนนมีความคิดฆ่าตัวตายสูงจะมีความคิดแปรปรวนมาก มีความคิดบิดเบือนจากความเป็นจริง (Paris et al, 2009) กรณีที่มารดาต้องเผชิญกับภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าตามมาได้ (Cooper & Murray, 1995)

และจากการศึกษาในระยะยาวพบว่าภาวะซึมเศร้าในมารดาทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไข้มันเกิน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อทารกโรคเรื้อรังตามมาได้ (Casanueva, Labastida, Sanz, & Morales-Carmona, 2000; Schmidt et al, 2006) มารดาที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะประหม่นเหตุการณ์ต่างๆในด้านลบ ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม (Marcus, Flynn, Blow, & Barry, 2003) ในด้านการดูแลบุตรของมารดาหลังคลอดพบว่าในระยะที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นช่วงที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์และจิตใจและมารดาเหล่านี้ไม่สามารถมองบทบาทมารดาในด้านบวก มารดาจะแสดงความรู้สึกโกรธเคืองต่อบุตรน้อยลง (Righetti-Veltema, Conne-Perréard, Bousquet, & Manzano, 2002) หรือมองว่าบุตรว่าเป็นเด็กเลี้ยงยาก (McGrath, Records, & Rice, 2008) ไม่อยากเล่นกับบุตร หงุดหงิดง่าย และมีความยากลำบากต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุตร (Campbell, Cohn, & Mayers, 1995) อาจส่งผลกระทบต่อความรู้สึกพึงพอใจและความมั่นใจในบทบาทการเป็นมารดาลดน้อยลง และมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมักจะใช้กลไกการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง เมินเฉยต่อเหตุการณ์ต่างๆในการดูแลทารก อาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อการดูแลบุตรได้ (Coyl, Roggman, & Newland, 2002; Malik et al, 2007; Panzarine, Slater, & Sharps, 1995)

ผลกระทบต่อบุตร มารดาถือได้ว่าเป็นสิ่งแวดล้อมแรกของบุตร โดยเฉพาะในระยะ 1 เดือนแรกหลังคลอด บุตรจะเกิดการเรียนรู้และเสริมสร้างพัฒนาการจากการกระตุ้นและรับสัมผัสความรู้สึกจากมารดา (Beck & Driscoll, 2006) มารดาที่ต้องเผชิญกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มักจะไม่ได้เตรียมร่างกายและจิตใจเพื่อการตอบสนองหรือใส่ใจต่อความต้องการของบุตรส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตรได้ (Moehler et al, 2006) ทั้งนี้เนื่องจากมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะมีความทุกข์ทรมานกับอาการของภาวะซึมเศร้ามากกว่า อาจทำให้ความสนใจหรือใส่ใจต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัวลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความไวต่อสัญญาณที่บุตรแสดงออกมาน้อยลง (Conroy & Marks, 2003; Paris et al, 2009) และจากการศึกษามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะแรกหลังคลอด พบว่ามารดาจะแสดงปฏิสัมพันธ์และการพูดคุยกับบุตรน้อยลง บุตรก็จะมีพฤติกรรมการตอบสนอง เช่น การออกเสียง การสื่อสารทางสายตา การแสดงออกด้วยการยิ้มและการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับบุคคลอื่นน้อยกว่าบุตรที่มารดาไม่มีภาวะซึมเศร้า (Foster et al, 2008; Reck et al, 2004; Righetti-Veltema et al, 2002) จากเหตุการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าปฏิกริยาและการตอบสนองระหว่างมารดาและบุตรที่ไม่มีความสอดคล้องกัน ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านการเรียนรู้ของบุตรเป็นไปอย่างล่าช้าหรือมีความผิดปกติ (Dave et al, 2008; DiPietro et al, 2006; Hay et al, 2001) ตลอดจนการแสดงออกทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุตรที่ผิดปกติ (Gartstein & Bateman, 2008; Hays et al, 2008; Weinfield et al, 2009) นอกจากนี้พบว่ามารดาที่มีอาการซึมเศร้าหลังคลอดมีความสัมพันธ์ทางด้านบวกต่อความคิด

ทำร้ายบุตร (Child harming thoughts) ทั้งทางด้านความถี่และความรุนแรง (Humenik & Fingerhut, 2007) ซึ่งการที่บุตรต้องเผชิญอยู่กับภาวะอารมณ์ที่ผิดปกติของมารดา อาจส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตของบุตรในอนาคตได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดามีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของบุตรในอนาคต เช่น จากการศึกษาพบว่า บุตรสาวที่อาศัยอยู่กับมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล (depression and anxiety) มากกว่าบุตรชาย (Landman-Peeters et al, 2008) และจากผลการศึกษาของ ฮอลลิแกนและคณะ (Halligan et al, 2007) พบว่า ภาวะซึมเศร้าของมารดาจะส่งผลกระทบต่อความผิดปกติทางด้านอารมณ์ของบุตรโดยทำให้บุตรมีความเสี่ยงต่อภาวะวิตกกังวลในระยะวัยรุ่นตอนต้นได้ ภาวะซึมเศร้าของมารดานอกจากจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านร่างกายและจิตใจของบุตร และยังส่งผลกระทบในด้านการเรียนรู้ของบุตรด้วยเช่นกัน โดยบุตรที่มารดามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมักจะมีการนอนหลับที่ผิดปกติ (Armitage et al, 2009) ซึ่งคุณภาพการนอนหลับมีผลต่อการเจริญเติบโตของสมอง ดังนั้นจึงส่งผลโดยตรงต่อพัฒนาการด้านการเรียนรู้ (Ednick et al, 2009) สอดคล้องจากผลการศึกษาที่พบว่ามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีผลด้านลบต่อพัฒนาการด้านการเรียนรู้ของบุตร (Bureau et al, 2009; Hay et al, 2001; Luoma et al, 2001; Milgrom, Westley, & Gemmill, 2004) นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่ามารดาที่ต้องเผชิญกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างเรื้อรังจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเพิ่มขึ้นของความยาวของลำตัวและน้ำหนักตัวของบุตร (Field et al, 2000) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าภาวะซึมเศร้าในมารดามีผลต่อการเจริญเติบโตของบุตรด้วยเช่นกัน

ผลกระทบต่อครอบครัว สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับมารดาหลังคลอดมากที่สุดในสังคม ดังนั้นมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจึงส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมกับผู้ที่อยู่ใกล้ชิด เช่น จากการศึกษาความรู้สึกของกลุ่มสมรสที่อยู่กับมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า บิดาจะมีความรู้สึกสับสน กลัว โกรธ รู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ กับจิตใจ (Boath, Pryce, & Cox, 1998; Meighan, Davis, Thomas, & Droppleman, 1999) ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างมารดาหลังคลอดและคู่สมรส โดยมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะรู้สึกเครียดและไม่พึงพอใจสามี ส่วนสามีจะรู้สึกกลัว สับสนและซึมเศร้า และปัญหานี้อาจนำไปสู่ความขัดแย้งหรือการกระทำความรุนแรงระหว่างคู่สมรสได้ (พัคตร์วิไล ศรีแสง, 2549) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในสามีด้วยเช่นกัน (Dave et al, 2008; Goodman, 2004; Paulson & Bazemore, 2010)

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดส่งผลด้านลบทั้งต่อตัวมารดา บุตร และบุคคลใกล้ชิด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดทำให้การทำหน้าที่และการแสดงพฤติกรรมการเป็นมารดาไม่มีประสิทธิภาพ ขัดขวางการก่อเกิดพัฒนาการในด้านต่างๆของบุตร ทำให้เป็นไปอย่างล่าช้าหรือมีความผิดปกติ ส่วน

ผลกระทบต่อครอบครัวโดยเฉพาะสามีซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับมารดามากที่สุด นอกจากจะทำให้สามีมีภาวะซึมเศร้าด้วยแล้ว ความไม่เข้าใจ สับสน อารมณ์ที่เกิดขึ้นอาจทำให้เกิดความขัดแย้งและอาจทำให้เกิดการทำความรุนแรงต่อกันได้ ซึ่งอาจทำให้ปัญหาทางอารมณ์ของมารดามีความซับซ้อนมากขึ้นและยากแก่การแก้ไขและสามารถส่งผลในระยะยาวถ้าหากมารดาต้องเผชิญกับภาวะนี้อย่างเรื้อรังโดยไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจำแนกผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่ผ่านมามีเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่หลากหลาย ทั้งนี้อาจเกิดจากการพัฒนาเครื่องมือแต่ละเครื่องมือมีวัตถุประสงค์และแนวคิดพื้นฐานที่แตกต่างกัน ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มีดังนี้

The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D)

เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1977 โดย Radloff แห่ง Center for Epidemiologic studies ที่ National Institute of Mental health ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยพัฒนามาจากแบบสอบถามของ Beck depression inventory, Zung- self rating depression scale, Raskin's depression scale และ Minnesota multiphasic personality inventory (MMPI) เพื่อวัดอาการซึมเศร้าในบุคคลทั่วไปในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเชิงลบ 16 ข้อ (1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20) และข้อคำถามเชิงบวก 4 ข้อ (4, 8, 12, 16) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 คะแนน เช่น มีอาการน้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์หรือไม่มีอาการเลย (0 คะแนน) ไปจนถึงมีอาการ 5-7 วันต่อสัปดาห์หรือมีอาการทุกวัน (3 คะแนน) เป็นต้น และข้อคำถามเชิงบวกจะให้ค่าคะแนนตรงข้ามกัน คะแนนมีค่าอยู่ในช่วง 0-60 คะแนน จากเกณฑ์การให้คะแนนของเรดลอฟ (Radloff, 1977) ถ้ามีค่าคะแนนรวมมากกว่า 16 คะแนน ถือว่ามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จากการศึกษาในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดพบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคสูงเท่ากับ .84-.87 (Amphai, 2007; Nirattaradorn, 2005)

The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) สร้างขึ้นในปี

ค.ศ. 1987 (Cox, Holden & Sagovsky, 1987) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาเพื่อใช้ในการประเมินอาการซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีจำนวน 10 ข้อ ซึ่งอาการประกอบด้วย ไม่มีความสุขเหมือนเมื่อก่อน ไม่มีความสนใจและใส่ใจหรือสนุกกับสิ่งที่เคยทำ โทษตัวเอง รู้สึกวิตกกังวล รู้สึกหวาดกลัว ความรู้สึกไม่เป็นตัวของตัวเอง นอนหลับยาก รู้สึกเศร้า ร้องไห้ และคิดทำร้ายตัวเอง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 คะแนน เช่น ใช่

เกือบตลอดเวลา (3 คะแนน) ไปจนถึง ไม่มีหรือไม่เคยมีอาการ (0 คะแนน) ค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-30 คะแนน ที่จุดตัดค่าคะแนน 12/13 จะมีความไวต่อการคัดกรองภาวะซึมเศร้าร้อยละ 86 และมีความจำเพาะร้อยละ 78 (Cox et al, 1987) และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 และจากการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการคัดกรองด้วยเครื่องมือ EPDS ในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด พบว่า EPDS เป็นเครื่องมือที่ดีในการคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ (Ryan, Milis, & Misri, 2005)

Postpartum Depression Checklist (PDC) สร้างขึ้นโดย เบ็ค (Beck, 1995) เป็นเครื่องมือที่เป็นแบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินความรู้สึกต่ออาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า หลังคลอด 11 อาการ คือ ไม่มีสมาธิ ขาดความสนใจในการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง รู้สึกโดดเดี่ยวอย่างว่าง รู้สึกไม่ปลอดภัย ย้ำคิดย้ำทำ ไม่มีอารมณ์ความรู้สึกในด้านบวก สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง รู้สึกกังวล สูญเสียการควบคุมตนเอง รู้สึกผิด มีความคิดอยากตาย ค่าคะแนนรวมจากการประเมินจะช่วยพิจารณาส่งต่อผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม การใช้เครื่องมือนี้ผู้สัมภาษณ์ควรทำความเข้าใจและตระหนักถึงความรู้สึกของผู้ตอบที่จะอธิบายหรือให้ความหมายความรู้สึกด้านลบของตนเองกับบุคคลอื่นๆ ดังนั้นผู้ที่สัมภาษณ์ควรทำให้มารดา รู้สึกมีความสุขที่ได้เล่าหรืออธิบายประสบการณ์ในด้านลบจึงจะสามารถใช้เครื่องมือนี้ในการประเมินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Beck Depression Inventory II (BDI-II) สร้างขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1961 (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) เพื่อใช้วัดพฤติกรรมที่แสดงออกในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ นำไปทดสอบในบุคคลทั่วไป พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .80 ได้รับการยอมรับว่าสามารถแยกความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามในปี ค.ศ. 1978 ได้มีการปรับปรุงแบบประเมินครั้งที่ 1 (BDI-IA) ซึ่งได้พิจารณาข้อคำถามที่มีความคล้ายคลึงกันและปรับเปลี่ยนข้อคำถามในบางข้อ ต่อมาในปี ค.ศ. 1993 ได้ปรับปรุงครั้งที่ 2 (BDI-II) เพื่อใช้ในการเป็นเกณฑ์ในการบำบัดทางปัญญาและในปี ค.ศ. 1996 ได้มีการปรับปรุงครั้งที่ 3 และออกเป็นแบบประเมินฉบับใหม่คือ Beck Depression Inventory – II ซึ่งเป็นการปรับปรุงตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 (DSM-IV) เพื่อใช้ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า รวมทั้งวัดอาการที่แสดงออกทางพฤติกรรมของวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า (Beck, Steer & Brown, 2006) แบบวัดประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ คือ ไม่มีอาการเลย (0 คะแนน) ไปจนถึง เป็นประจำ (3 คะแนน) ค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-63 คะแนน การแปลผลค่าคะแนนดังนี้ คือ 0-13 คะแนน (ปกติ) 14-19 คะแนน

(ซึมเศร้าเล็กน้อย) 20-28 (ซึมเศร้าปานกลาง) และ 29-63 (มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง) เมื่อทำการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือพบว่ามีความสัมพันธ์กับค่าของ Cronbach's .93 (Beck et al, 2006)

The Postpartum Depression Predictors Inventory (PDPI)

แบบสอบถามนี้ได้รับการพัฒนาโดยเบ็ค (Beck, 2001) เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ความรู้สึกของสตรีต่อปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า โดยแบบสัมภาษณ์นี้สร้างจากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 13 ปัจจัย โดย 10 ปัจจัยแรก คือ ภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ความวิตกกังวลในระยะตั้งครรภ์ ความพึงพอใจในชีวิต สมรส ประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า การตั้งครรภ์โดยไม่ได้อำนาจแผน หรือไม่ต้องการ การสนับสนุนทางสังคม สถานภาพสมรส และสถานะเศรษฐกิจทางสังคม สามารถประเมินภาวะซึมเศร้าทั้งในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด และอีก 3 ปัจจัยคือ ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร ภาวะอารมณ์ของบุตร และ ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด เป็นปัจจัยที่ใช้ในการประเมินมารดาในช่วงหลังคลอด ทำให้สามารถคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงและช่วยในการวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสมตามความเสี่ยงเป็นรายบุคคล ต่อมา เบ็ค (Beck, 2002) ได้พัฒนาเป็นแบบสอบถามแบบตอบเองและเมื่อทดลองใช้ในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอดพบว่า มีความเชื่อมั่นสูงเท่ากับ .83 (Records, Rice, & Beck, 2007)

Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) เป็นเครื่องมือที่

พัฒนาโดย เบ็คและกาเบิล (Beck & Gable, 2001) โดยสร้างตามแบบการคัดกรองภาวะซึมเศร้าทางการแพทย์ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, fourth edition-Text Revision: DSM-IV; American Psychiatric Association, 2000) สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินอาการแสดง ความรุนแรง และแยกประเภทของภาวะซึมเศร้า ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 35 ข้อ ประเมินเกี่ยวกับความรู้สึกต่ออาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 7 อาการ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงการนอนหลับและการรับประทานอาหาร ความวิตกกังวลและความรู้สึกไม่ปลอดภัย การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความสับสนด้านความคิด การสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง รู้สึกผิดและโทษตัวเอง มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) และเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) ค่าคะแนนรวมจะอยู่ในช่วง 35-175 คะแนน การแปลผลค่าคะแนนจะแบ่งออกเป็นสามกลุ่ม คือ การปรับตัวตามปกติ มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และผลการคัดกรองเป็นบวกต่อภาวะ major postpartum depression ในการตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือ ได้ทดลองนำไปใช้ในมารดาจำนวน 525 รายซึ่งอยู่ในช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ Cronbach ในแต่ละอาการอยู่ในช่วง .83-.94 โดยจุดตัดค่า

คะแนนที่ 80 คะแนนมีความไวต่อการคัดกรองภาวะ major postpartum depression ร้อยละ 94 และมีความจำเพาะร้อยละ 98 (Beck & Gable, 2001)

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและได้รับการส่งต่อการดูแลยังมีจำนวนน้อย ในขั้นต้นถ้าหากผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถคัดกรองและจำแนกมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าได้ จะทำให้มารดากลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจึงควรมีรูปแบบที่สั้นและสะดวกต่อการใช้ในสถานบริการทางคลินิก (Reid & Meadows-Oliver, 2007) เนื่องจากช่วยลดระยะเวลาการทำแบบสอบถามและส่งเสริมให้การตอบแบบสอบถามที่สมบูรณ์มากขึ้น ดังนั้นในการศึกษาในครั้งนี้จึงเลือกใช้เครื่องมือ The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ในการคัดกรองมารดาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งนอกจากจะมีคุณสมบัติดังกล่าวแล้วยังได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายในมารดาวัยรุ่นแล้วพบว่ามีค่าความเชื่อมั่นที่ดี (Ampahi, 2007; Nirattaradorn, 2005) นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือที่ประหยัดเวลาต่อการใช้ และสามารถวิเคราะห์ผลได้อย่างรวดเร็ว (อุมาพร ตรังคสมบัติและคณะ, 2540)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

สำหรับสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดนั้นยังไม่ทราบได้แน่ชัด แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะนี้แตกต่างกันไปทั้งนี้เนื่องจากในแต่ละการศึกษาจะมีวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ประชากร วัฒนธรรม ความเชื่อในแต่ละสถานที่ที่มีความแตกต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาทั่วไป มีดังต่อไปนี้

ภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ (Prenatal Depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ ซึ่งสามารถพบภาวะนี้ได้ในทุกไตรมาสของการตั้งครรภ์ (Beck, 2002; Ryan et al, 2005) ทั้งนี้เนื่องจากการตั้งครรภ์เป็นเหตุการณ์หนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดในชีวิตทำให้ต้องปรับตัวอย่างมาก (Holmes & Rahe, 1967) และถ้าหากไม่สามารถปรับตัวได้อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า จากการศึกษามาก่อนพบว่า ภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด (Robertson, Grace, Wallington, & Stewart, 2004) โดยเฉพาะในรายที่ไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม (Szigethy & Ruiz, 2001) เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ ริช เอ็ดเวิร์ด และคณะ (Rich-Edwards et al, 2006) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะทางสังคมประชากร (Sociodemographic) กับภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอดในมารดา

ทั่วไปจำนวน 1,662 ราย พบว่า ภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากที่สุด ($OR = 6.78$; 95% CI, 4.07-11.31) และจากการศึกษาในมารดาวัยรุ่นจำนวน 354 ราย พบว่า ภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยร้อยละ 89.73 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์ มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดด้วย และภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น ($\beta = .73$, $p < .001$) ได้ด้วยเช่นกัน (Niratttharadorn, 2005) จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่ามารดาที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตในขณะตั้งครรภ์มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ดังนั้นจึงไม่น่าปัจจัย ดังกล่าวมาศึกษา เนื่องจากปัจจัยนี้อาจเป็นปัจจัยแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อความตรงภายในของการศึกษาในครั้งนี้ ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดคุณสมบัติด้านมารดาของกลุ่มตัวอย่างโดยเป็นผู้ที่ไม่มีประวัติความผิดปกติทางด้านจิตเวชในระยะตั้งครรภ์

ความวิตกกังวลในระยะตั้งครรภ์ (Prenatal Anxiety) หมายถึง ความรู้สึกยากลำบากและกังวลเนื่องจากความไม่ชัดเจน รู้สึกถูกคุกคามจากสิ่งที่ตนเองไม่คาดคิดของมารดาขณะตั้งครรภ์ (Beck, 2002) หญิงตั้งครรภ์ประมาณครึ่งหนึ่งมีภาวะวิตกกังวล (Robertson et al, 2004; Lee et al, 2007) โดยเฉพาะในช่วงไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ จากผลการศึกษาในมารดาหลังคลอดจำนวน 66 ราย พบว่าความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .49$, $p < .001$) (Appolonio & Fingerhut, 2008) และจากการศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาขณะตั้งครรภ์และหลังคลอดจำนวน 207 ราย พบว่า ภาวะวิตกกังวลในช่วงไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .51$, $p < .001$) (Skouteris, Wertheim, Rallis, Milgrom, & Paxton, 2009) และจากผลการศึกษาในมารดาหลังคลอดจำนวน 100 รายพบว่าความวิตกกังวลในระยะตั้งครรภ์เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิตกกังวลในระยะหลังคลอด (Postnatal anxiety) ($OR = 6.44$, 95% CI = 1.28–32.28) และภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($OR = 6.12$, 95% CI, 1.37–27.41) ได้ (Grant, McMahon, & Austin, 2008) จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าความวิตกกังวลในระยะตั้งครรภ์มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ผู้วิจัยจึงไม่น่าปัจจัยดังกล่าวมาศึกษา เนื่องจากอาจเป็นปัจจัยแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อความตรงภายในของการศึกษาในครั้งนี้ ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดคุณสมบัติด้านมารดาของกลุ่มตัวอย่างโดยเป็นผู้ที่ไม่มีประวัติความผิดปกติทางด้านจิตเวชในระยะตั้งครรภ์

ประวัติการเคยมีภาวะซึมเศร้า (History of Depression) เป็นการบอกกล่าวจากมารดา ที่เคยมีประวัติซึมเศร้าก่อนการตั้งครรภ์ในครั้งนี้ (Beck, 2002) จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาทั่วไปจำนวน 100 รายพบว่า มารดาที่เคยมีประวัติภาวะซึมเศร้าตั้งแต่

ก่อนตั้งครรภ์เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (OR = 4.52, 95% CI, 3.43–5.96) (Milgrom et al, 2008) และจากการศึกษาในมารดาหลังคลอดทั่วไปพบว่า มารดาที่มีประวัติมีปัญหา ด้านสุขภาพจิตในอดีต เช่น ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (RR = 1.87, $p < .05$) (McCoy, Beal, Shipman, Payton, & Watson, 2006) จากผลการศึกษาเพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาทั่วไป ในระยะ 2-24 สัปดาห์หลังคลอดจำนวน 293 ราย พบว่า ประวัติการเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าก่อน ตั้งครรภ์เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด (OR = 3.9, 95% CI, 1.9–8.2) (Ozbaoaran et al, 2010) จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่ามารดาที่มีประวัติการเคยมีภาวะซึมเศร้ามี อิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ผู้วิจัยจึงไม่นำปัจจัยดังกล่าวมาศึกษาเนื่องจากอาจเป็นปัจจัย แทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อความตรงภายในของการศึกษาในครั้งนี้ ดังนั้นการศึกษานี้ผู้วิจัยจึง กำหนดคุณสมบัติด้านมารดาของกลุ่มตัวอย่างโดยเป็นผู้ที่ไม่มีประวัติความผิดปกติทางด้านจิตเวช ในระยะก่อนตั้งครรภ์

ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Maternity Blue) เป็นปรากฏการณ์การเปลี่ยนผ่านของ อารมณ์ในระยะแรกหลังคลอดของมารดา (Beck, 2002) โดยจะมีอาการเริ่มต้นในช่วง 2-3 วันแรก หลังคลอดจนถึง 2 สัปดาห์หลังคลอด (Nagata et al, 2000; Edhborg, 2008) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยจากผล การศึกษาในมารดาหลังคลอดทั่วไปจำนวน 871 ราย พบว่า มารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดจะมี ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่ามารดาทั่วไป (OR = 3.8, 95% CI, 1.2-16.5) (Reck, Stehle, Reining, & Mundt, 2009) และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดมี ความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($r = .45$, $p < .001$) (Appolonio & Fingerhut, 2008) สอดคล้องกับผลการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ติดตามไปจนถึงหลัง คลอดจำนวน 255 ราย พบว่า ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาวะ ซึมเศร้าหลังคลอด (Watanabe et al, 2008) จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าภาวะอารมณ์เศร้าหลัง คลอดเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ภายใน 2-3 วันแรกหลังคลอดและสามารถหายเองได้ภายใน 2 สัปดาห์หลังคลอด การศึกษาในครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลในช่วง 6-8 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งไม่สามารถ ประเมินภาวะนี้ได้ จึงไม่นำปัจจัยดังกล่าวมาศึกษาในครั้งนี้

ปัจจัยทางด้านสูติกรรม (Obstetric factors) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการ ตั้งครรภ์และการคลอด เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะอาเจียนไม่สงบ การคลอด ก่อนกำหนด และภาวะแทรกซ้อนในขณะคลอด เช่น การผ่าตัดคลอด การใช้เครื่องมือช่วยคลอด การ คลอดก่อนกำหนด ภาวะตกเลือดหลังคลอด ปัจจัยเหล่านี้ได้รับการทดสอบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อ

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Forman, Videbech, Hedegaard, Salvig, & Secher, 2000) นอกจากนี้ยังพบปัจจัยทางด้านพฤติกรรมอื่นๆที่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เช่น การเข้ารับการรักษาระหว่างตั้งครรภ์ (OR= 2.25, 95% CI, 1.19–4.26) ผ่าตัดคลอดด้วยเหตุฉุกเฉิน (OR= 1.53, 95% CI, 1.02–2.31) ภาวะทารกในครรภ์วิกฤติ (fetal distress) (OR = 1.56, 95% CI, 1.08–2.27) การเร่งคลอด (OR = 2.43, 95% CI, 1.56–3.78) การที่บุตรต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลแรกคลอด (OR = 1.45, 95% CI, 1.10–1.92) (Blom et al, 2010) และจากการศึกษาในมารดาหลังคลอดจำนวน 7,764 ราย พบว่า มารดาที่รายงานว่ามีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอดมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มากกว่าในมารดาที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะดังกล่าว (OR= 1.12, 95% CI, 0.9–1.34) (Choi, Bishai, & Minkovitz, 2009) จากการข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่ามารดาที่มีปัญหาทั้งทางด้านสุขภาพกายในขณะตั้งครรภ์และหลังคลอดมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ดังนั้นในการศึกษาในครั้งนี้จึงไม่นำปัจจัยดังกล่าวมาศึกษา เนื่องจากอาจเป็นปัจจัยแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อความตรงภายในของการศึกษาในครั้งนี้ ดังนั้นจึงคัดเลือกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในระหว่างการตั้งครรภ์และหลังคลอดออกไปและไม่นำมาศึกษาในครั้งนี้

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) เป็นความรู้สึกโดยรวมของสตรีในเรื่อง การให้ค่าของตนเองและการยอมรับนับถือตนเองแสดงถึงความมั่นใจและความพึงพอใจในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำสะท้อนถึงการประเมินตนเองและมีความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง หรือความสามารถในตนเองในด้านลบ (Beck, 2002) จากการศึกษาในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดจำนวน 147 ราย พบว่า มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในระดับสูงจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับต่ำกว่ามารดาวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Ramos-Marcuse et al, 2010) และเมื่อศึกษาปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.368, p < .001$) (Srisaeng, 2003) และจากผลการศึกษาพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Niratttharadon, 2005) แต่ในการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยมีความต้องการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นโดยการส่งผ่านปัจจัยด้านอื่น ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้จึงไม่นำปัจจัยดังกล่าวมาศึกษา

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Life Stress) เป็นเหตุการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด ระดับความรุนแรงของเหตุการณ์มีความเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้นและความถี่ที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์นั้นๆ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดนี้มีผลทั้งทางบวกและทางลบต่อความรู้สึกของมารดา (Beck, 2002) ประสบการณ์การคลอดและการคลอด

เป็นเหตุการณ์หนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดต่อช่วงการดำเนินชีวิตของสตรี เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งทาง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้ก่อให้เกิดความเครียดจนส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Wilkins, Baker, Bick, & Thomas, 2009) ซึ่งสอดคล้องจากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($OR = 2.103, 95\% CI, 1.324-5.186$) (Nakku et al, 2006) จากการศึกษาของ รามอสและคณะ (Ramos-Marcuse et al, 2010) พบว่า มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับสูงจะมีค่าคะแนนเหตุการณ์ชีวิตด้านลบสูงกว่ามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำกว่า และจากการศึกษาในมารดาวัยรุ่นจำนวน 119 รายพบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .451, p < .001$) (Srisaeng, 2003) ปัจจัยด้านเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีต ซึ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถจัดการทำได้ง่ายโดยใช้บทบาทของพยาบาลหรือผดุงครรภ์ ดังนั้นจึงไม่นำปัจจัยดังกล่าวมาศึกษา และในการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยมีการศึกษาเหตุการณ์ความเครียดในประเด็นอื่นแล้ว

ความพึงพอใจในชีวิตสมรส (Marital Satisfaction) เป็นระดับความพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส เป็นการประเมินในมุมมองของภรรยาเกี่ยวกับความรู้สึกมีความสุขหรือความพึงพอใจเกี่ยวกับการใช้ชีวิตคู่กับคู่สมรสในปัจจุบัน (Beck, 2002) จากการศึกษาในมารดาทั่วไปหลังคลอดจำนวน 66 ราย พบว่าความพึงพอใจในชีวิตสมรสมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($r = -.45, p < .001$) (Appolonio & Fingerhut, 2008) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของมารดาจะช่วยลดความเครียดที่เกิดจากการปฏิบัติบทบาทใหม่ของมารดา ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นในจิตใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Robertson et al, 2004) และจากการศึกษาในมารดาหลังคลอดทั่วไปจำนวน 60 ราย พบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.64, p < .001$) (Kim et al, 2008) ความพึงพอใจในชีวิตสมรส เป็นการประเมินในมุมมองของภรรยาเกี่ยวกับความรู้สึกมีความสุขหรือความพึงพอใจเกี่ยวกับการใช้ชีวิตคู่กับคู่สมรสในปัจจุบันซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญซึ่งเป็นประเด็นการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาอยู่แล้ว ดังนั้นปัจจัยดังกล่าวอาจส่งผลต่อความตรงภายในของการศึกษา ดังนั้นจึงไม่นำปัจจัยดังกล่าวมาศึกษาในครั้งนี้

การตั้งครรภ์โดยไม่วางแผนหรือไม่ต้องการ (Unplanned or Unwanted Pregnancy) โดยเฉพาะการตั้งครรภ์คือโดยที่สตรียังมีความรู้สึกว่าไม่ต้องการภายหลังจากเกิดความรู้สึกละเลยสองฝ่ายในเรื่องการยอมรับการตั้งครรภ์ไปแล้ว (Beck, 2002) จากการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์จำนวน

230 รายงานพบว่า ถ้าหากมารดาไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์มีความเสี่ยงอย่างมากที่จะก่อให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ (OR = 15.0, 95% CI, 1.03- 218.3) (Bunevicius et al, 2009) ทั้งนี้เนื่องจากในระยะหลังคลอดเป็นระยะที่ต้องมีการปรับตัวหลายด้าน การที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดหวัง หรือไม่พึงพอใจ ส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ได้ง่าย และจากผลการศึกษาเพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาทั่วไปในระยะ 2-24 สัปดาห์หลังคลอดจำนวน 293 ราย พบว่า มารดาที่มีบุตรโดยไม่ได้อาสาหรือตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดได้ (OR = 3.7, 95% CI, 1.9-7.5) (Ozbaoaran et al, 2010) แต่จากผลการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่า การตั้งครรภ์โดยไม่ได้อาสาหรือความไม่พร้อมในการมีบุตร มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นน้อยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Amphai, 2007) ดังนั้นในการศึกษาในครั้งนี้จึงไม่นำปัจจัยดังกล่าวมาศึกษา

ภาพลักษณ์หรือการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง (Weigh/Shape) ความพึงพอใจในรูปร่างของตนเองทำให้เกิดการยอมรับและชื่นชมในตนเอง ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากการตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น รูปร่างเปลี่ยนไป ส่งผลให้มารดาวัยรุ่นเกิดความไม่มั่นใจและก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ มีหลายการศึกษาพบว่าผู้ที่มีความไม่พึงพอใจต่อภาพลักษณ์ของตนเองจะมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ที่มีความรู้สึกพึงพอใจในภาพลักษณ์ของตนเอง (Walker, Timmerman, Kim, & Sterling, 2002) ซึ่งจากการศึกษาในมารดาวัยรุ่นจำนวน 149 ราย ที่มีอายุ 15-19 ปี พบว่า การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักและรูปร่างในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอดมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น ($\beta = .20, p = .004$) (Birkeland et al, 2005) สอดคล้องกับผลการศึกษาด้วยการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า การรับรู้ด้านลบต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากการตั้งครรภ์และการคลอดในมารดาวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Downs, DiNallo, & Kirner, 2008; Reid & Meadows-Oliver, 2007) ในเรื่องภาพลักษณ์เป็นการประเมินตนเองของบุคคล ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากการตัดสินใจเกี่ยวกับ รูปร่าง หน้าตา ผิวพรรณ ความสวยงาม ซึ่งอาจไม่มีความเกี่ยวข้องในด้านรูปร่างหรือน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นโดยตรงและเป็นปัจจัยที่จัดการทำได้ยากในฐานะของพยาบาลหรือผดุงครรภ์ ดังนั้นในการศึกษาในครั้งนี้จึงไม่นำปัจจัยดังกล่าวมาศึกษา

ภาวะอารมณ์ของบุตร (Infant Temperament) หมายถึง ลักษณะนิสัยและบุคลิกภาพของบุตร สภาวะอารมณ์ของบุตร จะมีอารมณ์โกรธง่าย หงุดหงิดง่าย ขี้ตื่น ทำนายอารมณ์ไม่ได้ และร้องไห้แล้วปลอบยาก (Beck, 2002) จากการศึกษาในมารดาหลังคลอดจำนวน 93 ราย พบว่า มารดาที่รายงานว่าบุตรมีอาการโคลิกมากจะมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในระดับสูงกว่ามารดาที่รายงานว่าบุตรมีอาการโคลิกน้อยกว่า (Maxted et al, 2005) จากการศึกษาโดยการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมมารดา

ในระยะ 2-6 สัปดาห์หลังคลอด พบว่า มารดาที่มีบุตรที่มีอาการโคลิคจะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาได้ (OR = 1.79, 95% CI, 1.29-2.50) (Howell, Mora, & Leventhal, 2006) และจากการศึกษาในมารดาทั่วไปในระยะ 4 เดือนแรกหลังคลอด พบว่า มารดาที่รายงานว่าบุตรเป็นเด็กเลี้ยงยากจะมีค่าคะแนนของภาวะซึมเศร้ามากกว่ามารดาที่บุตรมีอารมณ์ปกติ ($t = 4.26$, $df = 184$, $p < .001$) (McMahon, Barnett, Kowalenko, Tennant, & Don, 2001) ในการศึกษาในครั้งนี้มีการศึกษาปัจจัยด้านความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร ซึ่งภาวะอารมณ์ของบุตรอาจเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นจากด้านพฤติกรรมของบุตร ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความตรงภายในของการศึกษา ดังนั้นในการศึกษาในครั้งนี้จึงไม่นำปัจจัยดังกล่าวมาศึกษา

เพศของบุตร (Gender of baby) เพศของบุตรมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยเฉพาะในบางภูมิภาค เช่น มีการศึกษาในประเทศอินเดีย ตุรกี หรือประเทศจีนซึ่งประเทศเหล่านี้มีความเชื่อว่าบุตรชายจะเป็นผู้สืบเชื้อสายวงศ์ตระกูลของครอบครัว หรือเป็นผู้นำในการหารายได้มาสู่ครอบครัว จึงทำให้มารดาที่คลอดบุตรเป็นเพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มากกว่ามารดาที่คลอดบุตรเพศชาย จากผลการศึกษาของซีและคณะ (Xie, He, Liu, Bradwejn, Walker, & Wen, 2007) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศของบุตรกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดจำนวน 320 ราย พบว่า มารดาที่มีบุตรเพศหญิงมีอัตราภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 24.6 ซึ่งสูงกว่ามารดาที่คลอดบุตรเพศชายที่พบเพียงร้อยละ 12.2 และจากการศึกษาในมารดาทั่วไปหลังคลอด 6 สัปดาห์ จำนวน 876 ราย พบว่ามารดาที่มีบุตรเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่ามารดาที่มีบุตรเพศชาย (OR= 2.74, CI, 1.87-4.03) (Adeyewa, Fatoye, Ola, & Ibigbami, 2005) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าเพศของบุตรมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Ekuklu, Tokuc, Eskociak, Berberoglu, & Saltik, 2004; Jejeebhoy 1998) ในวัฒนธรรมความเชื่อของคนไทยไม่ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับเพศของบุตร ดังนั้นในการศึกษาในครั้งนี้จึงไม่นำปัจจัยดังกล่าวมาศึกษา

เศรษฐกิจฐานะทางสังคม (Socioeconomic Status) เป็นการจัดอันดับสถานะของบุคคลในสังคม โดยพิจารณาจากปัจจัยด้านสังคมและปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เช่น รายได้ ระดับการศึกษา และอาชีพ (Beck, 2002) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ตัวชี้วัดเศรษฐกิจฐานะทางสังคม คือ การจ้างงาน รายได้ต่ำ การศึกษาต่ำ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ (Patel, Rodrigues & DeSouza, 2002) โดยจากผลการศึกษาในมารดาหลังคลอดทั่วไปจำนวน 270 ราย พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($r = -.15$, $p < .05$) (Malik et al, 2007) และจากการศึกษาเปรียบเทียบมารดาหลังคลอดที่มีเศรษฐกิจฐานะทางสังคมไม่ดี (socioeconomically disadvantaged: SED) ($n = 217$) กับมารดาที่มีเศรษฐกิจฐานะทางสังคมดี (socioeconomically

advantaged: SEA) (n = 431) พบว่า ในกลุ่มที่มีเศรษฐกิจทางสังคมไม่ดี จะมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าที่สูงกว่า (OR = 2.7, 95% CI, 1.64-4.4) (Landy, Sword, & Cislicka, 2008) และจากการศึกษามารดาที่ระยะ 2 ปีหลังคลอดจำนวน 1,359 ราย พบว่า รายได้ การศึกษา สถานะการจ้างงาน มีอิทธิพลทั้งต่ออัตราการเกิดและความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Mayberry, Horowitz, & Declercq, 2007) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มารดาวัยรุ่นในประเทศไทยจะมีความคล้ายคลึงกันทั้งทางด้านรายได้ ระดับการศึกษา และการประกอบอาชีพ (Amphai, 2007; Niratttharadorn, 2005) ดังนั้นในการศึกษาในครั้งนี้จึงไม่นำปัจจัยดังกล่าวมาศึกษา

อายุ

แนวคิดเรื่องอายุ

อายุ วัยรุ่นเป็นวัยที่มีอายุอยู่ในช่วง 10-19 ปี (WHO, 2001) ซึ่งเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความคิดผิดปกติทางอารมณ์ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า จากผลการศึกษาในวัยรุ่นพบว่า อายุเฉลี่ยของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าครั้งแรกจะพบเมื่ออายุ 15 ปี (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะอารมณ์และความคิดซึ่งจะมีลักษณะเฉพาะของแต่ละช่วงอายุดังนี้ ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น (ช่วงอายุ 10-13 ปี) จะมีอารมณ์ผันแปรได้ง่าย เกิดความกลัวจะถูกละทิ้งจากผู้ใหญ่ กลัวความรับผิดชอบจึงทำให้มีความวิตกกังวลได้ง่าย อารมณ์ในวัยนี้ค่อนข้างรุนแรง ด้านความคิดนั้นวัยรุ่นตอนต้นยังมองตนเองเป็นศูนย์กลาง สามารถคิดเชิงเหตุผลได้แต่เป็นไปตามที่ตนเห็นชอบหรือตามอย่างเพื่อนมากกว่า ถ้าหากวัยรุ่นเริ่มมีปัญหาทางด้านความคิดตั้งแต่ขณะเข้าวัยรุ่น อาจทำให้กลายเป็นคิดทางลบ ครุ่นคิดวิตกกังวล คิดในทางเป็นปมด้อย จนทำให้เกิดปัญหาความผิดปกติทางอารมณ์และมีปัญหาจิตเวชอื่นๆตามมาได้ ในช่วงวัยรุ่นระยะกลาง (ช่วงอายุ 14-16 ปี) อารมณ์ของวัยรุ่นช่วงนี้เริ่มสงบลงกว่าระยะต้น มีการพัฒนาด้านสติปัญญา ความคิดพัฒนาด้านมโนทัศน์มากขึ้น มีความคิดเกี่ยวกับตนเองลดลง และวัยรุ่นตอนปลาย (ช่วงอายุ 17-19 ปี) ในวัยนี้จะมีการพัฒนาความคิด ความรับผิดชอบและพัฒนาตนเป็นผู้ใหญ่ขึ้น สร้างเอกลักษณ์ ลักษณะตัวตนที่แท้จริงของตนเอง (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2547)

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ในช่วงวัยรุ่น เป็นช่วงวัยที่มีความสำคัญเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นจึงมีความเสี่ยงอย่างมากต่อความผิดปกติทางอารมณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าหากเกิดการตั้งครรภ์และการมีบุตรในวัยรุ่น จะทำให้ต้องมีการปรับตัวแบบก้าวกระโดด จากความเป็นเด็กไปสู่หน้าที่ความรับผิดชอบของความเป็นผู้ใหญ่ การเป็นมารดาในวัยรุ่นจึงเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดได้มาก โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่นตอนต้นเนื่องจากในวัยนี้เป็นช่วงวัยที่ยังไม่

บรรลุนิติภาวะทางอารมณ์ ยังมองตนเองเป็นศูนย์กลางและต้องการความเป็นอิสระ แต่การต้องเผชิญกับการเป็นมารดาในวัยนี้ที่ต้องแสดงความรับผิดชอบอย่างสูง ซึ่งอาจขัดแย้งกับความต้องการความเป็นอิสระ ขณะเดียวกันก็ยังไม่พร้อมในการรับผิดชอบสิ่งต่างๆ ประกอบกับถ้าหากการตั้งครรภ์อยู่ในช่วงที่กำลังเรียนหนังสือหรือยังไม่พร้อมในการมีบุตร อาจถูกตำหนิจากสังคม การเป็นต้นเหตุที่สร้างความอับอายให้แก่ครอบครัว อาจทำให้มารดาวัยรุ่นมีความวิตกกังวล มีความคิดต่อตนเองในด้านลบ กรุ่นคิดวิตกกังวล จนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ง่ายมากกว่ามารดาวัยรุ่นที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย ซึ่งเป็นช่วงวัยที่เริ่มพัฒนาด้านวุฒิภาวะทางอารมณ์ ความคิด ความรับผิดชอบได้มากกว่ามารดาวัยรุ่นในช่วงวัยรุ่นตอนต้น จากเหตุผลดังกล่าวอาจทำให้มารดาวัยรุ่นในแต่ละช่วงวัยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่แตกต่างกันได้ จากผลการศึกษาของดีลและโฮลท์ (Deal & Holt, 1998) พบว่า มารดาวัยรุ่นที่มีอายุ 15-17 ปี มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า (OR = 2.7, 95% CI, 1.9 - 3.9)

การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา

แนวคิดการรับรู้ความสามารถการเป็นมารดา

มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถการเป็นมารดาไว้ดังนี้

กิบาอด-วอลสตันและวันสเดอแมน (Gibaud-Wallstan & Wandersman, 1978) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาเป็นความรู้สึกมั่นใจในความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องในการเป็นมารดาที่ดีและความรู้สึกความมีคุณค่าของการเป็นมารดาหรือความพึงพอใจในการแสดงบทบาทการเป็นมารดา

สุพรรณิ สุ่มเล็ก (2538) ให้ความหมายของการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาเป็นผลลัพธ์จากการประเมินกระบวนการทางการคิดรู้ของมารดา เกี่ยวกับความสามารถในการเป็นมารดาในด้านการรับรู้คุณค่าการเป็นมารดาและ/หรือ ความพอใจในบทบาทการเป็นมารดาของตนเอง และความสามารถในทักษะหรือความรู้ที่ควรมีในการเป็นมารดาที่ดี

ในการศึกษาในครั้งนี้ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา หมายถึง เป็นความรู้สึกมั่นใจในความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องในการเป็นมารดาและความรู้สึกต่อคุณค่าหรือพึงพอใจในการแสดงบทบาทการเป็นมารดาของตนเองของมารดาวัยรุ่น

ความสัมพันธ์การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา เป็นความรู้สึกนึกคิดของมารดาที่เกี่ยวกับความมั่นใจในความรู้หรือทักษะที่เกี่ยวข้องในการเป็นมารดาที่ดีและความรู้สึกต่อคุณค่าหรือความพึงพอใจในการเป็นมารดาของตนเอง (Gibaud-Wallstan, & Wandersman, 1978) มารดาที่มีความ

พร้อมทั้งด้านความรู้ ทักษะและมีประสบการณ์ในการเป็นมารดา จะทำให้มีความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถในการเป็นมารดาที่ดีซึ่งส่งผลต่อความรู้สึกพึงพอใจและการรับรู้ถึงคุณค่าของการเป็นมารดาในทางที่ดี และสามารถปรับบทบาทการเป็นมารดาที่ดีได้ แต่การตั้งครร์กในมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครร์กที่ไม่ได้วางแผนจึงไม่ได้เตรียมความพร้อม โดยเฉพาะความรู้ในการดูแลตนเองและบุตร ร่วมกับการตั้งครร์กส่วนใหญ่เป็นการตั้งครร์กครั้งแรก (อัญชลี ภู่งศ์, 2552) อาจทำให้ขาดทักษะและประสบการณ์ การขาดทั้งความรู้ ทักษะและประสบการณ์ทำให้มารดาวัยรุ่นเกิดความไม่มั่นใจ ส่งผลต่อการรับรู้ของมารดาวัยรุ่นว่าตนเองไม่สามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาที่ดีได้ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อบทบาทการเป็นมารดาของตนเองและส่งผลต่อการรับรู้คุณค่าของการทำหน้าที่การเป็นมารดาลดลง จนส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ และมารดาที่ไม่สามารถปรับบทบาทการเป็นมารดาได้จะส่งผลให้ตนเองรู้สึกได้ว่าความสามารถจนก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Amphai, 2007) ซึ่งจากแนวคิดของเบ็ค (Beck, 1967) กล่าวว่า บุคคลที่รับรู้ว่าตนเองอ่อนด้วย ไร้ความสามารถ ไม่มีความเหมาะสม จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังจนก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ แม้ว่าจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถการเป็นมารดากับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น มีเพียงผลการศึกษาในมารดาทั่วไป เช่น จากการศึกษาในมารดาทั่วไปโดยติดตามตั้งแต่ในระยะตั้งครร์กจนถึงหลังคลอดจำนวน 110 ราย พบว่าภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในการทำหน้าที่การเป็นมารดา ($r = -.50, p < .05$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถและทักษะในการเป็นมารดา ($r = -.27, p < .01$) (Zayas et al, 2005) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Haslam et al, 2006; O'Neil et al, 2009) และจากการศึกษาในมารดาหลังคลอดที่มีบุตรคนแรกในระยะ 1 เดือนแรกหลังคลอด พบว่าภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถการเป็นมารดาได้ ($\beta = -.21, p < .01$) (Naphapunsakun, Prateepchaikul, Taboonpong, & Punthmatharith, 2007)

ความเครียดจากการเลี้ยงบุตร

แนวคิดความเครียดจากการเลี้ยงบุตร

นักการศึกษาหลายท่านได้ให้ความหมายเกี่ยวกับความเครียดจากการเลี้ยงบุตรดังนี้

เบ็ค (Beck, 2001) กล่าวว่าความเครียดจากการดูแลบุตรของมารดา เป็นเหตุการณ์ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูบุตร ได้แก่ ภาวะสุขภาพของทารก และความยุ่งยากในการให้นมบุตรและการนอนหลับของบุตร

คิมและคณะ (Kim et al, 2008) กล่าวว่าความเครียดจากการดูแลบุตร (Child care stress) เป็นการประเมินความรู้สึกเครียดต่อเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทารก ได้แก่ภาวะสุขภาพและการกินนมของบุตร และความพึงพอใจในการสนับสนุนจากสามีและครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้พฤติกรรมทารก ซึ่งประกอบด้วย การกินนม การร้องไห้ การนอนหลับ และการขับถ่าย มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการรับรู้พฤติกรรมบุตรในทางบวกน้อยกว่ามารดาที่ไม่มีอาการซึมเศร้าหลังคลอด (Foreman & Henshaw, 2002) ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า มารดาที่มองว่าการแสดงพฤติกรรมของบุตรเป็นปัญหาจะทำให้มารดาที่มีความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรได้มากกว่า

จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่า ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร เป็นกระบวนการตอบสนองที่แสดงออกมาในรูปแบบของความรู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ ไม่มีความสุขของมารดา วัยรุ่น ต่อเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตร ซึ่งประกอบด้วย ภาวะสุขภาพของบุตร พฤติกรรมของบุตร และการไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามีและครอบครัวในการดูแลบุตร

ความสัมพันธ์ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ในระยะหลังคลอดมารดาวัยรุ่นต้องเผชิญกับความเหนื่อยล้าจากความเปลี่ยนแปลงของร่างกายในแต่ละระบบ เพื่อปรับคืนสู่ภาวะปกติร่วมกันต้องมีการปรับตัวต่อบทบาทใหม่ ความเหนื่อยล้าจากการคลอดก่อให้เกิดความเครียดทางด้านร่างกาย ส่วนความพยายามคงไว้ซึ่งบทบาทของมารดาและภรรยา ความรับผิดชอบในครอบครัวทำให้มารดาเกิดความเครียดทางจิตใจ โดยเฉพาะมารดาวัยรุ่นที่ต้องเผชิญกับการเป็นมารดาก่อนวัยอันสมควรจะทำให้มารดาวัยรุ่นเกิดความรู้สึกคับข้องใจ หรือเกิดความไม่สบายใจต่อเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตร เช่น ภาวะสุขภาพของบุตร ปัญหาการกินนม การร้องไห้และการนอนหลับของบุตร การได้รับการสนับสนุนจากสามีและครอบครัวในการดูแลบุตร มารดาที่มีความพร้อมในการมีบุตร ได้รับการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัวและมีวุฒิภาวะทางอารมณ์เพียงพอเมื่อมีสถานการณ์หรือเหตุการณ์ในการเลี้ยงดูบุตรเกิดขึ้น มารดาจะมีการรับรู้ มีความเข้าใจต่อสถานการณ์และความต้องการของบุตรสามารถตอบสนองบุตรได้อย่างเหมาะสม ทำให้สามารถเผชิญต่อปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตรได้โดยไม่เกิดความเครียดมาก แต่เนื่องจากวัยรุ่นยังไม่บรรลุวุฒิภาวะด้านอารมณ์ ทำให้มารดาวัยรุ่นไม่ใส่ใจต่อพฤติกรรมของบุตรและอาจทำให้แปลความหมายพฤติกรรมของบุตรผิดพลาดส่งผลให้ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของบุตรได้ (Beck & Driscoll, 2006) จากความไม่สอดคล้องของความรู้และทักษะของมารดาในการทำความเข้าใจความต้องการของบุตรและความต้องการการได้รับตอบสนองที่เหมาะสมของบุตรจากสื่อสัญญาณที่แสดงออก ทำให้มารดาวัยรุ่นเกิดความสับสนก่อให้เกิดความเครียดได้ ทำให้มารดาวัยรุ่นมองเหตุการณ์เหล่านั้นว่าเป็นสิ่ง

คุกคาม เมื่อเกิดปัญหาในการเลี้ยงบุตร เช่น ปัญหาสุขภาพของบุตร จะกระตุ้นให้เกิดความเครียดจนส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ แม้ว่าการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยด้านความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น มีเพียงการในมารดาทั่วไป เช่น จากผลการศึกษาเลียงและคณะ (Leung et al, 2005) ทำการศึกษาในมารดาหลังคลอดจำนวน 385 ราย พบว่า ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .58, p < .001$) และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .20, p < .001$) และจากการผลการศึกษาของเมอชันและคณะ (Merchant et al, 1995) ศึกษาในมารดาหลังคลอดทั่วไปจำนวน 202 ราย พบว่า มารดาที่มีความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรในระดับสูงจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่ามารดาที่มีความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรในระดับต่ำ และจากผลการศึกษาของฮัง (Hung, 2006) ทำการศึกษาในมารดาหลังคลอดจำนวน 55 ราย พบว่า ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($r = .57, p < .05$) และเป็นปัจจัยร่วมกับปัจจัยอื่นในการทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($R^2 = .70, R^2 \text{ change} = .08, F = 11.10$)

การสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

ทอยส์ (Thoits, 1982) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดและมีการตอบสนองต่อความเครียดได้อย่างทันที

คอปส์ (Cobb, 1976) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเองมีความเชื่อมั่นว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่องในตัวเขา นอกจากนี้ตัวเองยังรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

เฮาส์ (House, 1981) ให้ความหมายว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม เป็นความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และการให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

ซิมเม็ตและคณะ (Zimet et al, 1988) กล่าวว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคล 3 กลุ่ม คือ ครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรู้สึกของบุคคลที่รับรู้ว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Perceived Social Support) ซึ่งเป็นลักษณะการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นนามธรรม มีความสามารถในการ

ทำนายสถานะทางด้านจิตสังคม (Psychological status) ได้ดีกว่าลักษณะการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นรูปธรรม (Objectively Social Support) (Brandt & Weinert, 1981; Wilcox, 1981)

ในการศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือของมารดาวัยรุ่นที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุน 3 แหล่งที่สำคัญ คือ ครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ ซึ่งจะช่วยให้มารดาวัยรุ่นเผชิญและตอบสนองปัญหาได้อย่างเหมาะสม

ความสัมพันธ์การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

การสนับสนุนทางสังคมเป็นการให้ความช่วยเหลือ ประคับประคองของมารดาวัยรุ่นที่ได้รับจากการติดต่อหรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆ ในสังคม การรับรู้ว่ามีบุคคลรอบข้างที่พร้อมให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในทุกๆ ด้าน มีผลอย่างมากต่อความรู้สึกมั่นคงในจิตใจ มารดาวัยรุ่นที่รับรู้ว่าการสนับสนุนช่วยเหลือจากสังคมอย่างเพียงพอจะช่วยให้เกิดความมั่นใจ รู้สึกว่าสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้ จะแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ตอบสนองต่อสถานการณ์ความเครียดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าลดลงหรือป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Turner et al, 2000) แต่วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่อยู่ในช่วงของการศึกษาเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากความไม่ตั้งใจและไม่ได้อำนาจการตั้งครรภ์ ทำให้ต้องหยุดเรียน ต้องแยกออกจากกลุ่มเพื่อนซึ่งเป็นสิ่งที่วัยรุ่นให้ความสำคัญมากที่สุดในระยะนี้ นอกจากนี้การหยุดเรียนทำให้ขาดโอกาสในการทำงาน ส่งผลต่อเศรษฐกิจทางสังคม เนื่องจากยังไม่สามารถหารายได้สำหรับเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ (Malik et al, 2007) และถ้าหากได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เพียงพอกับความต้องการ (Logsdon et al, 2005) จะส่งผลให้ความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนทางด้านต่างๆ น้อยลงหรือไม่เพียงพอกับความต้องการ ส่งผลให้มารดาวัยรุ่นรู้สึกไม่พึงพอใจต่อการสนับสนุนช่วยเหลือที่ตนเองได้รับ ทำให้ต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในระยะหลังคลอดเพียงลำพัง ทำให้มารดาวัยรุ่นรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้ เกิดความกังวลใจ ความรู้สึกเหล่านี้จะกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับผลการศึกษาของมยุรี นิรัทธาธร (Nirattatharadorn, 2005) ทำการศึกษาในมารดาวัยรุ่นจำนวน 354 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.24, p < .001$) จากศึกษาในมารดาหลังคลอดที่ระยะ 6 สัปดาห์จำนวน 720 ราย พบว่าการขาดการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (OR = 0.90, 95% CI, 0.86 - 0.95) (Howell et al, 2006) จากการศึกษาในมารดาหลังคลอดทั่วไปจำนวน 534 ราย พบว่า มารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (adjust OR = 9.64, 95% CI, 4.09 -22.69) (Xie, He, Koszycki, Walker, & Wen, 2009) ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่

พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Liabsuetrakul, Vittayanont, & Pitanupong, 2007; Niratttharadorn, 2005; Reid & Meadows-Oliver, 2007; Westdahl et al, 2007)

สรุป

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ง่ายในระยะหลังคลอด ภาวะนี้ส่งผลด้านลบทั้งต่อมารดา บุตร และบุคคลใกล้ชิด สำหรับสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดยังไม่ทราบได้แน่ชัด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น ซึ่งในการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาปัจจัยในด้าน การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร เนื่องจากในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาปัจจัยดังกล่าวในกลุ่มของมารดาวัยรุ่น มีเพียงผลการศึกษาในต่างประเทศ และปัจจัยด้าน อายุ และการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากผลการศึกษาในกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่ผ่านมายังมีข้อขัดแย้งจากการค้นพบที่ต้องค้นหาคำอธิบายให้แน่ชัด อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่า มารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยหรืออยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น มีการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาของตนเองต่ำ มีความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรสูง และรับรู้ว่าตนเองได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มาก ดังนั้นปัจจัยในเรื่อง อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร และการสนับสนุนทางสังคม จึงอาจเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่พยาบาลสามารถจัดการให้การช่วยเหลือได้ ส่วนปัจจัยด้านอายุ จะช่วยให้พยาบาลมีความตระหนักหรือให้ความสนใจต่อกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งผู้วิจัยคาดหวังว่าผลการศึกษาจะสามารถนำมาใช้ในการเสริมสร้างแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันหรือช่วยบรรเทาความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น และลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ นอกจากนี้จะช่วยส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทำนาย (Correlation predictive design) เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของ อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร การสนับสนุนทางสังคม ต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้เป็นมารดาวัยรุ่นที่มีอายุไม่เกิน 19 ปี ที่มารับบริการตรวจสุขภาพหลังคลอด 6 สัปดาห์ หรือพาบุตรมารับบริการตรวจสุขภาพและรับวัคซีนในระยะ 8 สัปดาห์หลังทารกเกิด ที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบตามสะดวก (Convenience Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ดังนี้

คุณสมบัติด้านมารดา

1. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในระหว่างการตั้งครรภ์และหลังคลอด เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะตกเลือดหลังคลอด โรคหัวใจ เป็นต้น
2. ไม่มีประวัติความผิดปกติทางด้านจิตเวชในระยะตั้งครรภ์และก่อนตั้งครรภ์ เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคอารมณ์สองขั้ว เป็นต้น
3. เลี้ยงบุตรด้วยตนเองจนถึงวันที่ทำการศึกษา
4. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

คุณสมบัติด้านทารก

1. เป็นบุตรคนแรกและยังมีชีวิตอยู่จนถึงวันที่ทำการศึกษา
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกเกิด เช่น การบาดเจ็บจากการคลอด หรือถ้าเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลังเกิดไม่เกิน 7 วัน
3. ไม่มีความพิการแต่กำเนิด เช่น ปากแหว่งเพดานโหว่ แขนขาผิดปกติ เป็นต้น

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบว่ามีการศึกษาในประเทศไทยที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์หรืออิทธิพลของตัวแปรอิสระต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ และเนื่องจากผลการศึกษาการวิจัยทางการแพทย์บางส่วนใหญ่จะมีค่า effect size ขนาดปานกลาง (Polit & Beck, 2008) ดังนั้นในการศึกษาในครั้งนี้ จึงกำหนดค่า effect size = medium ค่าความเชื่อมั่น $\alpha = .05$ กำหนด power of test = .80 ในการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรทำนาย 4 ตัวแปร ใช้ค่าเหล่านี้ไปเปิดตาราง (Cohen, 1992) จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 84 ราย

แหล่งเก็บข้อมูล

เนื่องจากผู้วิจัยปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกระทรวงกลาโหม จึงมีความสนใจทำการศึกษาในสถานบริการในสังกัดกระทรวงกลาโหมเพื่อใช้ผลการศึกษาเป็นแนวทางในการพัฒนาการบริการในหน่วยงาน และจากข้อมูลพบว่าทำให้บริการตรวจรักษามารดาและทารกในระยะหลังคลอดของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในประเทศไทยมีลักษณะการให้บริการที่คล้ายคลึงกัน ดังนั้นการศึกษานี้จึงทำการศึกษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยสถานที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ห้องตรวจสุขภาพมารดาหลังคลอดและห้องตรวจสุขภาพทารก (Well Baby Clinic) แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ซึ่งมารดาวัยรุ่นที่เข้ามาใช้บริการตรวจสุขภาพระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด จะได้รับการตรวจภายใน คำแนะนำการคุมกำเนิดและการปฏิบัติตัวหลังคลอด และการให้บริการตรวจสุขภาพทารกระยะ 8 สัปดาห์หลังเกิด ทารกได้รับการบริการตรวจสุขภาพทั่วไปและฉีดวัคซีน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้

ตาราง 3.1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละ โรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

โรงพยาบาล	กลุ่มตัวอย่าง (ราย)
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า	22
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	37
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	25
รวม	84

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ในการวิจัยในครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา แบบสอบถามความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดภาวะซึมเศร้า ดังรายละเอียดต่อไปนี้

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้พัฒนาด้วยตนเอง เพื่อใช้ในการรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับมารดาและทารก ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความพร้อมในการมีบุตร จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ประวัติการแท้งบุตร วิธีการคลอดบุตร น้ำหนักบุตรแรกเกิด สุขภาพของบุตรตอนแรกเกิด ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เติมคำในช่องว่าง หรือให้เลือกตอบเฉพาะในข้อที่เกี่ยวข้องกับผู้ตอบ

แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ผู้วิจัยใช้แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา (Parenting Sense of Competence Scale, PSOC) ของ กิบาอด-วอลสตันและวันเดอสมาน (Gibaud-Wallston & Wansdersman, 1978) ซึ่งสร้างตามแบบจำลองการรับรู้ความสามารถ (sense of competence) ของแวกเนอร์และมอร์ส (Wagner & Morse's, 1975) แบบวัดชุดนี้ใช้ได้ทั้งในบิดา และ/หรือมารดา โดยแต่ละฉบับจะมีข้อคำถามเหมือนกันทุกข้อ ในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้เฉพาะชุดของมารดา ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (back translation) โดย สุพรรณิ สุ่มเล็ก (2538) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินความรู้สึกนึกคิดของมารดาเกี่ยวกับความรู้สึกถึงคุณค่าในการเป็นมารดาหรือความพอใจในบทบาทการเป็นมารดาของตนเอง (Valuing/comfort) และความสามารถในทักษะหรือความรู้ (skill/knowledge) ในการเป็นมารดา แบบสอบถามชุดนี้มีทั้งหมด 17 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ เป็นการประเมินด้านความรู้สึกมีคุณค่าหรือความพึงพอใจในบทบาทการเป็นมารดา คือ ข้อ 1, 6, 7, 10, 11, 13, 15 และ 17 และข้อคำถามเชิงลบ 9 ข้อ เป็นการประเมินในความสามารถในทักษะหรือความรู้ในการเป็นมารดา คือ ข้อ 2, 3, 4, 5, 8, 9, 12, 14 และ 16 ในการศึกษาในครั้งนี้ได้ปรับข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้มีความเข้าใจง่าย เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในข้อ 1 และ ข้อ 14 ดังนี้

ข้อ 1 ฉันเข้าใจจากการเรียนรู้ด้วยตนเองว่า การแสดงออกของฉันมีผลต่อลูก ทำให้ฉันสามารถแก้ปัญหาในการดูแลลูกได้ง่ายขึ้น **ปรับเป็น** การแก้ปัญหาในการดูแลลูกเป็นเรื่องง่าย เพราะฉันเกิดการเรียนรู้และเข้าใจในการเลี้ยงดูลูก

ข้อที่ 14 ถ้าหากว่าการเป็นแม่ของลูก เป็นเรื่องน่าสนใจมากกว่าเรื่องอื่นๆ ฉันคงจะมีแรงจูงใจปฏิบัติหน้าที่การเป็นแม่ได้ดีกว่านี้ **ปรับเปลี่ยน** ถ้าหากการเป็นแม่เป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด ฉันคงมีแรงจูงใจในการทำหน้าที่การเป็นแม่ได้ดีกว่านี้

โดยมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิด ความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิด ความรู้สึกของผู้ตอบแต่ยังไม่มากที่สุด
เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิด ความรู้สึกของผู้ตอบเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิด ความรู้สึกของผู้ตอบแต่ยังไม่มากที่สุด
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิด ความรู้สึก ของผู้ตอบมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนนขึ้นอยู่กับข้อความเชิงบวกหรือลบดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วยเล็กน้อย	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน

การรับรู้ความสามารถการเป็นมารดา มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 17 -85 คะแนน การแปลความหมายคะแนนจะใช้คะแนนรวม ค่าคะแนนมากหมายถึงมีการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาสูง และค่าคะแนนน้อยหมายถึงมีการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาต่ำ

แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการทดสอบความตรงตามความเหมือน (convergent validity) และความตรงตามการแยกแยะความแตกต่าง (discriminant validity) และนำไปหาความเชื่อมั่นกับบิดารายใหม่จำนวน 49 ราย และมารดารายใหม่จำนวน 48 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของแบบวัดทั้งหมด .80 (Gibaud-Wallston & Wansdersman, 1978) สุพรรณิ สุ่มเล็ก (2538) นำเครื่องมือที่แปลเป็นภาษาไทยนำไป

ทดสอบในมารดาหลังคลอดจำนวน 30 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .77 และทดลองใช้จริงในมารดาหลังคลอดจำนวน 205 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .82

แบบสอบถามความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรและจากแนวคิดที่กล่าวถึงเหตุการณ์ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตร ได้แก่ ภาวะสุขภาพของบุตร ความยุ่งยากในการดูแลบุตรเกี่ยวกับการกินนมและการนอนของบุตร (Beck, 2002) และแนวคิดเหตุการณ์ความเครียดในระยะหลังคลอดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตรประกอบด้วย ปัญหาสุขภาพและการกินนมของบุตร และความพึงพอใจจากการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสามีและครอบครัวในการเลี้ยงดูบุตร (Kim et al, 2008) ซึ่งแบบสอบถามความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนี้ เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตร 3 ด้าน ได้แก่ 1) ภาวะสุขภาพของบุตร (ข้อที่ 1-3) 2) พฤติกรรมของบุตร (ข้อที่ 4-18) และ 3) การไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามีและครอบครัวในการดูแลบุตร (ข้อที่ 19-27) แบบสอบถามนี้มีจำนวนทั้งหมด 27 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 6 ระดับ ดังนี้

ไม่มีเหตุการณ์เกิดขึ้น	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่เกิดขึ้นกับตัวผู้ตอบ
เครียดน้อยที่สุดหรือไม่มี ความเครียด	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นเกิดขึ้นกับตัวผู้ตอบแต่ผู้ตอบรู้สึกกังวลใจ เป็นทุกข์ใจ ไม่สบายใจต่อเหตุการณ์นั้นน้อยที่สุดหรือไม่มี ความเครียดเลย
เครียดค่อนข้างน้อย	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นเกิดขึ้นกับตัวผู้ตอบแต่ผู้ตอบรู้สึกกังวลใจ เป็นทุกข์ใจ ไม่สบายใจต่อเหตุการณ์นั้นค่อนข้างน้อย
เครียดปานกลาง	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นเกิดขึ้นกับตัวผู้ตอบและผู้ตอบมีความรู้สึกกังวลใจ เป็นทุกข์ใจ ไม่สบายใจต่อเหตุการณ์นั้นปานกลาง
เครียดค่อนข้างมาก	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นเกิดขึ้นกับตัวผู้ตอบและผู้ตอบมีความรู้สึกกังวลใจ

เป็นทุกข์ใจ ไม่สบายใจต่อเหตุการณ์นั้น
 ก่อนข้างมากแต่ไม่มากที่สุด
 มีความเครียดมากที่สุด หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นเกิด
 ขึ้นกับตัวผู้ตอบและผู้ตอบมีความรู้สึกกังวลใจ
 เป็นทุกข์ใจ ไม่สบายใจต่อเหตุการณ์นั้นมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน

ไม่มีเหตุการณ์เกิดขึ้น	ให้	0	คะแนน
เครียดน้อยที่สุดหรือไม่มีความเครียด	ให้	1	คะแนน
มีความเครียดค่อนข้างน้อย	ให้	2	คะแนน
มีความเครียดปานกลาง	ให้	3	คะแนน
มีความเครียดค่อนข้างมาก	ให้	4	คะแนน
มีความเครียดมากที่สุด	ให้	5	คะแนน

ความเครียดจากการเลี้ยงบุตรมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-135 คะแนน การแปล
 ความหมายของคะแนนจะใช้คะแนนรวม ค่าคะแนนมากแสดงว่ามีความเครียดจากการเลี้ยงบุตรสูง
 และค่าคะแนนน้อยแสดงว่ามีความเครียดจากการเลี้ยงบุตรต่ำ

แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบวัดความช่วยเหลือทาง
 สังคมแบบพหุมิติ (The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) ที่สร้างขึ้น
 โดย ซิมเม็ต และคณะ (Zimet et al, 1988) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (back
 translation) โดย พิทักษ์พล บุญยามาลิก (Boonyamalik, 2005) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการ
 รับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุน ช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนที่สำคัญคือ ครอบครัว เพื่อนและบุคคล
 สำคัญ แบบวัดนี้มีจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว (ข้อ 3, 4, 8 และ
 11) เพื่อน (ข้อ 6, 7, 9 และ 12) และบุคคลสำคัญ (ข้อ 1, 2, 5 และ 10) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน
 ประมาณค่า 7 ระดับ ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเห็น

		ของผู้ตอบมากที่สุด
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเห็นของผู้ตอบมาก
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเห็นของผู้ตอบเล็กน้อย
มีความเห็นปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเห็นของผู้ตอบปานกลาง
เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเห็นของผู้ตอบเล็กน้อย
เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเห็นของผู้ตอบอย่างมาก
เห็นด้วยอย่างมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเห็นของผู้ตอบอย่างมากที่สุด
เกณฑ์การให้คะแนน		
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	1 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ให้	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	ให้	3 คะแนน
มีความเห็นปานกลาง	ให้	4 คะแนน
เห็นด้วยเล็กน้อย	ให้	5 คะแนน
เห็นด้วยอย่างมาก	ให้	6 คะแนน
เห็นด้วยอย่างมากที่สุด	ให้	7 คะแนน

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 12-84 คะแนน การแปลความหมายของคะแนนจะใช้คะแนนรวม ค่าคะแนนมากแสดงว่ามีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง และค่าคะแนนน้อยแสดงว่ามีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ซิมเม็ต และคณะ (Zimet et al, 1988) ใช้การประมวลข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจากนักศึกษาในระดับปริญญาตรี โดยเป็นเพศหญิง 136 รายและเพศชาย 139 ราย สร้างแบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ พบว่ามีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของเครื่องมือสูง และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค อยู่ในช่วง .81-.98 ในประเทศไทย พัทธกัญพล บุญยมาลิก (Boonyamalik, 2005) ได้แปลเป็นภาษาไทยแล้วนำมาทดสอบในวัยรุ่น ค่าความสอดคล้องของอัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 แคนทีมิทเชลและซิมเม็ต (Canty-Mitchell & Zimet,

2000) ทำการศึกษาในวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในเมืองจำนวน 222 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93 และจากการศึกษาในมารดาหลังคลอดจำนวน 364 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 (Ege, Timur, Zincir, Geckil, & Sunar-Reeder, 2008)

แบบวัดภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (The Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) Scale) ที่สร้างขึ้นโดยแรดลอฟ (Radloff, 1977) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย อุมพร ตรังคสมบัติและคณะ (2540) มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้วัดอาการซึมเศร้า โดยเป็นการประเมินระดับความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบบวัดนี้มีจำนวน 20 ข้อ ประเมินอาการแสดงเกี่ยวกับความรู้สึกของภาวะซึมเศร้า 4 ด้าน คือ วัตถุประสงค์ซึมเศร้า 7 ข้อ วัตถุประสงค์ในด้านบวก 4 ข้อ วัตถุประสงค์ทางกาย 7 ข้อ และวัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2 ข้อ และในแบบสอบถาม 20 ข้อ มี 16 ข้อเป็นข้อคำถามทางด้านลบ คือข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18 และ 19 และอีก 4 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก คือข้อ 4, 8, 12 และ 16 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ ดังนี้

ไม่เลย	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นน้อยกว่า 1 วันใน 1 สัปดาห์
นานๆ ครั้ง	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 1-2 วันใน 1 สัปดาห์
บ่อยๆ	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 3-4 วันใน 1 สัปดาห์
ประจำ	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 5-7 วันใน 1 สัปดาห์

เกณฑ์การให้คะแนนขึ้นอยู่กับข้อความเชิงบวกหรือลบ ดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ไม่เลย	3 คะแนน	0 คะแนน
นานๆ ครั้ง	2 คะแนน	1 คะแนน
บ่อยๆ	1 คะแนน	2 คะแนน
ประจำ	0 คะแนน	3 คะแนน

คะแนนมีค่าอยู่ในช่วง 0-60 คะแนน การแปลค่าคะแนน จากเกณฑ์การให้คะแนนของแรดลอฟ (Radloff, 1977) กำหนดไว้ดังนี้ ถ้ามีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-15 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า ถ้าค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 16 มีข้อบ่งชี้ว่ามีภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ อุมพร ตรังคสมบัติและคณะ ได้นำไปศึกษาในวัยรุ่นเพศชาย พบว่าผู้ที่มีค่าคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 22 ถือว่าอยู่ในข่ายมีภาวะซึมเศร้า และจากการศึกษาของ รัสตัน ฟอร์เชีย และ เสกต์แมน (Rushton, Forcier, & Schectman, 2002) พบว่าที่ค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนนจะมีความไวในการ

คั้ดครร่่งสูง คั้งนั้่นในงำนว้จ้ยนี้จ้งใช้ค้ค่าค้ะน่่นม้กกว้หรือเท้กั้บ 16 ม้ยถ้งม้ภ้ว้ะซ้่มเศร้้าหลั้งคลอ้ด

บ่บว้ดภ้ว้ะซ้่มเศร้้าของ เร้ดลอฟ (Radloff, 1977) พั้ฒน้จ้้นเพ้่อใช้ประเม้ณภ้ว้ะซ้่มเศร้้าในบุ้คค้ลท้ว้ไปพบว้ามีค้่าสั้มประลั้ทธิแอลฟ้าของครร่อบ้ค้เท้กั้บ .85 ถ้ง .90 (Radloff, 1977) ม้่วบ่บสอ้บถ้ลำนนี้พั้ฒน้จ้้นเพ้่อใช้ประเม้ณภ้ว้ะซ้่มเศร้้าในบุ้คค้ลท้ว้ไปแต่มีหล้ายงำนว้จ้ยถ้ใช้บ่บสอ้บถ้ลำนนี้ในกรร่ประเม้ณภ้ว้ะซ้่มเศร้้าในม้ารค้าว้ยรุ้่น (Chen, Chan, Tan, & Lee, 2004; Chien, Tai, Ko, Huang, & Sheu, 2006)โดยมีค้่าสั้มประลั้ทธิแอลฟ้าของครร่อบ้ค้อยู่ถ้ว้ง .80 - .92 (Reid & Meadows-Oliver, 2007) สดงให้เห้่นว้บ่บสอ้บถ้ลำนซ้ดนี้ม้ีคว้ามเท้ยง (Reliability) ในกรร่ว้ดภ้ว้ะซ้่มเศร้้าถ้ดี ในประเทศไทย อุม้พร ตร้งคสมบ้ด้และคณ้ะ (2540) น้าเคร้่องม้ือของเร้ดลอฟ (Radloff, 1977) ปล่เป็นภ้าษ้ไทยเล้่วน้าม้ใช้คั้ดครร่องภ้ว้ะซ้่มเศร้้าในว้ยรุ้่นช้ายถ้้อยร้ะหว้าง 15-18 ปี จ้ำนวน 125 ร้าย ค้ำนวนค้่าสั้มประลั้ทธิแอลฟ้าของครร่อบ้ค้เท้กั้บ .86 จ้กผลกรร่ศ้กข้ของมยุร้ี น้ระธ้ร้าดร (Niratttharadorn, 2005) ท้ากรศ้กข้ในม้ารค้าว้ยรุ้่นหลั้งคลอ้ดจ้ำนวน 340 ร้าย ค้่าสั้มประลั้ทธิแอลฟ้าของครร่อบ้ค้ได้เท้กั้บ .87

การตรวจสอบคุณภาพของเคร้่องม้ือ

การหาคว้ามเท้ยงตรงของเคร้่องม้ือ (Content Validity)

ในกรร่ศ้กข้ในคร้้งนี้เน้ืองจ้กบ่บสอ้บถ้ลำนกรร่รับรู้คว้ามส้ามารถในกรร่เป็นม้ารค้าบ่บสอ้บถ้ลำนกรร่รับรู้กรร่สนั้บสนุนท้างส้ังคม และบ่บว้ดภ้ว้ะซ้่มเศร้้า เป็นบ่บสอ้บถ้ลำนถ้ได้ร้บกรร่ปล่ยอ้กถ้ล่ด้วยว้ถ้ที่เป็นม้าตรฐ้านและม้ีกรร่น้าไปใช้ย้างว้้างว้าง ผู้ว้จ้ยจ้งไม่น้าบ่บสอ้บถ้ลำนด้กถ้่วม้าตรว้จ้สอ้บคว้ามเท้ยงตรงของเคร้่องม้ือ มีเพ้ยงบ่บสอ้บถ้ลำนคว้ามเคร้ยคจ้กกรร่เล้ยงค้บด้ร ถ้ผู้ว้จ้ยสร้้างจ้้นจ้กกรร่ทบทวนว้รณครร่ม จ้งน้าบ่บสอ้บถ้ลำนซ้ดนี้ไปท้ดสอ้บคว้ามเท้ยงตรงจ้งเน้ือหาและภ้าษ้าถ้ใช้ โดยผู้ว้จ้ยน้าไปให้ผู้ท้รงค้ณวุ้ถ้จ้ำนวน 5 ท้่านช้่วพ้จ้ารณ้าและให้ช้้อเสนอแนะ ซ้่งประค้อบด้วย

อ้าจารย์พ้ยาบ้าดั้่นการพ้ยาบ้าลกุมารเวชศ้าสตร์	2 ท้่าน
อ้าจารย์พ้ยาบ้าดั้่นการพ้ยาบ้าลศุ้ติศ้าสตร์	2 ท้่าน
อ้าจารย์พ้ยาบ้าดั้่นการพ้ยาบ้าลศุ้ภาพจ้ิตและจ้ิตเวช	1 ท้่าน

ภ้าษหลั้งจ้กได้ร้บช้้อเสนอแนะจ้กผู้ท้รงค้ณวุ้ถ้ ผู้ว้จ้ยได้ปร้บแก้ช้้อค้่าถ้ถามตามช้้อเสนอแนะของผู้ท้รงค้ณวุ้ถ้โดยค้ดช้้อค้่าถ้ถามจ้กเด้ิมจ้ำนวน 29 ช้้อเหล้ือ 27 ช้้อ ถ้ือ ช้้อถ้ไม่มีคว้ามสอ้ดค้ล้้องกั้บอ้ค้้ประค้อบของคว้ามเคร้ยคจ้กกรร่เล้ยงค้บด้รและช้้อค้่าถ้ถามถ้มีคว้ามช้้าช้้อนหรือมีคว้ามค้ล้ายค้ล้ิงกั้บช้้อ และบ่บสอ้บถ้ลำนด้กถ้่วได้ท้ากรท้ดสอ้บคั้ณคว้ามตรงจ้งเน้ือหา

(content validity index) โดยใช้วิธีการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาและภาษารายข้อ (item-level CVI) (Polit & Beck, 2008) ได้ค่าเท่ากับ .80

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 ราย แล้วคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (ยูดี ฤาชาและคณะ, 2543) จากการคำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในการศึกษาในครั้งนี้มีค่า ดังนี้

แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา	= .72
แบบสอบถามความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร	= .94
แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	= .88
แบบวัดภาวะซึมเศร้า	= .88

และเมื่อนำไปใช้ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดจำนวน 84 ราย คำนวณสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้เท่ากับ .73, .91, .87 และ .86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C สายพยาบาลศาสตร์และคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมในการศึกษาวิจัยในคน จากโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช แล้วผู้วิจัยขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือชี้แจงและขออนุญาตเก็บข้อมูล ณ แหล่งเก็บข้อมูลผ่านบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

2. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลและเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่ห้องตรวจสุขภาพหลังคลอดและห้องตรวจสุขภาพและรับวัคซีนทารกแรกเกิด ของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

3. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ผู้วิจัยขอเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าห้องตรวจสุขภาพหลังคลอด หัวหน้าห้องตรวจโรคแผนกกุมารเวชกรรม เพื่อชี้แจง

วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด ที่ห้องตรวจหลังคลอดและห้องตรวจโรคกุมาร แผนกผู้ป่วยนอก โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวันและเวลา ดังนี้ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เก็บข้อมูลวันอังคารเวลา 12.30-15.00 น. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเก็บข้อมูลวันจันทร์และศุกร์เวลา 08.00-16.00 น. และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เก็บข้อมูลวันพฤหัสบดีเวลา 12.30-15.00 น.

โดยผู้วิจัยขอให้พยาบาลประจำการทำการคัดเลือกรมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่มีอายุไม่เกิน 19 ปี จากรายงานประวัติและบันทึกการซื้อมารดาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และเป็นผู้สอบถามมารดาวัยรุ่นเกี่ยวกับความต้องการในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อมารดาวัยรุ่นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้เข้าพบผู้วิจัย

5. ผู้วิจัยเชิญมารดาวัยรุ่นที่ตอบรับเข้าร่วมการวิจัยไปสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งแยกเป็นสัดส่วนชัดเจน ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับมารดาวัยรุ่น โดยพูดคุยในเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคย แนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัยพร้อมทั้งอ่านรายละเอียดจากแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

6. ให้มารดาวัยรุ่นลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหลังจากได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการทำวิจัยแล้ว ในกรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองหรือสามีของมารดาวัยรุ่นก่อน โดยผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับในการทำวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่า การตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ไม่มีผลต่อการบริการและการรักษาที่ได้รับ รวมทั้งไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆแก่ผู้ปกครองหรือสามีของมารดาวัยรุ่นเพื่อขอความร่วมมือและให้ความยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัยของมารดาวัยรุ่น และเพื่อเป็นการป้องกันการเสียโอกาสในการเข้ารับการรักษาและบริการ ในขณะรอตรวจให้มารดาวัยรุ่นตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บหมายเลขลำดับเข้ารับการรักษาไว้ให้มารดาวัยรุ่น เมื่อถึงลำดับการตรวจก็ให้มารดาวัยรุ่นพักการตอบแบบสอบถามและพาไปเข้ารับการรักษา เมื่อรับบริการตรวจรักษาเรียบร้อยแล้ว หากยังตอบแบบสอบถามยังไม่เสร็จ ก็ขอให้มารดาวัยรุ่นช่วยตอบแบบสอบถามต่อจนเสร็จ

7. ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม ทั้งหมด 5 ชุด ใช้เวลาในการตอบประมาณ 20-30 นาที โดยขอให้มารดาวัยรุ่นตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงและตามความคิดเห็นของมารดาวัยรุ่น พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้มารดาวัยรุ่นซักถามข้อสงสัย เพื่อทำความเข้าใจก่อนลงมือตอบคำถาม

8. หลังจากเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบถ้าหากพบว่ามารดาตอบคำถามไม่สมบูรณ์ สอบถามเหตุผลว่าเกิดขึ้นจาก ความไม่เข้าใจข้อคำถามหรือไม่ต้องการตอบคำถาม ถ้าหากเกิดจากความไม่เข้าใจคำถาม ผู้วิจัยอธิบายให้มารดาเข้าใจจนได้เข้าใจและลงมือตอบคำถามต่อไป แต่ถ้าหากมารดาไม่ต้องการตอบคำถามข้อนั้นๆถือว่าเป็นแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ซึ่งจะไม่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล และทำการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองที่เข้าร่วมการทำวิจัยในครั้งนี้

9. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบ 84 ราย ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมด มาคิดคะแนนตามเกณฑ์แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติที่ได้วางแผนไว้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงรายละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างทราบเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับในการทำวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่า การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจ การปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลต่อการบริการและการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างและบุตรจะได้รับ และถ้าหากกลุ่มตัวอย่างต้องการยุติการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้สามารถทำได้ทันทีโดยไม่มีผลต่อการได้รับบริการใดๆ การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ การตอบแบบสอบถามไม่ต้องใส่ชื่อ-สกุลในแบบสอบถามจะใช้เป็นรหัสในการเก็บบันทึกข้อมูล โดยข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะเป็นความลับ จะนำมาใช้เพื่อการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยนำเสนอเป็นข้อมูลในภาพรวม และหากกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัยจะต้องลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย

ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามจนเสร็จสมบูรณ์แล้วมีคะแนนรวมของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ 16-23 คะแนน แปลว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในระดับเล็กน้อย ผู้วิจัยจะดำเนินการให้การช่วยเหลือ โดยแจ้งให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ปกครองของผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบ และให้คำปรึกษาเบื้องต้น โดยเปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความรู้สึกและพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาหรือความไม่สบายใจที่เกิดขึ้น และแนะนำแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ ในกรณีที่มียาอาการของภาวะซึมเศร้าที่มากขึ้นหลังจากวันที่เข้ารับการตรวจสุขภาพแล้ว และถ้าหากมีคะแนนมากกว่า 23 คะแนน แปลว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในระดับปานกลางถึงรุนแรง ผู้วิจัยจะดำเนินการให้การช่วยเหลือ โดยแจ้งให้แก่พยาบาลประจำการเพื่อแจ้งต่อแพทย์ผู้ดูแลรับทราบ เพื่อพิจารณาให้การช่วยเหลือแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำมาแจกแจงและวิเคราะห์ค่าตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติในการทดสอบเท่ากับ .05 และมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา
2. สถิติอ้างอิง (inferential statistics) ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ สำหรับวิเคราะห์อำนาจการทำนายของ อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร และการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทำนาย (Correlation predictive design) เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของ อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร การสนับสนุนทางสังคม ต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นที่มีอายุไม่เกิน 19 ปี ที่มารับบริการตรวจสุขภาพหลังคลอดและพาบุตรมารับบริการตรวจสุขภาพและรับวัคซีนในระยะ 6-8 สัปดาห์หลังเกิด แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ซึ่งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience Sampling) จำนวน 84 ราย ผลการวิจัยจะเสนอในรูปแบบของตารางประกอบการบรรยาย โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่น โดยใช้สถิติบรรยาย

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น โดยใช้สถิติบรรยาย

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Person's Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่น

1.1 ลักษณะด้านประชากร สังคมและเศรษฐกิจ

ลักษณะด้านประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ มารดาวัยรุ่นที่มีอายุไม่เกิน 19 ปี จำนวน 84 ราย ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 17.39 ปี (S.D. = 1.42) ส่วนใหญ่เป็นหญิงวัยรุ่นตอนปลาย อายุระหว่าง 17-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 75 และเป็นหญิงวัยรุ่นตอนกลาง อายุระหว่าง 14-16 ปี คิดเป็นร้อยละ 25 โดยกลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยที่สุด คือ 14 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสภาพสมรสคู่ (อยู่ด้วยกันกับสามี) คิดเป็นร้อยละ 83.33

ลักษณะด้านสังคมและเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาสูงสุด 6-12 ปี คิดเป็นร้อยละ 96 โดยมีระยะเวลาการศึกษาเฉลี่ย 9.67 ปี (S.D. = 1.67) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพหรือมีอาชีพแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 60.71 และกำลังเป็นนักศึกษาหรือนักเรียน คิดเป็นร้อยละ 19.05 มีรายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน 10,848.81 บาท (S.D. = 10,266.60) โดยส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000-10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 47.62 แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่เป็นรายได้ที่ได้รับจากสามี รองลงมาคือจากบิดาหรือมารดา มีรายได้พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 86.90 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่พร้อมในการตั้งครรถ์ คิดเป็นร้อยละ 70.24 โดยร้อยละ 59.32 มีความไม่พร้อมเนื่องจากกำลังเรียนหนังสือ ดังแสดงในตาราง 4.1

ตาราง 4.1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะด้านประชากร สังคมและเศรษฐกิจ (n = 84)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
14-16	21	25.00
17-19	63	75.00
$\bar{X} = 17.39$, S.D. = 1.42, min = 14.00, max = 19.00		
สถานภาพสมรส		
คู่ (อยู่ด้วยกันกับสามี)	70	83.33
คู่ (ไม่ได้อยู่ด้วยกันกับสามี)	8	9.53
หม้าย / หย่า / แยก	6	7.14
จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา (ปี)		
< 6	3	3.60
6-12	81	96.40
$\bar{X} = 9.67$, S.D. = 1.67, min = 6, max = 12		
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ / แม่บ้าน	51	60.71
นักเรียน / นักศึกษา	16	19.05
รับจ้าง	10	11.91
ธุรกิจส่วนตัว	7	8.33
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
< 5,000	18	21.43
5,000-10,000	40	47.62
10,001-15,000	10	11.90
15,001-20,000	10	11.90
> 20,000	6	7.15
$\bar{X} = 10,848.81$, S.D. = 10,266.60, min = 0, max = 60,000, median = 9,000, mode = 10,000		

ตาราง 4.1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะด้านประชากร สังคมและเศรษฐกิจ
(n = 84) (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
แหล่งของรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
สามี	55	65.48
บิดา/มารดา	52	61.90
การทำงาน	15	17.86
อื่นๆ	1	1.19
ความเพียงพอของรายได้ที่ได้รับ		
พอใช้	73	86.90
ไม่พอใช้	11	13.10
ความพร้อมในการมีบุตร		
ไม่พร้อม	59	70.24
พร้อม	25	29.76
สาเหตุที่ไม่พร้อมในการมีบุตร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
กำลังเรียนหนังสือ	35	59.32
ยังไม่มีงานทำ	22	37.29
ยังไม่แต่งงาน	13	22.03
อื่นๆ	8	13.56
บุคคลในครอบครัวไม่ยอมรับ	5	8.47

1.2 ข้อมูลทางด้านสูติกรรม

ผลการศึกษาพบว่า การตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 90.48 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยแท้งบุตร คิดเป็นร้อยละ 90.48 และมีประวัติเคยแท้งบุตร คิดเป็นร้อยละ 9.52 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.33 คลอดบุตรโดยวิธีคลอดปกติ รองลงมา คือ ผ่าตัดคลอดคิดเป็นร้อยละ 15.48 มีน้ำหนักบุตรแรกเกิดมากกว่า 3,000 กรัม คิดเป็นร้อยละ 46.43 อย่างไรก็ตามร้อยละ 9.25 คลอดบุตรที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ซึ่งเป็นน้ำหนักที่

ต่ำกว่าเกณฑ์ของทารกแรกเกิดคลอดปกติ โดยส่วนใหญ่สุขภาพของทารกแรกเกิดอยู่ในภาวะปกติ คิดเป็นร้อยละ 72.62 และไม่ปกติ คิดเป็นร้อยละ 27.38 โดยปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ภาวะตัวเหลือง คิดเป็นร้อยละ 78.26 และคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 13.04 ดังแสดงในตาราง 4.2

ตาราง 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลทางด้านสูติกรรม (n = 84)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์		
1	76	90.48
>1	8	9.52
ประวัติการแท้งบุตร		
ไม่เคย	76	90.48
เคย	8	9.52
วิธีการคลอดบุตร		
คลอดปกติ	70	83.33
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	13	15.48
ใช้เครื่องดูดสุญญากาศ	1	1.19
น้ำหนักแรกเกิดของบุตร (กรัม)		
< 2,500	8	9.52
2,500-3,000	37	44.05
> 3,000	39	46.43
$\bar{X} = 3,015.85$, S.D. = 390.88, min = 2,270, max = 3,900		
สุขภาพของทารกแรกเกิด		
ปกติ	61	72.62
ไม่ปกติ	23	27.38
ภาวะตัวเหลือง	18	78.26
คลอดก่อนกำหนด	3	13.04
หัวใจเต้นเร็ว	1	4.35
ติดเชื้อ	1	4.35

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า

2.1 การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาอยู่ในช่วง 37-74 คะแนน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 52.27 คะแนน (S.D. = 7.03) ดังแสดงในตาราง 4.3 เมื่อพิจารณารายด้านและรายข้อ (ดูภาคผนวก จ ตาราง จ.1) พบว่า

ความรู้สึกถึงคุณค่าหรือความพึงพอใจในการเป็นมารดา กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 30.21 (S.D. = 3.93) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบว่าเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งมากกว่าร้อยละ 70 ในเรื่อง การแก้ปัญหาในการดูแลลูกเป็นเรื่องง่ายเพราะฉันเกิดการเรียนรู้และเข้าใจในการดูแลลูก (ร้อยละ 78.58) ฉันจะเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับแม่คนอื่นๆ ให้เขาได้เรียนรู้และทำตามในสิ่งที่จำเป็นที่ควรรู้เพื่อการเป็นแม่ที่ดี (ร้อยละ 77.38) และการเป็นแม่ที่ดีเป็นเสมือนรางวัลในตัวอยู่แล้ว (ร้อยละ 82.15) และกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มากกว่าร้อยละ 10 ในเรื่อง ฉันสามารถในการดูแลลูกของตนเองได้อย่างชำนาญ (ร้อยละ 14.29) และการเป็นแม่เป็นเรื่องที่สามารถจัดการได้ง่ายและปัญหาใดๆที่เกิดขึ้นก็แก้ไขได้โดยง่ายเช่นกัน (ร้อยละ 10.71)

ความมั่นใจในทักษะหรือความรู้ ในการเป็นมารดา กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.06 (S.D. = 5.87) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบว่าไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มากกว่าร้อยละ 30 ในเรื่อง ฉันมีความสามารถพิเศษ และความสนใจในด้านอื่นๆมากกว่าการเป็นแม่ (ร้อยละ 40.47) และการเป็นแม่ทำให้ฉันรู้สึกตึงเครียดและกังวลมาก (ร้อยละ 35.71) และกลุ่มตัวอย่างตอบว่าเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง มากกว่าร้อยละ 70 ในเรื่อง ถ้าหากการเป็นแม่เป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด ฉันคงมีแรงจูงใจในการทำหน้าที่การเป็นแม่ได้ดีกว่านี้ (ร้อยละ 80.95) ฉันรู้สึกว่ามีแม่ของฉันมีการเตรียมตัวเป็นแม่ได้ดีกว่าฉัน (ร้อยละ 80.95) และปัญหายุ่งยากในการเป็นแม่ คือ ฉันไม่รู้ว่าฉันทำหน้าที่ได้ดีหรือไม่ดี (ร้อยละ 71.43)

2.2 ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรอยู่ในช่วง 3-78 คะแนน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.58 คะแนน (S.D. = 19.04) ดังแสดงในตาราง 4.3 เมื่อพิจารณารายด้านและรายข้อ (ดูภาคผนวก จ ตาราง จ.2) พบว่า

ภาวะสุขภาพของบุตร กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.11 คะแนน (S.D. = 2.67) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบว่ามีเหตุการณ์เกิดขึ้นแล้วทำให้รู้สึกความเครียดค่อนข้างมากถึงมากที่สุดร้อยละ 13.09 ในเรื่อง ลูกของท่านมีปัญหาสุขภาพตั้งแต่แรกเกิด

พฤติกรรมของบุตร กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.83 คะแนน (S.D. = 11.28) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบว่ามีเหตุการณ์เกิดขึ้นแล้วทำให้มีความเครียดค่อนข้างมากถึงมากที่สุด โดยมากกว่าร้อยละ 10 ในเรื่องลูกของท่านไม่ยอมพูดนมแม่ (ร้อยละ 13.09) และลูกถ่ายอุจจาระลำบาก ต้องออกแรงเบ่ง หรือร้องไห้ขณะถ่าย (ร้อยละ 10.71)

การไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามีและครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.64 คะแนน (S.D. = 8.83) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมากที่สุดแล้วทำให้มีความเครียดค่อนข้างมากถึงมากที่สุดร้อยละ 9 ในเรื่อง ท่านไม่มีผู้ช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร (ร้อยละ 9.52) และท่านไม่แน่ใจว่าให้ลูกดูคนได้เพียงพอกับความต้องการของลูก (ร้อยละ 9.52)

2.3 การสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในช่วง 17-84 คะแนน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 60.82 คะแนน (S.D. = 12.97) ดังแสดงในตาราง 4.3 เมื่อพิจารณารายด้านและรายข้อ (ดูภาคผนวก จ ตาราง จ.3) พบว่า

การรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.98 คะแนน (S.D. = 4.98) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเห็นด้วยอย่างมากและเห็นด้วยอย่างมากที่สุด มากกว่าร้อยละ 60 ในเรื่องในชีวิตของฉัน ฉันมีคนพิเศษที่ห่วงใยความรู้สึกของฉัน (ร้อยละ 61.90)

การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.83 คะแนน (S.D. = 4.85) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเห็นด้วยอย่างมากและเห็นด้วยอย่างมากที่สุด มากกว่าร้อยละ 70 ในเรื่องครอบครัวของฉันยินดีจะช่วยเหลือฉันตัดสินใจ (ร้อยละ 71.43)

การรับรู้การสนับสนุนจากเพื่อน กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.01 คะแนน (S.D. = 6.44) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างมากและไม่เห็นด้วยอย่างมากที่สุด มากกว่าร้อยละ 20 ในเรื่องเพื่อนของฉันพยายามอย่างเต็มที่ที่จะช่วยฉัน (ร้อยละ 20.98)

ละ 22.62) ฉันสามารถเชื่อใจเพื่อนของฉันได้ เมื่อมีความยุ่งยากเกิดขึ้น (ร้อยละ 26.19) และฉันมีเพื่อนซึ่งฉันสามารถแบ่งปันความสุขและความทุกข์ได้ (ร้อยละ 23.81)

2.4 ภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในช่วง 2-45 คะแนน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.99 คะแนน (S.D. = 8.67) ดังแสดงในตาราง 4.3 เมื่อพิจารณารายด้านและรายข้อ (ดูภาคผนวก จ ตาราง จ.4) พบว่า

อารมณ์ซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.99 คะแนน (S.D. = 4.26) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกบ่อยๆและเป็นประจำ มากกว่าร้อยละ 17 ในเรื่อง ฉันรู้สึกหดหู่ (ร้อยละ 20.24) ฉันรู้สึกเหงา (ร้อยละ 17.85) และฉันรู้สึกเศร้า (ร้อยละ 17.85)

อารมณ์ในด้านบวก กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.37 คะแนน (S.D. = 2.43) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกบ่อยๆและเป็นประจำ มากกว่าร้อยละ 60 ในเรื่องฉันมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต (ร้อยละ 61.90) และฉันมีความสุข (ร้อยละ 84.52) และกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่เลยและนานๆครั้ง ร้อยละ 75 ในเรื่องฉันรู้สึกว่าตนเองดีพอๆกับคนอื่น

อาการทางกาย กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.24 คะแนน (S.D. = 3.70) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีความรู้สึกนานๆครั้งและเป็นประจำ มากกว่าร้อยละ 20 ในเรื่องฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย (ร้อยละ 20.23) และฉันรู้สึกเบื่ออาหาร (ร้อยละ 27.38)

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.39 คะแนน (S.D. = 0.78) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกไม่เลย มากกว่าร้อยละ 80 ในเรื่องผู้คนทั่วไปไม่ค่อยเป็นมิตรกับฉัน (ร้อยละ 80.95) และผู้คนรอบข้างไม่ชอบฉัน (ร้อยละ 83.33)

ตาราง 4.3 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า (n = 84)

ตัวแปรที่ศึกษา	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่ได้จริง		
การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา	17-85	37-74	52.27	7.03
ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร	0-135	3-78	24.58	19.04
การสนับสนุนทางสังคม	12-84	17-84	60.82	12.97
ภาวะซึมเศร้า	0-60	2-45	15.99	8.64

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า 16 คะแนนหรือไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 58.33 และกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนนหรือมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 41.67 โดยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 16.67 ดังแสดงในตาราง 4.4

ตาราง 4.4 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะซึมเศร้า (n = 84)

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	49	58.33
มีภาวะซึมเศร้า		
ซึมเศร้าเล็กน้อย (16-23 คะแนน)	21	25.00
ซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง (24-60 คะแนน)	14	16.67

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายระหว่าง อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยด้าน อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในมารดาวัยรุ่น โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบเข้าพร้อมกันทั้งหมด (Enter method) เนื่องจาก ผู้วิจัยต้องการทราบว่าตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร และการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้มากน้อยเพียงใด

จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ โดยการตรวจสอบการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality) โดยใช้ Komogorov Smirnov test พบว่า คะแนนความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรมีค่า Outlier จำนวน 5 ราย โดยมีค่าคะแนนเท่ากับ 70, 72, 74, 75 และ 78 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาจากลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่าแม้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรสูง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นความเครียดในด้านสุขภาพของบุตรและด้านพฤติกรรมของบุตร แต่มารดาวัยรุ่นเหล่านี้มีการสนับสนุนช่วยเหลือจากสามีและครอบครัวที่ดี และไม่มีปัญหาทางด้านค่าใช้จ่ายในระยะหลังคลอด อาจส่งผลให้มีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับที่ไม่สูงมากนัก ดังนั้นจึงแก้ไขโดยไม่นำกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าผิดปกติมาวิเคราะห์ ซึ่งเมื่อตัดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นค่า Outlier จำนวน 5 ราย จะเหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ทั้งสิ้นจำนวน 79 ราย

3.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Person's Product Moment Correlation Coefficient) พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับภาวะซึมเศร้า ดังนี้

อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.06, p = .31$)

การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.55, p < .001$)

ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .57, p < .001$)

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.35, p = .001$)

ดังแสดงในตาราง 4.5

ตาราง 4.5 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 79$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. อายุ	1				
2. การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา	.09	1			
3. ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร	.20	-.32**	1		
4. การสนับสนุนทางสังคม	-.06	.15	-.37**	1	
5. ภาวะซึมเศร้า	-.06	-.55**	.57**	-.35**	1

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

3.2 การวิเคราะห์อำนาจการทำนายระหว่างอายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) พบว่า จากตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมด 4 ตัวแปร คือ อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .50, F = 18.67, p < .001$) โดยมีเพียง 2 ตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา โดยปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากที่สุดเมื่อควบคุมตัวแปรที่เหลือ คือ ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร ($\beta = .41, t(78) = 4.29, p < .001$) รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ($\beta = -.39, t(78) = -$

4.45, $p < .001$) ส่วนตัวแปร อายุ และการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.11$, $t(78) = -1.30$, $p = .198$ และ $\beta = -.14$, $t(78) = -1.61$, $p = .112$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตาราง 4.6

ตาราง 4.6 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) หาอำนาจการทำนายของตัวแปรอิสระกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น ($n = 79$)

ปัจจัยทำนาย	β	SEb	B	t	p
อายุ	-.11	.50	-.65	-1.30	.198
การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา	-.39	.11	-.48	-4.45	.000
ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร	.41	.05	.23	4.29	.000
การสนับสนุนทางสังคม	-.14	.06	-.10	-1.60	.112
ค่าคงที่ (constant)		10.35	52.90	5.10	.000
R = .71, R ² = .50, Overall F = 18.67, Sig F = .000					

บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสามารถในการทำนายของ อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร การสนับสนุนทางสังคม ต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นที่มีอายุไม่เกิน 19 ปี ที่มารับบริการตรวจสุขภาพหลังคลอด 6 สัปดาห์ และพามารดาเข้ารับบริการตรวจสุขภาพและรับวัคซีนในระยะ 8 สัปดาห์หลังเกิด แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience Sampling) จำนวน 84 ราย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบสอบถามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา แบบสอบถามความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดภาวะซึมเศร้า แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่และคิดอัตราร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนของตัวแปรที่ทำการศึกษาคำนวณสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายกับตัวแปรเกณฑ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Person's Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ซึ่งผลการศึกษสามารถอภิปรายตามสมมติฐานในการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สมมติฐานการวิจัย อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้

จากการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) พบว่า อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .50$, $F = 18.67$, $p < .001$) และพบว่า มีเพียง 2 ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มากที่สุดเมื่อควบคุมตัวแปรที่เหลือ คือ ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร ($\beta = .41$, $t(78) = 4.29$, $p < .001$)

รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ($\beta = -.39, t(78) = -4.45, p < .001$) ส่วนอายุและการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น ($\beta = -.11, t(78) = -1.30, p = .198$ และ $\beta = -.14, t(78) = -1.61, p = .112$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตาราง 4.6 ดังนั้นจากการศึกษาครั้งนี้จึงสรุปได้ว่า ผลการศึกษานับสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยเพียงบางส่วน ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .41, t(78) = 4.29, p < .001$) (ตาราง 4.6) หมายความว่า มารดาวัยรุ่นที่มีความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรมากจะมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูง และมารดาวัยรุ่นที่มีความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรน้อยจะมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดต่ำ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจของมารดาวัยรุ่นต่อเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตร ได้แก่ ภาวะสุขภาพของบุตร พฤติกรรมของบุตร และการไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามีและครอบครัวในการดูแลบุตร ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ทารกของกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพตั้งแต่แรกเกิด ร้อยละ 27.38 โดยมีภาวะตัวเหลืองร้อยละ 78.26 และคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 13.04 (ตาราง 4.2) การที่มารดาวัยรุ่นมีบุตรที่มีปัญหาสุขภาพตั้งแต่แรกเกิดอาจทำให้มารดาวัยรุ่น มีความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของบุตร ซึ่งจากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความเจ็บป่วยของบุตรจะทำให้มารดาที่มีความเครียดในระดับสูง (Apichatvorapong, 2004) ประกอบกับการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีบุตรเป็นคนแรก ดังนั้นการเลี้ยงดูบุตรจึงเป็นประสบการณ์ที่ไม่คุ้นเคย และวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่ยังไม่บรรลุวุฒิภาวะด้านอารมณ์ ทำให้มารดาวัยรุ่นไม่ใส่ใจต่อพฤติกรรมของบุตรและอาจทำให้แปลความหมายพฤติกรรมของบุตรผิดพลาด ส่งผลให้ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของบุตรได้ (Beck & Driscoll, 2006) ทำให้รู้สึกว่าคุณเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดค่อนข้างมากถึงมากที่สุด โดยมากกว่าร้อยละ 10 ในเรื่องลูกไม่ยอมดูดนมแม่ ลูกนอนหลับยากและลูกถ่ายอุจจาระลำบาก (ดูภาคผนวก จ ตาราง จ.2) นอกจากนี้จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 60.71 ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน มีรายได้จากการทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท ร้อยละ 69.05 (ตาราง 4.1) ซึ่งถือว่าเป็นรายได้ที่ค่อนข้างต่ำ การเลี้ยงดูบุตรในสถานการณ์ที่มีทรัพยากรด้านต่าง ๆ ที่มีอยู่อย่างจำกัด ร่วมกับถ้าหากไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวจะทำให้มารดาวัยรุ่นมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างตอบว่ามีความเครียดในเรื่องไม่มีผู้ช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร โดยมีความเครียดค่อนข้างมากถึงมาก

ที่สุด ร้อยละ 10 (ดูภาคผนวก จ ตาราง จ.2) ดังนั้นการที่มารดาวัยรุ่นต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นระยะเวลายาวนานโดยเฉพาะความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร ก็จะก่อให้เกิดความเครียดสะสมจนส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Tafet & Smolovich, 2006) สอดคล้องกับผลการศึกษาของฮัง (Hung, 2006) ทำการศึกษาในมารดาหลังคลอดจำนวน 55 ราย พบว่า ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($r = .57, p < .05$) และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .18, p < .001$) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของเลียงและคณะ (Leung et al, 2005) ทำการศึกษาในมารดาหลังคลอดจำนวน 385 ราย พบว่าความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .58, p < .001$) และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .20, p < .001$)

การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.39, t(78) = -4.45, p < .001$) (ตาราง 4.6) หมายความว่า มารดาวัยรุ่นที่มีการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาที่ดีจะมีภาวะซึมเศร้าน้อย และมารดาวัยรุ่นที่มีการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาที่ไม่ดีจะมีภาวะซึมเศร้ามาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา เป็นผลจากการประเมินความรู้สึกด้วยตนเองของมารดาวัยรุ่นเกี่ยวกับ การรับรู้คุณค่าหรือความพึงพอใจในบทบาทการเป็นมารดาและความสามารถในการทักษะหรือความรู้ในการเป็นมารดาของตนเอง และจากแนวความคิดของเบ็ค (Beck, 1967) กล่าวว่าบุคคลที่มีความคิดด้านลบต่อตนเอง (negative view of self) โดยรับรู้ว่าตนเองไม่มีความสมบูรณ์หรืออ่อนด้อย ไม่มีความเหมาะสม ไม่มีความสามารถ ไม่มีค่า จะทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังและกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ การเลี้ยงดูบุตรเป็นครั้งแรกอาจทำให้มารดาวัยรุ่นขาดประสบการณ์ และในการศึกษานี้มองว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.24 ยังไม่พร้อมที่จะตั้งครรภ์ (ตาราง 4.1) ซึ่งความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์อาจส่งผลให้ขาดการเตรียมพร้อมด้านความรู้ในการดูแลบุตร การขาดทั้งความรู้ ทักษะและประสบการณ์ทำให้มารดาวัยรุ่นเกิดความไม่มั่นใจในการแสดงพฤติกรรมการเป็นมารดา ส่งผลต่อการรับรู้ที่ตนเองไม่สามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาที่ดี ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างตอบว่ารู้สึกเห็นด้วยอย่างยิ่งและเห็นด้วย มากกว่าร้อยละ 70 ในเรื่อง ถ้าหากการเป็นแม่เป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด ฉันคงมีแรงจูงใจในการทำหน้าที่การเป็นแม่ได้ดีกว่านี้ และฉันรู้สึกว่แม่ของฉันมีการเตรียมตัวเป็นแม่ได้ดีกว่าฉัน ปัญหายุ่งยากในการเป็นแม่คือ ฉันไม่รู้ว่าฉันทำหน้าที่ได้ดีหรือไม่ดี (ดูภาคผนวก จ ตาราง จ.1) ข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่ากลุ่ม

ตัวอย่างอาจแสดงพฤติกรรมการเป็นมารดาไม่มีประสิทธิภาพหรือไม่สามารถแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเป็นมารดาได้ดี จึงส่งผลต่อความรู้สึกไม่มั่นใจในทักษะหรือความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการแสดงพฤติกรรมการเป็นมารดาของตนเอง จากเหตุการณ์ดังกล่าวอาจทำให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อบทบาทการเป็นมารดาของตนเองและส่งผลต่อการรับรู้คุณค่าของการทำหน้าที่การเป็นมารดาของตนเองลดลงได้ ทั้งนี้เนื่องจากความพึงพอใจ (satisfaction) ในการเป็นมารดา เป็นปัจจัยด้านอารมณ์ที่สะท้อนเกี่ยวกับ ความรู้สึกกับข้อใจ ความวิตกกังวล และแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมการเป็นมารดา (Johnston & Mash, 1989) ถ้าหากมารดาวัยรุ่นประเมินตนเองแล้วรู้สึกว่าสิ่งที่ทำลงไปบุคคลอื่นไม่ยอมรับ ไร้คุณค่า ผิดหวังในตนเอง อาจจะโทษตนเองจนทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบว่ารู้สึกไม่เห็นด้วยและไม่แน่ใจ มากกว่าร้อยละ 43 ในเรื่อง ฉันสามารถในการดูแลลูกของตนเองได้อย่างชำนาญ การเป็นแม่เป็นเรื่องที่สามารถจัดการได้ง่ายและปัญหาใดๆที่เกิดขึ้นก็แก้ไขได้โดยง่ายเช่นกัน และฉันสามารถค้นหาคำตอบได้ว่า อะไรทำให้เกิดปัญหากับลูก (ดูภาคผนวก จ ตาราง จ.1) จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างอาจมีความรู้สึกกับข้อใจ กังวล ขาดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมการเป็นมารดาของตนเองจึงทำให้รู้สึกไม่พึงพอใจและรู้สึกคุณค่าเกี่ยวกับพฤติกรรมการเป็นมารดาของตนเองที่ไม่ดี จากเหตุการณ์ดังกล่าวจะกระตุ้นให้มารดาวัยรุ่นเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของโนเช จีเวนและเชอริดาน (Knoche, Givens, & Sheridan, 2007) ทำการศึกษาในมารดาวัยรุ่นจำนวน 49 ราย พบว่า การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.58, p < .01$) และจากผลการศึกษาของโอนิลและคณะ (O'Neil et al, 2009) ทำการศึกษาในกลุ่มมารดาหลังคลอดจำนวน 507 ราย โดยมีการดาที่มีอายุต่ำกว่า 19 ปี ร้อยละ 41 พบว่า การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.30, p < .05$)

ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม อายุ มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอภิปรายรายละเอียดดังนี้

การสนับสนุนทางสังคม

จากผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.14, t(78) = -1.61, p = .112$) (ตาราง 4.6) ซึ่งหมายความว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น ที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมที่มารดาวัยรุ่นได้รับในการศึกษาในครั้งนี้ไม่มีความ

เกี่ยวข้องโดยตรงกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ทั้งนี้อาจเกิดขึ้นจากอาจมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่าการสนับสนุนทางสังคม และจากการศึกษาในครั้งนี้เป็นเพียงการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ และวิเคราะห์อำนาจทำนายโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) ซึ่งทำได้เพียงศึกษาอิทธิพลทางตรง (direct effect) ของตัวแปรสาเหตุ (cause) ที่มีต่อตัวแปรผลลัพธ์ (outcome) แต่ในความเป็นจริงอาจพบว่าตัวแปรสาเหตุมีอิทธิพลต่อตัวแปรตามได้ทั้งอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อม (indirect effect) โดยผ่านตัวแปรส่งผ่าน (mediator) ด้วยก็ได้ (Polit & Beck, 2008) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นพพร ว่องสิริมาศและคณะ (Vongsirimas et al, 2009) พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นโดยส่งผ่านตัวแปรความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังนั้นการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจะสามารถมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าได้ก็ต่อเมื่อมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองร่วมด้วยเท่านั้น และสอดคล้องจากผลการศึกษาของเซ็งและยูซุฟ (Cheng & Yusooft, 2010) ทำการศึกษา Moderated Mediation Model ของ ทักษคติบกพร่อง (Dysfunctional Attitudes) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจำนวน 522 รายจากการวิเคราะห์ Analysis of Moment Structures โดยให้ทัศนคติบกพร่องเป็นตัวแปรกำกับ (moderator) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่เป็นตัวแปรส่งผ่าน (mediator) ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้า พบว่า ทักษคติบกพร่องและการสนับสนุนทางสังคมจะสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ก็ต่อเมื่อมีตัวแปรด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเข้าร่วมในการวิเคราะห์ ซึ่งจะทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรอิสระในรูปคะแนนดิบ (Unstandardized Coefficient: B) มีค่าเปลี่ยนแปลง โดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($B = -0.005, p > 0.05$ เพิ่มขึ้นเป็น $B = -0.737, p < 0.001$) นอกจากนี้อาจเกิดขึ้นจากแบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินการสนับสนุนด้านนามธรรม ซึ่งเป็นการประเมินการรับรู้ที่ตนเองได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆมาน้อยเพียงใด ซึ่งอาจจะไม่ตรงกับความเป็นจริงทั้งในด้านจำนวนและความถี่ของการสนับสนุนที่ตนเองได้รับ และลักษณะของการเลือกคำตอบของแบบสอบถามที่เป็นแบบประมาณค่า 7 ระดับ โดยเฉพาะในระดับที่ 3 ผู้ตอบจะตอบเมื่อรู้สึกไม่เห็นด้วยเล็กน้อย และระดับที่ 5 ผู้ตอบจะตอบเมื่อรู้สึกเห็นด้วยเล็กน้อย อาจทำให้ผู้ตอบเกิดความสับสนและส่งผลให้ไม่ได้รับคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในการศึกษาในครั้งนี้ได้ ดังนั้นในการศึกษาในครั้งนี้จึงพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อายุ

จากผลการศึกษาพบว่า อายุสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.11$, $t(78) = -1.30$, $p = .198$) (ตาราง 4.6) ซึ่งหมายความว่า อายุไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น ที่เป็นเช่นนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่พบส่วนใหญ่เป็นมารดาวัยรุ่นที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนกลาง ร้อยละ 25 และวัยรุ่นตอนปลายร้อยละ 75 โดยไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยรุ่นตอนต้น จากข้อมูลดังกล่าวจึงทำให้มีความแปรปรวนของข้อมูลน้อย ซึ่งในการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณนั้น ถ้าหากความแปรปรวนของข้อมูลมากจะเพิ่มอำนาจการทำนายได้มากขึ้น (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553) ดังนั้นในการศึกษาในครั้งนี้จึงพบว่า ปัจจัยด้านอายุ มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของบาร์เน็ตและคณะ (Barnet et al, 1996) ทำการศึกษาในมารดาวัยรุ่นจำนวน 129 ราย พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในมารดาวัยรุ่นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของคาลิลและคณะ (Kalil et al, 1998) ที่ทำการศึกษาในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด 6 เดือน จำนวน 194 ราย พบว่า อายุของมารดามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.13$, $p > .05$)

จากผลการศึกษาในครั้งนี้สรุปได้ว่ามารดาวัยรุ่นที่ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรสูงและมีการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาต่ำจะมีโอกาสภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้สูง ดังนั้น ควรหาแนวทางในการป้องกันหรือลดความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรและส่งเสริมให้มารดามีการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาเพิ่มมากขึ้น เพื่อเป็นการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นต่อไป

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทำนาย (Correlation predictive design) เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของ อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร การสนับสนุนทางสังคม ต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้เป็นมารดาวัยรุ่นที่มีอายุไม่เกิน 19 ปี ที่มารับบริการตรวจสุขภาพ 6 สัปดาห์หลังคลอด และพยานูตรมารับบริการตรวจสุขภาพและรับวัคซีนในระยะ 8 สัปดาห์หลังทารกเกิดที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 84 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถาม 5 ชุด ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา แบบสอบถามความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดภาวะซึมเศร้า นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ คิดอัตราร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า และใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น ซึ่งผลการศึกษานำเสนอตามลำดับ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 75 มีอายุอยู่ในช่วง 17-19 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 17.39 ปี (S.D. = 1.42) มีสภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.33 มีจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาสูงสุด 6-12 ปี ร้อยละ 96 ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือมีอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 60.71 มีรายได้ 5,000-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 47.62 ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้ ร้อยละ 86.90 การตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ร้อยละ 70.24 และเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 90.48 กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักบุตรแรกเกิดมากกว่า 3,000 กรัม ร้อยละ 46.43 มีน้ำหนักบุตรแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 9.25 โดยสุขภาพของทารกของกลุ่มตัวอย่างมีความผิดปกติตั้งแต่แรกเกิด ร้อยละ 27.38 โดยปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ภาวะตัวเหลือง คิดเป็นร้อยละ 78.26 และคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 13.04

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

ในการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 15.99 (S.D. = 8.64) เมื่อใช้ค่าคะแนนของภาวะซึมเศร้าที่มากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนนเป็นข้อบ่งชี้ว่ามีภาวะซึมเศร้า จากเกณฑ์ดังกล่าว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 41.67 ($n = 84$) และเมื่อพิจารณาโดยรวม พบว่า มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 16.67

การวิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรที่ศึกษากับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นการใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ในเรื่องการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality) พบว่ามีค่าผิดปกติ (outlier) จำนวน 5 ราย จึงแก้ไขโดยพิจารณาตัดค่าผิดปกติออกเพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ แล้วจึงวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .50$, $F = 18.67$, $p < .001$) และพบว่ามีเพียง 2 ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มากที่สุด คือ ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร ($\beta = .41$, $t(78) = 4.29$, $p < .001$) รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ($\beta = -.39$, $t(78) = -4.45$, $p < .001$) ส่วนตัวแปร อายุ และการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น ($\beta = -.11$, $t(78) = -1.30$, $p = .198$ และ $\beta = -.14$, $t(78) = -1.61$, $p = .112$ ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

จากการศึกษาพบว่ามารดาวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 41.67 ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่บ่งชี้สภาพปัญหาทางด้านสุขภาพจิตของมารดาวัยรุ่น ซึ่งผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรมีการเฝ้าระวังโดยการคัดกรองภาวะนี้ในมารดาวัยรุ่นที่มารับบริการตรวจสุขภาพหลังคลอดทุกราย เพื่อให้มารดาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมและป้องกันผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นจากภาวะซึมเศร้าหลังคลอดต่อไป
2. ควรมีการจัดโปรแกรมการพยาบาลในการลดความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร และส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

ด้านการทำวิจัย

จากผลการศึกษาที่พบว่า ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร และการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น
2. จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Niratttharadorn, 2005) ดังนั้นควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น โดยนำปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมมาศึกษาซ้ำ โดยการเลือกใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่มีความเหมาะสมและมีความจำเพาะต่อปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา

ข้อจำกัดของการทำวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นเพียงการศึกษาในกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มารับบริการตรวจสุขภาพหลังคลอด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการคัดเลือกตามสะดวก (Convenience sampling) โดยไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นผลการศึกษาในครั้งนี้อาจไม่สามารถอธิบายหรือนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มมารดาวัยรุ่นทั่วไปที่มีบริบทแตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

FACTORS PREDICTING POSTPARTUM DEPRESSION IN ADOLESCENT MOTHERS

เรือเอกหญิงกนิรี ชัยสวรรค์ 5136722 NSAM/M

พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, พย.ค., จวีวรรณ อยู่สำราญ, Ph.D (Nursing), นพพร ว่องสิริมาศ, ประ.ค. (การพยาบาล)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่พบได้บ่อยในระยะ 1 ปีแรกหลังคลอด (Beck & Gable, 2001) โดยพบความชุกของการเกิดภาวะนี้ร้อยละ 19-29 (Bugdayci, Sasmas, Tezcan, Kurt, & Oner, 2004; Özbaoaran, Coban, & Kucuk, 2010) จากการศึกษาในมารดาวัยรุ่นพบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่ามารดาผู้ใหญ่ (Eshbaugh, 2008; Lanzi, Bert, & Jacobs, 2009) โดยในต่างประเทศพบความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นสูงถึงร้อยละ 53-56 (Hudson, Elek, & Campbell-Grossman, 2000; Logsdon, Birkimer, Simpson & Looney, 2005) สำหรับประเทศไทยพบความชุกของภาวะนี้ในมารดาวัยรุ่นร้อยละ 26- 54.6 (Amphai, 2007; Sriseang, 2003)

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามแนวคิดภาวะซึมเศร้าของแรดลอฟ (Radloff, 1977) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและร่างกาย ซึ่งมีลักษณะ คือ มีอารมณ์ซึมเศร้า รู้สึกผิดและรู้สึกไม่มีค่า รู้สึกสูญเสียความหวังและหมดหวัง การเคลื่อนไหวเชื่องช้า ความอยากอาหารลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอน ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะรบกวนการทำหน้าที่การเป็นมารดาและภาวะสุขภาพของมารดาและที่สำคัญยังมีอิทธิพลต่อบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว โดยเฉพาะบุตร ภาวะซึมเศร้าจะมีผลทางลบต่อกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตร (Moehler, Brunner, Wiebel, Reck, & Resch, 2006) และการก่อเกิดพัฒนาการทางด้านการพัฒนาของบุตร เช่น การเจริญเติบโตของร่างกาย การเรียนรู้ (Dave, Sherr, Senior, & Nazareth, 2008; DiPietro, Novak,

Costigan, Atella, & Reusing, 2006; Hay et al, 2001) และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม (Hay, Pawlby, Waters, & Sharp, 2008; Weinfeld, Ingerski, & Moreau, 2009) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตของสามีอีกด้วย โดยมีการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของสามีด้วยเช่นกัน (Goodman, 2008; Paulson, & Bazemore, 2010)

สำหรับสาเหตุที่แท้จริงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดนั้นยังไม่ทราบอย่างชัดเจน แต่จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่ผ่านมามีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นจะมีความคล้ายคลึงกับในมารดาผู้ใหญ่ โดยมีการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงรูปร่างและน้ำหนัก ทำให้มารดาวัยรุ่นมีความรู้สึกไม่พึงพอใจ เครียดและกังวลกับภาพลักษณ์ของตนที่เปลี่ยนไป (Birkeland, Thompson, & Phares, 2005) นอกจากนี้การขาดความรู้ ประสบการณ์ และทักษะในการดูแลบุตร ร่วมกับการเผชิญกับบทบาทใหม่ที่ไม่คุ้นเคย ส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Birkeland et al, 2005) และจากความไม่พร้อมในด้านต่างๆ ทำให้มีผลต่อการปรับตัวในระยะหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นซึ่งต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือมากกว่ามารดาผู้ใหญ่ (Wahn & Nissen, 2008) จากการศึกษาที่ผ่านมามีมารดาวัยรุ่นพบว่า มารดาวัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำหรือขาดการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Birkeland et al, 2005; Secco, Profit, Kennedy, Walsh, Letourneau, & Stewart, 2007) แต่ในบางการศึกษาพบว่าทำให้การสนับสนุนที่มากเกินไปอาจทำให้มารดาวัยรุ่นรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถ ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงจนอาจทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ง่าย (Logsdon et al, 2005; Reid, Glazener, Murey, & Taylor, 2002) และจากการที่วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่ยังไม่บรรลุวุฒิภาวะทางอารมณ์ มองตนเองเป็นศูนย์กลาง อาจทำให้มารดาวัยรุ่นไม่ใส่ใจต่อพฤติกรรมของบุตร ทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของบุตรได้ (Beck & Driscoll, 2006) หรือเมื่อเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับบุตร อาจทำให้มารดาวัยรุ่นเกิดความเครียดได้ง่ายมากกว่ามารดาผู้ใหญ่ ซึ่งจากผลการศึกษาในมารดาทั่วไปพบว่าความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Honey, Morgan, & Bennett, 2003) นอกจากนี้ยังพบว่า มารดาที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่ามารดาวัยรุ่นที่มีอายุมากกว่า (Kalil, Spencer, Speiker, & Gilchrist, 1998) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวยังไม่มีการศึกษาที่ยืนยันได้แน่ชัด

จากผลการศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในประเทศไทยที่ผ่านมามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า

ในขณะตั้งครรภั้ ความรู้ลั้มีคูลค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคัม (Niratttharadorn, 2005; Seisaeng, 2003) การปรึบปรึบทาพการเป็นมารดา (Amphai, 2007) และเหตุการณ์ชีวิตในด้านลบ (Negative life events) (Seisaeng, 2003) จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยบางประการได้แก่ อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร เนื่องจากในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยดังกล่าวต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในกลุ่มมารดาวัยรุ่นและอีกปัจจัยหนึ่ง คือ การสนับสนุนทางสังคัมเนื่องจากยังมีข้อขัดแย้งกันของผลการศึกษา ซึ่งความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคาดหวังว่าจะเป็นข้อมูลความรู้ที่ใช้เป็นแนวทางในการดูแลมารดาวัยรุ่นหลังคลอดเพื่อป้องกันหรือช่วยบรรเทาความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำรงชีวิตในสังคัมได้อย่างเป็นปกติสุขต่อไป

คำถามการวิจัย

อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร การสนับสนุนทางสังคัม เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้หรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของ อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร การสนับสนุนทางสังคัมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

สมมติฐานการวิจัย

อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร การสนับสนุนทางสังคัม เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการวิจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

อายุ ในช่วงวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีความสำคัญเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะช่วงวัยรุ่นตอนต้น จะมีอารมณ์ผันแปรได้ง่าย เกิดความวิตกกังวลได้ง่าย อารมณ์รุนแรง ส่วนในระยะวัยรุ่นตอนปลายซึ่งเริ่มมีการพัฒนาวุฒิภาวะทางอารมณ์

ความคิดที่มากกว่าในวัยรุ่นตอนต้น (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2547) ดังนั้นถ้าการตั้งครรภ์และมีบุตรในช่วงวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะทางอารมณ์ ยังมองตนเองเป็นศูนย์กลาง และต้องการความเป็นอิสระ ร่วมกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่อยู่ในวัยเรียนหรือยังไม่พร้อม การไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว ประกอบกับการต้องเผชิญกับการเป็นมารดาที่ต้องแสดงความรับผิดชอบอย่างสูง อาจทำให้มารดาในกลุ่มนี้มีความขัดแย้งทางอารมณ์และความคิดได้ง่าย จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มารดาที่มีอายุ 15-17 ปี มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า (Deal & Holt, 1998) ดังนั้นอายุน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้

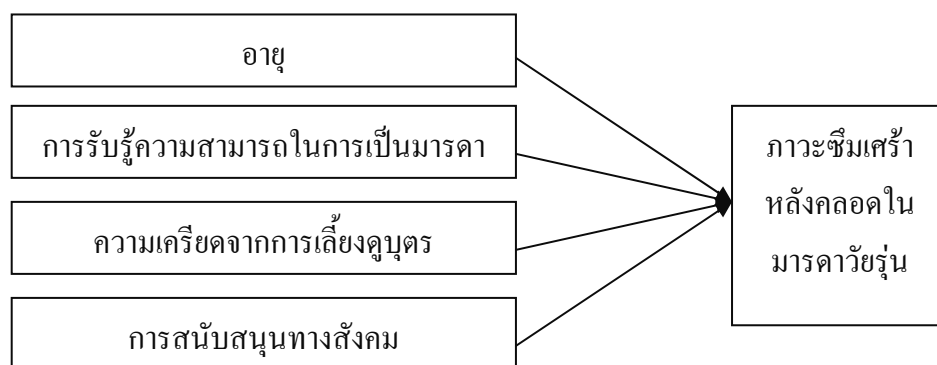
การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา เป็นความรู้สึกมั่นใจในความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องในการเป็นมารดาที่ดีและความรู้สึกต่อคุณค่าหรือพึงพอใจในการแสดงบทบาทการเป็นมารดาของตนเอง (Gibaud-Wallstan & Wandersman, 1978) การตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนจึงไม่ได้เตรียมความพร้อมโดยเฉพาะความรู้ในการดูแลตนเองและบุตร ร่วมกับการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก (อัญชลี ภู่งศ์, 2552) เป็นเหตุให้ขาดทักษะและประสบการณ์ การขาดทั้งความรู้ ทักษะและประสบการณ์ทำให้มารดาวัยรุ่นเกิดความไม่มั่นใจ อาจส่งผลต่อการรับรู้ของมารดาวัยรุ่นว่าตนเองไม่สามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาที่ดีได้ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อบทบาทการเป็นมารดาของตนเองและการรับรู้คุณค่าของการทำหน้าที่การเป็นมารดาของตนเองลดลง ทำให้มารดาวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าได้ง่าย (Zayas, Jankowski & McKee, 2005) ดังนั้น การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาน่าจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้

ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร เป็นความรู้สึกคับข้องใจ หรือเกิดความไม่สบายใจของมารดาวัยรุ่นต่อเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตร ได้แก่ ภาวะสุขภาพของบุตร พฤติกรรมของบุตร การไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามีและครอบครัวในการดูแลบุตร มารดาวัยรุ่นที่บุตรมีปัญหาสุขภาพ เช่น การเจ็บป่วย ขาดความรู้ความเข้าใจในการแปลความหมายพฤติกรรมของ เช่น พฤติกรรมการร้องไห้ เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของบุตรได้เหมาะสมร่วมกับถ้าหากไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว อาจทำให้มารดาวัยรุ่นเกิดความเครียดเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรได้ง่ายมากกว่ามารดาผู้ใหญ่ ซึ่งถ้าหากเกิดความเครียดสะสมต่อเนื่องจะทำให้เกิดความเครียดเรื้อรังและส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Brown & Haris, 1978; Bruce & Hoff, 1994) ซึ่งมีการศึกษาพบว่าความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาได้ (Horowitz, Damato, Duffy, & Solon, 2005; Leung et al, 2005) จากข้อมูลดังกล่าว

ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรน่าจะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุน คือ ครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988) การรับรู้ว่ามีบุคคลรอบข้างที่พร้อมให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในทุกๆด้าน มีผลอย่างมากต่อความรู้สึกมั่นคงในจิตใจ มารดาวัยรุ่นที่รับรู้ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสังคมอย่างเพียงพอจะช่วยให้เกิดความมั่นใจ รู้สึกว่าสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆได้ จะแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ตอบสนองต่อสถานการณ์ความเครียดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าลดลงหรือป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Turner, Sorenson, & Turner, 2000) ถ้าหากมารดาวัยรุ่นได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำหรือไม่พึงพอใจต่อการสนับสนุนที่ตนเองได้รับ ทำให้มารดาเหล่านี้รู้สึกว่าตนเองต้องเผชิญปัญหาต่างๆเพียงลำพัง ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆได้ เกิดความกังวลใจ ความรู้สึกเหล่านี้จะกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ และจากการศึกษาในมารดาวัยรุ่นพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Niratttharadorn, 2005) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมน่าจะเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้

จากข้อมูลดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า มารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยหรืออยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น มีการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาของตนเองต่ำ มีความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรสูง และรับรู้ตนเองได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะส่งผลทำให้มารดาวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าได้มาก ดังนั้นปัจจัยในเรื่อง อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร และการสนับสนุนทางสังคม อาจเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพ 1



ภาพ 1. แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทำนาย (Correlation predictive design) เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของ อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร การสนับสนุนทางสังคม ต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้เป็นมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรกและมีอายุไม่เกิน 19 ปี ที่มารับบริการตรวจสุขภาพหลังคลอด 6 สัปดาห์ หรือพาบุตรมารับบริการตรวจสุขภาพและรับวัคซีนในระยะ 8 สัปดาห์หลังทารกเกิด ที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดังนี้ **คุณสมบัติด้านมารดา** คือ มารดาวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในระหว่างการจัดครรภ์และหลังคลอด ไม่มีประวัติความผิดปกติทางด้านจิตเวชในระยะตั้งครรภ์ เลี้ยงดูบุตรด้วยตนเอง และสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ **คุณสมบัติด้านทารก** คือ เป็นบุตรคนแรกและมีชีวิตจนถึงวันที่ทำการศึกษา ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกเกิดหรือถ้าเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลังเกิดไม่เกิน 7 วัน ไม่มีความพิการแต่กำเนิด

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับสถิติถดถอยพหุคูณ จากหลักเกณฑ์ของ โคเฮน (Cohen, 1992) โดยจากการพิจารณาจากผลการศึกษาของสมพิศ อำไพ (Amphai, 2007) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น นำมาคำนวณค่า effect size ได้เท่ากับ .35 ซึ่งอยู่ในระดับใหญ่ (Cohen, 1992) แต่จากผลการศึกษาการวิจัยทางพยาบาลส่วนใหญ่จะมีค่า effect size ขนาดปานกลาง (Polit & Beck, 2008) ดังนั้นในการศึกษาในครั้งนี้ จึงกำหนดค่า effect size = medium กำหนดค่าความเชื่อมั่น $\alpha = .05$ กำหนด power of test = .80 ในการศึกษาในครั้งนี้มีตัวแปรทำนาย 4 ตัวแปร ใช้ค่าเหล่านี้ไปเปิดตาราง (Cohen, 1992) จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 84 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้มีดังนี้

1. **แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้พัฒนาด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับมารดาและทารก ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความพร้อมในการมีบุตร จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ประวัติการแท้งบุตร วิธีการคลอดบุตร น้ำหนักบุตรแรกเกิด สุขภาพของบุตรตอนแรกเกิด

2. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ผู้วิจัยใช้แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา (Parenting Sense of Competence Scale, PSOC) ของ กิบาอด-วอลสตันและวันเคอสแมน (Gibaud-Wallston & Wansdersman, 1978) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย สุพรรณิ สุ่มเล็ก (2538) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของมารดาเกี่ยวกับความรู้สึกรู้ถึงคุณค่าในการเป็นมารดาหรือความพอใจในบทบาทการเป็นมารดาของตนเอง (Valuing/comfort) และความสามารถในทักษะหรือความรู้ (skill/knowledge) ในการเป็นมารดา มีจำนวน 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน จนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน มีค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 17 -85 คะแนน การแปลความหมายคะแนนจะใช้คะแนนรวม ค่าคะแนนมากหมายถึงมีการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาสูง และค่าคะแนนน้อยหมายถึงมีการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาต่ำ

3. แบบสอบถามความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรและจากแนวคิดที่กล่าวถึงเหตุการณ์ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตร โดยแบบสอบถามนี้เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตร 3 ด้าน ได้แก่ 1) ภาวะสุขภาพของบุตร 2) พฤติกรรมของบุตร และ 3) การไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามีและครอบครัวในการดูแลบุตร มีจำนวน 27 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ คือ ไม่มีเหตุการณ์เกิดขึ้น ให้ 0 คะแนน และมีเหตุการณ์เกิดขึ้นซึ่งทำให้ไม่มีความเครียดหรือเครียดน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน จนถึงมีความเครียดมากที่สุด ให้ 5 คะแนน มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-135 คะแนน การแปลผลคะแนน คือ ค่าคะแนนมากแสดงว่ามีระดับความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรสูง ค่าคะแนนน้อยแสดงว่ามีระดับความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรต่ำ

4. แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) ที่สร้างขึ้นโดย ซิมเม็ต และคณะ (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย พิทักษ์พล บุญยมาลิก (Boonyamalik, 2005) เป็นแบบสอบถามที่ประเมินการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ แบบสอบถามนี้มีจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน จนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 7 คะแนน มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 12-84 คะแนน การแปลความหมายของคะแนนจะใช้คะแนนรวม ค่าคะแนนมากแสดงว่ามี การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง และค่าคะแนนน้อยแสดงว่ามี การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่ำ

5. **แบบวัดภาวะซึมเศร้า** ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (The Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) Scale) ที่สร้างขึ้นโดยเรดลอฟ (Radloff, 1977) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย อุมพร ตรังคมบัติและคณะ (2540) เป็นการประเมินระดับความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับอาการและการแสดงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ อารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์ในด้านบวก อาการทางกาย และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล แบบวัดนี้มีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เลย ให้ 0 คะแนน จนถึง ประจักษ์ ให้ 3 คะแนน คะแนนมีค่าอยู่ในช่วง 0-60 คะแนน การแปลค่าคะแนน จากเกณฑ์การให้คะแนนของเรดลอฟ (Radloff, 1977) กำหนดไว้ดังนี้ ถ้ามีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-15 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า ถ้าค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 16 มีข้อบ่งชี้ว่ามีภาวะซึมเศร้า

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือทั้ง 5 ชุด นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลกุมาร จำนวน 2 ท่าน การพยาบาลสูติศาสตร์ 2 ท่าน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและภาษา เมื่อปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปทดลองใช้ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 25 ราย คำนวณสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ของ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา แบบสอบถามความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม แบบวัดภาวะซึมเศร้า ได้ค่าเท่ากับ .72, .94, .88 และ .88 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C สายพยาบาลศาสตร์และจากคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมในการศึกษาวิจัยในคน ของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C สายพยาบาลศาสตร์และคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมในการศึกษาวิจัยในคนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการเก็บข้อมูล และได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชแล้ว ผู้วิจัยขอเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าห้องตรวจสุขภาพ

หลังคลอด หัวหน้าห้องตรวจโรคแผนกกุมารเวชกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด ที่ห้องตรวจหลังคลอดและห้องตรวจโรคกุมารเวชกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

3. มารดาวัยรุ่นที่ตอบรับเข้าร่วมการวิจัยได้รับเชิญไปสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งแยกเป็นสัดส่วนชัดเจน ให้มารดาวัยรุ่นลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหลังจากได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการทำวิจัยแล้ว ในกรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองหรือสามีของมารดาวัยรุ่นก่อน

4. ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม ทั้งหมด 5 ชุด โดยขอให้มารดาวัยรุ่นตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงและตามความคิดเห็นของมารดาวัยรุ่น พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้มารดาวัยรุ่นซักถามข้อสงสัย เพื่อทำความเข้าใจก่อนลงมือตอบคำถามซึ่งใช้เวลาในการตอบประมาณ 20-30 นาที และในกรณีที่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดตอบคำถามไม่สมบูรณ์โดยเกิดจากความไม่สะดวกใจในการตอบคำถามถือว่าเป็นแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ จะไม่นำมาวิเคราะห์ข้อมูลและทำการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

5. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบ 84 ราย ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมดมาคิดคะแนนตามเกณฑ์แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติที่ได้วางแผนไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำมาแจกแจงและวิเคราะห์ค่าตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติ โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติในการทดสอบเท่ากับ .05 และมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา

2. สถิติอ้างอิง (inferential statistics) ได้แก่ การวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยพหุคูณ สำหรับวิเคราะห์อำนาจการทำนายของ อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร และการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 75 มีอายุอยู่ในช่วง 17-19 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 17.39 ปี (S.D. = 1.42) มีสภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.33 มีจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาสูงสุด 6-12 ปี ร้อยละ 96 ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือมีอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 60.71 มีรายได้ 5,000-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 47.62 ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้ ร้อยละ 86.90 การตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ร้อยละ 70.24 และเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 90.48 กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักบุตรแรกเกิดมากกว่า 3,000 กรัม ร้อยละ 46.43 มีน้ำหนักบุตรแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 9.25 โดยสุขภาพของทารกของกลุ่มตัวอย่างมีความผิดปกติตั้งแต่แรกเกิด ร้อยละ 27.38 โดยปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ภาวะตัวเหลือง คิดเป็นร้อยละ 78.26 และคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 13.04

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

ในการศึกษาในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 15.99 (S.D. = 8.64) เมื่อใช้ค่าคะแนนของภาวะซึมเศร้าที่มากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนนเป็นข้อบ่งชี้ว่ามีภาวะซึมเศร้า จากเกณฑ์ดังกล่าว พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 41.67 ($n = 84$) และเมื่อพิจารณาโดยรวมพบว่า มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 16.67

การวิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรที่ศึกษากับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นการใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ในเรื่องการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality) พบว่ามีค่าผิดปกติ (outlier) จำนวน 5 ค่า จึงพิจารณาตัดค่าผิดปกติออกเพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ แล้วจึงวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบเข้าพร้อมกันทั้งหมด พบว่า อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .50$, $F = 18.67$, $p < .001$) โดยมีเพียง 2 ตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา โดยปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากที่สุดเมื่อควบคุมตัวแปรที่เหลือ คือ ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร ($\beta = .41$, $t(78) = 4.29$, $p < .001$) รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ($\beta = -.39$, $t(78) = -4.45$, $p < .001$) ส่วนตัวแปร อายุ และการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น ($\beta = -.11$, $t(78) = -1.30$, $p = .198$ และ $\beta = -.14$, $t(78) = -1.61$, $p = .112$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) หาอำนาจการทำนายของตัวแปรอิสระกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น (n = 79)

ปัจจัยทำนาย	β	SEb	B	t	p
อายุ	-.11	.50	-.65	-1.30	.198
การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา	-.39	.11	-.48	-4.45	.000
ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร	.41	.05	.23	4.29	.000
การสนับสนุนทางสังคม	-.14	.06	-.10	-1.60	.112
ค่าคงที่ (constant)		10.35	52.90	5.10	

R = .71, R² = .50, Overall F = 18.67, Sig F = .000

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้ร้อยละ 50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .50$, $F = 18.67$, $p < .001$) โดยมีเพียง 2 ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรและการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ส่วน อายุ และการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น ดังนั้นจากการศึกษาครั้งนี้จึงสรุปได้ว่า ผลการศึกษานับสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยเพียงบางส่วน ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .41$, $t(78) = 4.29$, $p < .001$) หมายความว่ามารดาวัยรุ่นที่มีความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรมากจะมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูง และมารดาวัยรุ่นที่มีความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรน้อยจะมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดต่ำ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจของมารดาวัยรุ่นต่อเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตร ได้แก่ ภาวะสุขภาพของบุตร พฤติกรรมของบุตร และการไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามีและครอบครัวในการดูแลบุตร ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ทารกของกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพตั้งแต่แรกเกิด ร้อยละ 27.38 โดยมีภาวะตัวเหลืองร้อยละ 78.26 และคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 13.04 การที่มารดาวัยรุ่นมีบุตรที่มีปัญหาสุขภาพตั้งแต่แรกเกิดอาจทำให้มารดาวัยรุ่น มี

ความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของบุตร ซึ่งจากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความเจ็บป่วยของบุตรจะทำให้มารดาที่มีความเครียดในระดับสูง (Apichatvorapong, 2004) ประกอบกับการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีบุตรเป็นคนแรก ดังนั้นการเลี้ยงดูบุตรจึงเป็นประสบการณ์ที่ไม่คุ้นเคย และวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่ยังไม่บรรลุวุฒิภาวะด้านอารมณ์ ทำให้มารดาวัยรุ่นไม่ใส่ใจต่อพฤติกรรมของบุตรและอาจทำให้แปลความหมายพฤติกรรมของบุตรผิดพลาดส่งผลให้ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของบุตรได้ (Beck & Driscoll, 2006) ทำให้รู้สึกว่าคุณเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ นอกจากนี้จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 60.71 ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน มีรายได้จากการทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท ร้อยละ 69.05 ซึ่งถือว่าเป็นรายได้ที่ค่อนข้างต่ำ การเลี้ยงบุตรในสถานการณ์ที่มีทรัพยากรด้านต่างๆ ที่มีอยู่อย่างจำกัด ร่วมกับถ้าหากไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวจะทำให้มารดาวัยรุ่นมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการที่มารดาวัยรุ่นต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นระยะเวลายาวนานโดยเฉพาะความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร ก็จะก่อให้เกิดความเครียดสะสมจนส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Tafet & Smolovich, 2006) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Hung, 2006; Leung et al, 2005)

การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.39, t(78) = -4.45, p < .001$) หมายความว่า มารดาวัยรุ่นที่มีการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาที่ดีจะมีภาวะซึมเศร้าน้อย และมารดาวัยรุ่นที่มีการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาที่ไม่ดีจะมีภาวะซึมเศร้ามาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา เป็นความรู้สึกมั่นใจในความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องในการเป็นมารดาที่ดีและความรู้สึกต่อคุณค่าหรือพึงพอใจในการแสดงบทบาทการเป็นมารดาของตนเอง การเลี้ยงดูบุตรเป็นครั้งแรกอาจทำให้มารดาวัยรุ่นขาดประสบการณ์ และในการศึกษาครั้งนี้มองว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.24 ยังไม่พร้อมที่จะตั้งครรภ์ ซึ่งความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์อาจส่งผลให้ขาดการเตรียมพร้อมด้านความรู้ในการดูแลบุตร การขาดทั้งความรู้ ทักษะและประสบการณ์ทำให้มารดาวัยรุ่นเกิดความไม่มั่นใจในการแสดงพฤติกรรมการเป็นมารดา ส่งผลต่อการรับรู้ว่าคุณเองไม่สามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาที่ดี รวมถึงไม่พึงพอใจในบทบาทการเป็นมารดาของตนเอง ซึ่งถ้าหากมารดาวัยรุ่นประเมินตนเองแล้วรู้สึกว่าคุณค่าที่ตัวเองทำลงไป บุคคลอื่นไม่ยอมรับ ไร้คุณค่า ทำให้ผิดหวังในตนเอง อาจจะโทษตนเองจนทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ซึ่งแนวความคิดของเบ็ค (Beck, 1967) กล่าวว่าบุคคลที่มีความคิดด้านลบต่อตนเอง (negative view of

self) โดยรับรู้ว่าคุณเองอ่อนด้อย ไม่มีความสามารถ ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่มีค่า จะกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Knoche, Givens, & Sheridan, 2007; O'Neil et al, 2009)

ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม อายุ มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอภิปรายรายละเอียดดังนี้

การสนับสนุนทางสังคม

จากผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.14, t(78) = -1.61, p = .112$) ซึ่งหมายความว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น ที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมที่มารดาวัยรุ่นได้รับในการศึกษาในครั้งนี้ไม่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ทั้งนี้เนื่องจากอาจมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่า การสนับสนุนทางสังคม นอกจากนั้นจากการศึกษาในครั้งนี้เป็นเพียงการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ และวิเคราะห์อำนาจทำนายโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) ซึ่งทำได้เพียงศึกษาอิทธิพลทางตรง (direct effect) ของตัวแปรสาเหตุ (cause) ที่มีต่อตัวแปรผลลัพธ์ (outcome) แต่ในความเป็นจริงอาจพบว่าตัวแปรสาเหตุมีอิทธิพลต่อตัวแปรตามได้ทั้งอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อม (indirect effect) โดยผ่านตัวแปรส่งผ่าน (mediator) ด้วยก็ได้ (Polit & Beck, 2008) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าโดยอ้อมต่อภาวะซึมเศร้าโดยผ่านตัวแปรความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Cheng & Yussooff, 2010; Vongsirimas et al, 2009) นอกจากนี้อาจเกิดขึ้นจากแบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินการสนับสนุนด้านนามธรรม ซึ่งเป็นการประเมินการรับรู้ของมารดาวัยรุ่น ซึ่งอาจจะไม่ตรงกับจำนวนและความถี่ของการสนับสนุนที่ได้รับตามความเป็นจริงและลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ อาจทำให้มีความยุ่งยากในการแปลความหมายของค่าคะแนนและทำให้เกิดความสับสนได้ จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ในการศึกษาในครั้งนี้จึงพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อายุ

ผลจากการศึกษาพบว่าคุณสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.11, t(78) = -1.30, p = .198$) ซึ่งหมายความว่าอายุไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่พบส่วนใหญ่เป็นมารดาวัยรุ่นที่มี

อายุอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนกลาง ร้อยละ 25 และวัยรุ่นตอนปลายร้อยละ 75 โดยไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยรุ่นตอนต้น จากข้อมูลดังกล่าวจึงทำให้มีความแปรปรวนของข้อมูลน้อย ซึ่งในการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณนั้น ถ้าหากความแปรปรวนของข้อมูลมากจะเพิ่มอำนาจการทำนายได้มากขึ้น (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2553) ดังนั้นในการศึกษาในครั้งนี้จึงพบว่าปัจจัยด้านอายุ มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากการศึกษาพบว่ามารดาวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 41.67 ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่บ่งชี้ว่ามีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดค่อนข้างสูงในกลุ่มมารดาวัยรุ่น และความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรและการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

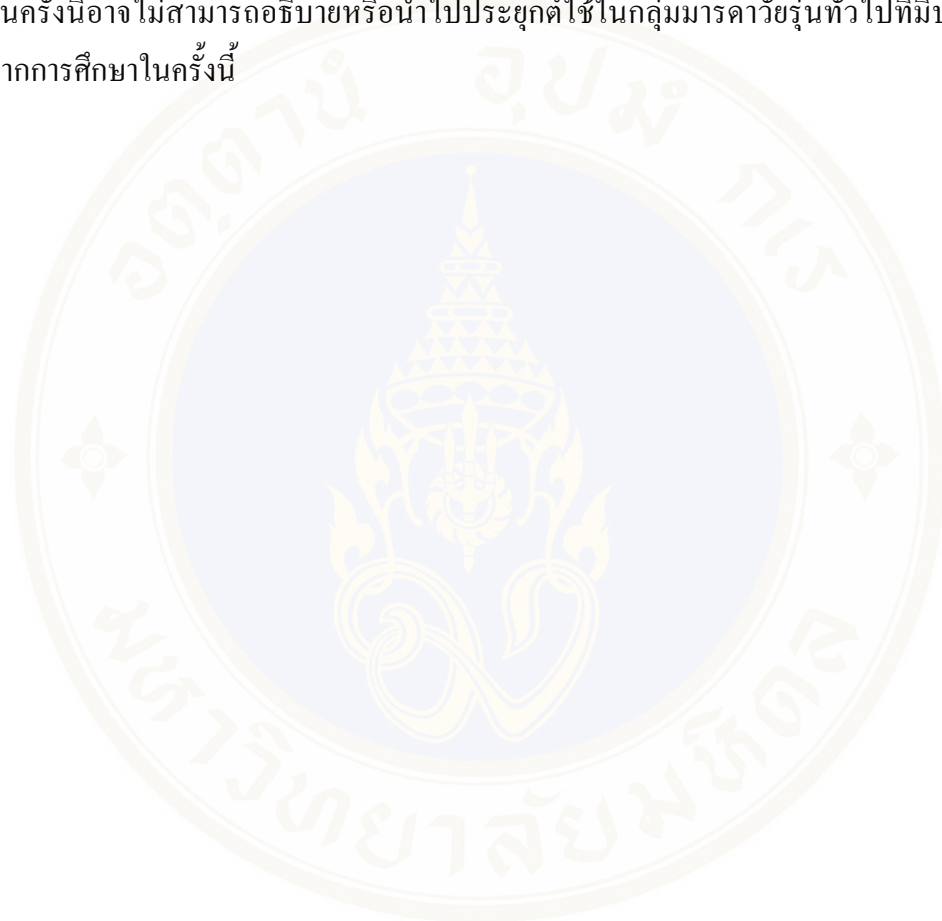
1. ควรมีการเฝ้าระวังโดยการคัดกรองภาวะนี้ในมารดาวัยรุ่นที่มารับบริการตรวจสุขภาพหลังคลอดทุกราย เพื่อให้มารดาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้รับการช่วยเหลือได้ทันทั้งที่
2. ควรมีการจัดโปรแกรมการพยาบาลในการลดความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร และส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

ด้านการทำวิจัย

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น
2. จากการศึกษานี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Niratttharadorn, 2005) ดังนั้นควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น โดยนำปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมมาศึกษาซ้ำ โดยการเลือกใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่มีความเหมาะสมและมีความจำเพาะต่อปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา

ข้อจำกัดของการทำวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นเพียงการศึกษาในกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มารับบริการตรวจสุขภาพหลังคลอด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการคัดเลือกตามสะดวก (Convenience sampling) โดยไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นผลการศึกษาในครั้งนี้อาจไม่สามารถอธิบายหรือนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มมารดาวัยรุ่นทั่วไปที่มีบริบทแตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้



FACTORS PREDICTING POSTPARTUM DEPRESSION IN ADOLESCENT MOTHERS

LIEUTENANT KINNAREE CHAISAWAN 5136722 NSAM/M

M.N.S. (ADVANCED MIDWIFERY)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: YAOWALAK SERISATHIEN, D.N.S.,
CHAWEEWAN YUSAMRAN, PH.D. (NURSING), NOPPORN VONGSIRIMAS,
PH.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY**BACKGROUND AND SIGNIFICANCE OF THE PROBLEM**

Postpartum depression is an emotional abnormality frequently encountered during the first year postpartum (Beck & Gable, 2001). The prevalence of this condition has been found to be 19-29% (Bugdayci, Sasmaz, Tezcan, Kurt, & Oner, 2004; Özbaoaran, Coban, & Kucuk, 2010). According to studies in adolescent mothers, the prevalence of postpartum depression has been found to be higher than adult mothers (Eshbaugh, 2008; Lanzi, Bert, & Jacobs, 2009). In foreign countries, the prevalence of postpartum depression in adolescent mothers can be as high as 53-56% (Hudson, Elek, & Campbell-Grossman, 2000; Logsdon, Birkimer, Simpson & Looney, 2005). As for Thailand, the prevalence of this condition in adolescent mothers has been found to be 26-54.6% (Amphai, 2007; Sriseang, 2003).

According to Radloff's concept of depression (Radloff, 1977), postpartum depression is a physical and emotional change characterized by depress moods, feelings of worthlessness, feelings of despair, psychomotor agitation or retardation, loss of appetite and sleep disturbance. Postpartum depression disturbs performance of maternal duties, maternal health conditions and, most significantly, postpartum depression also has an impact on family members, especially children. Depression has

negative impacts on the process of maternal-infant bonding (Moehler, Brunner, Wiebel, Reck, & Resch, 2006) and various areas of child development, such as physical growth, learning (Dave, Sherr, Senior, & Nazareth, 2008; DiPietro, Novak, Costigan, Atella, & Reusing, 2006; Hay et al, 2001), and social interaction (Hay, Pawlby, Waters, & Sharp, 2008; Weinfield, Ingerski, & Moreau, 2009). In addition, postpartum depression also affects the mental health of husbands whereby studies have found postpartum depression in mothers to increase the risk for postpartum depression in husbands (Goodman, 2008; Paulson, & Bazemore, 2010).

The true etiology of postpartum depression is unclear. Nevertheless, according to previous studies on factors associated with postpartum depression, factors affecting postpartum depression in adolescent mothers have been found to resemble postpartum depression in adult mothers. Some studies have found the factors affecting postpartum depression in adolescent mothers to include changes in figure or weight which makes adolescent mothers feel dissatisfied, stressed and anxious with their altered images (Birkeland, Thompson, & Phares, 2005). Moreover, lack of childcare knowledge, experience and skills in addition to confrontation with a new and unfamiliar role affects perception of maternal competency, which is related to postpartum depression (Birkeland et al, 2005). Deficient preparedness in various areas causes impacts on the postpartum adaptation of adolescent mothers who require more support and help than adult mothers (Wahn & Nissen, 2008). According to previous studies, adolescent mothers with low levels of social support or no social support were found to be related to postpartum depression (Birkeland et al, 2005; Secco, Profit, Kennedy, Walsh, Letourneau, & Stewart, 2007). In some studies, however, excessive support was found to possibly cause adolescent mothers to feel incompetent, thereby diminishing self-value which may also have left the mothers predisposed to depression (Logsdon et al, 2005; Reid, Glazener, Murey, & Taylor, 2002). Furthermore, because adolescence is an age marked by deficient emotional maturity and self-centered attitudes, adolescent mothers may not pay attention to child behavior, thus preventing the mothers from responding to child needs (Beck & Driscoll, 2006) or possibly making adolescent mothers stressed more easily than adult mothers as situations arise with their children. According to research findings in ordinary mothers, stress from

childcare was found to be related to postpartum stress (Honey, Morgan, & Benett, 2003). Furthermore, mothers age 15-17 years were found to be at greater risk for postpartum depression than older adolescent mothers (Deal & Holt, 1998). The aforementioned factor, however, continues to have no clear confirmation from research findings.

According to the findings of previous studies on postpartum depression in Thailand, the factors related to postpartum depression and ability to predict postpartum depression in adolescent mothers were found to consist of prenatal depression, self-esteem, social support (Nirattharadorn, 2005; Seisaeng, 2003), maternal role adaptation (Amphai, 2007) and negative life events (Seisaeng, 2003). As a result of the aforementioned literature review, the researcher has become interested studying some factors, e.g. age, parental sense of competence and child care stress, because no studies related to postpartum depression in adolescent mothers or social support were found in Thailand due to conflicts in the research findings. The researcher hopes the data acquired from this study can be implemented as guidelines for the care of postpartum adolescent mothers in order to prevent or reduce postpartum depression severity, promote good quality of life and make it possible for adolescent mothers to carry out their lives as contented members of society.

RESEARCH QUESTION

Can age, perception of maternal competency, child care stress and social support factors predict postpartum depression in adolescent mothers?

RESEARCH OBJECTIVE

To study the predictive power of age, perception of maternal competency, child care stress and social support on postpartum depression in adolescent mothers.

RESEARCH HYPOTHESIS

Age, perception of maternal competency, child care stress, and social support are predictive factors for postpartum depression in adolescent mothers.

CONCEPTUAL FRAMEWORK

In this study, the researcher employed a conceptual framework acquired from the review of literature related to postpartum depression and factors associated with postpartum depression, which can be explained as follows:

Age Adolescence is a significant age due to tremendous physical and emotional changes, especially during early adolescence when emotions are prone to fluctuation and adolescents can be predisposed to anxiety or experience violent emotions. In late adolescence, greater development of emotional and cognitive maturity takes place than in early adolescence (Wanpen Boonprakob, 2004). Therefore, if pregnancy and childbirth occur during early adolescence, which is a period marked by immature emotional conditions with self-centered views and necessity for freedom in combination with adolescent pregnancy during the school years, or if there is no acceptance from families and adolescents have to face motherhood requiring a high level of responsibility, this group of mothers may be predisposed to emotional and cognitive conflicts. According to the findings of previous studies, mothers aged 15-17 years are at greater risk for postpartum depression than older adolescent mothers (Deal & Holt, 1998). Therefore, age is likely to be another factor related to postpartum depression in adolescent mothers with power to predict postpartum depression in adolescent mothers.

Perception of maternal competency is a feeling of self-efficacy in skills/knowledge related to motherhood and value/comfort in performing maternal roles (Gibaud-Wallstan & Wandersman, 1978). Most adolescent pregnancies are unplanned, so adolescent mothers are not prepared, especially in terms of self-care and childcare. Moreover, most adolescent pregnancies are primiparous pregnancies (Phusong, 2009), so adolescent mothers lack skills and experience. Deficient knowledge, skills and experience cause adolescent mothers to lack confidence, which may affect perception of adolescent mothers which may further cause them to fail in carrying out positive maternal roles. The results are dissatisfaction regarding maternal roles and diminished perception of value in performing maternal duties, so adolescent mothers are predisposed to depression (Zayas, Jankowski, & Mckee, 2005). Therefore,

perception of maternal competency is likely to be a factor with influence and predictive power for postpartum depression in adolescent mothers.

Child care stress is a feeling of frustration or unease in adolescent mothers associated with incidents related to childcare such as child health conditions, child behavior, no childcare support from husbands and families and raising children in situations with limited resources. Adolescent mothers with children who have health problems such as illnesses and lack knowledge or understanding in interpreting child behavior will be unable to properly respond to needs of their children. Combined with deficient familial support, adolescent mothers may experience more child care stress than adult mothers. If stress continues to accumulate, adolescent mothers will have chronic stress resulting in depression (Brown & Haris, 1978; Bruce & Hoff, 1994). Studies have found that child care stress can cause postpartum depression in mothers (Horowitz, Damato, Duffy, & Solon, 2005; Leung et al, 2005). According to the aforementioned data, child care stress is likely to be another factor related to and capable of predicting postpartum depression in adolescent mothers.

Social support is perceived sources of encouragement from other people such as family, friends and important persons (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988). Perception of the fact that people are willing to provide help and support in all areas has a high degree of impact on feelings of confidence. The adolescent mothers who perceived sufficient receipt of social support had confidence, felt capable of controlling various situations, expressed appropriate behaviors and emotions in response to stressful situations, thereby leading to reduced depression or prevention of postpartum depression altogether (Turner, Sorenson, & Turner, 2000). Adolescent mothers who received low social support or were dissatisfied regarding their social support felt they were confronting problems alone and incapable of controlling situations which resulted in anxiety. These feelings may trigger depression. According to studies in adolescent mothers, social support has been found to influence postpartum depression (Nirattharadorn, 2005). Therefore, social support is likely to be a factor capable of predicting postpartum depression in adolescent mothers.

According to the aforementioned data, it can be concluded that young or early adolescent mothers have low parental sense of competence, high child care stress

and perception of low social support, which can cause adolescent mothers to suffer a great deal of depression. Therefore, factors concerning age, parental sense of competence, child care stress and social support may capable of predicting postpartum depression in adolescent mothers by the conceptual framework of the study as shown in Figure 1.

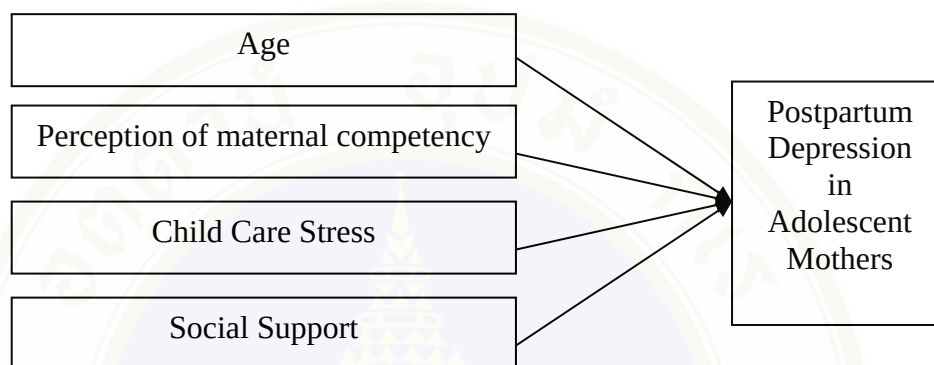


Figure 1 - Research Conceptual Framework

RESEARCH METHODOLOGY

This study was based on a correlation predictive design aimed at studying the ability of age, perception of maternal competency, child care stress and social support to predict postpartum depression in adolescent mothers.

POPULATION AND SAMPLING

The population used in this study consisted of adolescent mothers who gave birth to their firstborn at no more than 19 years of age and came to receive postpartum health examinations services six weeks following childbirth as they brought their babies to receive health examination services or vaccinations during the first 8 weeks of age at the pediatric out-patient departments of hospitals affiliated to the Ministry of Defense. The sample group was selected by convenience sampling according to the following inclusion criteria i.e. the **Maternal Characteristics** - adolescent mothers with no severe antenatal or postpartum complications; no history of abnormal mental conditions during pregnancy, raising children on their own and capable of reading and writing in Thai and the **Infant Characteristics** – firstborn infants who were living on the date of the study with no complications following birth or hospitalized for no more than 7 days following birth with no congenital disabilities.

From literature review, it was hardly found the study determining the association between the set of independent variables used in this study and the depression of Thai adolescent mothers. In addition, according to Polit and Beck (2008), most studies in nursing field reported medium effect size of the association found. Thus, in this study, medium effect size with power of .80 and alpha of .05 were used for sample size calculation. According to Cohen (1992), at least 84 subjects should be included in a study with 4 independent variables.

RESEARCH INSTRUMENTION

The following instruments were used in this study:

1. Demographic Data Questionnaire – This instrument was developed by the researcher and consisted of data concerning mothers and infants such as age, marital status, educational attainment, occupation, income, readiness for parenthood, number of pregnancies, history of abortion, birth method, infant birth weight and infant health condition.

2. Parental Sense of Competence Questionnaire - The researcher used the Parenting Sense of Competence Scale (PSOC) of Gibaud-Wallston & Wandersman (1978) which was translated into Thai by Supanee Soomlek (1995). This scale was used to evaluate perception of maternal competency related to valuing/comfort in parenting roles and skill/knowledge in parenting with 17 questions. The responses were rated on a 5-level rating scale ranging from “Strongly Agree” with 5 points to “Strongly Disagree” with 1 point. The total score value was 17-85 points. Scores were interpreted in terms of total scores whereby high scores indicated high levels of parental sense of competence and low scores indicated low levels of maternal sense of competence.

3. The Child Care Stress Questionnaire was created by the researcher from the review of literature associated with child care stress and concepts addressing stressful situations related to childcare. In this questionnaire, stress consists of stress caused by the following three types of situations related to childcare: 1) infant health conditions, 2) infant behavior and 3) lack of support from husbands and families in childcare. The questionnaire contains 27 questions with six-level rating scale with responses ranging from “No Event Occurred” (0 points) and “An Event/Events

Occurred” which caused no stress or minimum stress (1 point) to maximum stress (5 points). The questionnaires ranged in score from 0-135 points. Scores were interpreted as follows: high scores indicated high levels of child care stress and low scores indicated low levels of child care stress.

4. Perceived Social Support Questionnaire - The researcher implemented the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) created by Zimet and colleagues (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988), which was translated into Thai by Pitakpol Boonyamalik (2005). This questionnaire evaluated perceived social support from families, friends and important persons. The questionnaire contains 12 questions with a 7-level rating scale and answers ranging from “Strongly Disagree” (1 point) to “Strongly Agree” (7 points) with scores ranging from 12-84 points. Scores were interpreted in terms of total scores whereby high scores indicated high levels of perceived social support and low scores indicated low levels of perceived social support.

5. Depression Assessment Form - The researcher used the Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) Scale created by Radloff (1977), which was translated into Thai by Umaporn Trangkasombat and colleagues (Trangkasombat et al, 1997). This scale evaluated levels of feelings related to the symptoms and presenting symptoms of depression during the week preceding the study and with coverage of 4 areas i.e. depressive emotions, positive emotions, physical emotions and interpersonal relationships. This scale contains 20 questions. The answers were rated on a four-level rating scale with responses ranging from “None” (0 points) to “Regularly” (3 points). The total scores ranged from 0-60 points. The scores were interpreted by the scoring criteria of Radloff (1977) as follows: scores of 0-15 points indicated no depression and scores of more than or equal to 16 indicated depression.

Research instrument validations

In testing instrument quality, the researcher submitted all five instruments to a panel of five qualified experts comprising 2 pediatric nursing experts, 2 obstetrical nursing experts, and 1 mental health and psychiatric nursing expert to test content and language accuracy. After making corrections in line with the recommendations of these qualified experts, the instruments were submitted to a trial in 25 postpartum adolescent mothers with qualifications resembling those of the sample group for the

study. Cronbach's Alpha Coefficient on the parental sense of competence questionnaire, the child care stress questionnaire, the perceived social support questionnaire, and the depression assessment form was equal to .72, .94, .88, and .88, respectively.

PROTECTION OF HUMAN SUBJECT

This study passed was approved by the Mahidol University Institution Review Board, Set C, Nursing Science, and the Ethics Review Committees for Research Involving Human Research Subjects of Phra Pin Klao Hospital, Phramongkutklao Hospital and Bhumibol Adulyadej Hospital.

DATA COLLECTION

1. Once the research proposal passed consideration and received certification from the Mahidol University Institutional Review Board, Set C, Nursing Science, and the Ethics Review Committees for Research Involving Human Research Subjects from the agencies associated with data collection and the researcher had received approval from the administrators of Phra Pin Klao Hospital, Phramongkutklao Hospital and Bhumibol Adulyadej Hospital, the researcher requested meetings with Head Nurses, the Head of the Postpartum Examination Room and the Pediatric Medicine Examination Room to explain the research objectives, details of data collection processes, duration of data collection, instruments used and the sample group's right protection.

2. The researcher collected all data herself at the postpartum clinic and well baby clinic at the Out-Patient Departments of Phra Pin Klao Hospital, Phramongkutklao Hospital, and Bhumibol Adulyadej Hospital.

3. The adolescent mothers who agreed to participate in the research were invited to the place clearly designated for data collection. The adolescent mothers signed informed consent forms for participation in the research after receiving an explanation about the research. In cases where the adolescent mothers were under 18 years of age, consent had to first be obtained from parents or husbands.

4. The researcher explained the methods for responding to all five sets of questionnaires by asking the adolescent mothers to complete the questionnaires

truthfully and in line with their own opinions. Furthermore, the researcher allowed the adolescent mothers to ask any questions in order to form an understanding before responding to the questions, which required approximately 20-30 minutes. In cases where the postpartum adolescent mothers answered questions incompletely due to inconvenience in responding, the questionnaires were considered incomplete and not used in the data analysis. Additional data was then collected until the amount of data met the specified sample size.

5. After obtaining 84 samples, the researcher calculated the scores of all data acquired from the questionnaires in line with criteria and analyzed data by statistical means as planned.

DATA ANALYSIS

The researcher distributed and analyzed the value of data collected from the sample group by statistical means and set the value of statistical significance in testing at .05 with the following data analysis steps:

1. Descriptive statistics consisted of frequency, percentage, average scores, standard deviation for analyzing demographic data of the sample group and studied variables.
2. Inferential statistics consisted of multiple regression analysis for analyzing the predictive power of age, parental sense of competence, child care stress and social support towards postpartum depression in adolescent mothers.

RESEARCH FINDING

Most of the participants (75%) was aged 17-19 years with an average age of 17.39 years (S.D. = 1.42), married status (83.33%), highest educational attainment of 6-12 years (96%), unemployed or had housewives (60.71%) and incomes of 5,000-10,000 baht per month (47.62%). Most had sufficient incomes (86.90%) with no preparation for pregnancy (70.24%) and primiparous pregnancies (90.48%). The participants had infants with birth weights of more than 3,000 grams (46.43%) and less than 2,500 grams (9.25%). Infants had problems health at birth (27.38%) with the most frequently discovered problem being hyperbilirubinemia (78.26%) and premature birth (13.04%).

Postpartum Depression in Adolescent Mothers

In this study, the participants was found to have average depression scores equal to 15.99 (S.D. = 8.64) whereby depression scores of more than or equal to 16 points were used as indicators of depression. According to the aforementioned criteria, the participants was found to have depression at 41.67% (n = 84). When considered in terms of the overall picture, the participants were found to have moderate to severe depression at 16.67%.

Analysis of Predictive Power of Study Variables on Postpartum Depression

According to the assumption for the testing, the use of multiple regression analysis on the normality distribution, five outlier values were found. Hence, the researcher considered eliminating the outlier values to assure concurrence with the assumption for the use of statistics, and enter multiple regression analysis was carried out. Age, perception of maternal competency, child care stress, and social support were significant predictors explaining the variance of postpartum depression in adolescent mothers by 50% with statistical significance ($R^2 = .50$, $F = 18.67$, $p < .001$) and only two factors were found to have influence on postpartum depression in adolescent mothers with statistical significance. The factors with greatest influence on postpartum depression consisted of child care stress ($\beta = .41$, $t(78) = 4.29$, $p < .001$), followed by perception of maternal competency ($\beta = -.39$, $t(78) = -4.45$, $p < .001$). Age and social support were factors with influence on postpartum depression in adolescent mothers with no statistical significance ($\beta = -.11$, $t(78) = -1.30$, $p = .198$ and $\beta = -.14$, $t(78) = -1.61$, $p = .112$, respectively), as shown in Table 1.

Table 1: Multiple Regression Analysis of the Predictive Power of Independent Variables on Postpartum Depression in Adolescent Mothers (n = 79).

Predictive Factors	β	SEb	B	t	p
Age	-.11	.50	-.65	-1.30	.198
Parental Sense of Competence	-.39	.11	-.48	-4.45	.000
Child Care Stress	.41	.05	.23	4.29	.000
Social Support	-.14	.06	-.10	-1.60	.112
Constant Value		10.35	52.90	5.10	
R = .71, R ² = .50, Overall F = 18.67, Sig F = .000					

DISCUSSION

According to the research findings, age, perception of maternal competency, child care stress and social support were found to be capable of jointly explaining variance of postpartum depression in adolescent mothers at 50% with statistical significance ($R^2 = .50$, $F = 18.67$, $p < .001$) and only two factors had influence on postpartum depression in adolescent mothers with statistical significance i.e. child care stress and perception of maternal competency. Age and social support were factors with influence on postpartum depression in adolescent mothers with no statistical significance. Therefore, the findings of this study can be concluded to support some parts of the research hypothesis. The research findings can be discussed as follows:

Child Care Stress

According to this study, child care stress was found to have a positive influence on postpartum depression in the adolescent mothers with statistical significance ($\beta = .41$, $t(78) = 4.29$, $p < .001$), meaning that adolescent mothers with high levels of child care stress have high levels of postpartum depression, and mothers with low levels of child care stress have low levels of postpartum depression. Child care stress can be explained as feelings of discomfort or frustration in the adolescent mothers toward incidents related to childcare e.g. child health conditions, child behavior and lack of support from husbands and families in childcare. In this study,

the infants of the participants were found to have congenital health problems (27.38%), hyperbilirubinemia (78.26%) and premature birth (13.04%). Infants with congenital health problems may cause adolescent mothers to suffer stress and anxiety concerning infant health. According to previous studies, infant illness was found to cause mothers to have high levels of stress (Apichatvorapong, 2004). In this study, all of the participants had firstborn infants. Therefore, childcare is an unfamiliar experience and adolescence is an age deficient in emotional maturity, so adolescent mothers fail to pay attention to infant behavior, which may result in mistaken interpretations of infant behaviors. Thus, adolescent mothers may be unable to respond to infant needs (Beck & Driscoll, 2006), thereby preventing the adolescent mothers from feeling in control of situations. According to this study, most of the participants (60.71%) were found to be unemployed or housewives with incomes of less than or equal to 10,000 baht (69.05%), which is considered low income. Raising infants in situations with limited resources and lack of support from family members will cause adolescent mothers to suffer more stress. Therefore, the fact that adolescent mothers are confronted with stressful situations, especially child care stress, for long periods of time will cause accumulated stress leading to depression (Tafet & Smolovich, 2006). This finding concurred with the findings of previous which revealed child care stress to be related to postpartum depression and capable of predicting postpartum depression (Hung, 2006; Leung et al, 2005).

Perception of maternal competency

According to this study, perception of maternal competency was found to have negative influence on postpartum depression in the adolescent mothers ($\beta = -.39$, $t(78) = -4.45$, $p < .001$), meaning that adolescent mothers with good perception of maternal competency have low levels of depression while adolescent mothers with poor perception of maternal competency have high levels of depression, which may be explained in that parental sense of competence is a feeling of self-assurance in knowledge and skills associated with good mothering and feelings of value or satisfaction in carrying out maternal roles. First-time childcare may have caused adolescent mothers to be deficient in experience. In this study, 70.24% of the participants were unprepared for pregnancy. Unprepared pregnancies may have contributed to deficient preparedness concerning childcare knowledge. Insufficient

knowledge, skills and experience caused the adolescent mothers to lack confidence in exhibiting parenting behaviors. Hence, the adolescent mothers perceived that they were unable perform good maternal roles and became dissatisfied in their maternal roles. If the adolescent mothers evaluated themselves and felt their actions to be unacceptable and worthless to other significant persons, they would be disappointed in themselves and possibly blame themselves, thereby forming feelings of despair and hopelessness. The concept of Beck (1967) stated that persons with negative self images will create feelings of despair, hopelessness and worthlessness by perceiving that they are weak and incompetent, which may trigger depression. This finding concurred with previous research findings discovering perception of maternal competency to be negatively related to postpartum depression and capable of predicting postpartum depression (Knoche, Givens, & Sheridan, 2007; O'Neil et al, 2009).

Other factors, e.g. social support and age, were found to have influence on postpartum depression in adolescent mothers with no statistical significance. The details can be explained as follows:

Social Support

According to the research findings, social support was found to have a negative influence on postpartum depression with no statistical significance ($\beta = -.14$, $t(78) = -1.61$, $p = .112$), meaning that social support had no influence on postpartum depression in adolescent mothers. This finding may be explained in that the social support received by the adolescent mothers in this study was not directly related to postpartum depression, possibly because other factors had more influence on postpartum depression than social support. Furthermore, this study was only a correlational study and analysis of predictive power by using multiple regression analysis, which can only examine the direct effects of cause on outcome. In reality, causes may be found to have both direct and indirect effects on variables through mediators (Polit & Beck, 2008), a finding concurrent with previous research findings discovering social support to have indirect influence on depression through self-esteem mediators (Cheng & Yusooff, 2010; Vongsirimas et al., 2009). Furthermore, this may be due to the fact that the questionnaire on perceived social support was used

to evaluate abstract support, an evaluation of the subjective perceptions of adolescent mothers, which may not have matched the amounts and frequency of support actually received. The responses were rated on a 7-level Likert scale, which may have posed difficulties or confusion in interpreting score values. For the aforementioned reasons, social support was found to have influence on postpartum depression in adolescent mothers with no statistical significance in this study.

Age

According to the research findings, age was found to have a negative influence on postpartum depression with no statistical significance ($\beta = -.11$, $t(78) = -1.30$, $p = .198$), meaning that age has no influence on postpartum depression in adolescent mothers, possibly because most of the participants were adolescent mothers in mid-adolescence (25%) and late-adolescence (75%) with no early-adolescent samples. The aforementioned data caused little variety in data. In multiple regression analysis statistics, greater varieties in data increase predictive power (Boonchai Srisatitnarakoon, 2010). In this study, therefore, age was found to have influence on postpartum depression in adolescent mothers with no statistical significance.

RECOMMENDATIONS

According to the findings, 41.67 % of adolescent mothers had postpartum depression, a significant indication that adolescent mothers have high rates of postpartum depression and that child care stress and parental sense of competence are factors influencing postpartum depression in adolescent mothers. Therefore, the researcher recommends the following:

Nursing Practice

1. All adolescent mothers receiving postpartum health examination services should be monitored by screening for this condition, so adolescent mothers with postpartum depression can receive help in time.
2. Programs should be organized to reduce child care stress and promote perception of parental sense of competence in order to prevent postpartum depression in adolescent mothers.

Research

1. Studies should be conducted on the effects of nursing programs in prevention of postpartum depression in adolescent mothers.

2. According to this study, social support was found to be a factor with influence on postpartum depression in adolescent mothers with no statistical significance, which was not in agreement with previous research findings revealing social support to be a factor with influence on postpartum depression in adolescent mothers with statistical significance (Nirattaradorn, 2005). Therefore, additional studies should be conducted on factors predicting postpartum depression in adolescent mothers by restudying social support factors and selecting appropriate social support questionnaires that are specific to the phenomena to be studied.

LIMITATION OF STUDY

This study was only a study in adolescent mothers receiving postpartum health examination services at the out-patient departments of hospitals affiliated to Ministry of Defense, and the samples were selected by convenience sampling without randomization of the sample group. Therefore, the findings in this study may not be able to explain or be implemented in adolescent mothers in settings that differ from this study.

รายการอ้างอิง

- Abou-Saleh, M.T., Ghubash, R., Karim, L., Krymski, M., & Bhai, I. (1998). Homonal aspects of postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology*, 23(5), 465-475.
- Adeyuwa, A., Fatoye, F., Ola, B., & Ibigbami, S. M. (2005). Sociodemographic and obstetric risk factors for postpartum depressive symptoms in Nigerian women. *Journal of Psychiatric Practice*, 11, 353-358.
- Akiskal, H. S. (2005). Mood disorder: Historical introduction and conceptual overview. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds), *Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry*. (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders--Text revision*. (4Pth ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric.
- Amphai, S. (2007). *Personal Factors, Maternal Role Adaptation and Postpartum Depression in Primiparous Adolescent Mothers*. . Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Apichatvorapong, C. (2004). The relationship between stress and its related factors influencing exclusive breastfeeding among working mothers. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Appolonio, C. K. K., & Fingerhut, H. (2008). Postpartum Depression in a Military Sample. *Military Medicine*, 173(11), 1085-1091.
- Armitage, R., Flynn, H., Hoffmann, R., Vazquez, D., Lopez, J., & Marcus, S. (2009). Early Developmental Changes in Sleep in Infants: The Impact of Maternal Depression. *SLEEP*, 32(5), 693-696.
- Barnet, B., Joffe, A., Duggn, J. K., Willson, M. D., & Repke, J. T. (1996). Depressive symptoms, stress, and social support in pregnant and postpartum adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 150(1), 64-69.

- Beard, J. L., Hendricks, M. K., Perez, E. M., Murray-Kolb, L. E., Berg, A., Vernon-Feagans, L. et al. (2005). Maternal iron deficiency anemia affects postpartum emotions and cognition. *Journal of Nutrition*, 135(2), 267-272.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Ergbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2006). Beck Depression Inventory II. Retrieved May 17, 2010, from <http://www.cps.nova.edu/~cpphelp/BDI2012.html>.
- Beck, C. T. (1992). The lived experience of postpartum depression: A phenomenological study. *Nursing Research*, 41(3), 166-170.
- Beck, C. T. (1995). The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: A meta-analysis. *Nursing Research*, 44(5), 298-304.
- Beck, C. T., & Gable, R. K. (2001). Comparative analysis of the performance of the postpartum depression screening scale with two other depression instruments. *Nursing Research*, 50, 242-250.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, 50(5), 275-285.
- Beck, C. T. (2002). A meta-synthesis of qualitative research. . *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 27(4), 214-221.
- Beck, C. T., & Driscoll, J. W. (2006). *Postpartum Mood and Anxiety Disorder: A Clinician's Guide*. Canada: Jones and Bartlett.
- Birkeland, R., Thompson, J., & Phares, V. (2005). Adolescent motherhood and postpartum depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(2), 292-300.
- Bloch, M., Schmidt, P. J., Danaceau, M., Murphy, J., Nieman, L., & Rubinow, D. R. (2000). Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *American Journal of Psychiatry*, 157(6), 924-930.

- Blom E, Jansen P, Verhulst F, Hofman A, Raat H, Jaddoe V, Coolman M, Steegers E, Tiemeier H. (2010). Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 117, 1390–1398.
- Boath, E. H., Pryce, A. J., & Cox, J. L. (1998). Postnatal depression: The impact on the family. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(2), 199-203.
- Boonyamalik, P. (2005). *Epidemiology of adolescent suicidal ideation: role of life stress, depressive symptoms and substance use (Thailand)*. Unpublished Dissertation, Johns Hopkins University, US.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). The PRQ-A social measure. *Nursing Research*, 30, 277-280.
- Brown, G. W., & Harris, T. O. (1978). *Social origin of depression*. London: Free Press.
- Bruce, M. L., & Hoff, R. A. (1994). Social and physical health risk factors on first-onset major depressive disorder in community sample. *Social Psychiatry Epidemiology*, 29, 165-171.
- Bugdayci, R., Sasmaz, C. T., Tezcan, H., Kurt, A. O., & Oner, S. (2004). A cross-sectional prevalence study of depression at various times after delivery in Mersin province in Turkey. *Journal of Women's Health*, 13(1), 63-68.
- Bunevicius, R., Kusminskas, L., Bunevicius, A., Nadisauskiene, R., Jureniene, K., & Pop, V. (2009). Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88(5), 599-605.
- Bureau, J., Easterbrooks, M. A., & Lyons-Ruth, K. (2009). Maternal depressive symptoms in infancy: Unique contribution to children's depressive symptoms in childhood and adolescence? *Development and Psychopathology*, 21(2), 519–537.
- Caldwell, C. H., Antonucci, T. C., & Jackson, J. S. (1998). Support/conflictual family relations and depressive symptomatology: Teenage mother and grandmother perspectives. *Family Relations*, 47, 395-402.
- Campbell, S. B., Cohn, J. F., & Mayers, T. (1995). Depress in first-time mothers: Mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology*, 31(3), 349-357.

- Canty-Mitchell, J., & Zimet, G. D. (2000). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 28, 391-400.
- Casanueva, E., Labastida, J., Sanz, C., & Morales-Carmona, F. (2000). Depression and body fat deposition in Mexican pregnant adolescents. *Archives of Medical Research*, 31(1), 48-52.
- Chen, C. H. (1996). Postpartum depression among adolescent mothers and adult mothers. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 12(2), 104-113.
- Chen, H., Chan, Y.H., Tan, K.H., & Lee, T. (2004). Depressive symptomatology in pregnancy: a Singaporean perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39 (12), 975-979.
- Cheng, S. & Yusoff, F. (2010). Investigating the Moderating and Mediating Effects of Dysfunctional Attitudes and Self-Esteem on the Relationship between Social Support and Depression among Late Adolescents in Klang Valley Malaysia: A Moderated Mediation Model, *International Journal of Education and Information Technologies*, 2(4), 73-82.
- Chien, L. Y., Tai, C. J., Ko, Y.L., Huang, C. H., & Sheu, S. J. (2006). Adherence to Doing-the-month practices is associated with fewer physical and depressive symptoms among postpartum women in Taiwan. *Research in Nursing and Health*, 29 (5), 374-383.
- Choi, Y., Bishai, D., & Minkovitz, C. S. (2009). Multiple Births Are a Risk Factor for Postpartum Maternal Depressive. *Pediatrics*, 123, 1147-1154.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-313.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 112-159.
- Conroy, S., & Marks, M. N. (2003). Maternal psychological vulnerability and early infant care in a sample of materially disadvantaged women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21(1), 5-22.
- Cooper, P., & Murray, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry*, 166(2), 191-195.

- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Coyl, D. D., Roggman, L. A., & Newland, L.A. (2002). Stress, maternal depression, and negative mother-infant interactions in relation to infant attachment. *Infant Mental Health Journal*, 23(1-2), 145-163.
- Dave, S., Sherr, L., Senior, R., & Nazareth, I. (2008). Associations between paternal depression and behaviour problems in children of 4–6 years. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(5), 306–315.
- Deal, L. W., & Holt, V.L. (1998). Young maternal age and depressive symptoms: Results from the 1988 National Maternal and Infant Health Survey. *American Journal of Public Health*, 88, 266-270.
- Dennis, C., Janssen, P., & Singer, J. (2004). Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 338-346.
- Dennis, C. L., Ross, L. E., & Herxheimer, A. (2008). Oestrogens and progestins for preventing and treating postpartum depression. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 8(4), Retrieved May 17, 2010, from <http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/rel0001/CD001690/frame.html>
- Dipietro J. A., Novak, M. S., Costigan, K. A., Atella, L. D., & Reusing, S. P. (2006). Maternal psychological distress during pregnancy in relation to child development at age two. *Child Development*, 77(3), 573–587.
- Downs, D. S., DiNallo, J. M., & Kirner, T. L. 2008. Determinants of Pregnancy and Postpartum Depression: Prospective Influences of Depressive Symptoms, Body Image Satisfaction, and Exercise Behavior. *The Society of Behavioral Medicine*, 36, 54–63.
- Edhborg, M. (2008). Comparisons of different instruments to measure blues and to predict depressive symptoms 2 months postpartum: a study of new mothers and fathers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2, 186-195.
- Ednick, M., Cohen, A. P., McPhail, G. L., Beebe, D., Simakajornboon, N., & Amin, R. S. (2009). A Review of the Effects of Sleep During the First Year of Life on Cognitive, Psychomotor, and Temperament Development. *SLEEP*, 32(11), 1449-1458.

- Ege, E., Timur, S., Zincir, H., Geckil, E., & Sunar-Reeder, B. (2008). Social support and symptoms of postpartum depression among new mothers in Eastern Turkey. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 34(4), 585-593
- Ekuklu, G., Tokuc, B., Eskociak, M., Berberoglu, U., & Saltik, A. (2004). Prevalence of postpartum depression in Edirne, Turkey and related factors. *The Journal of Reproductive Medicine*, 49, 908-914.
- Eshbaugh, E. M. (2008). Maternal edge and depressive symptoms in a low-income sample. *Journal of Community Psychology*, 36(3), 399-409.
- Field, T., Pickens, J., Prodromidis, M., Malphurs, J., Fox, N., Bendell, D., et al. (2000). Targeting adolescent mothers with depressive symptoms for early intervention. *Adolescence*, 35(138), 381-414.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., & Costa, R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 10, 103-109.
- Foreman, D. M., & Henshaw, C. (2002). Objectivity and Subjectivity in Postnatally Depressed Mothers' Perceptions of Their Infants. *Child Psychiatry and Human Development*, 32(4), 263-275.
- Forman, D. N., Videbech, P., Hedegaard, M., Salvig, J. D., & Secher, N. J. (2000). Postpartum depression: identification of women at risk. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107, 1210-1217.
- Foster, C. J. E., Garber, J., & Durlak, J. A. (2008). Current and Past Maternal Depression, Maternal Interaction Behaviors, and Children's Externalizing and Internalizing Symptoms. *Journal Abnormal Child Psychology*, 36(4), 527-537.
- Gartstein, M. A., & Bateman, A. E. (2008). Early Manifestations of Childhood Depression: Influences of Infant Temperament and Parental Depressive Symptoms. *Infant and Child Development*, 17(3), 223-248.
- Gibaud-Wallston, J. & Wandersman, L. P. (1978). *Development and utility of the parenting sense of competence scale*. Paper presented at American Psychological Association Meeting, Toronto, Canada.

- Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 26-35.
- Goodman, J. H. (2008). Influences of maternal postpartum depression on fathers and on father-infant interaction. *Infant Mental Health Journal*, 29(6), 624-643.
- Gourion, D. (2009). Events of life and links with severe depression at different ages. *Encephale*, 35(7), 250-256.
- Grant, K. A., McMahon, C., & Austin, M. P. (2008). Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108(1-2), 101-111.
- Halligan, S. L., Murray, L., Martins, C., & Cooper, P. J. (2007). Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent offspring: a 13-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 97(1-3), 145-154.
- Haslam, D. M., Pakenham, K. I., & Smith, A. (2006). Social support and postpartum depressive symptomatology: the mediating role maternal self-efficacy. *Infant Mental Health Journal*, 27(3), 276-291.
- Hay, D. F., Pawlby, S., Sharp, D., Asten, P., Mills, A., & Kumar, R. (2001). Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(7), 871-889.
- Hay, D. F., Pawlby, S., Waters, C. S., & Sharp, D. (2008). Antepartum and postpartum exposure to maternal depression: different effects on different adolescent outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(10), 1079-1088.
- Hendrick, V., Altshuler, L. L., & Suri, R. (1998). Review article: Hormonal Changes in the postpartum and implications for postpartum depression. *The Academic of Psychosomatic Medicine*, 39(2), 93-101.
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Honey, K. L., Morgan, M., & Benett, P. (2003). A stress-coping transactional model of low mood following childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21(2), 129-143.
- Horiwitz, J. A., & Goodman, J. (2004). A longitudinal study of maternal postpartum depression symptoms. *Research and Theory for Nursing Practice*, 18(2-3), 149-163.

- Horowitz, J. A., Damato, E., Duffy, M. E., & Solon, L. (2005). The relationship of maternal attributes, resources, and perceptions of postpartum experiences to depression. *Research in Nursing and Health*, 28(2), 159-171.
- House, J. W. (1981). *Work stress and social support*. Menlo Park: Addison-Welsley.
- Howell, E. A., Mora, P. A., & Leventhal, H. (2006). Correlates of Early Postpartum Depressive Symptoms. *Maternal and Child Health Journal*, 10(2), 149-157.
- Hudson, D. B., Elek, S. M., & Campbell-Grossman, C. (2000). Depression, self-esteem, loneliness and social support among adolescent mother participating in the new parents project. *Adolescence*, 35(139), 445-553.
- Humenik, A. L. F., & Fingerhut, R. (2007). A Pilot Study Assessing the Relationship Between Child Harming Thoughts and Postpartum Depression. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14(4), 360-366.
- Hung, C. W. (2006). Cognitive Vulnerability, Stress, and Postpartum Depressive Symptomatology: A Prospective Study in Hong Kong. Department of Psychology. The University of Hong Kong. Hong Kong.
- Jardi, R., Pelta, J., Maron, M., & Thomas, P. (2008). Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 93(1-3), 169-176.
- Jejeebhoy, S. (1998). Wife-beating in rural India: a husband's right? Evidence from survey data. *Economic and Political Weekly*, 11, 855-862.
- Johnston, C. & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(2), 167-175.
- Jolley, S. N., & Betrus, P. (2007). Comparing postpartum depression and major depressive disorder: issue in assessment. *Issues in Mental Health Nursing*, 28(7), 765-780.
- Kalil, A., Spencer, M.S., Speiker, S.J., & Gilchrist, L.D. (1998). Effects of grandmother coresidence and quality of family relationships on depressive symptoms in adolescent mothers. *Family Relations* 47(4), 443-441.
- Kim, Y., Hur, J, Kim, K., Oh, K., & Shin, Y. (2008). Prediction of postpartum depression by sociodemographic, obstetric and psychological factors: A prospective study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(3), 331-340.

- Knoche, L. C., Givens, J. E., & Sheridan, S. M. (2007). Risk and Protective Factors for Children of Adolescents: Maternal Depression and Parental Sense of Competence. *Journal of Child and Family Studies*, 16(5), 684-695.
- Landman-Peeters, K. M., Ormel, J., Van Sonderen, E. L., Den Boer, J. A., Minderaa, R. B., & Hartman, C. A. (2008). Risk of emotional disorder in offspring of depressed parents: gender differences in the effect of a second emotionally affected parent. *Depression and Anxiety*, 25(8), 653-660.
- Landy, C. K., Sword, W., & Cisliska, D. (2008). Urban women's socioeconomic status, health service needs and utilization in the four weeks after postpartum hospital discharge: findings of a Canadian cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*, 8(203), 1-9.
- Lanzi, R. G., Bert, S. C., & Jacobs, B. K. (2009). Depression among a Sample of First-Time Adolescent and Adult Mothers. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(4), 194-202.
- Lee, A. M., Lam, S. K., Lau, S. M. S. M., Chong, C. S. Y., Chui, H. W., & Fong, D. Y. T. (2007). Prevalence, Course, and Risk Factors for Antenatal Anxiety and Depression. *Obstetrics & Gynecology*, 110(5), 1102-1112.
- Leung, S. S., Arthur, D., & Martinson, I. M. (2005). Postpartum Depression and Related Psychosocial Variables in Hong Kong Chinese Women: Findings from a Longitudinal Prospective Study. *Research in Nursing and Health*, 28, 27-38.
- Lewin, L. (2008). Chapter 9: The Client with a Depressive disorder. Cite in D. Antai-Otong, *Psychiatric Nursing: Biological & Behavior Concepts* (2nd ed.) pp. 225-265. Canada: Thomson Delmar.
- Lewinsohn, P. M. (1995). Behavioural theory and treatment of depression. In E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression*. (2Pnd ed.). New York: The Guilford Press.
- Liabsuetrakul, T., Vittayanont, A., & Pitanupong, J. (2007). Clinical applications of anxiety, social support, stressors, and self-esteem measured during pregnancy and postpartum for screening postpartum depression in Thai women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 33(3), 333-340.

- Lieb, R., Isensee, B., Höfler, M., Pfister, H., & Wittchen, H. U. (2002). Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: A prospective-longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry*, 59(4), 365–374.
- Logsdon, M. C., Birkimer, J. C., Simpson, T., & Looney, S. (2005). Postpartum Depression and Social Support in Adolescents. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(1), 46-54.
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2007). *Maternity & Women's Health Care*. St. Louis, MO: Mosby Company.
- Luoma, I., Kaukonen, P., Mantymaa, M., Puura, K., Tamminen, T., & Salmelin, R. (2001). Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(12), 1367–1374.
- Malik, N. M., Boris, N. W., Heller, S. S., Harden, B. J., Squires, J., Chazan-Cohen, R., et al. (2007). Risk for Maternal Depression and Child Aggression in Early Head Start Families: A Test of Ecological Models. *Infant Mental Health Journal*, 28(2), 171-191.
- Marcus, S. M., Flynn, H. A., Blow, F. C., & Barry, K. L. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health (Larchmt)*, 12(4), 373-380.
- Maxted, A. E. (2005). Infant colic and maternal depress. *Infant mental health Journal*, 26(1), 56-68.
- Mayberry, L. J., Horowitz, J. A., & Declercq, E. (2007). Depression symptom prevalence and demographic risk factors among U.S. women during the first 2 years postpartum. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36(6), 542-549.
- McCoy, S. J. B., Beal, J. M., Shipman, S. B. M., Payton, M. E., & Watson, J. H. (2006). Risk Factors for Postpartum Depression: A Retrospective Investigation at 4-Weeks Postnatal and a Review of the Literature. *Journal of the American Osteopathic Association*, 106(4), 193-198.
- McCoy, S. J. B., Beal, J. M., & Watson, G. H. (2003). Endocrine factors and postpartum depression. A selected review. *Journal of Reproductive Medicine*, 48(6), 402-408.

- McGrath, J. Record, K., & Rice, M. J. (2008). Maternal depression and infant temperament. *Infant Behavior and Development*, 31(1), 71-80.
- McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N., Tennant, C., & Don, N. (2001). Postnatal depression, anxiety and unsettled infant behaviour. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 581-588.
- Meighan, M., Davis, M. W., Thomas, S., & Droppleman, P. G. (1999). Living with postpartum depression: The fathers experience. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 24(4), 202-208.
- Merchant, D. C., Affonso, D. D., & Mayberry, L. J. (1995). Influence of Marital Relationship and Child-Care Stress on Maternal Depression Symptoms in the Postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 16(4), 193-200.
- Milgrom, J., Westley, D. T., & Gemmill, A. W. (2004). The mediating role of maternal responsiveness in some longer term effects of postnatal depression on infant development *Infant Behavior and Development*, 27(4), 443-454.
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J. et al. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal of Affective Disorder*, 108(1-2), 147-157.
- Moehler, E., Brunner, R., Wiebel, A., Reck, C., & Resch, F. (2006). Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 273-278.
- Moline, M. L., Kahn, D. A., Ross, R. W., Altchuler, L. L., & Cohen, L. S. (2001). Postpartum depression: A guide for patients and families. *A Postgraduate Medicine Special Report*, (Spec No), 112-113.
- Nagata, M., Nagai, S., Sobajima, H., Ando, T., Nishide, Y., & Honjo, S. (2000). Maternity blues and attachment to children in mothers of full term normal infants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(3), 209-217.
- Nakku, J. E., Nakasi, G., & Mirembe, F. (2006). Postpartum major depression at six weeks in primary health care: prevalence and associated factors. *African Health Sciences*, 6(4), 207-214.

- Naphapunsakul M, Prateepchaikul L, Taboonpong S, & Punthmatharith B. (2007). Factors influencing maternal role performance in transition to being the first-time mother. *Songkla Medical Journal*, 25(1), 1-8.
- Nirattharadorn, M. (2005). *Self-esteem, Social support, and Depression in Thai adolescent mothers*. Unpublished doctoral dissertation, Mahidol University. Bangkok, Thailand.
- Okano, T. (1999). Thyroid function and postpartum psychiatric disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 1(4), 157-165.
- O'Neil, J., Wilson, M. N., Shaw, D. S., & Dishion, T. J. (2009). The Relationship between Parental Efficacy and Depressive Symptoms in a Diverse Sample of Low Income Mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 18(6), 643–652.
- Özbaoaran, F., Çoban, A., & Kucuk, M. (2010). Prevalence and risk factors concerning postpartum depression among women within early postnatal periods in Turkey. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, Retrieved May 17, 2010, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20191280>.
- Panzarine, S., Slater, E., & Sharps, P. (1995). Coping, social support, and depressive symptoms in adolescent mothers. *Journal of Adolescent Health*, 17(2), 113-119.
- Paris, R., Bolton, R. E., & Weinberg, M. K. (2009). Postpartum depression, suicidality, and mother-infant interactions. *Archives of Women's Mental Health*, 12(5), 309–321.
- Patel, V., Rodrigues, M., & DeSouza, N. (2002). Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *American Journal of Psychiatry*, 159, 43–47.
- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Parental and postpartum depression in fathers. *Journal of the American Medical Association*, 303(19), 1961-1969.
- Pilliteri, A. (2003). *Maternal and Child Health Nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer Company.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Posmontier, B. (2008). Functional Status Outcomes in Mothers With and Without Postpartum Depression. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(4), 310 –318.

- Ramos-Marcuse, F., Oberlander, S. E., Papas, M. A., McNary, S. W., Hurley, K. M., & Black, M. M. (2010). Stability of maternal depressive symptoms among urban, low-income, African American adolescent mothers. *Journal of Affective Disorders*, 122(1-2), 68-75.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-scale: A self report depression scale for research in the general population. *Journal of Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Rasgon, N. L., MaGuire, M. T., & Troisi, A. (2000). Evolutionary concepts of gender differences in depressive disorder. In M. Steiner, K. A. Yonkers, & E. Erickson (Eds.), *Mood disorder in women*. U. K.: Martin Duitz.
- Reck, C., Hunt, A., Fuchs, T., Weiss, R., Noon, A., Moehler, E. et al. (2004). Interactive Regulation of Affect in Postpartum Depressed Mothers and Their Infants: An Overview. *Psychopathology*, 37(6), 272-280.
- Reck, C., Stehle, E., Reining, K., & Mundt, C. (2009). Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *Journal of Affective Disorders*, 113, 77-87.
- Records, L, Rice, M, & Beck, C. T. (2007). Psychometric assessment of the Postpartum Depression Predictions Inventory-Revised. *Journal of Nursing Measurement*, 15(3), 189-201.
- Reid, V., & Meadows-Oliver, M. (2007). Postpartum depression in adolescent mothers: an integrative review of the literature. *Journal of Pediatric Health Care*, 21(5), 289-298.
- Rich-Edwards, J. W., Kleinman, K., Abrams, A., Harlow, B. L., McLaughlin, T. J., Joffe, H., et al. (2006). Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(3), 221-227.
- Righetti-Veltema, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A., & Manzano, J. (2002). Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *Journal of Affective Disorders*, 70(3), 291-306.
- Righetti-Veltema, M., Bousquet, A., & Manzano, J. (2003). Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(2), 75-83.

- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26(4), 289–295.
- Rushton, J. L., Forcier, M., & Schectman, R. M. . (2002). Epidemiology of depressive symptoms in the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *TJournal of the American Academy of Child and Adolescent PsychiatryT*, 41(2), 199-205.
- Ryan, D., Milis, L., & Misri, N. (2005). Depression during pregnancy. *Canadian Family Physician*, 51, 1087-1093.
- Schmidt, R. M., Wiemann, C. M., Rickert, V. I., & Smith, E. O. (2006). Moderate to severe depressive symptoms among adolescent mothers followed four years postpartum. *Journal of Adolescent Health*, 38(6), 712-718.
- Secco, M. L., Profit, S., Kennedy, D, Walsh, A., Letourneau, N, & Stewart, N. (2007). Factors Affecting Postpartum Depressive Symptoms of Adolescent Mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36(1), 47-54.
- Skouteris, H., Wertheim, E. H., Rallis, S., Milgrom, J., & Paxton, S. J. (2009). Depression and anxiety through pregnancy and the early postpartum: An examination of prospective relationships. *Journal of Affective Disorders*, 113, 303–308.
- Srisaeng, P. (2003). *Self-esteem, stressful life events, social support, and postpartum depression in adolescent mothers in Thailand*. Unpublished doctoral dissertation, Case Western Reserve University, USA.
- Sullivan, H. S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: W.W. Norton.
- Szigethy, E. M., & Ruiz, P. (2001). Depression among pregnant adolescent: an integrated treatment approach. *American Journal Psychiatry*. 158(1), 22-27.
- Tafet, G. E. & Smolovich, J. (2004). Psychoneuroendocrinological Studies on Chronic Stress and Depression. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1032: 276–278.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 145-159.

- Turner, R. J., Sorenson, A., & Turner, J. B. (2000). Social Contingencies in Mental Health: A Seven Year Follow-Up Study of Teenage Mothers. *Journal of Marriage and the Family*, 62(3), 777-791.
- Vongjinda, S. (2004). *Life experiences of first time pregnant teenagers*. Unpublished master's thesis, Mahidol University. Bangkok, Thailand.
- Vongsirimas, N., Sittimongkol, Y., Beeber, L. S., Wiratchai, N., & Sangon, S. (2009). Relationship among maternal depressive symptoms, gender differences and depressive symptoms in Thai adolescents. *Thai Journal of Nursing Research*, 13(3), 181-198.
- Wagner, F. R., & Morse, J. J. (1975). A measure of individual sense of competence. *Psychological Reports*, 36, 451-459.
- Wahn, E. H. & Nissen, E. (2008). Sociodemographic background, lifestyle and psychosocial conditions of Swedish teenage mothers and their perception of health and social support during pregnancy and childbirth. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 415-423.
- Walker, L., Timmerman, G. M., Kim, M., & Sterling, B. (2002). Relationships between body image and depressive symptoms during postpartum in ethnically diverse, low income women. *Women and Health*, 36, 101-121.
- Watanabe, M. et al. (2008). Maternity blues as predictor of postpartum depression: a prospective cohort study among Japanese women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(3), 206-212.
- Weinfeld, N. S., Ingerski, L., & Moreau, S. C. (2009). Maternal and Paternal Depressive Symptoms as Predictors of Toddler Adjustment. *Journal of Child and Family Studies*, 18(1), 39-47.
- Westdahl, C., Milan, S., Magriples, U., Kershaw, T. S., Rising, S. S., & Ickovics, J. R. (2007). Social support and social conflict as predictors of prenatal depression. *Obstetrics & Gynecology*, 10(1), 134-140.
- Wilcox, B. L. (1981). Social support, life stress, and psychological adjustment: A test of the buffering hypothesis. *American Journal of Community Psychology*, 9, 371-386.

- Wilcox, D. L., Yovich, J. L., McColm, S. C., & Phillips, J. M. (1985). Progesterone, cortisol, and oestradiol-17 beta in initiation of human parturition: Partitioning between free and bound hormone in plasma. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 92, 65-71.
- Wilkins, C., Baker, R., Bick, D., & Thomas, P. (2009). Emotional processing in childbirth: a predictor of postnatal depression? *British Medical Journal*, 17(3), 154-159.
- Withataprapaipan, S. (2003). *Influence of personal, life events and social support on depression of postpartum mothers*. Unpublished master's thesis, Mahidol University. Bangkok, Thailand.
- World Health Organization. (2001). *The Second Decade: Improving Adolescent Health and Development*. Department of Child and Adolescent Health and Development Family and Community Health. Geneva.
- Xie, R., He, G., Liu A., Bradwejn, J., Walker M., & Wen, S.W. (2007). Fetal gender and postpartum depression in a cohort of Chinese women. *Social Science & Medicine*, 65, 680-684.
- Xie, R., He, G., Koszycki, D., Walker, M., & Wen, S. W. (2009). Prenatal Social Support, Postnatal Social Support, and Postpartum Depression. *Annals of Epidemiology*, 19(9), 637-643.
- Yozwiak, J. A. (2009). Postpartum Depression and Adolescent Mothers: A Review of Assessment and Treatment Approaches. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 23(3), 172-178.
- Zayas, L. H., Jankowski, K. R. B., & McKee, M. D. (2005). Parenting Competency Across Pregnancy and Postpartum Among Urban Minority Women. *Journal of Adult Development*, 12(1), 53-62.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยูอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- พัทตร์วิไล ศรีแสง. (2549). ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด: สิ่งที่ยาบาลควรรู้. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 29(1), 46-53.

- มณีกานต์ สุภาเส. (2551). *ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันเพ็ญ บุญประกอบ. (2547). Critical issue in adolescent development. ใน พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา สุวรรณา เรื่อง กาญจนเศรษฐ์ วิจิตรณ บุญสิทธิ และ วิโรจน์ อารีย์กุล (บรรณาธิการ). *กลยุทธ์การดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ “วัยรุ่น”* (หน้า 25-31). ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย.
- ยุวดี ฤาชาและคณะ. (2543). *วิจัยทางการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โครงการตำราภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2543). *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุพรรณิ สุ่มเล็ก. (2538). *รูปแบบเชิงสาเหตุของความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาเป็นครั้งแรก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัญชลี ภู่งศ์. (2552). *อุบัติการณ์การตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์วัยรุ่น*. โรงพยาบาลขอนแก่นวิทยุ. *สวรงค์ประชารักษ์เวชสาร*, 6(1), 1-10.
- อุมพร ตรังคสมบัติ วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และ ปิยะลัมพร หะวานนท์. (2540). การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42(1), 2-13.



ภาคผนวก ก

การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน



COA.No.MU-IRB/C 2010/ 68.1211

Documentary Proof of Mahidol University Institutional Review Board Panel C (Nursing)

Title of Project: FACTORS PREDICTING POSTPARTUM DEPRESSION IN ADOLESCENT MOTHERS

Project Number: MU-IRB/C 2010/ 100.0510

Principle Investigator: Lt. Kinnaree Chaisawan

Name of Institution: Faculty of Nursing Mahidol University

Approval includes

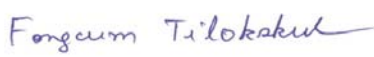
- 1) MU-IRB/C Submission form version received date 10 November 2010
- 2) Participant Information sheet version date 10 November 2010
- 3) Consent form version date 10 November 2010
- 4) Questionnaire version received date 10 November 2010

Mahidol University Institutional Review Board Panel C (Nursing) is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Approval: 12 November 2010

Date of Expiration: 12 November 2011

Signature of Chair: 
(Associate Professor Pornsri Sriussadaporn)
Chair

Signature of Dean, Faculty of Nursing 
(Associate Professor Dr. Fongcum Tilokskulchai)
Dean, Faculty of Nursing

Office of Institutional Review Board panel C (Nursing) Room 502 Faculty of Nursing, 2 Phrannok Road, Bangkok 10700, THAILAND Tel: (662)-419-7466-80 Ext. 1500, 1503

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

คำชี้แจง แบบสอบถามสำหรับมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ซึ่งการตอบแบบสอบถามจะใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1	แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 11 ข้อ
ส่วนที่ 2	แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา	จำนวน 17 ข้อ
ส่วนที่ 3	แบบสอบถามความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร	จำนวน 27 ข้อ
ส่วนที่ 4	แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 5	แบบวัดภาวะซึมเศร้า	จำนวน 20 ข้อ

วันที่ตอบแบบสอบถาม / /

เลขที่แบบสอบถาม [][][][]

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หรือเติมคำในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. ปัจจุบันท่านอายุ ปี เดือน
2. สถานภาพสมรส

☐ 1) คู่ (อยู่ด้วยกันกับสามี)	☐ 2) หม้าย / หย่า / แยก
☐ 3) คู่ (ไม่ได้อยู่ด้วยกันกับสามี)	☐ 4) อื่นๆ ระบุ
3. ท่านจบการศึกษาสูงสุดชั้น
4. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพ

☐ 1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ / แม่บ้าน	☐ 2) รับจ้าง ระบุ
☐ 3) นักเรียน / นักศึกษา	☐ 4) ธุรกิจส่วนตัว ระบุ
☐ 5) อื่นๆ ระบุ	
5. รายรับของครอบครัวต่อเดือน.....บาท
 รายรับที่ท่านได้รับมาจากแหล่งใด (สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 1) การทำงาน	☐ 2) สามี	☐ 3) บิดา/มารดา	☐ 4) อื่นๆ
--------------------------------------	----------------------------------	--	-----------------------------------

 รายรับที่ได้รับพอใช้หรือไม่

☐ 1) พอใช้	☐ 2) ไม่พอใช้
-----------------------------------	--------------------------------------
6. ความพร้อมในการมีบุตร

☐ 1) พร้อม						
☐ 2) ไม่พร้อม เนื่องจาก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)						
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ 2.1) ยังไม่แต่งงาน</td> <td>☐ 2.2) ยังไม่มีงานทำ</td> </tr> <tr> <td>☐ 2.3) กำลังเรียนหนังสือ</td> <td>☐ 2.4) สมาชิกในครอบครัวไม่ยอมรับการตั้งครรภ์</td> </tr> <tr> <td>☐ 2.5) อื่นๆ</td> <td></td> </tr> </table>	☐ 2.1) ยังไม่แต่งงาน	☐ 2.2) ยังไม่มีงานทำ	☐ 2.3) กำลังเรียนหนังสือ	☐ 2.4) สมาชิกในครอบครัวไม่ยอมรับการตั้งครรภ์	☐ 2.5) อื่นๆ	
☐ 2.1) ยังไม่แต่งงาน	☐ 2.2) ยังไม่มีงานทำ					
☐ 2.3) กำลังเรียนหนังสือ	☐ 2.4) สมาชิกในครอบครัวไม่ยอมรับการตั้งครรภ์					
☐ 2.5) อื่นๆ						
7. การตั้งครรภ์บุตรคนนี้เป็น การตั้งครรภ์ครั้งที่
8. น้ำหนักแรกเกิดของบุตร กรัม

9. สุขภาพทั่วไปของบุตรตอนแรกเกิด

☐

ปกติ

☐

ไม่ปกติ (ภาวะตัวเหลือง คลอดก่อนกำหนด มีการติดเชื้อ เป็นต้น) โปรดระบุ.....

10. ท่านเคยแท้งบุตรหรือไม่

☐

1) เคยแท้ง ครั้ง

☐

2) ไม่เคยแท้ง

11. ท่านคลอดบุตรครั้งนี้ด้วยวิธี

☐

1) คลอดปกติ

☐

2) ใช้เครื่องดูดสุญญากาศ

☐

3) ใช้คีม

☐

4) ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา

คำชี้แจง ตลอดระยะเวลา 6-8 สัปดาห์หลังคลอด ต้องการทราบว่าในการดูแลบุตรครั้งนี้ท่านมีการเรียนรู้และรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาของตนเองอย่างไร โดยโปรดพิจารณาแต่ละข้อความ และกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่อธิบายความรู้สึกของท่านได้ตรงที่สุด

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
1. การแก้ปัญหาในการดูแลลูกเป็นเรื่องง่ายเพราะฉันเกิดการเรียนรู้และเข้าใจในการดูแลลูก					
2. ฉันรู้ดีว่าการเป็นแม่ที่ดี เป็นรางวัลชีวิตอย่างหนึ่ง แต่ขณะนี้ฉันรู้สึกค้ำข้องใจกับการดูแลลูกในวัยนี้					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
16. การเป็นแม่ทำให้ฉันรู้สึกตึงเครียดและกังวลมาก					
17. การเป็นแม่ที่ดีเป็นเสมือนรางวัลในตัวอยู่แล้ว					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับความรู้สึกไม่สบายใจหรือคับข้องใจความรู้สึกเครียดจากเหตุการณ์ที่ได้เลี้ยงดูบุตรมาเป็นเวลา 6-8 สัปดาห์ โดยเปรียบเทียบกับพฤติกรรมของทารกคนอื่นๆที่ท่านเคยพบหรือรู้จัก โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและพิจารณาว่ามีเหตุการณ์เกิดขึ้นตามข้อความแต่ละข้อหรือไม่ ถ้ามีเหตุการณ์ในแต่ละข้อเกิดขึ้นท่านมีความเครียดเพียงใด กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริงมากที่สุด ขอให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คำตอบไม่มีถูกหรือผิด โดยพิจารณาคำตอบดังนี้

ข้อความ	ไม่มี เหตุ การณ์ เกิดขึ้น	มีเหตุการณ์เกิดขึ้น				
		เครียด น้อย ที่สุด หรือ ไม่มี ความ เครียด	เครียด ค่อนข้าง น้อย	เครียด ปาน กลาง	เครียด ค่อนข้าง มาก	เครียด มาก ที่สุด
1. ลูกของท่านมีปัญหาสุขภาพตั้งแต่แรกเกิด						
2. ลูกของท่านเจ็บป่วยบ่อย						
.						
.						
.						
.						
26. การเลี้ยงลูกทำให้เสียเวลาในการทำกิจกรรมอื่นๆ						
27. ท่านมีความขัดแย้งกับสามีในการเลี้ยงลูก						

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ขอให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้และพิจารณาว่าท่านมีความรู้สึกอย่างไรต่อข้อความที่อ่าน การตอบคำถามในห้วงกลมล้อมรอบหมายเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ทำเครื่องหมายวงกลมเลข 1 หากท่านรู้สึก	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ทำเครื่องหมายวงกลมเลข 2 หากท่านรู้สึก	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
ทำเครื่องหมายวงกลมเลข 3 หากท่านรู้สึก	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย
ทำเครื่องหมายวงกลมเลข 4 หากท่านรู้สึก	มีความเห็นปานกลาง
ทำเครื่องหมายวงกลมเลข 5 หากท่านรู้สึก	เห็นด้วยเล็กน้อย
ทำเครื่องหมายวงกลมเลข 6 หากท่านรู้สึก	เห็นด้วยอย่างมาก
ทำเครื่องหมายวงกลมเลข 7 หากท่านรู้สึก	เห็นด้วยอย่างมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น						
1. ฉันมีคนพิเศษที่คอยให้ความช่วยเหลือ เมื่อยามที่ฉันต้องการ	1	2	3	4	5	6	7
2. ฉันมีคนพิเศษที่ฉันสามารถแบ่งปันความสุขและความทุกข์ได้	1	2	3	4	5	6	7
.	1	2	3	4	5	6	7
.	1	2	3	4	5	6	7
.	1	2	3	4	5	6	7
.	1	2	3	4	5	6	7
.	1	2	3	4	5	6	7
.	1	2	3	4	5	6	7
.	1	2	3	4	5	6	7
11. ครอบครัวของฉันยินดีจะช่วยฉันตัดสินใจ	1	2	3	4	5	6	7
12. ฉันสามารถพูดปัญหาของฉันกับเพื่อนของฉันได้	1	2	3	4	5	6	7

ส่วนที่ 5 แบบวัดภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง ขอให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้และพิจารณาว่าท่านมีความรู้สึกดังต่อไปนี้บ่อยเพียงใดใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยการเลือกตอบจะถือเกณฑ์ดังนี้

ไม่เคย	หมายถึง ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นน้อยกว่า 1 วันใน 1 สัปดาห์
นานๆ ครั้ง	หมายถึง ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 1-2 วันใน 1 สัปดาห์
บ่อย ๆ	หมายถึง ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 3-4 วันใน 1 สัปดาห์
ประจำ	หมายถึง ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 5-7 วันใน 1 สัปดาห์

ข้อความ	ไม่เคย (< 1 วัน)	นานๆ ครั้ง (1-2 วัน)	บ่อยๆ (3-4 วัน)	ประจำ (5-7 วัน)
1. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
19. ผู้คนรอบข้างไม่ชอบฉัน				
20. ฉันรู้สึกท้อถอยในชีวิต				

ภาคผนวก ค

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร. ทศนี ประสพกิจดิคุณ
ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์
ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์
ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิตยา สิ้นสุกใส
ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
5. อาจารย์ ดร. วรณา พาหุวัฒน์กร
ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ง

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

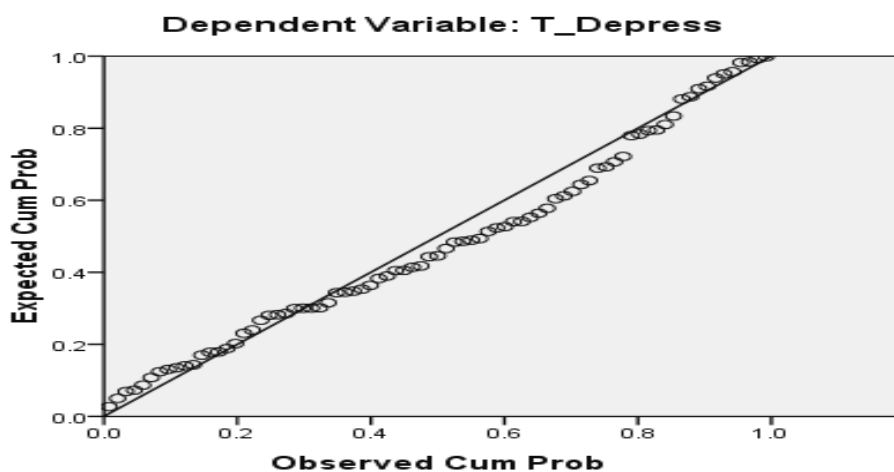
ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเข้าพร้อมกันทั้งหมด มีตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมด 4 ตัวแปร คือ อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งในการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ พบว่า

1. ตรวจสอบการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality) ของตัวแปรแต่ละตัวโดยใช้ Komogorov Smirnov test พบว่ามีค่าอยู่ในช่วง 0.026-0.687 ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น จากลักษณะของข้อมูลของค่าคะแนนความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร พบว่า คะแนนความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรมีค่า Outlier จำนวนหนึ่ง คือ ID ที่ 3, 10, 13, 17 และ 73 โดยมีค่าคะแนนเท่ากับ 75, 78, 70, 74, และ 72 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาจากลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่าแม้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรสูง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นความเครียดในด้านสุขภาพของบุตร และด้านพฤติกรรมของบุตร แต่มารดาวัยรุ่นเหล่านี้มีการสนับสนุนช่วยเหลือจากสามีและครอบครัวที่ดี และไม่มีปัญหาทางด้านค่าใช้จ่ายในระยะหลังคลอด อาจส่งผลให้มีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับที่ไม่สูงมากนัก ดังนั้นจึงแก้ไขโดยไม่นำกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าผิดปกติมาวิเคราะห์ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่เหลือต้องไม่น้อยกว่าขนาดตัวอย่างที่ระบุในเงื่อนไขของสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) คือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ต้องมีขนาด 15-20 เท่าของตัวแปรอิสระที่ทำการศึกษา (บุญใจ ศรีสถิตยธร, 2553) ซึ่งในการศึกษาในครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรอิสระทั้งสิ้น 4 ตัวแปร ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นไปได้ตามเงื่อนไขนี้ คือ 60-80 ราย ซึ่งเมื่อตัดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นค่า Outlier จำนวน 5 ราย จะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเหลือ 79 ราย และเมื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลอีกครั้ง โดยใช้ Komogorov Smirnov test พบว่ามีค่าอยู่ในช่วงมากกว่า .05 ทุกค่าซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

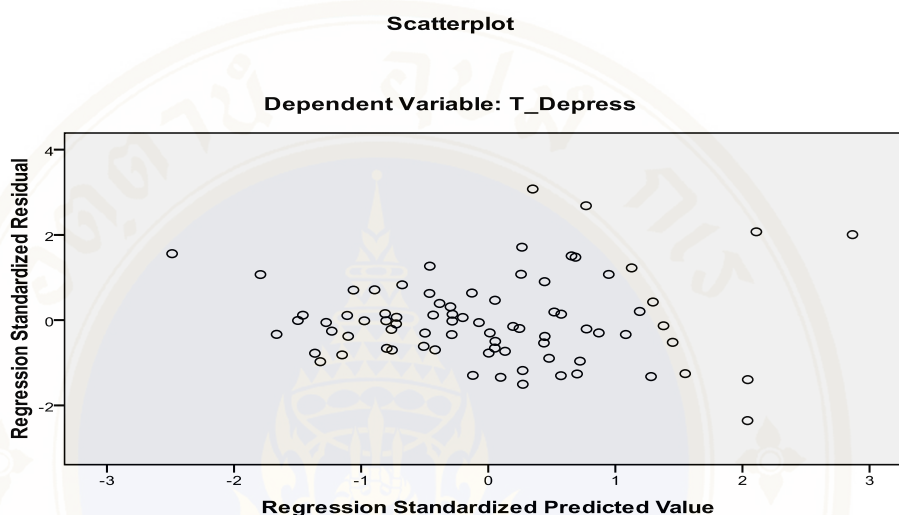
One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test						
		Age	T_CCS	T_PSOC	T_SSP	T_Depress
N		79	79	79	79	79
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	17.3724	21.4684	52.3165	61.3418	15.7848
	Std. Deviation	1.43532	14.83312	6.95322	12.53394	8.47723
Most Extreme Differences	Absolute	.132	.149	.074	.084	.148
	Positive	.128	.149	.074	.037	.148
	Negative	-.132	-.107	-.064	-.084	-.099
Kolmogorov-Smirnov Z		1.172	1.328	.654	.749	1.316
Asymp. Sig. (2-tailed)		.128	.059	.787	.629	.063
a. Test distribution is Normal.						
b. Calculated from data.						

2. ตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามโดยการทำ scatter plot พบว่าตัวแปรที่ศึกษาทุกตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นตามข้อตกลงเบื้องต้น

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



3. ตรวจสอบค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระทุกตัวต้องมีค่าคงที่ (Homocedasticity) โดยพิจารณาจากค่า Regression Standardized Residual Value พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.00 แสดงว่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ ซึ่งเป็นตามข้อตกลงเบื้องต้น



4. ตรวจสอบตัวแปรอิสระทั้งหลายที่ใช้ศึกษาต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) โดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Person's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่ศึกษา มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำถึงปานกลาง คือมีค่า r อยู่ระหว่าง .06-.37 จึงไม่มีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ

Correlations

		T_Depress	Age	T_CCS	T_PSOC	T_SSP
Pearson Correlation	T_Depress	1.000	-.058	.566	-.553	-.347
	Age	-.058	1.000	.191	.086	-.057
	T_CCS	.566	.191	1.000	-.323	-.374
	T_PSOC	-.553	.086	-.323	1.000	.149
	T_SSP	-.347	-.057	-.374	.149	1.000
Sig. (1-tailed)	T_Depress	.	.307	.000	.000	.001
	Age	.307	.	.046	.226	.309
	T_CCS	.000	.046	.	.002	.000
	T_PSOC	.000	.226	.002	.	.094
	T_SSP	.001	.309	.000	.094	.
N	T_Depress	79	79	79	79	79
	Age	79	79	79	79	79
	T_CCS	79	79	79	79	79
	T_PSOC	79	79	79	79	79
	T_SSP	79	79	79	79	79

p < .05, ** p < .01

ภาคผนวก จ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง จ.1 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา
จำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน (n = 84)

การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	$\bar{X}$	S.D.
	อย่าง	อย่าง			อย่าง		
	ยิ่ง	ยิ่ง			ยิ่ง		
	%	%	%	%	%		
	(n)	(n)	(n)	(n)	(n)		
โดยรวม						52.27	7.03
ความรู้ถึงคุณค่าหรือ						30.21	3.93
ความพึงพอใจในการเป็นมารดา							
การแก้ปัญหาในการดูแลลูกเป็นเรื่องง่าย....	15.48	63.10	20.24	1.19	0.00	3.93	0.64
	(13)	(53)	(17)	(1)	(0)		
ฉันจะเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับแม่คนอื่นๆ..	28.57	48.81	15.48	7.14	0.00	3.99	0.86
	(24)	(41)	(13)	(6)	(0)		
การเป็นแม่เป็นสิ่งที่สามารถจัดการได้...	14.29	40.48	34.52	9.52	1.19	3.57	0.90
	(12)	(34)	(29)	(8)	(1)		
ฉัน..ดูแลลูกของตนเองได้อย่าง..ชำนาญ...	9.52	40.48	35.71	13.10	1.19	3.44	0.89
	(8)	(34)	(30)	(11)	(1)		
...หาคำตอบได้ว่า อะไรทำให้เกิดปัญหา...	9.52	46.43	35.71	7.14	1.19	3.56	0.81
	(8)	(39)	(30)	(6)	(1)		
...ฉันคุ้นเคยกับบทบาทแม่เป็นอย่างดี	23.81	40.48	26.19	9.52	0.00	3.79	0.92
	(20)	(34)	(22)	(8)	(0)		
...ฉันมีทักษะ...ในการเป็นแม่ที่ดี...	19.05	44.05	30.95	4.76	1.19	3.75	0.86
	(16)	(37)	(26)	(4)	(1)		

ตาราง จ.1 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา
จำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน (n = 84) (ต่อ)

การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	$\bar{X}$	S.D.
	%	%	%	%	%		
	(n)	(n)	(n)	(n)	(n)		
การเป็นแม่ที่ดีเป็นเสมือนรางวัล...	38.10 (32)	44.05 (37)	16.67 (14)	1.19 (1)	0.00 (0)	4.19	0.75
ความสามารถในทักษะหรือ ความรู้ในการเป็นมารดา						22.06	5.87
...ฉันรู้สึกกับข้อใจกับการดูแลลูก	15.48 (13)	40.48 (34)	25.00 (21)	11.90 (10)	7.14 (6)	2.55	1.11
...ทำหน้าที่ในการดูแลลูกได้ไม่สมบูรณ์	21.43 (18)	27.38 (23)	28.57 (24)	17.86 (15)	4.76 (4)	2.57	1.15
...รู้สึกว่าไม่สามารถจัดการสิ่งต่างๆได้ดี	20.24 (17)	33.33 (28)	33.33 (28)	10.71 (9)	2.38 (2)	2.42	1.01
...แม่...มีการเตรียมตัวเป็นแม่ได้ดีกว่าฉัน	47.62 (40)	33.33 (28)	11.90 (10)	7.14 (6)	0.00 (0)	1.79	0.92
...ฉันไม่รู้ว่า ฉันทำหน้าที่ได้ดีหรือไม่ดี	25.00 (21)	46.43 (39)	17.86 (15)	9.52 (8)	1.19 (1)	2.15	0.95
...ฉันรู้สึกเหมือนกับว่าทำงานไม่เสร็จเลย	17.86 (15)	34.52 (29)	20.24 (17)	22.62 (19)	4.76 (4)	2.62	1.16
...สนใจในด้านอื่น ๆ มากกว่าการเป็นแม่	7.14 (6)	17.86 (15)	34.52 (29)	29.76 (25)	10.71 (9)	3.19	1.08
...ฉันคงมีแรงจูงใจในการทำหน้าที่...	30.95 (26)	50.00 (42)	15.48 (13)	2.38 (2)	1.19 (1)	1.93	0.82
การเป็นแม่ทำให้ฉันรู้สึกดีถึงชีวิต...	16.67 (14)	27.38 (23)	20.24 (17)	26.19 (22)	9.52 (8)	2.85	1.26

ตาราง จ.2 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรจำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน (n = 84)

	ไม่มีเหตุ	มีเหตุการณ์เกิดขึ้น					$\bar{X}$	S.D.
		เหตุการ เกิด ขึ้น	เครียด	เครียด	เครียด	เครียด		
			น้อย	ค่อนข้าง	ปานกลาง	ค่อนข้าง		
			ที่สุด	ข้าง	มาก	มากที่สุด		
			ไม่เครียด	น้อย	มาก	มากที่สุด		
	%	%	%	%	%	%		
	(n)	(n)	(n)	(n)	(n)	(n)		
โดยรวม							24.58	19.04
ภาวะสุขภาพของบุตร							2.11	2.67
ลูกของท่านมีปัญหาสุขภาพ...	69.05	4.76	4.76	8.33	4.76	8.33	1.00	1.70
	(58)	(4)	(4)	(7)	(4)	(7)		
ลูกของท่านเจ็บป่วยบ่อย...	72.62	9.52	4.76	5.95	5.95	1.19	.67	1.28
	(61)	(8)	(4)	(5)	(5)	(1)		
ลูกของท่านตัวเล็กกว่าเด็กคนอื่น...	77.38	11.90	3.57	3.57	3.57	0.00	0.44	0.99
	(65)	(10)	(3)	(3)	(3)	0		
พฤติกรรมของบุตร							14.83	11.29
...ร้องไห้กวน...	53.57	17.86	14.29	8.33	4.76	1.19	0.96	1.28
	(45)	(15)	(12)	(7)	(4)	(1)		
...เวลาถูกร้องท่าน...	35.71	32.14	13.10	14.29	2.38	2.38	1.23	1.27
	(30)	(27)	(11)	(12)	(2)	(2)		
...ร้องไห้นานๆและ...	70.24	11.90	3.57	5.95	7.14	1.19	0.71	1.32
	(59)	(10)	(3)	(5)	(6)	(1)		
...หงุดหงิดหรือโมโหง่าย...	46.43	29.76	7.14	9.52	7.14	0.00	1.01	1.26
	(39)	(25)	(6)	(8)	(6)	(0)		
...ไม่ยอมดูนมแม่...	60.71	11.90	5.95	8.33	2.38	10.71	1.12	1.72
	(51)	(10)	(5)	(7)	(2)	(9)		
...กินนมไม่เป็นเวลา...	45.24	26.19	17.86	9.52	1.19	0.00	0.95	1.06
	(38)	(22)	(15)	(8)	(1)	(0)		

ตาราง จ.2 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรจำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน (n = 84) (ต่อ)

ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร	ไม่มี เหตุ การ เกิด ขึ้น	มีเหตุการณ์เกิดขึ้น					$\bar{X}$	S.D.
		เครียด น้อย ที่สุด	เครียด ค่อนข้าง	เครียด ปาน กลาง	เครียด ค่อนข้าง	เครียด มาก ที่สุด		
		ไม่ เครียด						
		%	%	%	%	%		
		(n)	(n)	(n)	(n)	(n)		
...แหวนนมหรืออาเจียน...	22.62 (19)	40.48 (34)	14.29 (12)	16.67 (14)	4.76 (4)	1.19 (1)	1.44	1.22
...นอนหลับยาก...	50.00 (42)	19.05 (16)	9.52 (8)	11.90 (10)	9.52 (8)	0.00 (0)	1.12	1.39
...หลับได้ไม่นานและ...	38.10 (32)	27.38 (23)	17.86 (15)	13.10 (11)	3.57 (3)	0.00 (0)	1.17	1.18
...นอนไม่เป็นเวลา...	38.10 (32)	32.14 (27)	17.86 (15)	11.90 (10)	0.00 (0)	0.00 (0)	1.04	1.02
...นอนตลอดทั้งวัน...	51.19 (43)	28.57 (24)	9.52 (8)	8.33 (7)	2.38 (2)	0.00 (0)	0.82	1.07
...ถ่ายอุจจาระบ่อยครั้ง...	55.95 (47)	30.95 (26)	3.57 (3)	8.33 (7)	1.19 (1)	0.00 (0)	0.68	0.97
...ถ่ายอุจจาระผิดปกติ...	70.24 (59)	9.52 (8)	11.90 (10)	1.19 (1)	4.76 (4)	2.38 (2)	0.68	1.26
...ถ่ายอุจจาระลำบาก...	61.90 (52)	15.48 (13)	3.57 (3)	8.33 (7)	4.76 (4)	5.95 (5)	0.96	1.55
...ถ่ายอุจจาระไม่เป็นเวลา...	39.29 (33)	36.90 (31)	14.29 (12)	9.52 (8)	0.00 (0)	0.00 (0)	0.94	0.96

ตาราง จ.2 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรจำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน (n = 84) (ต่อ)

ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร	ไม่มี เหตุ การ เกิด ขึ้น	มีเหตุการณ์เกิดขึ้น					$\bar{X}$	S.D.
		เครียด น้อย ที่สุด/ ไม่ เครียด	เครียด ค่อนข้าง	เครียด ปาน กลาง	เครียด ค่อนข้าง	เครียด มาก ที่สุด		
		%	%	%	%	%		
		(n)	(n)	(n)	(n)	(n)		
การไม่ได้รับการสนับสนุนจาก สามีและครอบครัว							7.64	8.83
...ไม่ได้รับการช่วย...ค่าใช้จ่าย...	63.10 (53)	15.48 (13)	4.76 (4)	7.14 (6)	4.76 (4)	4.76 (4)	0.89	1.47
...ไม่ได้รับการช่วย...เลี้ยงลูก..	65.48 (55)	9.52 (8)	9.52 (8)	8.33 (7)	2.38 (2)	4.76 (4)	0.87	1.44
...ทำงานบ้านคนเดียว...	67.86 (57)	9.52 (8)	10.71 (9)	5.95 (5)	1.19 (1)	4.76 (4)	0.77	1.37
...ไม่มีคนที่จะให้คำแนะนำ...	77.38 (65)	9.52 (8)	4.76 (4)	3.57 (3)	2.38 (2)	2.38 (2)	0.51	1.16
สามีตำหนิต่าน...	59.52 (50)	16.67 (14)	7.14 (6)	8.33 (7)	3.57 (3)	4.76 (4)	0.94	1.45
ญาติพี่น้อง ญาติสามีตำหนิ...	64.29 (54)	15.48 (13)	7.14 (6)	7.14 (6)	1.19 (1)	4.76 (4)	0.80	1.36
...ไม่แน่ใจว่าให้ลูกดูคน...	35.71 (30)	23.81 (20)	19.05 (16)	11.90 (10)	4.76 (4)	4.76 (4)	1.40	1.44
การเลี้ยงลูกทำให้เสียเวลา...	67.86 (57)	11.90 (10)	7.14 (6)	9.52 (8)	1.19 (1)	2.38 (2)	0.71	1.25
...มีความขัดแย้งกับสามี...	66.67 (56)	11.90 (10)	10.71 (9)	5.95 (5)	1.19 (1)	3.57 (3)	0.74	1.28

ตาราง จ.3 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคม จำแนกเป็นราย
ข้อและรายด้าน (n = 84)

การสนับสนุนทาง สังคม	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง มาก	ไม่ เห็น ด้วย เล็กน้อย	มี ความ เห็น ปาน กลาง	เห็น ด้วย เล็กน้อย	เห็น ด้วย อย่าง มาก	เห็น ด้วย มากที่สุด	$\bar{X}$	S.D.
	%	%	%	%	%	%	%		
	(n)	(n)	(n)	(n)	(n)	(n)	(n)		
โดยรวม								60.82	12.97
การสนับสนุนจาก บุคคลสำคัญ								20.98	4.98
...ให้ความช่วยเหลือ...	5.95 (5)	3.57 (3)	5.95 (5)	20.24 (17)	17.86 (15)	19.05 (16)	27.38 (23)	5.07	1.74
...แบ่งปันความสุข...	5.95 (5)	1.19 (1)	10.71 (9)	20.24 (17)	15.48 (13)	26.19 (22)	20.24 (17)	4.98	1.67
...ช่วยเหลือใจ...	4.76 (4)	3.57 (3)	3.57 (3)	14.29 (12)	14.29 (12)	25.00 (21)	34.52 (29)	5.43	1.69
...ห่วงใยความรู้สึก...	3.57 (3)	2.38 (2)	2.38 (2)	16.67 (14)	13.10 (11)	30.95 (26)	30.95 (26)	5.50	1.54
การสนับสนุนจาก ครอบครัว								22.83	4.85
...พยายามอย่างจริงจัง...	1.19 (1)	1.19 (1)	1.19 (1)	15.48 (13)	11.90 (10)	22.62 (19)	46.43 (39)	5.89	1.34
...การช่วยเหลือทาง...	3.57 (3)	1.19 (1)	1.19 (1)	11.90 (10)	15.48 (13)	25.00 (21)	41.67 (35)	5.76	1.49
...พูดคุยเกี่ยวกับปัญหา...	7.14 (6)	1.19 (1)	4.76 (4)	13.10 (11)	20.24 (17)	25.00 (21)	28.57 (24)	5.27	1.71
...ช่วยเหลือกันตัดสินใจ...	2.38 (2)	1.19 (1)	0.00 (0)	14.29 (12)	10.71 (9)	25.00 (21)	46.43 (39)	5.90	1.40

ตาราง จ.3 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคม จำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน (n = 84) (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วยอย่าง	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	มีความเห็นปานกลาง	เห็นด้วยเล็กน้อย	เห็นด้วยอย่าง	เห็นด้วยที่สุด	$\bar{X}$	S.D.
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)		
การสนับสนุนจากเพื่อน								17.01	6.44
...พยายามอย่างยิ่ง...	14.29 (12)	8.33 (7)	3.57 (3)	28.57 (24)	15.48 (13)	16.67 (14)	13.10 (11)	4.25	1.91
...เชื่อใจเพื่อนของฉัน...	22.62 (19)	3.57 (3)	8.33 (7)	25.00 (21)	21.43 (18)	8.33 (7)	10.71 (9)	3.87	1.95
...แบ่งปันความสุข...	10.71 (9)	13.10 (11)	4.76 (4)	20.24 (17)	22.62 (19)	16.67 (14)	11.90 (10)	4.29	1.86
...พูดคุยปัญหาของฉัน...	8.33 (7)	5.95 (5)	5.95 (5)	27.38 (23)	19.05 (16)	15.48 (13)	17.86 (15)	4.61	1.77

ตาราง จ.4 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้า จำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน (n = 84)

ภาวะซึมเศร้า	ไม่เลย	นานๆ	บ่อยๆ	ประจำ	$\bar{X}$	S.D.
	ครั้ง					
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)		
โดยรวม					15.99	8.67
อารมณ์ซึมเศร้า					4.99	4.26
ฉันไม่สามารถจัดความเศร้า...	46.43 (39)	38.10 (32)	13.10 (11)	2.38 (2)	0.71	0.79
ฉันรู้สึกหดหู่	52.38 (44)	27.38 (23)	14.29 (12)	5.95 (5)	0.74	0.920
ฉันรู้สึกว่าชีวิตมีแต่สิ่งลึ้มเหลว	61.90 (52)	26.19 (22)	7.14 (6)	4.76 (4)	0.55	0.83
ฉันรู้สึกหาวดกแล้ว	64.29 (54)	28.57 (24)	3.57 (3)	3.57 (3)	0.46	0.74
ฉันรู้สึกเหงา	41.67 (35)	40.48 (34)	11.90 (10)	5.95 (5)	0.82	0.87
ฉันร้องไห้	40.48 (34)	45.24 (38)	8.33 (7)	5.95 (5)	0.80	0.83
ฉันรู้สึกเศร้า	33.33 (28)	48.81 (41)	11.90 (10)	5.95 (5)	0.90	0.83

ตาราง จ.4 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้า จำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน (n = 84) (ต่อ)

ภาวะซึมเศร้า	ไม่เลย	นานๆ	บ่อยๆ	ประจำ	$\bar{X}$	S.D.
		ครั้ง				
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)		
อารมณ์ในด้านบวก					5.37	2.43
ฉันรู้สึกว่ตนเองดีพอๆกับคนอื่น	21.43 (18)	53.57 (45)	17.86 (15)	7.14 (6)	1.89	0.82
ฉันมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต	15.48 (13)	22.62 (19)	36.90 (31)	25.00 (21)	1.29	1.01
ฉันมีความสุข	4.76 (4)	10.71 (9)	48.81 (41)	35.71 (30)	0.85	0.80
ฉันรู้สึกว่ชีวิตนี้สนุกสนาน	10.71 (9)	32.14 (27)	38.10 (32)	19.05 (16)	1.35	0.91
อาการทางกาย					5.24	3.70
ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย	25.00 (21)	54.76 (46)	10.71 (9)	9.52 (8)	1.05	0.86
ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร	42.86 (36)	29.76 (25)	19.05 (16)	8.33 (7)	0.93	0.98
ฉันไม่มีสมาธิ	42.86 (36)	41.67 (35)	13.10 (11)	2.38 (2)	0.75	0.77
ทุกๆสิ่งว่ฉันกระทำจะต้องฝืนใจ	70.24 (59)	21.43 (18)	5.95 (5)	2.38 (2)	0.40	0.71
ฉันนอนไม่ค่อยหลับ	47.62 (40)	34.52 (29)	11.90 (10)	5.95 (5)	0.76	0.89
ฉันไม่ค่อยอยากคุยกับใคร	52.38 (44)	33.33 (28)	8.33 (7)	5.95 (5)	0.68	0.87
ฉันรู้สึกท้อถอยในชีวิต	55.95 (47)	28.57 (24)	8.33 (7)	7.14 (6)	0.67	0.91

ตาราง จ.4 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้า จำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน (n = 84) (ต่อ)

ภาวะซึมเศร้า	ไม่เคย	นานๆ	บ่อยๆ	ประจำ	$\bar{X}$	S.D.
		ครั้ง				
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)		
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล					0.39	0.78
ผู้คนทั่วไปไม่ค่อยเป็นมิตรกับฉัน	80.95 (68)	15.48 (13)	3.57 (3)	0.00 (0)	0.23	0.50
ผู้คนรอบข้างไม่ชอบฉัน	83.33 (70)	16.67 (14)	0.00 (0)	0.00 (0)	0.17	0.38

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	เรือเอกหญิงกนิรี ชัยสวรรค์
วัน เดือน ปีเกิด	29 มีนาคม 2523
สถานที่เกิด	บุรีรัมย์
วุฒิการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบเรือ, พ.ศ. 2546 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2554 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์ชั้นสูง)
ที่อยู่ปัจจุบัน	504/57 โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า (หอพัก พยาบาลอาคาร 2) ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบวรคดี เขตธนบุรี กรุงเทพฯ 10600 Email: g5136722@student.mahidol.ac.th โทร. 086-6237947
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน	พยาบาลฝ่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระ ปิ่นเกล้า 504/57 โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบวรคดี เขตธนบุรี กรุงเทพฯ 10600 โทร. 02-4752550