

ผลของโปรแกรมการให้การศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนความรู้
ต่ออาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์

สินวล สะอาดชุม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2555

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้
ต่ออาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์

สีกนก สะอาดชุม

พันจ่าเอกหญิง สีนวล สะอาดชุม

ผู้วิจัย

ศุภรณ อดิสราน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ณวิวรรณ อยู่สำราญ,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

สมพร รติธร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สมพร รติธร,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

อรรถพร สิริบุญวงศ์

รองศาสตราจารย์ อรรถพร สิริบุญวงศ์,

พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

สมพร รติธร

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

สมพร รติธร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นิตยา สีนสุกใส,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้
ต่ออาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

วันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ. 2555

สัณวดี ส.อานนท์

พ.จ.อ.หญิง สันวดี สะอาดชุม
ผู้วิจัย

อ.นงนุช อัครวิเศษ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อูษาวดี อัครวิเศษ,
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อ.นงนุช

รองศาสตราจารย์สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล,
พย.ด.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อ.นงนุช

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอมพร รตินธร,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อ.นงนุช

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

อ.นงนุช อัครวิเศษ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฉวีวรรณ อยู่สำราญ,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อ.นงนุช

รองศาสตราจารย์อังฉราพร สิริรัญวงศ์,
พย.ด.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อ.นงนุช อัครวิเศษ

รองศาสตราจารย์พองคำ ดิลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยความช่วยเหลือจาก ผศ.ดร.ฉวีวรรณ อยู่สำราญ ประธานคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผศ.ดร.เอมพร รตินธร และรศ.ดร.อัคราพรสีหิรัญวงศ์ กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้และคำชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วยเสริมสร้างพลังใจตลอดมา ขอขอบคุณ ผศ.ดร.อุษาวดี อัครวิเศษ และ รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล ที่กรุณาชี้แนะแนวทางเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องทำให้วิทยานิพนธ์เสร็จสมบูรณ์ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผศ.ดร.เขวถักษ์ เสรีเสถียร ผศ.ดร.นพพร ว่องศิริมาศ และนาวาเอก นายแพทย์ปราโมทย์ กาญจนกิจสกุล รองผู้อำนวยการกองสตูดิโอเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือในการตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเหมาะสมของเนื้อหาของแผนการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้และคู่มือสตรีตังครรภักดีใจเข้มแข็ง ทำให้มีเนื้อหาและถ้อยคำที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณผู้อำนวยการกองสตูดิโอเวชกรรม หัวหน้าหน่วยฝากครรภ์ และเจ้าหน้าที่หน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ที่มอบความเอื้ออาทรในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี ขอขอบคุณ ดร. ธรรมนันทิกา แจ่มสว่าง และดร.วิไลลักษณ์ ลังกา ที่ให้ข้อมูลและคำชี้แนะด้านสถิติการวิเคราะห์ข้อมูล ขอขอบคุณน้ำใจและมิตรภาพที่ดีเสมอมาของเพื่อนร่วมรุ่นหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ ชั้นสูง มหาวิทยาลัยมหิดล และที่สำคัญขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือให้ข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรมตามขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณบิดา มารดา และพี่สาว ที่มอบความรักและกำลังใจที่มีค่า รวมทั้งให้การสนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณพันจ่าตรี วิทยา รัตนวิจิตร สามิผู้ให้กำลังใจและความช่วยเหลือด้วยความเต็มใจเสมอมา และขอขอบใจความรักความห่วงใยน้อยๆจากลูกชาย แต่มีค่ามากสำหรับผู้วิจัย

สินวล สะอาดชุม

ผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้ต่ออาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ EFFECT OF COUNSELING AND EDUCATION SUPPORT PROGRAM ON DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PREGNANT WOMEN.

สินวล สะอาดชุม 5137206 NSAM/M

พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์:ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, Ph.D.(NURSING), เอมพร รตินธร, Ph.D.(NURSING), อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, พย.ด.

บทคัดย่อ

อาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์เป็นความผิดปกติทางอารมณ์และจิตใจ ส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ คู่สมรสและทารกในครรภ์ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้ต่ออาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป อายุครรภ์ 24 - 32 สัปดาห์ และมีอาการซึมเศร้า (EPDS = 11 - 12) ที่มาฝากครรภ์ในรพ.สมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและควบคุม กลุ่มละ 10 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการให้การปรึกษารายบุคคลร่วมกับการสนับสนุนความรู้ในรูปแบบของกลุ่มมือและสอดแทรกอยู่ในกระบวนการให้การปรึกษา สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 - 60 นาที จำนวน 3 - 4 ครั้ง วัดอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง โดยแบบประเมิน The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987) แปลภาษาไทยโดยกมลรัตน์ วัชรภรณ์ และคณะ (2546) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Mann - Whitney U test

ผลการคัดเลือกลุ่มตัวอย่างพบสตรีตั้งครรภ์มีอาการซึมเศร้าร้อยละ 38.98 (23/59) และมีคะแนนตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไปจำนวน 3 ราย ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนอาการซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ข้อสรุปจากการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้ช่วยลดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ แม้ว่าจะไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติแต่มีความสำคัญในแง่การปฏิบัติในบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ และมีข้อเสนอแนะว่าควรจัดให้มีการคัดกรองอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ และช่วยเหลือเพื่อลดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์โดยวิธีให้การปรึกษาและการสนับสนุนความรู้

คำสำคัญ : การปรึกษา/ การสนับสนุนความรู้/ อาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์

EFFECT OF COUNSELING AND EDUCATION SUPPORT PROGRAM ON DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PREGNANT WOMEN.

SEENAUN SAARDCHUCHOM 5137206 NSAM/M

M.N.S. (ADVANCED MIDWIFERY)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: CHAWEEWAN YUSAMRAN, Ph.D.(NURSING),
AMEPORN RATINTHORN, Ph.D.(NURSING), AJCHARAPORN SEEHERUNWONG,
Ph.D.(NURSING)

ABSTRACT

Depressive symptoms in pregnant women are emotional and psychological abnormalities that have an adverse effect on pregnant women, their spouses, and their fetuses. The present study was quasi-experimental research which aimed at investigating the effects of a counseling and education support program on depressive symptoms in pregnant women. The study sample consisted of 20 pregnant women aged at least 18 years old whose gestational age was between 24 and 32 weeks, who had depressive symptoms (EPDS = 11 - 12), and who sought prenatal care at Somdej Prapinklao Hospital. The subjects were recruited by means of purposive sampling, and ten were assigned into the experimental group while the other ten were assigned into the control group. The counseling and educational support program was conducted once a week, with each session lasting from 30 to 60 minutes, for three to four times. During the program, the education support was provided in a manual and in the counseling process. The subjects' depressive symptoms were assessed both before and after the experiment using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987) which was translated into the Thai language by Kamolrat Vajraporn et al. (B.E. 2546). Mann-Whitney U test was used to analyze the collected data.

The subject selection showed that 38.98% (23/59) of the pregnant women had depressive symptoms and three of them had EPDS scores higher than 13 points. The study findings revealed that the depressive symptoms scores of the experimental subjects obtained after the experiment were lower than those obtained before the experiment and lower than those of the control subjects with no statistical significance ($p > 0.05$). Based on the study findings, it could be concluded that the counseling and education support program could be utilized to reduce depressive symptoms in pregnant women. Even though there was no statistical significance in the findings, the findings yielded important data for midwifery nurses. It is recommended that pregnant women should be screened for depressive symptoms and they should receive the counseling and education support program to reduce their depressive symptoms.

KEY WORDS: COUNSELING/ EDUCATION SUPPORT/ DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PREGNANT WOMEN

123 pages

Copyright by Mahachulalongkornrajavidyalaya University

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ขอบเขตการวิจัย	9
นิยามตัวแปร	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
2.1 อาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์	11
2.2 ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญปัญหาของลาซารัสและฟอล์คแมน	23
2.3 การลดอาการซึมเศร้าด้วยการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้	25
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
รูปแบบการวิจัย	38
ลักษณะกลุ่มประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	38
สถานที่เก็บข้อมูล	40
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	40
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	40
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	42
กรณีการยุติการศึกษา	50
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	50
การวิเคราะห์ข้อมูล	52

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	53
ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย	55
บทที่ 5 การอภิปรายผล	57
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
ข้อจำกัดของการวิจัย	63
ข้อเสนอแนะ	64
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	65
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	77
บรรณานุกรม	91
ภาคผนวก	105
ประวัติผู้วิจัย	123

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	53
4.2 คะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง	55
4.3 เปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าหลังการทดลองของสตรีตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann - Whitney U test	56

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้	8
3.1	ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	49

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ เป็นความผิดปกติทางอารมณ์และจิตใจที่เกิดขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ (Beck, 2001) อุบัติการณ์การเกิดอาการซึมเศร้าในช่วงอายุครรภ์ 14 - 32 สัปดาห์พบ 13.1 ถึง 47 % (Jesse, Walcott - McQuigg, Mariella, & Swanson, 2005; Field, Diego, Hernandez-Reif, Figueiredo, Deeds, et al., 2006; Leigh, & Milgrom, 2008; Rochat, Tomlinson, Barnighausen, Newell, Stein, 2011) และจะพบมากในช่วงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ (van Bussel, Spitz, & Demyttenaere, 2009) ส่วนการเกิดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย พบประมาณ 20.5 – 36.3 % ในกลุ่มอายุครรภ์ 36 - 40 สัปดาห์ (Limlomwongse, & Liabsuetrakul, 2005; สมบัติ สรรพอุดม ประยุกต์ เสรีเสถียร วัชรีย์ อูจะรัตน์ และรัชวัลย์ บุญโถม, 2542)

อาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์เป็นประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญ เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกับจิตสังคมของสตรีตั้งครรภ์ ความทุกข์ทรมาน ความขัดแย้งในใจ และพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การใช้ความรุนแรงต่อตัวเองและครอบครัว การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติดในขณะตั้งครรภ์ (Barnet, Joffe, Duggan, & Wilson, 1996; Beck, 2001; Pajulo, Savonlahti, Sournader, Helenius, & Piha, 2001) และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและอารมณ์จากอาการซึมเศร้า ได้แก่ อาการอ่อนล้าหมดเรี่ยวแรง ความอยากรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง การนอนหลับเปลี่ยนแปลง รู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า อ้างว้าง และโดดเดี่ยว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม รู้สึกผิด รู้สึกหมดหวังหรือสิ้นหวัง และมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย (Coble, Reynolds, Kupfer, Houck, Day, et al., 1994; Josefsson, Berg, Nordin, & Sydsjo, 2001; Nonacs, & Cohen, 2002) ทำให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อสตรีตั้งครรภ์ เช่น ความสนใจในการดูแลตนเองลดลง เกิดอาการซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum depression) ซึ่งพบว่าอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์เป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของการเกิดอาการซึมเศร้าหลังคลอด (Limlomwongse, et al., 2005; Milgrom, Gemmill, Bilszta, Hayes, Barnett, et al., 2008; Raid, & Meadows-Oliver, 2007) การเสียชีวิตและบาดเจ็บจากการพยายามฆ่าตัวตาย (Beck, 2001) ซึ่งเป็นปัญหาที่บุคลากรด้านสุขภาพโดยเฉพาะผดุงครรภ์ควรให้การดูแลช่วยเหลือ

นอกจากนี้อาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ยังส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์และคู่สมรสอีกด้วย โดยพบว่าอาการซึมเศร้ามีผลด้านลบต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของทารกในครรภ์เพิ่มอัตราการคลอดก่อนกำหนด และอัตราของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อย (Field, Diego, Hernandez-Reif, Deeds, Holder, et al., 2009; Gavin, Holzman, Siefert, & Tian, 2009) มารดาที่มีอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์จะส่งผลให้ระดับ Epinephrine และ Cortisol ในปัสสาวะของทารกใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดสูงขึ้น (Lundy, Jones, Field, Nearing, Davalos, et al., 1999) และการที่สตรีตั้งครรภ์มีอาการซึมเศร้าจะมีระดับ cortisol ในเลือดสูงขึ้น และระดับ cortisol ของมารดาที่สูงนี้เอง จะส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีปฏิกิริยาตอบสนองอัตโนมัติ (reflex) ในสัปดาห์แรกของชีวิตที่ผิดปกติไป (Lundy, et al., 1999) และจะพบว่าเด็กก่อนวัยเรียนที่เกิดจากมารดาที่มีอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการซึมเศร้าได้มากกว่าเด็กที่เกิดจากมารดาที่ไม่มีอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ และเมื่อเติบโตขึ้นมาจะมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าว (Field, 1995) ซึ่งย่อมส่งผลถึงลักษณะนิสัยและพฤติกรรมเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้ยังพบว่าคู่สมรสของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการซึมเศร้า จะมีอัตราการเกิดอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวลมากกว่าคู่สมรสของสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีอาการซึมเศร้า (Field, et al., 2006) อันจะส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างสตรีตั้งครรภ์และคู่สมรส ตลอดจนการเลี้ยงดูบุตร

ในการรักษาอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ด้วยยาต้านเศร้า ซึ่งเป็นวิธีการรักษาหนึ่งที่แพทย์ส่วนใหญ่นิยมใช้ ถึงจะมีประสิทธิภาพสูงในการรักษาอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ แต่ก็เกิดอาการอื่นไม่พึงประสงค์หลังได้รับยา ทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ แม้ว่าจะไม่มีผลการศึกษาใดรายงานว่ายาต้านเศร้ามีผลต่อความผิดปกติแต่กำเนิดของทารก แต่ก็ได้มีการรายงานการใช้ยา selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) ทำให้อายุครรภ์เฉลี่ยขณะคลอดลดลง ทารกมีน้ำหนักตัวแรกเกิดลดลง (Suri, Altshuler, Helleman, Burt, Aquino, et al., 2007) ระดับคะแนนของ Apgar scores ลดลง (Simon, Cunningham, & Davis, 2002) และเป็นสาเหตุของการเกิดอาการขาดยา (withdrawal symptoms) ของทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด (Nordeng, Lindemann, Perminov, & Reikvam, 2001) ในขณะเดียวกันการได้รับยาต้านเศร้ายังส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีความเครียดเพิ่มขึ้น เพราะคิดว่าบุตรในครรภ์อาจได้รับอันตรายจากผลของยา (Campagne, 2004) จากการทบทวนวรรณกรรม ชี้ให้เห็นว่าอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์และผลของการรักษาด้วยยาต้านเศร้าเป็นปัญหาที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะไม่เพียงแต่มีผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์เท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อคู่สมรสและทารกอีกด้วย

สาเหตุที่แท้จริงของอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์นั้นยังคงไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ เช่น การมีประวัติซึมเศร้าในอดีต

(Le, 2004) ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ มีเหตุการณ์ความเครียดสะสม (stressful life events) (Jesse, et al., 2005; Field, et al., 2009) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์การคลอดและการทารกในครรภ์ ความรู้สึกไม่สบายทางร่างกายและการเปลี่ยนแปลงของจิตใจ อารมณ์ และจิตสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเกิดจากการขาดความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในระยะตั้งครรภ์ (Field, et al., 2009; Teixeira, Figueiredo, Conde, Pacheco, & Costa, 2009) รายได้ของครอบครัวต่ำ (Rubertsson, Waldenstrom, & Wickberg, 2003) การตั้งครรภ์โดยไม่ได้อำนาจแผนหรือไม่พึงปรารถนา (กาญจนา แซ่ลิ้ม, 2546) สภาพชีวิตสมรสที่ไม่ราบรื่นหรือมีสัมพันธภาพกับคู่สมรสไม่ดี (โสมสิริ รอดพิพัฒน์, 2547; สมบัติ สรรพอุดม และคณะ, 2542; พรทิพย์ วงศ์วิเศษศิริกุล, 2542; Glazier, Elgar, Goel, & Holzapfel, 2004; Pajulo, et al., 2001) ขาดการดูแลเอาใจใส่จากสามีหรือบิดาของทารกในระยะตั้งครรภ์ การแสดงออกของสามีต่อบุตรในครรภ์ (สมบัติ สรรพอุดม และคณะ, 2542) สัมพันธภาพไม่ดีกับมารดาของสตรีตั้งครรภ์ (สมบัติ สรรพอุดม และคณะ, 2542; Pajulo, et al., 2001) จากข้างต้นชี้ให้เห็นว่าปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นถือเป็นแรงกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม และการขาดความรู้โดยเฉพาะความรู้ความเข้าใจที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในระยะตั้งครรภ์ด้านร่างกาย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความไม่สบายในระยะตั้งครรภ์ และการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตสังคมที่สตรีตั้งครรภ์ไม่คุ้นเคย เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมากกว่าช่วงอื่นๆของชีวิต มักจะมีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเมื่อได้รับการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมบางอย่าง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงด้านฮอร์โมน อาจสรุปได้ว่าปัจจัยที่เป็นแรงกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมและการขาดความรู้เป็นสถานการณ์ความเครียดที่สตรีตั้งครรภ์ต้องเผชิญ ซึ่งหากสตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ความเครียดนี้ได้สำเร็จ การปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจ (morale) จะไม่มีประสิทธิภาพ เป็นผลให้เกิดความเครียดเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าตามมาได้ (Lazarus, & Folkman, 1984)

จากปัจจัยข้างต้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษารายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลดอาการซึมเศร้าด้วยการจัดการที่ปัจจัยด้านสถานการณ์ความเครียด พบว่าการให้การปรึกษาเป็นอีกวิธีหนึ่งที่น่าสนใจเพื่อลดอาการซึมเศร้า เช่น สุพาณี เสมสุขกรี (2541) ได้ทำการศึกษาผลของการให้การปรึกษาเชิงรายบุคคลในสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการซึมเศร้าและมีอายุครรภ์ต่ำกว่า 36 สัปดาห์ จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 ราย โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการให้การปรึกษาแบบยี่สิบบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นรายบุคคล จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 30 - 50 นาที ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ ประเมินผลภายหลังการทดลอง (post - test) ซึ่งมีระยะเวลาห่างจากก่อนการทดลอง (pre - test) 1 เดือน พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับการให้การปรึกษามีอาการซึมเศร้าลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความรู้สึกมีคุณค่าใน

ตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน และจากรายงานการศึกษาของ รุ่งนภา รันสูงเนิน (2550) ได้ศึกษาการป้องกันและลดอาการซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด โดยหญิงหลังคลอดที่มีอาการซึมเศร้าจำนวน 12 ราย ได้รับการให้การปรึกษาในวันที่ 1 – 2 วันแรกหลังคลอด การปรึกษามุ่งเน้นไปที่ให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าหลังคลอด การลดและผ่อนคลายความเครียด ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนความคิดโดยการคิดในด้านบวก การพัฒนาระบบสนับสนุนและการให้การปรึกษาตามปัจจัยเสี่ยง มีการประเมินผลที่ 6 สัปดาห์หลังคลอด พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของอาการซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนการทดลอง แต่การศึกษานี้ไม่ได้ทดสอบทางสถิติ ดังนั้น จากรายงานการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการให้การปรึกษามีประสิทธิผลในการลดอาการซึมเศร้า

นอกจากนี้จากการศึกษารายงานการวิจัยพบว่าการสนับสนุนความรู้สามารถลดอาการซึมเศร้าได้เช่นกัน ดังรายงานการวิจัยของลาร่า และคณะ (Lara, Navarra, & Navarrete, 2010) ได้ศึกษาผลการให้ความรู้ทางสุขภาพจิต (Psycho - educational) แก่สตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้าหลังคลอด มีรูปแบบการวิจัยแบบ randomized controlled trial โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มีอายุครรภ์ไม่เกิน 26 สัปดาห์ และมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการซึมเศร้าหลังคลอดซึ่งได้จากการประเมินด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์และ/หรือมีประวัติเคยมีอาการซึมเศร้ามาก่อน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพจิตเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 15 ราย มีการดำเนินโปรแกรมครั้งละ 2 ชั่วโมง เป็นจำนวน 8 ครั้ง แต่แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยทั้งสองกลุ่มจะได้รับคู่มือการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการซึมเศร้า ผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนสตรีที่มีอาการซึมเศร้าหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถึงแม้การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้มีการประเมินผลของการทดลองในระยะตั้งครรภ์ แต่พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพจิตสามารถป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้าหลังคลอด โดยเมื่อพิจารณาจากรายงานการวิจัยที่พบว่าอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ที่เด่นชัดกับการเกิดอาการซึมเศร้าหลังคลอด (Limlomwongse, et al., 2005; Milgrom, et al., 2008; Raid, et al., 2007) ดังนั้นผลการศึกษาของลาร่า และคณะ(2010) ในครั้งนี้ย่อมมีความเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ จึงอาจกล่าวได้ว่าการสนับสนุนความรู้จะช่วยลดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ได้เช่นกัน

จากรายงานการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการให้การปรึกษาและการสนับสนุนความรู้สามารถลดอาการซึมเศร้า ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการซึมเศร้าเปรียบเทียบกับที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีความเครียดของ ลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus, et al., 1984) มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดยในโปรแกรมนั้นจะมีกิจกรรมการสนับสนุนด้านความรู้ที่สอดแทรกอยู่ในกระบวนการให้การ

ปรึกษาและการให้คู่มือสตรีตั้งครรภ์จิตใจเข้มแข็ง โดยมุ่งเน้นไปที่การลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ สถานการณ์ความเครียดต่าง ๆ ที่มาจากแรงกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม และการขาดความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตสังคมในระยะตั้งครรภ์ โดยจะดำเนินโปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 - 60 นาที จำนวน 4 ครั้งต่อเนื่อง โดยมุ่งหวังเพื่อลดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้จะลดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ได้หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้ต่ออาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์

สมมติฐานการวิจัย

สตรีตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้มีระดับคะแนนของอาการซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีความเครียดและการเผชิญปัญหาของ ลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus, & Folkman, 1984) มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดยมีแนวคิดเกี่ยวกับความเครียด การประเมินตัดสิน และการเผชิญความเครียด (Stress - Coping model) ซึ่งเป็นแนวคิดเชิงจิตวิทยาที่กล่าวว่า ความเครียดเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในชีวิตจะมีการใช้กระบวนการทางความคิด (cognitive appraisal) (Lazarus, et al., 1984) ในการประเมินขั้นปฐมภูมิ (primary appraisal) ว่าสถานการณ์เหล่านั้นไม่เกี่ยวข้องหรือไม่ก่อให้เกิดผลเสียกับตน (irrelevant)

ก่อให้เกิดผลดี (benign positive) หรือก่อให้เกิดความเครียด (stressful) เมื่อบุคคลประเมินว่าสถานการณ์ที่เผชิญนั้นก่อให้เกิดความเครียดจะมีการประเมินว่าเป็นอันตรายหรือทำให้เกิดความสูญเสีย (harm & loss) คุกคาม (threat) หรือเป็นสิ่งที่ท้าทาย (challenge) ที่คาดว่าจะจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ที่เผชิญได้ ซึ่งในการประเมินขั้นปฐมภูมินี้ ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมิน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การรับรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เผชิญ และปัจจัยด้านสถานการณ์เฉพาะหน้า ได้แก่ ความแปลกใหม่ของเหตุการณ์ ความไม่แน่ใจในเหตุการณ์ เมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์ขณะเผชิญว่าคุกคามต่อตนเองแล้ว จะประเมินขั้นทุติยภูมิ (secondary appraisal) ซึ่งเป็นการประเมินศักยภาพความสามารถของตน ได้แก่ ความสามารถของร่างกายและอารมณ์ในการตอบสนองต่อความเครียด และแหล่งประโยชน์ทางสังคม ได้แก่ การได้รับข้อมูลและคำแนะนำ แล้วจึงตัดสินใจเลือกวิธีการเผชิญความเครียดโดย 1.) มุ่งจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดด้วยวิธีการแก้ปัญหาอย่างมีระบบ (problem - focused coping) ต่อเหตุการณ์ความเครียดจากสิ่งแวดล้อม หรือใช้กลยุทธ์การแก้ปัญหากับตนเอง โดยลดความต้องการ ลดอัตตา (reducing ego involvement) หาทงอื่นในการตอบสนองความต้องการ พัฒนามาตรฐานพฤติกรรมใหม่ เรียนรู้ทักษะและวิธีการใหม่ หรือ 2.) มุ่งปรับอารมณ์ของตนเองเพื่อลดความทุกข์ที่เกิดขึ้น (emotional - focused coping) ด้วยวิธีการต่างๆทางารรู้คิด ซึ่งอาจใช้ชั่วคราวหรือใช้ในระยะยาว ได้แก่ การให้ความหมายกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดใหม่ในมุมมองที่ลดความรุนแรงลง หรือมุมมองในด้านบวก เบี่ยงเบนความสนใจไปยังกิจกรรมอื่น เช่น ออกกำลังกาย การทำสมาธิ ดื่มสุรา ใช้สารเสพติด ระบายความโกรธ แสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์ หรือหลอกตนเอง (self deception) ซึ่งการประเมินทั้งขั้นทุติยภูมิเกิดตามหลังการประเมินขั้นปฐมภูมิหรืออาจเกิดขึ้นพร้อมกัน หากบุคคลได้ผ่านกระบวนการประเมินทั้งขั้นปฐมภูมิและขั้นทุติยภูมิแล้วพิจารณาว่าอันตรายที่ตนเองได้รับนั้นยังคงอยู่ จะมีการประเมินซ้ำ (reappraisal) เนื่องจากได้รับข้อมูลใหม่เพิ่มเติมจากสิ่งแวดล้อม จะเห็นได้ว่าการประเมินสถานการณ์ของบุคคลเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เพื่อเลือกวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม

นอกจากนี้บุคคลที่มีแหล่งประโยชน์ (coping resource) ที่เพียงพอและเหมาะสม (Lazarus, et al., 1984) ได้แก่ แหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล คือ ภาวะสุขภาพและพลังงาน ความเชื่อในด้านบวก (positive belief) ความเชื่อมั่นในตนเอง ความสามารถและทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะทางด้านสังคม และแหล่งประโยชน์จากสังคม คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร ความช่วยเหลือด้านรูปธรรมและการเงิน การสนับสนุนด้านอารมณ์จากบุคคลที่คาดหวัง บุคคลจะมีความสามารถในการจัดการกับเหตุการณ์ความเครียดได้มีประสิทธิภาพมากกว่าบุคคลที่มีแหล่งประโยชน์น้อย

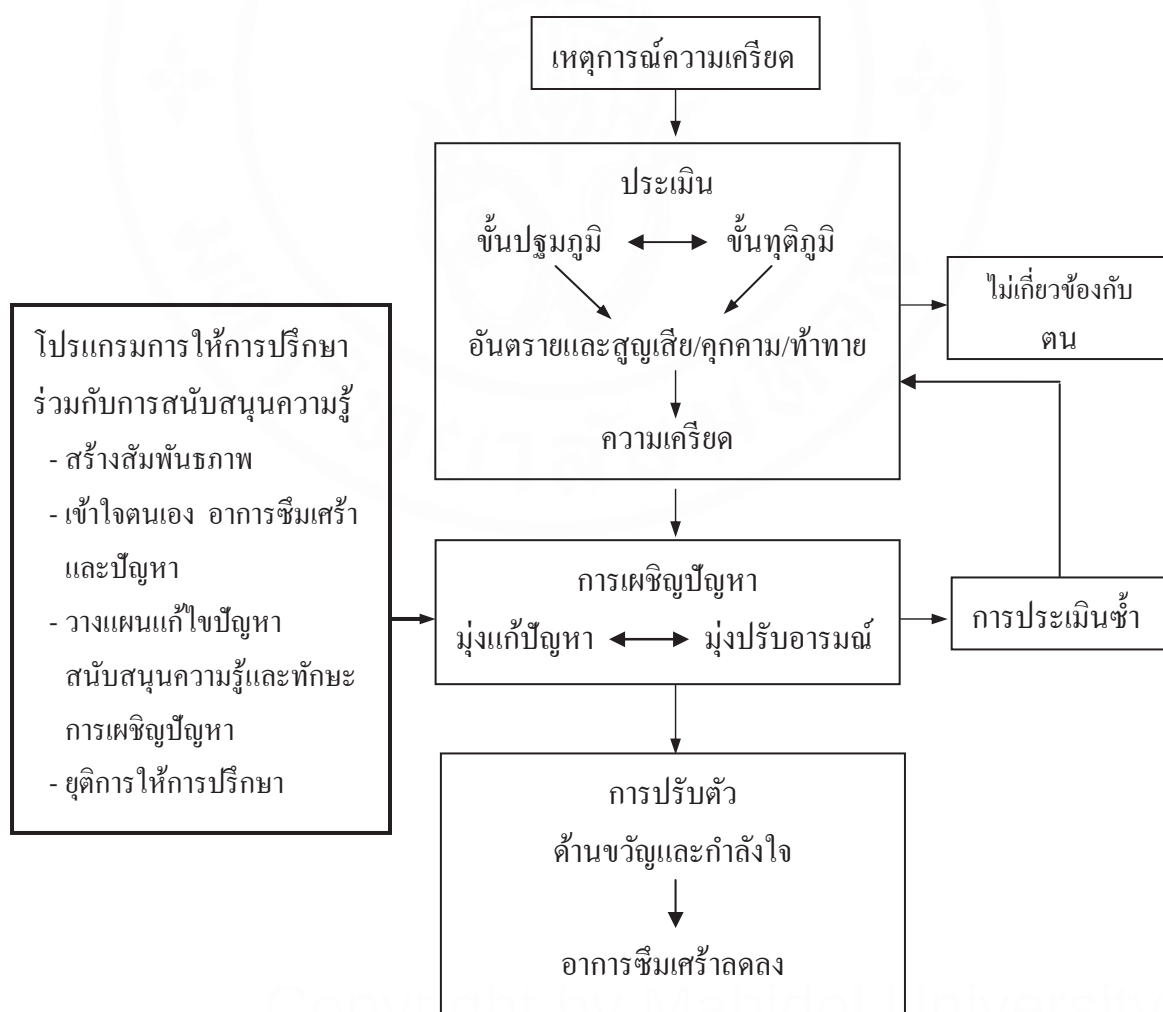
เมื่อบุคคลสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม จะก่อให้เกิดการปรับตัวที่ดีใน 3 ด้าน คือ 1.) การทำหน้าที่ทางสังคม (social function) ได้แก่ การทำหน้าที่ตามบทบาทและความพึงพอใจกับการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 2.) ขวัญและกำลังใจ (morale) เป็นความรู้สึกที่มีต่อตนเอง ได้แก่ อารมณ์ทางบวกและทางลบ ความรู้สึกพึงพอใจกับเป้าหมาย และความผาสุกทางจิตใจ หากบุคคลรู้สึกว่าการพยายามของตนเองในการจัดการกับเหตุการณ์ความเครียดล้มเหลว ไม่สามารถควบคุมผลลัพธ์ได้ซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์ในด้านลบ จะสูญเสียความภาคภูมิใจ ส่งผลให้บุคคลเกิดอาการซึมเศร้าซึ่งเป็นผลลัพธ์ในด้านลบ และ 3.) ภาวะสุขภาพ (somatic health) ได้แก่ การมีภาวะสุขภาพร่างกายดี มีความสมดุล ปราศจากความเจ็บป่วย

สตรีตั้งครรภ์อาจมีปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการซึมเศร้า เช่น การตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา (กาญจนา แซ่ลิ้ม, 2546) เกิดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (stressful life events) ซึ่งเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่สำคัญได้แก่ การได้รับบทบาทการเป็นมารดาซึ่งต้องเพิ่มความรับผิดชอบต่อนบุตร (Glynn, Schetter, Wadsworth, & Sandman, 2004) สัมพันธภาพกับคู่สมรสหรือมารดาของสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ราบรื่น (Field, et al., 2009; สมบัติ สรรพอุดม และคณะ, 2542) และรายได้ของครอบครัวต่ำ (Teixeira, et al., 2009; สมบัติ สรรพอุดม และคณะ, 2542) รวมถึงความไม่สุขสบายด้านร่างกายและการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ เนื่องมาจากการขาดความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในระยะตั้งครรภ์ ทำให้ไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงได้ (Barnet, et al., 1996; Glazier, et al., 2004; Jesse, et al., 2005; Lundy, et al., 1999; Pajulo, et al., 2001; Rubertsson, et al., 2003)

จากการศึกษารายงานการวิจัยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการซึมเศร้าเลือกวิธีการเผชิญความเครียด โดยมุ่งจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดหรือมุ่งปรับอารมณ์ของตนเองเพื่อลดความทุกข์ที่เกิดขึ้นเป็นส่วนใหญ่ จึงเกิดพฤติกรรมหนีปัญหาและมีความเสี่ยง เช่น การใช้ความรุนแรงต่อตัวเองและครอบครัว การไม่ได้ใจดูแลตนเองและบุตรในครรภ์ การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติดในขณะตั้งครรภ์ (Barnet, et al., 1996; Beck, 2001; Horrigan, et al., 2000; Pajulo, et al., 2001) สตรีตั้งครรภ์จึงไม่สามารถจัดการกับเหตุการณ์ความเครียดได้สำเร็จ เกิดความเครียดยาวนาน (Armstrong, 2004; Leigh, et al., 2008) ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม (Lazarus, et al., 1984)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้ โดยมุ่งเน้นช่วยเหลือให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการซึมเศร้า สามารถเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมการเกิดอาการซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ เพิ่มขวัญและกำลังใจ ทำให้สตรีตั้งครรภ์ได้ทบทวน วิเคราะห์

และประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดซ้ำ (reappraisal) หากประเมินว่าก่อให้เกิดความเครียดก็สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม อีกทั้งยังเพิ่มแหล่งประโยชน์ (coping resource) ในการเผชิญสถานการณ์ความเครียดให้แก่สตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ การสนับสนุนความรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตสังคมในระยะตั้งครรภ์ อาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ การประเมินตนเอง และการปฏิบัติตนเพื่อลดอาการซึมเศร้า รวมถึงทักษะที่จำเป็นในการแก้ไขปัญหา เช่น ทักษะทางสังคม การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การปรับเปลี่ยนความคิด ความคาดหวัง และความต้องการให้สอดคล้องกับตนเองและความเป็นจริง โดยจะมีการเสริมสร้างกำลังใจเพื่อให้เกิดกำลังใจและความเชื่อมั่นในการเผชิญปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลง จากกรอบแนวคิดข้างต้นสามารถสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้ต่ออาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ในหน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าระหว่างระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2554 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555

นิยามตัวแปร

โปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้ หมายถึง กระบวนการที่จัดขึ้นแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการซึมเศร้าเพื่อเพิ่มแหล่งประโยชน์ วิธีการปรับความคิดและอารมณ์ในการเผชิญปัญหา ประกอบด้วยกิจกรรมการให้การปรึกษารายบุคคลและการให้การสนับสนุนความรู้ตามแผนการการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้รายบุคคลและการให้คู่มือสตรีตั้งครรภ์จิตใจเข้มแข็ง โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินโปรแกรม มีระยะเวลาดำเนินกิจกรรมครั้งละ 30 - 60 นาที จำนวน 4 ครั้ง แต่แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ

ขั้นตอนที่ 2 เข้าใจตนเอง อาการซึมเศร้า และปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 วางแผนแก้ไขปัญหา

ขั้นตอนที่ 4 ยุติการให้การปรึกษา

อาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ (Depressive symptoms in pregnancy) หมายถึง อาการผิดปกติทางจิตใจที่แสดงออกทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม ในสตรีตั้งครรภ์ เช่น อ่อนล้าหมดเรี่ยวแรง ความอยากรับประทานอาหารและการนอนหลับเปลี่ยนแปลง รู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า โดดเดี่ยว สิ้นหวัง และมีความคิดทำร้ายตัวเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย (Josefsson, et al., 2001; Nonacs, et al., 2002) คัดกรองโดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ฉบับภาษาไทยของ กมลรัตน์ วัชรภรณ์ และคณะ (2546) ซึ่งดัดแปลงมาจากคอกซ์และคณะ (Cox, et al., 1987) มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยสอบถามอาการของภาวะซึมเศร้าใน 7 วันที่ผ่านมา เป็นข้อคำถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ 0 - 3 มีพิสัยคะแนนในแต่ละส่วนอยู่ระหว่าง 0 - 30 คะแนน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการสร้างและพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการการผดุงครรภ์และการพยาบาล ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการซึมเศร้า อันเป็นการพัฒนาบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลผดุงครรภ์ในการบริการสตรีตั้งครรภ์เพื่อลดอาการซึมเศร้าและลดอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด
2. เป็นแนวทางศึกษาวิจัยเพื่อลดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์และประชากรกลุ่มอื่น

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านความรู้ร่วมกับการให้คำปรึกษาต่ออาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้างานวิจัย เอกสาร บทความ และตำราที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย โดยครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. อาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์
 - 1.1 ความหมายของอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์
 - 1.2 สาเหตุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์
 - 1.3 ผลกระทบจากอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์
 - 1.4 การประเมินเพื่อคัดกรองอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์
 - 1.5 การรักษาหรือลดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์
2. ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญปัญหาของลาซารัสและฟอล์คแมน
3. การลดอาการซึมเศร้าด้วยการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้
 - 3.1 การให้การปรึกษา
 - 3.2 การสนับสนุนความรู้

2.1 อาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์

2.1.1 ความหมายของอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์

อาการซึมเศร้า (Depressive symptoms) ในสตรีตั้งครรภ์ เป็นอาการที่ผิดปกติทางอารมณ์และจิตใจที่เกิดขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ (Beck, 2001) เป็นอารมณ์ของบุคคลที่เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ เหนื่อยหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) สมาคมจิตแพทย์อเมริกาให้ความหมายของอาการซึมเศร้าว่า หมายถึง อาการผิดปกติทางจิตใจที่แสดงออกทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม โดยมีความรู้สึกเศร้า เหนื่อยหน่าย ท้อแท้ มองตัวเองว่าไม่มีค่า แสดงออกโดยการแยกตัว (American Psychiatric Association, 1994 อ้างใน บุญพา ณ นคร, 2546) สมภพ

เรื่องตระกูล (2543) กล่าวว่า อาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นร่วมกับอาการอย่างอื่น เช่น มีความรู้สึกเบื่อหน่าย หมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า และมีความคิดอยากตาย เช่นเดียวกับที่ วิภาวี เผ่ากันทรากกร (2548) พบว่าสตรีอีสานให้ความหมายของอาการซึมเศร้า คือ ความทุกข์ ไม่มีความสุข โดยมองว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ มีความคิดในทางร้าย รู้สึกซึมเศร้า รู้สึกเบื่อหน่าย ไร้พลัง และไม่อยากมีชีวิตอยู่ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการซึมเศร้านักมีอาการอ่อนล้าหมดเรี่ยวแรง ความอยากรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง คือ รับประทานมากหรือน้อยกว่าปกติ การนอนหลับเปลี่ยนแปลง คือ นอนไม่หลับ นอนน้อยกว่าปกติ หรือนอนมากกว่าปกติ บางรายอาจนอนได้เกือบตลอดทั้งวัน รู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า โทษตัวเอง รู้สึกโดดเดี่ยวและอ้างว้าง ซึมเศร้า ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม รู้สึกผิด รู้สึกหมดหวังหรือสิ้นหวัง บางรายอาจอยากตาย (Josefsson, et al., 2001; Nonacs, et al., 2002)

อาจสรุปได้ว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการซึมเศร้าจะมีการความผิดปกติด้านอารมณ์ เช่น อารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย การรู้คิดผิดปกติ เช่น คิดว่าตัวเองไร้ค่า โทษตัวเอง รู้สึกโดดเดี่ยวและอ้างว้าง มีพฤติกรรมแสดงออกผิดปกติ เช่น เชื่องช้าเชื่องซึม กระวนกระวาย ความอยากรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เช่น น้ำหนักร่างกายลดลงหรือเพิ่มขึ้น มีอาการอ่อนล้าหมดเรี่ยวแรง

2.1.2 สาเหตุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์

สาเหตุที่แท้จริงของการเกิดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ยังสรุปไม่ได้แน่ชัด แต่จากการทบทวนวรรณกรรมด้านสาเหตุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ สามารถสรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ได้ 3 ปัจจัย (สุชนันท์ ชุนแจ่ม, 2551) ดังนี้

2.1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา (biological factors) ปัจจัยด้านชีววิทยาเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญและมีบทบาทต่อการเกิดอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์สูง ซึ่งได้แก่ ฮอร์โมน พันธุกรรมและสารชีวเคมี ได้แก่

1.) ฮอร์โมน (hormonal) เมื่อสตรีเกิดการตั้งครรภ์ส่งผลมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย โดยเฉพาะ estrogen, follicle stimulating hormone (FSH), luteinizing hormone (LH), prolactin และ tryptophin ที่ลดลงในสตรีที่อยู่ในระยะตั้งครรภ์ (ศิริพร จิรวาทกุล, 2546) อีกทั้งยังพบว่าการเพิ่มขึ้นของ cortisol 40 – 60 % มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการซึมเศร้า ซึ่งเป็นผลมาจากระบบการตอบสนองต่อความเครียด (hypothalamic - pituitary - adrenal (HPA) axis) ทำงานผิดปกติ (Sadock, & Sadock, 2003)

2.) พันธุกรรม (genetic) พันธุกรรมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการซึมเศร้า โดยพบว่าประวัติอาการซึมเศร้าในครอบครัว เป็นปัจจัยที่สำคัญในการเกิดอาการซึมเศร้า กล่าวคือ หากญาติในสายเลือดเดียวกันในลำดับที่ 1 และ 2 (บิดา มารดา พี่ น้อง) ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า บุคคลในครอบครัวเดียวกันมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าได้สูงกว่าบุคคลทั่วไป 1.5 - 3 เท่า (Kelose, 2005) แต่หากบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าได้มากกว่าบุคคลทั่วไป 4 เท่า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) และจากการศึกษาคู่แฝด พบว่า คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้ามีคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า อีกคนจะมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้า 50 % แต่หากเป็นคู่แฝดที่เกิดจากไข่นัดไข่ โอกาสที่อีกคนหนึ่งจะเป็นโรคซึมเศร้า 25 % (Dobovsky, 2004)

3.) สารชีวเคมี (biochemical) โดยเฉพาะสารสื่อประสาทในสมอง ได้แก่ Norepinephrin และ Serotonin ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม หากบุคคลใดมีปริมาณสารสื่อประสาทดังกล่าวลดลง จะส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้า (Sadock, et al., 2003)

2.1.2.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา (psychological factors) ปัจจัยด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์มีหลายปัจจัย แต่ปัจจัยที่พบได้บ่อย ได้แก่

1.) ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (self esteem) ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง หมายถึง ความรู้สึกที่เป็นบวกหรือเป็นลบที่บุคคลมีต่อตนเอง (Posenber, 1989 อ้างใน พรทิพย์ วงษ์พิเศษศิริกุล, 2540) กล่าวคือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับอาการซึมเศร้า โดยผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำจะเกิดอาการซึมเศร้าสูง และสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์จะพบว่ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ (Jesse, et al., 2005; Leigh, et al., 2008; Field, et al., 2009)

2.) ลักษณะเฉพาะทางบุคลิกภาพของบุคคล (personality traits) บุคลิกภาพที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ โดยสตรีตั้งครรภ์จะเป็นผู้มีบุคลิกภาพแบบพึ่งพาผู้อื่น วิตกกังวลง่าย อ่อนแอ ขี้อาย (สมบัติ สรรพอุดม และคณะ, 2542) และเป็นผู้ที่มักมองโลกในแง่ร้าย (Leigh, et al., 2008) จะมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์

2.1.2.3 ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (social and environment factors) ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญและสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์มีหลายปัจจัย ปัจจัยที่พบบ่อย ได้แก่

1.) ภาวะวิตกกังวล (anxiety) หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนว่ามีการกระตุ้นที่มากเกินไปเกิดขึ้น รู้สึกเหมือนถูกคุกคาม ตกอยู่ในอันตราย และไม่มั่นคง

ปลอดภัย ทำให้เกิดความหวาดหวั่น ตึงเครียด ไม่เป็นสุข และมีการตอบสนองทั้งทางร่างกายและจิตใจ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความวิตกกังวลในระยะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ที่เด่นชัดต่อการเกิดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ สาเหตุของภาวะวิตกกังวลมาจากปัญหาในชีวิต ปัญหาด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์หรือทารกในครรภ์ และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด (Leigh, et al., 2008) โดยที่เป็นความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเกิดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ อีกทั้งยังส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดอีกด้วย (Armstrong, 2004; Berle, Mykletun, Daltveit, Rasmussen, Holsten, et al., 2005; Heron, O'Connor, Evans, Golding, & Glover, 2004)

2.) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (stressful life events) หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลทั้งรูปธรรมและนามธรรม ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นแล้วบุคคลมีการประเมินหรือรับรู้ว่าเป็นอันตรายและไม่ปลอดภัย จึงเป็นสาเหตุให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การหย่าร้าง การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก (Rakel, 2007) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ กล่าวคือ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่บุคคลรับรู้ว่ามีรุนแรงมากหรือคุกคามต่อชีวิตเป็นอย่างสูง ก็จะส่งผลให้บุคคลเกิดอาการซึมเศร้าสูงตามไปด้วย (Jesse, et al., 2005; Field, et al., 2009; Leigh, et al., 2008) และจากการศึกษาของกรินนาและคณะ (Glynna, et al., 2004) พบว่าสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต (stressful life events) ของสตรีตั้งครรภ์มากที่สุด คือ การเปลี่ยนแปลงสถานภาพมาเป็นสตรีที่กำลังจะมีบุตร และการที่ต้องเพิ่มความรับผิดชอบต่อบุตร นอกจากนี้ รับเบิร์ทสัน (Rubertsson, 2003) ยังได้ศึกษาความเครียดในชีวิตของสตรีจำนวน 3,011 ราย พบว่าใน 1 ปี สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการซึมเศร้าต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต 2 - 3 ครั้ง

3.) การสนับสนุนทางสังคม (social support) การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับอาการซึมเศร้า กล่าวคือเมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการซึมเศร้าได้สูง และพบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิดอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ (Field, et al., 2009; Jesse, et al., 2005; Morse, et al., 2000; Records, et al., 2007; Westdahl, et al., 2007) และได้มีการศึกษาที่เน้นเฉพาะต่อการสนับสนุนทางสังคมจากคู่รัก (partner) สามี หรือบิดาของทารกในครรภ์ พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงลบที่เด่นชัดต่อการเกิดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ด้วย (Lancaster, et al., 2010; สมบัติ สรรพอุดม และคณะ, 2542)

2.1.2.4 ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ปัจจัยด้านส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ การศึกษา ชีวิตสมรส ประวัติมีอาการซึมเศร้าในอดีต อายุครรภ์ เป็นต้น ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.) อายุ พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น และสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี จะเกิดอาการซึมเศร้าได้มากกว่าสตรีที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (18 - 35 ปี) (Bowen, & Muhajarine, 2006; Nicholson, Setse, Hill-Briggs, Cooper, Strobino, et al., 2006; Morse, et al., 2000; Jesse, et al., 2005)

2.) การศึกษา พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาน้อย มีโอกาสเกิดอาการซึมเศร้าได้สูง (Grant, McMahon, & Austin, 2008; Morse, et al., 2000; Bowen, et al. 2006; Nicholson, et al., 2006) โดยพบว่าการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์เช่นกัน (Kazi, et al., 2006)

3.) ชีวิตสมรส พบว่าสภาพชีวิตสมรสที่ไม่ราบรื่นเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการเกิดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ รวมถึงการขาดการดูแลเอาใจใส่จากสามีหรือบิดาของทารกในระยะตั้งครรภ์ และการแสดงออกของสามีต่อบุตรในครรภ์ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์เช่นกัน (สมบัติ สรรพอุดม และคณะ, 2542; Barnett, et al., 1996; Glazier, et al., 2004; Pajulo, et al., 2001)

4.) ประวัติมีอาการซึมเศร้าในอดีต พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติเคยมีอาการซึมเศร้าในอดีตในช่วงก่อนตั้งครรภ์ โดยเมื่อตั้งครรภ์ก็จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ที่สูงกว่าสตรีที่ไม่เคยมีประวัติซึมเศร้ามาก่อน (Bowen, et al. 2006)

5.) อายุครรภ์ พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์อยู่ในช่วงไตรมาสที่ 3 มีโอกาสเกิดอาการซึมเศร้ามากกว่าไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ (van Bussel, et al., 2009)

2.1.3 ผลกระทบจากอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์

อาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสตรีตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ และสามีหรือคู่รัก ดังนี้

2.1.3.1 ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ อาการซึมเศร้ามีความเชื่อมโยงกับจิตสังคมของสตรีตั้งครรภ์ ความทุกข์ทรมาน ความขัดแย้งในใจ และพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ความเครียด การใช้ความรุนแรงต่อตัวเองและครอบครัว การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด

ในขณะตั้งครรภ์ (Barnet, et al., 1996; Beck, 2001; Orr, et al., 2001; Pajulo, et al., 2001; Zayas, et al., 2002) อันจะเกิดผลกระทบด้านลบต่อสตรีตั้งครรภ์ เช่น ปัญหาด้านสุขภาพ ความสนใจในการดูแลตนเองลดลง อาการซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depressive symptoms) ซึ่งพบว่าอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์เป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของการเกิดอาการซึมเศร้าหลังคลอด (Beck, 1996; Beck, 2001; Limlomwongse, et al., 2005; Milgrom, et al., 2008; Raid, et al., 2007) นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการซึมเศร้าอาจเกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย (Beck, 2001)

2.1.3.2 ผลกระทบต่อทารกในครรภ์ โดยพบว่าอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ของมารดามีผลด้านลบต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาของทารกในครรภ์ มีการเพิ่มอัตราการคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อย (Copper, et al., 1996; Field, et al., 2009) อาการซึมเศร้าของมารดาขณะตั้งครรภ์นี้ ยังสามารถทำนายระดับ epinephrine และ cortisol ในปัสสาวะของทารกใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดได้ ซึ่งพบว่าจะมีระดับ epinephrine และ cortisol สูงขึ้นเมื่อมารดามีอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ และระดับ cortisol ของมารดาที่สูงนี้เอง จะส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีปฏิกิริยาตอบสนองอัตโนมัติ (reflex) ในสัปดาห์แรกของชีวิตที่ผิดปกติไป (Lundy, et al., 1999) และจากการที่มารดามีอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์จะมีโอกาสเกิดอาการซึมเศร้าหลังคลอด (Beck, 2001; Limlomwongse, et al., 2005; Milgrom, et al., 2008; Raid, et al., 2007) จึงพบว่าการพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกไม่ดีเท่าที่ควร อีกทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงที่ทารกจะถูกทำร้ายจากมารดาที่มีอาการซึมเศร้า (Campbell, Poland, Waller, & Ager, 1992) นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กก่อนวัยเรียนที่เกิดจากมารดาที่มีอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการซึมเศร้าได้มากกว่าเด็กที่เกิดจากมารดาที่ไม่มีอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ และเมื่อเติบโตขึ้นมามีพฤติกรรมที่ก้าวร้าว (Field, 1995) ซึ่งย่อมส่งผลถึงลักษณะนิสัยและพฤติกรรมเมื่อเข้าสู่ผู้ใหญ่

2.1.3.3 ผลกระทบต่อคู่สมรสหรือคู่รักของสตรีตั้งครรภ์ โดยพบว่าคู่สมรสหรือคู่รักของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการซึมเศร้า จะมีอัตราการเกิดอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวลมากกว่าคู่สมรสของสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีอาการซึมเศร้า (Field, et al., 2006) จึงมีผลด้านลบต่อสัมพันธภาพระหว่างสตรีตั้งครรภ์กับคู่สมรสหรือคู่รัก

จากการทบทวนวรรณกรรม ชี้ให้เห็นว่าอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ก่อให้เกิดปัญหาอย่างมาก ทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์เอง ทารกในครรภ์ และคู่สมรสหรือคู่รักอีกด้วย จึงเป็นปัญหาที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะปัญหาดังกล่าวนี้อาจส่งผลกระทบต่อสังคมในระยะยาว

2.1.4 การประเมินเพื่อคัดกรองอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์

อาการซึมเศร้าถือว่าเป็นตัวแปรที่เป็นนามธรรม และมีอาการแสดงออกได้หลายลักษณะ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีเครื่องมือในการช่วยตัดสินใจและทำให้ทราบระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ปัจจุบันเครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการซึมเศร้า คือ แบบวัด ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ แบบวัดที่ประเมินโดยบุคลากรการแพทย์ที่ได้รับการอบรม (observer rating scale for severity of depression) และแบบวัดที่ประเมินด้วยตนเอง (self rating scale for depression) ดังต่อไปนี้

2.1.4.1 แบบวัดที่ประเมินโดยแพทย์หรือพยาบาลที่ได้รับการอบรม (observe rating scales) เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นเพื่อให้แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมในการประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย รวมถึงการประเมินประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยา เครื่องมือชนิดนี้ ได้แก่

1.) แบบประเมินอาการซึมเศร้า Hamilton Rating Scale of Depression (HAM - D หรือ HRSD) ฉบับภาษาไทย ประเมินโดยการสัมภาษณ์ ประกอบไปด้วยคำถามจำนวน 17 ข้อ แต่ละข้อแบ่งคะแนนของความรุนแรงออกเป็น 0 - 2 หรือ 0 - 4 พิสัยคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 53 โดยมีคะแนนมาตรฐานที่ชี้บ่งอาการซึมเศร้าของคนไทยคือมากกว่า 7 โดยแบ่งความรุนแรงของอาการซึมเศร้าออกเป็น mild depression, moderate depression และ major depression มีความตรงและความน่าเชื่อถือของแบบวัดนี้มีค่า interrater reliability อยู่ในเกณฑ์ดี (Kappa เท่ากับ 0.87) ความตรง(concurrent validity) ของแบบวัดเมื่อเปรียบเทียบกับ Global Assessment Scale อยู่ในเกณฑ์ดี {Spearman's correlation coefficient = - 0.8239 ($p < 0.0001$)} ความสอดคล้องภายใน = 0.7380 อยู่ในเกณฑ์พอใช้ (มาโนช หล่อตระกูล ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ และจักรกฤษณ์ สุขย์, 2536)

2.) Montgomery - Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างขึ้นโดย สจวร์ต มอนโกเมอรี แมรี่ และแอสเบิร์ก ในปี ค.ศ.1979 เพื่อใช้วัดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และประเมินผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ในแต่ละข้อให้คะแนนเป็น 4 ระดับ คือ 0, 2, 4, และ 6 พิสัยคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 60 การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 7 คะแนน (ปกติ) 15 คะแนน (ซึมเศร้าเล็กน้อย) 25 คะแนน (ซึมเศร้าปานกลาง) 31 คะแนน (ซึมเศร้ารุนแรง) และ 44 คะแนน (ซึมเศร้ารุนแรงมาก) (Jha, 2004) มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 (Golinowsky, & Leher, 1995)

แบบวัดได้รับการแปลและพัฒนาเป็นภาษาไทยโดยรณชัย คงสกนธ์ และคณะ ในปีพ.ศ. 2539 โดยคงจำนวนข้อและการให้ค่าคะแนนเช่นเดิม มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 ถือได้ว่าเป็นแบบวัดที่มีความไวและความเที่ยงตรงสูงต่อการเปลี่ยนแปลงของความรุนแรงของ

ภาวะซึมเศร้า (รณชัย คงสกนธ์ สมบัติ ศาสตร์รุ่งรัก อวยชัย โรจนนิรันทกิจ และอุไร บุรณเชษฐ, 2546)

2.1.4.2 แบบวัดที่ประเมินด้วยตนเอง (self rating scale for depression) เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเอง มักใช้ในการคัดกรองและสำรวจผู้มีปัญหาเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า เนื่องจากใช้ง่าย สะดวก ประหยัดเวลา แบบประเมินชนิดนี้ ได้แก่

1.) Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1961 โดย เบค วอร์ด มินเนสโซต้า มอค และเออบาฟ เพื่อวัดพฤติกรรมที่แสดงออกของวัยรุ่นและผู้ใหญ่ โดยมีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อคำถาม มีค่าความเชื่อมั่น .80 ได้รับการยอมรับว่าสามารถแยกความแตกต่างของอาการซึมเศร้าได้ดี ต่อมาในปี ค.ศ. 1978 มีการปรับปรุงแบบประเมินครั้งที่ 1 (BDI - IA) ซึ่งได้ตัดข้อคำถามที่เหมือนกันออก และเปลี่ยนข้อคำถามในบางข้อ มีการปรับปรุงครั้งที่ 2 (BDI - II) เพื่อใช้เป็นเกณฑ์บำบัดทางปัญญา ต่อมา มีการปรับปรุงครั้งที่ 3 และออกเป็นแบบประเมินฉบับใหม่ โดยใช้ชื่อว่า Beck Depression Inventory – II (BDI - II) ซึ่งเป็นการปรับปรุงตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 (DSM - IV) จุดประสงค์ในการสร้างแบบวัด Beck Depression Inventory – II (BDI - II) เพื่อใช้ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า รวมทั้งอาการแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆของวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า (Beck, Steer, & Brown, 1996) แบบวัดประกอบด้วยคำถามจำนวน 21 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางใจ 15 ข้อ อาการทางกาย 6 ข้อ ชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ 0 - 3 ดังนี้ ไม่เคยเลย (0 คะแนน) บางครั้ง (1 คะแนน) บ่อยๆ (2 คะแนน) และเป็นประจำ (3 คะแนน) พิสัยคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 63 แปลผลคะแนนที่ได้ โดยคะแนนรวม 0 - 13 (ปกติ) 14 - 19 (ซึมเศร้าเล็กน้อย) 20 - 28 (ซึมเศร้าปานกลาง) 29 - 63 (ซึมเศร้ารุนแรง) แบบวัดชุดนี้มีค่าความเชื่อมั่น .93 (Beck, et al., 1996) เป็นแบบประเมินที่นิยมใช้กันอย่างกว้างขวางทั้งในการวินิจฉัยและการตรวจรักษา เนื่องจากมีการใช้ง่าย มีความเที่ยงตรงและสามารถประเมินซ้ำได้

แบบวัดนี้ได้รับการแปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ ในปี พ.ศ. 2522 มีจำนวนข้อและการให้คะแนนเช่นเดียวกับต้นฉบับ การแปลผลที่ได้แบบเป็น 5 ระดับ คือ 0 - 9 (มีภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ) 10 - 15 (มีอาการซึมเศร้าในระดับน้อย) 16 - 19 (มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง) 20 - 29 (มีอาการซึมเศร้าในระดับมาก) 30 - 63 (มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง) มีค่าความเชื่อมั่น .80 - .90 (ลัดดา แสนสีหา, 2536)

2.) The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES - D) สร้างขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1977 โดยนักวิจัยชื่อแรนคอฟ โดยพัฒนามาจากแบบวัดของ เบค เรสกิน

ซุง และ Minnesota Multiphasic Personality Inventory(MMPI) (Radloff, 1977) เพื่อวัดอาการซึมเศร้าของประชากรในชุมชนในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยคำถามสั้นๆ จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความเชิงลบ 16 ข้อ และเชิงบวก 4 ข้อ เป็นคำถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ 0-3 โดยจะได้คะแนน 0 เมื่อไม่เคยเกิดอารมณ์และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าหรือเกิดน้อยกว่า 1 วันใน 1 สัปดาห์ ได้ คะแนน 2 เมื่อเกิดขึ้น 3 - 4 วันใน 1 สัปดาห์ และได้คะแนน 3 เมื่อเกิดขึ้นนาน 5 - 7 วัน ใน 1 สัปดาห์ ส่วนข้อคำถามที่เป็นข้อความเชิงบวกจะมีคะแนนตรงกันข้ามกัน มีพิสัยคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 60 แปลผลคะแนนที่ได้โดยหากมีคะแนนรวมมากกว่า 16 ถือว่ามีอาการซึมเศร้า แบบวัดชุดนี้มีค่าความเชื่อมั่น .76 (Radloff, 1977)

สำหรับฉบับภาษาไทยนั้น ใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินอาการซึมเศร้าในประชากรทั่วไป ใช้เวลาในการประเมิน 5 - 10 นาที มีจำนวนข้อและการให้คะแนนเช่นเดียวกับต้นฉบับ โดยมีคะแนนมาตรฐานที่ชี้บ่งอาการซึมเศร้าของคนไทยมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 19 ซึ่งให้ค่าความไวและความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 93.33 และ 94.2 ตามลำดับ และมีค่าความเที่ยงของแบบทดสอบเท่ากับ 0.9154 (วิไล กุปตันนิตติชัยกุล, 2540) และอุมาพร ตรังคสมบัติ และคณะ (2540) ได้แปลเพื่อใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น ที่มีอายุระหว่าง 15 - 18 ปี มีจำนวนข้อและการให้คะแนนเช่นเดียวกับต้นฉบับ โดยมีคะแนนมาตรฐานที่ชี้บ่งอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นไทยมีค่ามากกว่า 19 และมีค่าความเที่ยงของแบบทดสอบเท่ากับ 0.9154

3.) Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1983 โดยซิกมอนด์และสเนท เพื่อวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการวิตกกังวล จำนวน 7 ข้อ และเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าอีก 7 ข้อ ในแต่ละข้อเป็นคำถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ การคิดคะแนนแยกเป็นส่วนของอาการวิตกกังวล และส่วนของอาการซึมเศร้า มีพิสัยคะแนนในแต่ละส่วนอยู่ระหว่าง 0 - 21 โดยมีเกณฑ์แปลผลคือ

คะแนนรวม 0 - 7	เป็นกลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช
คะแนนรวม 8 - 10	เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรือมีอาการซึมเศร้า แต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน
คะแนนรวม 11 - 21	เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรือมีอาการซึมเศร้าในระดับ ที่เป็นความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มอาการนั้น

แบบวัดชุดนี้มีค่าความเชื่อมั่น .74 ในส่วนของภาวะวิตกกังวล และ 0.70 ในส่วนของภาวะซึมเศร้า HADS เป็นแบบวัดที่มีการยอมรับกันอย่างกว้างขวาง โดยได้มีการนำไปสำรวจปัญหาอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในกลุ่มประชาชนทั่วไป และผู้ป่วยจิตเวช ได้มี

การแปลและทดสอบความเที่ยงตรงของแบบวัดในหลายๆภาษา และในผู้ป่วยหลายกลุ่ม มีการศึกษาเปรียบเทียบกับแบบวัดสุขภาพจิตอื่นๆ เช่น General Health Questionnaire (GHQ), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Depression Inventory (BDI), Linear Analogue Anxiety Scale (LAAS), Montgomery Asberg Rating scale (MARS), Irritability Depression and Anxiety Scale (IDAS) และ Rotterdam Symptom Checklist (RSCL) พบว่ามีค่าความเที่ยงตรงตามสภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ดี และพบว่าสามารถแยกการวัดอาการวิตกกังวลและการวัดอาการซึมเศร้าออกจากกันได้ (Zigmond, & Snaith, 1983; ธนา นิลชัยโกวิทย์ มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช, 2539)

มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยธนา นิลชัยโกวิทย์ (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ, 2539) มีจำนวนข้อและการให้คะแนนเช่นเดียวกับต้นฉบับ โดยมีคะแนนมาตรฐานที่ชี้บ่งอาการซึมเศร้าของคนไทยมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 11 มีความไวเท่ากับร้อยละ 100 และความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 86 สำหรับภาวะวิตกกังวล และมีความไวเท่ากับร้อยละ 85.71 และความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 91.3 สำหรับภาวะซึมเศร้า มีค่าความเชื่อมั่น .8551 ในส่วนของอาการวิตกกังวล และ 0.8259 ในส่วนของอาการซึมเศร้า ส่วนการกำหนดเกณฑ์คะแนนในลักษณะที่แบ่งระดับการวินิจฉัยเป็น 3 ระดับ ได้กำหนดตามที่ซิกมอนด์และสเนทกำหนดไว้เดิม

4.) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ - 9 (Patient Health Questionnaire - 9)

เกรินค์และคณะ (Kroenke, et al., 2001) ได้พัฒนามาจาก The Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME - MD) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้คัดกรองอาการซึมเศร้าในบุคคลทั่วไปในสถานบริการสุขภาพหน่วยปฐมภูมิ มีความไวและความจำเพาะต่อโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับดี นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้ PHQ - 9 กับสตรีตั้งครรภ์ในหลายๆงานวิจัย (Adeney, Flores, Perez, Sanchez, Williams, 2006; Cripe, Sanchez, Lam, Sanchez, Ojeda, et al., 2009; Sanchez, Qiu, Williams, Lam, & Sorensen, 2008) ประกอบด้วยข้อคำถามสั้นๆ 9 ข้อ โดยทั้ง 9 ข้อมาจากข้อต่างๆ ของเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า DSM - IV โดยสอบถามอาการซึมเศร้าใน 7 วันที่ผ่านมา เป็นข้อคำถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ 0 - 3 มีพิสัยคะแนนในแต่ละส่วนอยู่ระหว่าง 0 - 27 คะแนน มีข้อคำถามแบบเลือกตอบและกำหนดคะแนน คือ ไม่มีเลย (คะแนน = 0) มีบางวัน ไม่บ่อย (คะแนน = 1) มีค่อนข้างบ่อย (คะแนน = 2) และมีเกือบทุกวัน (คะแนน = 3) นำคะแนนทุกข้อมารวมกัน เทียบระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (Kroenke, et al., 2001) ดังนี้

ความรุนแรง	ค่าคะแนนรวม
ไม่มีอาการซึมเศร้า	0 - 4
เล็กน้อย ไม่ถึงขั้นมีอาการซึมเศร้า	5 - 8
มีอาการซึมเศร้าในระดับน้อย	9 - 14
มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง	15 - 19
มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง	20 ขึ้นไป

แบบประเมินอาการซึมเศร้า PHQ - 9 ฉบับภาษาไทย โดยมานิช หล่อตระกูล (Lotrakul, Sumrithe, & Saipanish, 2008) ซึ่งแปลและดัดแปลงจากต้นฉบับให้เป็นแบบประเมินตนเอง ประกอบด้วยจำนวนคำถาม ข้อคำถาม และการกำหนดคะแนนเช่นเดียวกับต้นฉบับ กำหนดจุดตัดที่ระดับคะแนนตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไปมีความไวร้อยละ 84 ความจำเพาะร้อยละ 77 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

5.) The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1987 โดย คอกซ์ โฮล์เด็น และซาโกฟสกี เพื่อวัดอาการซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด ใช้เป็นเครื่องมือสำหรับคัดกรองขั้นที่สองเพื่อป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้าหลังคลอด (Cox, Holden & Sagovsky, 1987) เป็นเครื่องมือที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในหลายประเทศ ทั้งใช้ในมารดาหลังคลอด และแม้กระทั่งในสตรีตั้งครรภ์ (Berle, et al., 2003; Su, Chiu, Huang, Ho, Lee, Wu, & Lin, et al., 2007; Limlomwongse, et al., 2006) มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ สอบถามอาการใน 7 วันที่ผ่านมา เป็นข้อคำถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ 0 - 3 มีพิสัยคะแนนในแต่ละส่วนอยู่ระหว่าง 0 - 30 คะแนน กำหนดจุดตัดอยู่ที่ระดับคะแนนตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไปมีความไวร้อยละ 86 ความจำเพาะร้อยละ 78

แบบประเมินอาการของอาการซึมเศร้า The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ฉบับภาษาไทย (กมลรัตน์ วัชรภรณ์ และคณะ, 2546) มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ สอบถามอาการใน 7 วันที่ผ่านมา เป็นข้อคำถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ 0 - 3 มีพิสัยคะแนนในแต่ละส่วนอยู่ระหว่าง 0 - 30 คะแนน เช่นเดียวกับต้นฉบับ ซึ่งมีคะแนนมาตรฐานที่ชี้บ่งอาการซึมเศร้าของคนไทยที่ระดับคะแนนตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไป โดยมี ความไวร้อยละ 100 ความจำเพาะร้อยละ 88 มีค่า degree of agreement เท่ากับ .38 ขณะที่แบบประเมินอาการซึมเศร้า EPDS ฉบับภาษาไทยอีกฉบับหนึ่งถูกแปลจากต้นฉบับของคอกซ์และคณะ (Cox, et al., 1987) โดยจารุรินทร์ ปิตานพวงศ์ และคณะ (Pitanupong, Liabsuetrakul, & Vittayanont, 2007) มีการดัดแปลงข้อคำถามในข้อที่ 6 ให้เหมาะสมกับคนไทย ทดสอบในมารดาหลังคลอด 6 - 8 สัปดาห์หลังคลอด จำนวน 351 ราย ได้จุดตัดคะแนนบ่งชี้ว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการซึมเศร้าที่

ระดับคะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป โดยมีความไวร้อยละ 74 ความจำเพาะร้อยละ 74 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเครื่องมือในการประเมินอาการซึมเศร้านั้น ผู้วิจัยได้พิจารณาและได้เลือกใช้เครื่องมือ The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) มาประเมินอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ โดยมีเหตุผลคือ มีจำนวนข้อไม่มาก ข้อคำถามสั้นกะทัดรัด และจากการศึกษารายงานการวิจัยหลายฉบับทั้งในและต่างประเทศพบว่า EPDS เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมินหรือคัดกรองอาการของอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ อีกทั้งได้มีงานวิจัยที่ศึกษาเปรียบเทียบแบบประเมิน EPDS กับ BDI - II ซึ่งเป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมินอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์เช่นกัน ก็พบว่า EPDS มีความไวร้อยละ 83 และความจำเพาะร้อยละ 89 ขณะที่ BDI - II มีความไวร้อยละ 74 และความจำเพาะร้อยละ 83 ชูและคณะจึงสรุปผลการศึกษาว่าควรเลือกใช้ EPDS มาใช้ในการประเมินสตรีตั้งครรภ์ (Su, et al., 2007) สำหรับฉบับภาษาไทยนั้นถึงแม้ว่าค่า degree of agreement จะอยู่ในเกณฑ์พอใช้ แต่ในการศึกษาค้นคว้านี้ใช้เพื่อการคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการซึมเศร้า โดยจะได้รับกิจกรรมการทดลองเพื่อลดอาการซึมเศร้า อันเป็นการป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งค่าความไวของ EPDS ฉบับภาษาไทยของ กมลรัตน์ วัชรภรณ์ และคณะ (2546) มีความไวสูงคือร้อยละ 100 จึงเหมาะสมกับการนำมาใช้ในงานวิจัยนี้

2.1.5 การรักษาหรือลดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์

การรักษาหรือลดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ แบ่งเป็นการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้าและการรักษาโดยไม่ใช้ยา ดังนี้

2.1.5.1 การรักษาหรือลดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า (antidepressants drug) และยาที่นิยมใช้รักษาอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์เป็นยาในกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) ได้แก่ Fluvoxamine Paroxetine และ Sertraline โดยมีฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับของ serotonin (Kulin, Pastuszak, & Sage, 1998) เป็นยารักษาโรคซึมเศร้ามีประสิทธิภาพสูงและค่อนข้างปลอดภัยในการรักษาอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ แม้ว่าจะไม่มีผลการศึกษารายงานว่ายาที่ใช้ในการรักษาอาการซึมเศร้ามีผลต่อความผิดปกติแต่กำเนิดของทารก แต่มีรายงานการใช้ selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) ว่ามีผลให้อายุครรภ์เมื่อคลอดลดลง ทารกมีน้ำหนักตัวแรกเกิดลดลง (Suri, et al., 2007) ระดับคะแนน Apgar scores ลดลง (Simon, et al., 2002) และเป็นสาเหตุของการเกิดอาการขาดยา (withdrawal symptoms) ของทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด (Nordeng, et al., 2001) ในขณะเดียวกันการที่ได้รับยาบำบัดภาวะ

ซึมเศร้ายังส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีความเครียดเพิ่มขึ้น เพราะคิดว่าบุตรในครรภ์อาจได้รับอันตรายจากผลของยา (Campagne, 2004)

2.1.5.2 การรักษาหรือลดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์โดยไม่ใช้ยา จากการศึกษาการวิจัยพบว่าการรักษาหรือลดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์โดยไม่ใช้ยา ไม่มีรายงานใดระบุว่า การรักษาหรือลดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ที่มีประสิทธิผลมากที่สุดคือวิธีใด จึงมีผู้วิจัยที่สนใจศึกษาวิธีการรักษาหรือลดอาการซึมเศร้า โดยมุ่งเน้นกิจกรรมการทดลองไปที่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ การนวดโดยสามี (บิดาของทารกในครรภ์) (Field, Figueiredo, Hernandez-Reif, Diego, Deeds, & Ascencio, 2008) การฟังเข็ม (Manber, Schnyer, Allen, Rush, & Blasey, 2004) จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy) (Spinelli, & Endicott, 2003) และการรักษาโดยการส่องสว่างยามเช้า (Morning light therapy) (Oren, Wisner, Spinelli, Epperson, Peindl, Terman, et al., 2002)

2.2 ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญปัญหาของลาซารัสและฟอล์คแมน

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus, & Folkman, 1984) มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดยมีแนวคิดเกี่ยวกับความเครียด การประเมินตัดสิน และการเผชิญความเครียด (Stress - Coping model) ซึ่งเป็นแนวคิดเชิงจิตวิทยาที่กล่าวว่าความเครียดเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในชีวิตจะมีการใช้กระบวนการทางความคิด (cognitive appraisal) (Lazarus, et al., 1984) ประเมินขั้นปฐมภูมิ (primary appraisal) ว่าสถานการณ์เหล่านั้นไม่เกี่ยวข้องหรือไม่ก่อให้เกิดผลดีผลเสียกับตน (irrelevant) ก่อให้เกิดผลดี (benign positive) หรือก่อให้เกิดความเครียด (stressful) เมื่อบุคคลประเมินว่าสถานการณ์ที่เผชิญนั้นก่อให้เกิดความเครียด จะมีการประเมินว่าเป็นอันตรายหรือทำให้เกิดความสูญเสีย (harm & loss) คุกคาม (threat) หรือเป็นสิ่งที่ท้าทาย (challenge) ที่คาดว่าจะจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ที่เผชิญได้ ซึ่งในการประเมินขั้นปฐมภูมินี้ ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินของบุคคลมี 2 ชนิด คือปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์เฉพาะหน้า (Lazarus, et al., 1984) ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) ได้แก่

ข้อผูกพัน (commitment) ว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมีความสำคัญและมีความหมายต่อบุคคลมากน้อยเพียงใด หากสถานการณ์นั้นมีความสำคัญและมีความหมายมาก บุคคลจะประเมินต่อเหตุการณ์ว่าเป็นอันตราย ก่อให้เกิดการสูญเสีย เป็นภาวะคุกคาม หรือเป็นสิ่งที่ท้าทายต่อตน

ความเชื่อ (beliefs) หากบุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าสามารถควบคุมต่อสถานการณ์ได้ รวมถึงความเชื่อมั่นในทางศาสนา ความเชื่อดังกล่าวจะทำให้การประเมินต่อสถานการณ์ของบุคคลเป็นสถานการณ์ที่ท้าทายหรือก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง

2. ปัจจัยด้านสถานการณ์ (situation factors) ได้แก่

ความแปลกใหม่ของสถานการณ์ (novelty) หากบุคคลไม่เคยรับรู้หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมาก่อน จะส่งผลให้บุคคลประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นภาวะเครียดที่รุนแรง คุกคาม และก่อให้เกิดอันตรายและความสูญเสีย

ความสามารถในการทำนายหรือคาดเดาสถานการณ์ (predictability) หากบุคคลสามารถทำนายได้ว่าสถานการณ์ที่เผชิญนั้นจะส่งผลอย่างไรในอนาคต จะทำให้บุคคลประเมินความรุนแรงของสถานการณ์ดังกล่าวลดลง

ความไม่แน่นอนในสถานการณ์ (event uncertainty) หากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา คลุมเครือ ไม่ชัดเจน จะส่งผลให้บุคคลประเมินสถานการณ์ที่เผชิญว่าเป็นภาวะคุกคามต่อตนเอง ก่อให้เกิดความเครียดได้

นอกจากนี้ปัจจัยด้านเวลา (temporal factor) เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการประเมินสถานการณ์ความเครียดในแต่ละบุคคล กล่าวคือ หากบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นระยะเวลานาน จะทำให้ความเครียดเพิ่มขึ้นและส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจตาม เช่น โรคจิตประสาท โรคซึมเศร้า

เมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์ขณะเผชิญว่าคุกคามต่อตนเองแล้ว จะประเมินขั้นทุติยภูมิ (secondary appraisal) ซึ่งเป็นการประเมินศักยภาพความสามารถของตน ได้แก่ ความสามารถของร่างกายและอารมณ์ในการตอบสนองต่อความเครียด และแหล่งประโยชน์ทางสังคม ได้แก่ การได้รับข้อมูลและคำแนะนำ แล้วจึงตัดสินใจเลือกวิธีการเผชิญความเครียด นอกจากนี้การประเมินทั้งขั้นทุติยภูมิจะเกิดตามหลังการประเมินขั้นปฐมภูมิหรืออาจเกิดขึ้นพร้อมกัน หากบุคคลได้ผ่านกระบวนการประเมินทั้งขั้นปฐมภูมิและขั้นทุติยภูมิแล้วพิจารณาว่าอันตรายที่ตนเองได้รับนั้นยังคงอยู่ จะมีการประเมินซ้ำ (reappraisal) เนื่องจากได้รับข้อมูลใหม่เพิ่มเติมจากสิ่งแวดล้อม จะเห็นได้ว่าการประเมินสถานการณ์ของบุคคลเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เพื่อเลือกวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม วิธีการเผชิญความเครียดของบุคคลมี 2 วิธี (Lazarus, et al., 1984) ดังนี้

1. มุ่งจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดด้วยวิธีการแก้ปัญหาอย่างมีระบบ (problem - focused coping) ต่อเหตุการณ์ความเครียดจากสิ่งแวดล้อม หรือใช้กลยุทธ์การแก้ปัญหา

กับตนเอง โดยลดความต้องการ ลดอัตตา (reducing ego involvement) หาทางอื่นในการตอบสนองความต้องการ พัฒนามาตรฐานพฤติกรรมใหม่ เรียนรู้ทักษะและวิธีการใหม่

2. มุ่งปรับอารมณ์ของตนเองเพื่อลดความทุกข์ที่เกิดขึ้น (emotional- focused coping) ด้วยวิธีการต่างๆทางกรรูกิด (cognitive process) ซึ่งอาจใช้ชั่วคราวหรือใช้ในระยะยาว ได้แก่ การให้ความหมายกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดใหม่ในมุมมองที่ลดความรุนแรงลงหรือมุมมองในด้านบวก เบี่ยงเบนความสนใจไปยังกิจกรรมอื่น เช่น ออกกำลังกาย การทำสมาธิ ดื่มสุรา ใช้สารเสพติด ระบายความโกรธ แสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์ หรือหลอกตนเอง (self deception)

นอกจากนี้บุคคลที่มีแหล่งประโยชน์ (coping resource) ที่เพียงพอและเหมาะสม (Lazarus, et al., 1984) ได้แก่ แหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล คือ ภาวะสุขภาพและพลังงาน ความเชื่อในด้านบวก (positive belief) ความเชื่อมั่นในตนเอง ความสามารถและทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะทางด้านสังคม และแหล่งประโยชน์จากสังคม คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร ความช่วยเหลือด้านรูปธรรมและการเงิน การสนับสนุนด้านอารมณ์จากบุคคลที่คาดหวัง บุคคลจะมีความสามารถในการจัดการกับเหตุการณ์ความเครียดได้มีประสิทธิภาพมากกว่าบุคคลที่มีแหล่งประโยชน์น้อย

เมื่อบุคคลสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม จะก่อให้เกิดการปรับตัวที่ดีใน 3 ด้าน ดังนี้

1. การทำหน้าที่ทางสังคม (social function) ได้แก่ การทำหน้าที่ตามบทบาทและความพึงพอใจกับการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

2. ขวัญและกำลังใจ (morale) เป็นความรู้สึกที่มีต่อตนเอง ได้แก่ อารมณ์ทางบวกและทางลบ ความรู้สึกพึงพอใจกับเป้าหมาย และความผาสุกทางจิตใจ หากบุคคลรู้สึกว่าการพยายามของตนเองในการจัดการกับเหตุการณ์ความเครียดล้มเหลว ไม่สามารถควบคุมผลลัพธ์ได้ซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์ในด้านลบ จะสูญเสียความภาคภูมิใจ ส่งผลให้บุคคลเกิดอาการซึมเศร้า

3. ภาวะสุขภาพ (somatic health) ได้แก่ การมีภาวะสุขภาพด้านร่างกายดี มีความสมบูรณ์ แข็งแรง ไม่มีความเจ็บป่วย

2.3 การลดอาการซึมเศร้าด้วยการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ในช่วงต้น พบว่าสถานการณ์ความเครียดต่าง ๆ และการขาดความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในระยะตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังเป็น

ปัจจัยที่พยาบาลผดุงครรภ์หรือบุคลากรในทีมสุขภาพสามารถช่วยเหลือเพื่อจัดการหรือลดปัจจัยนั้นลงได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษารายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลดอาการซึมเศร้าด้วยการจัดการที่ปัจจัยด้านสถานการณ์ความเครียด พบว่าการให้การปรึกษาก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ผู้วิจัยหลายๆท่านนำมาใช้เพื่อลดอาการซึมเศร้า เช่น การศึกษาของวิกเบิร์กและหวาง (Wickberg, & Hwang, 1996) พบว่าการให้การปรึกษารายบุคคลแก่มารดาที่มีอาการซึมเศร้าหลังคลอดที่หน่วยดูแลเด็กหรือบ้านของกลุ่มตัวอย่างโดยพยาบาลประจำหน่วยดูแลเด็กเป็นผู้ให้การปรึกษา จำนวน 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 12 / 15 รายมีคะแนนอาการซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนการทดลอง และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง (major depression) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งไม่ได้ทดสอบความแตกต่างทางสถิติ และผลการวิจัยของ สุพาณี เสมสุขกรี (2541) ที่ศึกษาการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลในสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุครรภ์ต่ำกว่า 36 สัปดาห์ จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 ราย โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการให้การปรึกษาแบบยี่ดบุคคลเป็นศูนย์กลางรายบุคคล จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 30 - 50 นาที ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน ประเมินผลภายหลังการทดลอง (post - test) ซึ่งมีระยะเวลาห่างจากก่อนการทดลอง (pre - test) 1 เดือน พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับการให้การปรึกษามีอาการซึมเศร่าลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน

นอกจากนี้จากการศึกษาการวิจัยที่ศึกษาการลดอาการซึมเศร้าโดยมุ่งไปที่ปัจจัยด้านการขาดความรู้ พบว่าการสนับสนุนความรู้สามารถลดอาการซึมเศร้าได้ ดังรายงานการวิจัยของ ลาร่าและคณะ (Lara, Navarra, & Navarrete, 2010) ได้ศึกษาผลการให้ความรู้ทางสุขภาพจิต (psycho - educational) แก่สตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้าหลังคลอด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มีอายุครรภ์ไม่เกิน 26 สัปดาห์ และมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการซึมเศร้าหลังคลอดซึ่งได้จากการประเมินด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์และ/หรือมีประวัติเคยมีอาการซึมเศร้า โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพจิต (psycho - educational) มีการดำเนินโปรแกรมครั้งละ 2 ชั่วโมง เป็นจำนวน 8 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยดำเนินโปรแกรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละไม่เกิน 15 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ นอกจากนี้ทั้งสองกลุ่มยังได้รับคู่มือการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการซึมเศร้า ซึ่งผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลอง (จำนวน 68 ราย) มีจำนวนสตรีที่มีอาการซึมเศร้าหลังคลอด (4 - 6 เดือนหลังคลอด) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (จำนวน 68 ราย) 14.3 % อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ถึงแม้การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้มีการประเมินผลของการทดลองในระยะตั้งครรภ์ แต่พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพจิต (psycho -

educational) สามารถป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้าหลังคลอด โดยเมื่อพิจารณารายงานการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ที่เด่นชัดกับการเกิดอาการซึมเศร้าหลังคลอด (Limlomwongse, et al., 2005; Milgrom, et al., 2008; Raid, et al., 2007) ดังนั้นผลการศึกษาของลาร่าและคณะ ในครั้งนี้ย่อมมีความเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ จึงอาจกล่าวได้ว่าการสนับสนุนความรู้จะช่วยลดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ได้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้เพื่อลดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษาและการสนับสนุนความรู้ ดังนี้

2.3.1 การให้การปรึกษา (Counseling)

2.3.1.1 ความหมายและประเภทของการให้การปรึกษา

นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการให้การปรึกษาไว้ เช่น ยอร์ช และคริสเตียนี (George, & Cristiani, 1990 อ้างใน วชิร ทรัพย์มี, 2546) ได้ให้ความหมายของการให้การปรึกษาว่า เป็นความร่วมมือกันระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษารู้จักตนเองและสิ่งแวดล้อม เพื่อจะได้นำไปใช้ในการตัดสินใจหรือแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ขณะที่ประกายแก้ว ธนสุวรรณ (2552) กล่าวถึงการให้การปรึกษาว่าเป็นสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสองคน ซึ่งดำเนินไปเพื่อช่วยเหลือฝ่ายหนึ่งที่กำลังประสบปัญหา ให้สามารถแก้ไขปัญหาและพัฒนาตนเองให้เป็นบุคคลที่สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น บทบาทของผู้ให้การปรึกษาเป็นการเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาใช้ศักยภาพและความสามารถของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ สรุปได้ว่า การให้การปรึกษา เป็นกระบวนการของสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา โดยช่วยเหลือให้ผู้รับการปรึกษาได้เข้าใจตนเอง และสิ่งแวดล้อม เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาใช้ศักยภาพและความสามารถของตนเองในการตัดสินใจ หรือแก้ไขปัญหา หรือสามารถพัฒนาตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

ประเภทของการให้การปรึกษาแบ่งได้เป็น 4 ประเภท (วชิร ทรัพย์มี, 2546) ดังนี้

- 1.) การให้การปรึกษาในภาวะวิกฤติ (crisis counseling) เป็นการให้การปรึกษาในภาวะที่ผู้รับการปรึกษาพบกับความคับข้องใจอย่างรุนแรงในชีวิต และวุ่นวายใจอย่างหนักที่จะแก้ไขปัญหา นั่น เช่น การสูญเสียคนที่ตนรัก ไม่สามารถจัดการกับสภาพการณ์ต่างๆ ของชีวิต วิกฤตการณ์ในครอบครัว เช่น การหย่าร้าง การตั้งครรภ์นอกกฎหมาย การตกงาน การล้มละลาย และปัญหาโรคเอดส์

2.) การให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมการแก้ปัญหาและการปรับตัว (facilitative counseling) เป็นการให้การปรึกษาที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความกระตือรือร้นในการแก้ปัญหาของตน พยายามเข้าใจและยอมรับตนเอง ปรับปรุงโครงการแก้ปัญหาหรือโครงการในอนาคตของตน และดำเนินตามโครงการที่วางไว้ด้วยความรับผิดชอบ นอกจากนั้นจะช่วยแก้ไขพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษาไปสู่แนวทางที่พึงปรารถนา เช่น การปรับตัวเข้ากับบุคคลอื่น และการปรับปรุงบุคลิกลักษณะ

3.) การให้การปรึกษาเพื่อป้องกันปัญหา (preventive counseling) เป็นการให้การปรึกษาที่มีโครงการเฉพาะเจาะจง เช่น จัดโครงการให้ผู้รับการปรึกษาได้ตระหนักถึงอันตรายของยาเสพติด ฝึกทักษะในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จัดโครงการให้ผู้รับการปรึกษารู้จักตนเองเพื่อผลดีต่อไปในอนาคต เป็นการเอื้ออำนวยต่อการเลือกสาขาการเรียนและอาชีพที่เหมาะสมต่อไป

4.) การให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ (development counseling) เป็นการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้รับการปรึกษามีพัฒนาการที่ดีในแต่ละขั้นของพัฒนาการในชีวิต ช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีความรู้ต่องานที่ตนเองทำอย่างถูกต้อง ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เรียนรู้ทักษะในการตัดสินใจ สำนึกคุณค่าและความสนใจของตน เข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงของสภาพการณ์ต่างๆ เข้าใจกระบวนการต่างๆ ของชีวิตตั้งแต่เกิดจนตาย

ขณะที่สุบิน สมิน้อย (2549) ได้อธิบายประเภทของการให้การปรึกษาได้ 3 ประเภท ดังนี้

1) การให้การปรึกษาแบบไม่นำทาง (non - directive counseling) เป็นการให้การปรึกษาโดยยึดผู้รับการปรึกษา (counselee) เป็นศูนย์กลาง โดยผู้ให้การปรึกษามีหน้าที่สร้างบรรยากาศให้ผู้รับการปรึกษาอบอุ่นไว้วางใจ ได้ระบายความรู้สึกอย่างอิสระ เกิดการตระหนักรู้ด้วยตนเองในปัญหาที่เผชิญอยู่ และตัดสินใจเลือกด้วยตนเอง ในการให้การปรึกษาแบบนี้จะเน้นให้ความสำคัญที่ตัวบุคคลและความรู้สึกในภาวะปัจจุบันมากกว่าตัวปัญหา (วินิจฉัยปัญหา) สติปัญญา หรือเรื่องราวในอดีต การให้คำปรึกษาแนวนี้ เช่น ทฤษฎี Client center ของ Carl R. Roger

2.) การให้การปรึกษาแบบนำทาง (directive counseling) อาจเรียกได้ว่าเป็นการปรึกษาที่เน้นผู้ให้การปรึกษาเป็นศูนย์กลาง เน้นการพิจารณาวิเคราะห์ปัญหา เพื่อให้เข้าถึงสาเหตุของปัญหาอย่างลึกซึ้งก่อนที่จะให้การปรึกษา

3.) การให้การปรึกษาแบบผสมผสาน (elective counseling) เป็นการให้การปรึกษาที่เน้นการช่วยเหลือบุคคลโดยให้ความสำคัญทั้งด้านสติปัญญาและอารมณ์ว่ามี

ความสำคัญพอๆ กัน และการแก้ปัญหาจะต้องพัฒนาบุคลิกภาพของผู้รับการปรึกษาให้รู้จักปรับตัวเหมาะสมกับสถานการณ์ ให้รู้ตัวว่าขณะนี้ตัวเองกำลังทำอะไร อยู่ที่ไหน ตั้งจุดมุ่งหมายของชีวิตเอาไว้ได้อย่างไร เพราะชีวิตไม่มีจุดหมายย่อมประสบความสำเร็จ การให้การปรึกษาแบบนี้เชื่อว่าบุคคลย่อมมีความสามารถในตนเองที่จะแก้ปัญหาของตนเองได้ถ้าหากได้รับการนำทางที่ถูกต้อง และเน้นว่าผู้รับการปรึกษาควรได้พูดมากกว่าผู้ให้คำปรึกษา รับผิดชอบการตัดสินใจและเลือกแนวทางในการดำเนินชีวิตของตน

2.3.1.2 หน้าที่และลักษณะบุคลิกภาพของผู้ให้การปรึกษา

การให้การปรึกษาจะเน้นที่ผู้รับการปรึกษา ให้ผู้ที่ประสบปัญหาเป็นผู้หาทางแก้ปัญหาด้วยตนเอง โดยมีผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้ช่วย ไม่ใช่ความคิดของตัวเองเป็นหลัก หรือชักจูงวิธีแก้ปัญหา ผู้ให้การปรึกษามีหน้าที่และบุคลิกภาพ (วัชร ทรัพย์มี, 2546) ดังนี้

1.) ให้ขวัญและกำลังใจ ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีความพร้อมในการแก้ปัญหา

2.) ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา มองเห็นปัญหาและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับปัญหา

3.) ให้ข้อมูลที่จำเป็นในการแก้ปัญหาที่ผู้รับคำปรึกษายังไม่ทราบ

4.) ให้ความช่วยเหลือทางสังคมที่จำเป็น

5.) ช่วยพัฒนาทักษะชีวิต และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2.3.1.3 กระบวนการให้คำปรึกษา

กระบวนการให้การปรึกษาประกอบด้วย 3 ขั้นตอน (อรพรรณ ลือบุญ รัชชัย, 2553) ดังนี้

1.) ขั้นเริ่มต้น เป็นระยะเริ่มต้นของการให้การปรึกษา จำเป็นต้องสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีสัมพันธภาพที่ดี ต้องการสนทนาต่อ เกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจผู้ให้การปรึกษา อันจะนำมาสู่ความสำเร็จในกระบวนการให้การปรึกษา เทคนิคที่ใช้ในระยะนี้ ได้แก่

การสร้างบรรยากาศ (rapport) สร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เป็นกันเองอบอุ่นใจ ในขั้นตอนนี้จะมีการตกลงการปรึกษาด้านกรอบหรือขอบเขตของการให้การปรึกษา เช่น ปัญหาชีวิตครอบครัว การเสียชีวิตของคนที่รัก และเงื่อนไขในการให้การปรึกษา ประกอบด้วยระยะเวลาในการให้การปรึกษา สิทธิและหน้าที่ของผู้ให้และผู้รับการปรึกษา การรักษาความลับ

การสร้างสัมพันธภาพ (relationship) ทักทายผู้ให้การปรึกษาด้วยใบหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส เป็นมิตร สร้างความคุ้นเคยด้วยการยอมรับ

การยอมรับ (acceptance) ใช้เทคนิคการยอมรับโดยเฉพาะในเวลาที่ได้รับ การปรึกษาได้ระบายข้อข้องใจ ความทุกข์ใจ โดยไม่ตัดสินผู้รับการปรึกษา ไม่ปฏิเสธ หรือ วิพากษ์วิจารณ์

การยกย่องและให้เกียรติ (recognition) เป็นการให้เกียรติผู้รับการปรึกษา ในฐานะบุคคลหนึ่ง โดยการตอบรับ การเชื่อเชิญ

ความจริงใจ (genuine) เป็นการแสดงออกถึงความตั้งใจและจริงใจที่จะ ช่วยเหลือผู้รับการปรึกษา

2.) ขึ้นใจประเด็นปัญหาและจัดการกับปัญหา เป็นการสำรวจปัญหา เพื่อค้นหาข้อมูลด้านปัญหา สาเหตุ และความต้องการในการแก้ไขปัญหามีการเปิดโอกาสให้ผู้รับ การปรึกษาได้พูดคุยเล่าเรื่องราวหรือระบายความคับข้องใจ ความวิตกกังวล หรือความเครียด ใน ขั้นตอนนี้ผู้ให้การปรึกษานำทักษะพื้นฐานมาผสมผสานกัน ทักษะที่สำคัญ ได้แก่

ทักษะการเงียบและการฟัง (silence and listening) และการยอมรับ (acceptance) ซึ่งเป็นการรับฟังเรื่องราวต่างๆที่ผู้รับการปรึกษาเล่าโดยไม่แสดงความคิดเห็น ความ ในใจ หรือปฏิกิริยาใดๆออกมา การยอมรับแสดงออกโดยการพยักหน้า และการใช้คำพูดแสดงการ ยอมรับ เช่น “ฉันเข้าใจค่ะ” “ไม่เป็นไรค่ะ” ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความกระจำในเรื่องของ ตน (Patterson, 1980)

ทักษะการสะท้อนเนื้อหา (reflect content) เช่น “คุณรู้สึกแย่มากที่รู้ว่า สามิโทรศัพท์คุยกับหญิงอื่น” (วัชร ทรัพย์มี, 2546)

ทักษะการตั้งคำถาม (questioning) ผู้ให้การปรึกษาอาจใช้เทคนิคในการ ตั้งคำถามเพื่อหาข้อมูลจากผู้รับการปรึกษา หรืออาจใช้เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง หรือใช้ เพื่อสะท้อนทัศนคติและความรู้สึก เพื่อให้ผู้รับการปรึกษารู้และยอมรับตนเอง ในการตั้งครรภ์ถาม ควรใช้คำถามในลักษณะต่างๆ และเป็นคำถามปลายเปิด เช่น ถามว่า “คุณปวดศีรษะใช่ไหม” จะ ได้ผลน้อยกว่าการพูดว่า “ลองเล่าให้ฟังถึงอาการที่คุณบอกว่าปวดศีรษะ”

ทักษะการเสนอแนะ (suggestion) วิธีนี้เป็นวิธีที่ใช้บ่อย เพราะผู้รับการ ปรึกษามักมาขอให้ผู้ให้การปรึกษาเพื่อหวังว่าจะได้รับข้อเสนอแนะต่างๆ แต่การเสนอแนะของผู้ให้ การปรึกษานั้น จะต้องหาวิธีทางให้ผู้รับการปรึกษารู้จักนำตนเอง มีวินัยในตนเอง และจัดการกับ ปัญหาด้วยตนเอง มากกว่าการเสนอวิธีการแก้ปัญหามาให้โดยตรง เช่น

ทักษะการตีความหมาย (interpretation) ผู้ให้การปรึกษากล่าวบางอย่างที่ มีความหมายสืบเนื่องจากที่ผู้รับการปรึกษาได้กล่าวไปแล้ว การตีความหมายจะช่วยให้ผู้รับการ ปรึกษาเข้าใจอย่างชัดเจน

ทักษะการให้ความกระจ่าง (clarification) ผู้ให้การปรึกษาสะท้อนความรู้สึกรับการปรึกษา เพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเองและปัญหาอย่างชัดเจน โดยสรุปคำพูดเรื่องราวและสิ่งที่สังเกตได้ให้ผู้รับการปรึกษากระจ่างขึ้น เข้าใจในปัญหาของเขา ซึ่งอาจจะเป็นผลให้มองเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาของตนเองได้

ทักษะการพิจารณาทางเลือก ผู้ให้การปรึกษาส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษาพิจารณาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา โดยพิจารณาทีละเรื่องทีละด้าน ข้อดีและข้อเสียในแต่ละด้านให้ผู้รับการปรึกษาคัดสินใจตามข้อเสียต่างๆ ที่ได้พิจารณาอย่างทั่วถึงเรียบร้อยแล้ว และแก้ไขปัญหาที่จะตามมาจากการตัดสินใจเลือกนั้น

การพัฒนาทักษะให้ผู้รับการปรึกษา ต้องทำการแก้ไขสิ่งที่เป็นข้อเสียของทางเลือกนั้น

3.) ขึ้นสรุปและทบทวน เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการปรึกษาในแต่ละครั้ง เป็นการทบทวนสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาได้รับจากการปรึกษารั้งนี้ การสรุปอาจกระทำโดยผู้ให้การปรึกษา หรืออาจกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาสรุปเอง สรุปให้ได้ประเด็นครบถ้วน และเป็นการส่งเสริมความพร้อมในการเผชิญปัญหาและการปรับตัวในการดำเนินชีวิต ใช้ทักษะดังนี้

ทักษะการกระตุ้นให้กำลังใจ (encouragement) มักใช้กับผู้ที่มีความมั่นใจว่าจะทำกิจกรรมต่างๆ ได้ อาจยกตัวอย่างหรือสถานการณ์ที่เขาเคยทำได้สำเร็จมาก่อน เช่น “ดูจากเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้ว ดิฉันคิดว่า คุณต้องทำได้แน่ ถ้าพยายาม”

ทักษะการให้ความมั่นใจ (assurance) เป็นการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับการปรึกษาในการเลือกและตัดสินใจในเรื่องราวของตน จะใช้วิธีนี้ก็ต่อเมื่อผู้ให้การปรึกษามีจุดประสงค์ในใจและได้ใคร่ครวญแล้วว่า จะไม่เกิดผลเสียที่หลัง

ทักษะการแนะนำ (advising) เป็นการให้คำแนะนำโดยตรงเพื่อช่วยแก้ปัญหาโดยอาศัยความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ ของผู้ให้คำปรึกษาเอง

การให้การบ้านและนัดหมาย ผู้ให้การปรึกษาควรกำหนดของเขตและระดับการกระทำให้ชัดเจน และไม่ยากหรือง่ายจนเกินไป และให้นำผลที่เกิดมาปรึกษาครั้งต่อไป เป็นการให้ผู้รับการปรึกษาค้นเคยที่จะรับผิดชอบปัญหาของตัวเอง การนัดหมายจะเป็นการวางเงื่อนไขให้ผู้รับการปรึกษามีความรับผิดชอบต่อคำสัญญา ไม่กระทำการอะไรที่เป็นการหุนหันพลันแล่น เช่น อยากทำร้ายตนเองก็จะมีควมยับยั้งชั่งใจเพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็เป็นการแสดงความใส่ใจอย่างต่อเนื่องของผู้ให้การปรึกษา การนัดหมายควรถามถึงความสมัครใจของผู้รับการปรึกษาคำว่าพร้อมหรือสะดวกอย่างไร เมื่อใด

การส่งต่อ เป็นกิจกรรมที่ทำเมื่อการยุติการให้การปรึกษา เป็นการยุติการช่วยเหลืออันเนื่องมาจากสัมพันธภาพที่เลวลงมีความไม่สมัครใจที่จะรับบริการต่อ หรือเกิดปัญหาที่ผู้รับการปรึกษาต้องการความช่วยเหลือที่ยากเกินความสามารถของผู้ให้การปรึกษาจะช่วยได้ การส่งต่อต้องถามความสมัครใจด้วย เช่น ถ้าเป็นกรณีสัมพันธภาพเลวลงอาจสรุปให้ผู้รับการปรึกษาทราบว่า “เท่าที่สังเกตคุณไม่ค่อยพูดในระยะหลัง ดูเหมือนคุณมีความไม่สบายใจ (ไม่สะดวกใจ) ที่จะพูดคุยต่อใช่ไหมครับ” ถ้าผู้รับการปรึกษาตอบว่าใช่หรือพยักหน้า ผู้ให้การปรึกษาก็เสนอทางออกได้ว่า “ถ้าอย่างนั้นจะเป็นการดีไหมครับที่ผมจะเสนอให้คุณพบกับผู้ให้การปรึกษาคนอื่นที่คุณจะสะดวกใจกว่าผม หรือจะยุติการพูดคุยกันไว้ก่อนจนกว่าคุณจะสะดวกใจกว่านี้” แต่ถ้าผู้รับการปรึกษาส่ายหน้า ให้ถามเปิดถึงความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่ทำให้ผู้รับการปรึกษาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปแล้วดำเนินการช่วยเหลือต่อไปตามเดิม ถ้าเป็นกรณีที่ปัญหายากเกินไป ผู้ให้การปรึกษาก็อาจตอบผู้รับการปรึกษาได้โดยตรงว่า “กรณีของคุณ ผมคงช่วยเหลือคุณได้ไม่มากนักเนื่องจากเป็นปัญหาที่ผมไม่ชำนาญ จะเป็นการดีไหมครับ ถ้าผมจะแนะนำให้คุณพบกับคุณ... ซึ่งชำนาญเรื่องนี้มากกว่า” ถ้าผู้รับการปรึกษาดกลงก็ให้รายละเอียดการไปพบผู้ที่แนะนำให้

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ศึกษารายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลดอาการซึมเศร้าด้วยการให้การปรึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

จากการวิจัยของกลาบินและคณะ (Glavin, Smith, Sorum, & Ellefsen, 2010) ที่ได้ศึกษาผลของการให้การปรึกษาแบบประคับประคองในมารดาหลังคลอดจำนวน 56 ราย โดยพยาบาลจะให้การปรึกษารายบุคคลในระยะ 6 สัปดาห์ ถึง 3 เดือนหลังคลอด แต่ครั้งใช้ระยะเวลา 30 นาที จำนวนครั้งของการให้การปรึกษานี้อยู่กับความต้องการของมารดาหลังคลอด (2 - 7 ครั้ง) พบว่ามารดาหลังคลอดกลุ่มที่ได้รับการให้การปรึกษามีคะแนนอาการซึมเศร้าเล็กน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ 3 และ 6 เดือนหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการให้การปรึกษาแบบประคับประคองสามารถลดอาการซึมเศร้า

จากการวิจัยของแกมเบิล และคณะ (Gamble, Creedy, Moyle, Webster, McAllister, et al., 2005) ที่ศึกษาผลของการให้การปรึกษามารดาหลังคลอดที่เสี่ยงเกิดอาการบอบช้ำทางจิตใจ(psychological trauma symptoms) ภายหลังคลอดบุตรจำนวน 50 ราย ผลุ้คนรกรักเป็นผู้ให้การปรึกษารายบุคคล โดยจะให้การปรึกษาที่โรงพยาบาลภายใน 72 ชั่วโมงหลังคลอด และทางโทรศัพท์ใน 4 – 6 สัปดาห์หลังคลอด ใช้ระยะเวลาการให้การปรึกษา 40 – 60 นาที พบว่าที่ 3 เดือนหลังคลอด มารดาหลังคลอดในกลุ่มที่ได้รับการปรึกษามีอัตราการเกิดอาการซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่ม

ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการให้การปรึกษารายบุคคล ร่วมกับการปรึกษาทางโทรศัพท์ สามารถป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้าในรายที่มีความเสี่ยงได้

จากการวิจัยของ รุ่งนภา รันสูงเนิน (2550) ได้ศึกษาการป้องกันและลด อาการซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด โดยหญิงหลังคลอดที่มีอาการซึมเศร้าจำนวน 12 ราย ได้รับการให้การปรึกษาช่วง 1 - 2 วันแรกหลังคลอด การปรึกษามุ่งเน้นไปที่ให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าหลังคลอด การลดและผ่อนคลายความเครียด ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนความคิดโดยการคิดในด้านบวก การพัฒนาระบบสนับสนุนและการให้การปรึกษาตามปัจจัยเสี่ยง มีการประเมินผล ที่ 6 สัปดาห์หลังคลอด พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของอาการซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนการทดลอง ไม่มีการทดสอบความแตกต่างทางสถิติ

การวิจัยของ เบญจวรรณ ทรัพย์คง (2547) ได้ศึกษาผลการให้การปรึกษา ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่ออาการซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุครรภ์ต่ำกว่า 28 สัปดาห์ แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6 ราย โดยทั้ง 3 กลุ่มจะได้รับการให้การปรึกษารายบุคคลจำนวน 3 เทคนิค ได้แก่ เทคนิคสัญญาณพลังแบบองค์รวม เทคนิคการสร้าง ทรศนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม และเทคนิคการวางแผนอนาคต โดยในแต่ละกลุ่มได้รับการ ให้การปรึกษาด้วยเทคนิคที่มีการเรียงลำดับแตกต่างกัน ได้รับการให้การปรึกษา 1 เทคนิคหรือ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นจำนวน 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลาครั้งละ 45 - 60 นาที ประเมินผลหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ และระยะติดตามผลภายหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้ง 3 กลุ่ม มีอาการซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตาม ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มีอาการซึมเศร้าแตกต่างกัน ระหว่างกลุ่มอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล รายงาน การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการให้การปรึกษาดมทฤษฎีโปรแกรมประสาทสัมผัสมีประสิทธิผลไม่เด่นชัด ที่จะนำมาปฏิบัติเพื่อลดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์

รายงานการวิจัยของ สุพาณี เสมสุขกรี (2541) ได้ศึกษาผลของการให้การ ปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลในสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุครรภ์ต่ำกว่า 36 สัปดาห์ จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 ราย โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการ ให้การปรึกษาแบบยี่ดบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นรายบุคคล เป็นจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 30 - 50 นาที ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน ประเมินผลภายหลังการทดลอง (post - test) ซึ่งมีระยะเวลาห่าง จากก่อนการทดลอง (pre - test) 1 เดือน พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับการให้การปรึกษามี อาการซึมเศร้าลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .05 การวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการให้การปรึกษาจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 30 - 50 นาที ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ มีประสิทธิผลในการลดอาการซึมเศร้า

2.3.2 การสนับสนุนความรู้

การสนับสนุน หมายถึง ส่งเสริม ช่วยเหลือ อุปการะ (พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542) และความรู้ ได้มีนักวิชาให้ความหมายไว้หลายท่าน อาทิ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (อ้างถึงในอักษร สวัสดิ์ 2542) ได้ให้คำอธิบายว่า ความรู้ เป็นพฤติกรรมขั้นต้นที่ผู้เรียนรู้ เพียงแต่เกิดความจำได้ โดยอาจจะเป็นการนึกได้หรือโดยการมองเห็น ได้ยิน จำได้ ความรู้ในขั้นนี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ โครงสร้างและวิธีแก้ปัญหา ส่วนความเข้าใจอาจแสดงออกมาในรูปของทักษะด้านการแปล ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการเขียนบรรยายเกี่ยวกับข่าวสารนั้นๆ โดยใช้คำพูดของตนเอง และการให้ความหมายที่แสดงออกมาในรูปของความคิดเห็นและข้อสรุป รวมถึงความสามารถในการคาดคะเนหรือการคาดหมายว่าจะเกิดอะไรขึ้น ขณะที่บลูม (Bloom, 1965 อ้างถึงในอักษร สวัสดิ์, 2542) ได้ให้ความหมายของความรู้ คือ สิ่งที่มีมนุษย์สร้าง ผลิต ความคิด ความเชื่อ ความจริง ความหมาย โดยใช้ข้อเท็จจริง ข้อคิดเห็น ตรรกะ แสดงผ่านภาษา เครื่องหมาย และสื่อต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์เป็นไปตามผู้สร้าง ผู้ผลิตจะให้ความหมาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพอสรุปความหมายของการสนับสนุนความรู้ คือ การส่งเสริม ช่วยเหลือ หรืออุปการะให้บุคคลเกิดการสร้าง ผลิต เกิดความคิด ความเชื่อโดยใช้ข้อเท็จจริง ข้อคิดเห็น ตรรกะ โดยมีเป้าหมายเป็นไปตามผู้สร้าง ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมขั้นต้น คือ เกิดความจำได้หรือนึกได้

2.3.2.1 รูปแบบของการให้ความรู้ จำเป็นต้องอาศัยเทคนิคและวิธีการที่หลากหลายวิธี ผู้สอนควรเลือกให้ความรู้ที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงจุดมุ่งหมายในการให้ความรู้ เนื้อหาที่สอน ความแตกต่างระหว่างบุคคลและสภาพแวดล้อมต่างๆ ซึ่งการเลือกรูปแบบการให้ความรู้นั้นขึ้นอยู่กับวิจารณ์ของผู้อสอน (จำเนียร ศิลปวานิช, 2538) โดยรูปแบบการให้ความรู้แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. การให้ความรู้รายบุคคล (individual health education) เป็นวิธีการถ่ายทอดความรู้ตามความแตกต่างของบุคคล โดยให้ความรู้โดยตัวต่อตัว ทำให้ผู้สอนสามารถให้ความรู้หรือทำความเข้าใจแก่ผู้เรียนได้อย่างละเอียด และสามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้โดยการอธิบายเหตุผล และเสนอข้อเท็จจริงให้แก่ผู้เรียนได้รับทราบ

นอกจากนี้ยังทำให้ผู้เรียนสามารถซักถามปัญหาตามความต้องการของตนเองได้มากที่สุด (ดวงใจ รัตนธัญญา, 2545)

2. การให้ความรู้รายกลุ่ม (health education with group) คือการจัดการเรียนการสอนที่มีผู้เรียนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป โดยเป็นผู้ที่มีความสนใจในการเรียนรู้ หรือมีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน (โพยม บัลลังก์, 2548) ซึ่งเป็นการสอนโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ภายในกลุ่ม เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

3.2.2 วิธีการให้ความรู้ สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1.) การบรรยาย (lecture) เป็นวิธีการถ่ายทอดความรู้ที่นิยมกันอย่างแพร่หลาย ซึ่งผู้สอนจะเป็นผู้พูด หรืออธิบายบอกเล่าสิ่งต่างๆ ให้แก่ผู้เรียนได้รับฟัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อถ่ายทอดความรู้ ส่งเสริมความคิด และเสริมสร้างเจตคติที่ถูกต้องแก่ผู้เรียน ส่วนผู้เรียนจะมีหน้าที่ในการฟัง คิด จดจำ และซักถามเมื่อมีข้อสงสัย (โพยม บัลลังก์, 2548)

2.) การสาธิต (demonstration) เป็นวิธีการให้ความรู้ที่มุ่งให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ทักษะใหม่ๆ โดยผู้สอนนำของจริงมาแสดงให้ดูเป็นตัวอย่างหรือปฏิบัติให้ผู้เรียนเห็นเป็นขั้นตอน เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และสามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตจริงได้ นอกจากนี้ยังเป็นการดึงดูดความสนใจของผู้เรียนให้ติดตามเนื้อหาในการให้ความรู้อยู่ตลอดเวลา ผู้เรียนจะต้องมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ จึงจะทำให้เกิดการเรียนรู้เชิงลึกได้ (deep learning) (สมคิด อิศระวัฒน์, 2543) ทั้งนี้ผู้สอนจะต้องมีการเตรียมตัวก่อนการให้ความรู้โดยการสาธิต โดยต้องมีการศึกษาเนื้อหา และขั้นตอนของการสาธิต มีการกำหนดวัตถุประสงค์อย่างชัดเจน รวมถึงการจัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ให้พร้อมก่อนการสาธิต ในการสาธิตผู้สอนจะต้องอธิบายขั้นตอนในการสาธิตให้ผู้เรียนได้รับฟัง กระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม และควรมีการประเมินผลการสอนทั้งระหว่างและหลังการสาธิต เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความรู้ ความเข้าใจในเนื้อหาการเรียนมากยิ่งขึ้น (ดวงใจ รัตนธัญญา, 2545)

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ศึกษารายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลดอาการซึมเศร้าด้วยการสนับสนุนความรู้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

จากการวิจัยของโฮเวลล์และคณะ (Howell, Balbierz, Wang, Parides, Zlotnick, et al., 2012) ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้ในมารดาหลังคลอดด้วยการให้ความรู้ด้านบุคลิกภาพ 2 ขั้น ขั้นแรกจะให้ความรู้ขณะพักฟื้นในโรงพยาบาลภายหลังคลอดบุตร เป็นความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด การเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม การเพิ่มทักษะการจัดการ และการเพิ่มแหล่งประโยชน์ ในขั้นที่สองจะโทรศัพท์ติดตาม 2 สัปดาห์หลังจากโรงพยาบาลภายหลังคลอดบุตร พบว่ามารดาหลังคลอดในกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้มีภาวะ

ซึมเศร้าหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งใน 3 สัปดาห์ (8.8 % และ 15.3 %, $p = .03$) 3 เดือน (8.4 % และ 13.24 %, $p = .09$) และ 6 เดือนหลังคลอด (8.9 % และ 13.7 %, $p = .11$) จากการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การเกิดภาวะซึมเศร้าและความรู้ที่เป็นแหล่งประโยชน์ในการปรับตัวด้านบุคลิกภาพสามารถป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้า

รายงานการวิจัยของลาร่าและคณะ (Lara, et al., 2010) ได้ศึกษาผลการให้ความรู้ทางจิตวิทยาในสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้าหลังคลอด มีการรูปแบบการวิจัยแบบ randomized control trial โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มีอายุครรภ์ไม่เกิน 26 สัปดาห์ และความเสี่ยงที่จะเกิดอาการซึมเศร้าหลังคลอดซึ่งได้จากการประเมินด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ด้วย The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES - D) และ/หรือมีประวัติเคยมีอาการซึมเศร้า โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพจิต (psycho-educational) มีการดำเนินโปรแกรมครั้งละ 2 ชั่วโมง เป็นจำนวน 8 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ โปรแกรมประกอบไปด้วย 3 หลักการ คือ 1.) การให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ปกติและปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมการเกิดอาการซึมเศร้าหลังคลอด มีวิธีการให้ความรู้แบบการบรรยายและการอภิปราย 2.) การดำเนินการทางแนวจิตวิทยาเพื่อลดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ วิธีการดำเนินการ เช่น การเพิ่มความคิดเชิงบวก กิจกรรมรื่นรมย์ การเพิ่มความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง และการเพิ่มการดูแลตนเอง 3.) การดำเนินโปรแกรมรายกลุ่ม กลุ่มละไม่เกิน 15 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ และทั้งสองกลุ่มจะได้รับคู่มือการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการซึมเศร้า ผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลอง (จำนวน 68 ราย) มีจำนวนสตรีที่มีอาการซึมเศร้าหลังคลอด (4 - 6 เดือนหลังคลอด) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (จำนวน 68 ราย) 14.3 % อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .05$) แต่ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่ลดลงของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากรายงานการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า การสนับสนุนความรู้โดยมีรูปแบบบรรยายและอภิปรายเป็นรายกลุ่มมีประสิทธิภาพไม่ชัดเจนในการลดอาการซึมเศร้า อาจเนื่องมาจากการสนับสนุนความรู้ที่ไม่ตรงกับปัจจัยบุคคล ซึ่งแตกต่างกับการสนับสนุนความรู้รายบุคคล ที่ผู้เรียนสามารถซักถามปัญหาตามความต้องการของตนเองได้มากที่สุดกว่ารายกลุ่ม (ดวงใจ รัตนธัญญา, 2545)

จากการวิจัยของโฮและคณะ (Ho, Heh, Jevitt, Huang, Fu, et al., 2009) ได้ศึกษาผลการให้ข้อมูลแก่สตรีหลังคลอดจำนวน 100 ราย โดยแจกคู่มือที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าหลังคลอด ได้แก่ อาการซึมเศร้าหลังคลอดและวิธีการประเมินตนเอง การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการคลอดจนแนวทางการปฏิบัติเมื่อพบว่าตนมีอาการซึมเศร้า โดยให้ข้อมูลในวันที่ 2 หลังคลอด ร่วมกับแผนการจำหน่ายของโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลมีระดับความรุนแรงอาการซึมเศร้าหลังคลอดและมีอัตราการเกิดอาการซึมเศร้าหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการให้ข้อมูล

(จำนวน 100 ราย) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่สัปดาห์ที่ 12 หลังคลอด จากรายงานการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการให้ข้อมูลหรือความรู้โดยใช้คู่มือที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า การประเมินตนเอง และการปฏิบัติตนเพื่อจัดการกับอาการซึมเศร้า สามารถป้องกันหรือลดอาการซึมเศร้าในสตรีได้

จากการศึกษารายงานการวิจัยของการให้การศึกษาและการสนับสนุนความรู้เพื่อลดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ พบว่ามีประสิทธิผลในการลดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สร้างโปรแกรมการให้การศึกษาพร้อมกับการสนับสนุนความรู้ในการลดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ โดยนำทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโพล์คแมน (Lazarus, et al., 1984) มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย มีความมุ่งเน้นไปที่การช่วยเหลือให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมการเกิดอาการซึมเศร้าได้สำเร็จ นำไปสู่การปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจ โดยช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้ทบทวน วิเคราะห์ และประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดซ้ำ (reappraisal) หากพบว่าก่อให้เกิดความเครียดก็สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม อีกทั้งยังเพิ่มแหล่งประโยชน์ (coping resource) ในการเผชิญปัญหาให้แก่สตรีตั้งครรภ์ โดยเป็นการสนับสนุนความรู้ในรูปแบบของคู่มือสตรีตั้งครรภ์จิตใจเข้มแข็งและการสนับสนุนความรู้ในกระบวนการให้การศึกษา เป็นความรู้ที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ จิตสังคมในระยะตั้งครรภ์ อาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ การประเมินตนเอง และการปฏิบัติตนเพื่อจัดการและลดอาการซึมเศร้า รวมถึงทักษะที่จำเป็นในการแก้ไขปัญหา เช่น ทักษะทางสังคม การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การปรับเปลี่ยนความคิด ความคาดหวัง และความต้องการให้สอดคล้องกับตนเองและความเป็นจริง โดยจะมีการเสริมสร้างกำลังใจเพื่อให้เกิดกำลังใจและความเชื่อมั่นในการเผชิญปัญหาคด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้สามารถเผชิญสถานการณ์ความเครียดได้สำเร็จ มีความมุ่งหวังให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการซึมเศร้ามีระดับความรุนแรงลดลง มีระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม 30 - 60 นาทีต่อครั้ง จำนวนทั้งสิ้น 4 ครั้ง แต่แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้ต่อการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) มีการทดสอบแบบ pretest – posttest control group design มีรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ลักษณะกลุ่มประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างให้เข้าในการศึกษา (inclusion criteria) คือ

1. มีอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ในระดับน้อยหรือปานกลางคือ มีระดับคะแนนของ The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ฉบับภาษาไทย (กมลรัตน์ วัชรภรณ์ และคณะ, 2546) ที่ดัดแปลงมาจากออกซ์และคณะ (Cox, et al., 1987) เท่ากับ 11 - 12
2. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
3. สามารถพูดและอ่านภาษาไทยได้
4. มีอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 24 - 32 สัปดาห์
5. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ เช่น ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์
6. ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง เช่น โรคไต โรคหัวใจ โรคลมชัก ดิซเซื่อเอชไอวี
7. ไม่เคยป่วยด้วยโรคทางจิต เช่น โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า
8. มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ

1. มีความเสี่ยงมีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง โดยมีความรู้สึกละเลยหรือทุกข์ระทมก่อนข้างบ่อยหรือเกือบตลอดเวลา และ/หรือมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายบางเวลาหรือก่อนข้างบ่อย

2. ใช้สารเสพติด

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำค่าขนาดอิทธิพล (effect size) มาหาขนาดตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูป (power tables) ซึ่งเป็นการประมาณค่าขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม คำนวณจากสูตรของกลาส (Glass, 1976 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2545)

$$d = \frac{\bar{x}_E - \bar{x}_C}{SD_C}$$

d คือ ขนาดอิทธิพล

$\bar{x}_E$ คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

$\bar{x}_C$ คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

SD_C คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยได้นำผลของการวิจัยเรื่อง ผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลต่อระดับความรู้ถึงคุณค่าในตัวเองและภาวะอารมณ์ซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ของ สุพาณี เสมสุขกรี ในปีพ.ศ. 2541 ซึ่งเป็นรายงานการวิจัยที่ลักษณะคล้ายคลึงกันมากำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง แทนค่าในสูตร การคำนวณ ดังนี้

$$d = \frac{4.87 - 9.27}{2.939}$$

$$= 1.497$$

การแปลผลการประมาณค่าขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม (Cohen, 1988) นำค่าที่ได้ไปเปิดตารางสำเร็จรูปที่ power = .80 ทดสอบระดับนัยสำคัญทางเดียวที่ระดับ .05 ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดขนาดอิทธิพลที่ระดับ 1.40 จะได้ขนาดกลุ่มประชากรกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 9 ราย รวมกับกลุ่มตัวอย่างที่คาดว่าจะหายไป 10 % ของแต่ละกลุ่ม (จริยา เลิศอรรมณมณี และคณะ, 2543) ดังนั้นจะได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 10 ราย รวมทั้งสิ้น 20 ราย

ในการวิจัยครั้งนี้มีสตรีตั้งครรภ์ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 59 ราย พบมีอาการซึมเศร้าจำนวน 23 ราย จัดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 10 ราย รวม 20 ราย ส่วนอีก 3

ราย มีระดับอาการซึมเศร้าตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป จึงส่งต่อเจ้าหน้าที่หน่วยฝากครรภ์เพื่อส่งต่อจิตแพทย์โดยทันที

สถานที่เก็บข้อมูล

ผู้วิจัยทำการศึกษาในหน่วยฝากครรภ์และห้องสุศึกษาซึ่งเป็นห้องสำหรับดำเนินโปรแกรม มีลักษณะเป็นส่วนตัว มีแสงสว่างเพียงพอ อากาศไม่ร้อนอบอ้าว โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ที่มีจำนวนสตรีตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์จำนวน 20,000 ราย / ปี เป็นสตรีตั้งครรภ์ฝากครรภ์รายใหม่จำนวน 3,000 ราย / ปี ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ตามปกตินั้น จะได้รับการประเมินและการดูแลสุขภาพด้านร่างกายของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ การให้วัคซีนและการให้ความรู้ ประกอบด้วยการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในขณะตั้งครรภ์ การปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเตรียมความพร้อมเพื่อการคลอดบุตร ซึ่งไม่มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ และไม่มีแนวทางการประเมินเพื่อคัดกรองและการช่วยเหลือเพื่อลดอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์อย่างชัดเจน ซึ่งหากแพทย์หรือพยาบาลสังเกตพบว่าสตรีตั้งครรภ์มีอาการซึมเศร้า เช่น ร้องไห้ สีหน้าเศร้าหมอง หรือมีน้ำหนัลด จะส่งต่อให้หน่วยจิตเวชของโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. โปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้ โดยมุ่งเน้นการช่วยเหลือให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมการเกิดอาการซึมเศร้า นำไปสู่การปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจ โดยช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ได้ทบทวน วิเคราะห์ และประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดซ้ำ (reappraisal) หากพบว่าก่อให้เกิดความเครียดก็สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม อีกทั้งยังเพิ่มแหล่งประโยชน์ (coping resource) ในการเผชิญปัญหาให้แก่สตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ การสนับสนุนความรู้ โดยเฉพาะความรู้ที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ

อารมณ์ และจิตสังคมในระยะตั้งครรภ์ อาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ การประเมินตนเอง และการปฏิบัติตนเพื่อลดอาการซึมเศร้า รวมถึงทักษะที่จำเป็นในการแก้ไขปัญหา เช่น ทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การปรับเปลี่ยนความคิด ความคาดหวัง และความต้องการให้สอดคล้องกับตนเองและความเป็นจริง โดยจะมีการเสริมสร้างกำลังใจเพื่อให้เกิดกำลังใจและความเชื่อมั่นในการเผชิญปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเผชิญสถานการณ์ความเครียดได้สำเร็จ

2. แบบบันทึกการปรึกษา สำหรับการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการปรึกษาภายหลังเสร็จสิ้นการปรึกษาในแต่ละครั้งเป็นรายๆไป เพื่อให้เกิดความชัดเจนและถูกต้องในการให้การปรึกษา โดยเฉพาะการทบทวน วิเคราะห์สิ่งที่ได้จากการให้การปรึกษา และการวางแผนการช่วยเหลือ

3. คู่มือสตรีตั้งครรภ์จิตใจเข้มแข็งซึ่งสร้างโดยผู้วิจัย ประกอบไปด้วยเนื้อหาครอบคลุมแผนการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้ ใช้สำหรับแจกให้สตรีตั้งครรภ์เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถทบทวนความรู้จากที่ได้เรียนรู้ตลอดโปรแกรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งใช้เป็นคู่มือในการประเมินตนเองเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ สามารถจัดการและปฏิบัติตนเพื่อลดอาการซึมเศร้าได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนได้รับการตรวจรักษาอย่างทันทั่วถึง โดยเขียนภาษาที่เข้าใจง่าย

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ความตรงของเนื้อหา (content validity): ผู้วิจัยนำแบบแผนการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้ และคู่มือสตรีตั้งครรภ์จิตใจเข้มแข็งที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในเครื่องมือดังนี้

สุตินรีแพทย์ 1 ท่าน

อาจารย์พยาบาลผดุงครรภ์ 1 ท่าน

อาจารย์พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน

หลังจากนั้นนำกลับมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังต่อไปนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ ประกอบด้วย อายุ เบอร์โทรศัพท์ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และการคลอด รวมถึงอายุครรภ์ในปัจจุบัน

2. แบบบันทึกการคัดกรองเบื้องต้นเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า โดยการประเมินอาการของโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ของ DSM – IV ใช้เวลาการประเมิน 3 - 5 นาที

3. แบบประเมินอาการซึมเศร้า The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ฉบับภาษาไทยของ กมลรัตน์ วัชรภรณ์ และคณะ (2546) ซึ่งดัดแปลงมาจากออกซ์และคณะ (Cox, et al., 1987) มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยสอบถามอาการของภาวะซึมเศร้าใน 7 วันที่ผ่านมา เป็นข้อคำถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ 0 - 3 มีพิสัยคะแนนในแต่ละส่วนอยู่ระหว่าง 0 - 30 คะแนน กำหนดจุดตัดระดับคะแนน 11 - 12

ในงานวิจัยฉบับนี้ ภายหลังจากการประเมินอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 59 ราย นำไปหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (cronbach's alfa coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์พอใช้ (Cohen, 1988)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

มีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนการเตรียม

1. การเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยได้รับการศึกษาด้านการให้การปรึกษาด้านสุขภาพเป็นระยะเวลา 1 ภาคการศึกษา (2 หน่วยกิต) ในระหว่างการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล นอกจากนี้ยังได้รับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการบำบัดด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (interpersonal psychotherapy) จากทีมจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จัดโดยโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต เป็นระยะเวลา 3 วัน และฝึกปฏิบัติให้การปรึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการซึมเศร้าในรายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า (สถานที่เก็บข้อมูล) จำนวน 3 ราย แต่ละรายจะให้การปรึกษาจำนวน 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันประมาณ 1 สัปดาห์ รวมเป็นระยะเวลา 10 ชั่วโมง โดยได้รับการควบคุมและคำแนะนำจากอาจารย์พยาบาลจิตเวชผู้เชี่ยวชาญด้านการให้การปรึกษาในผู้ป่วยซึมเศร้าและผู้ที่มีอาการซึมเศร้า เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถและทักษะในการประเมินผู้ที่มีอาการซึมเศร้า โดยสามารถแยกผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ออกจากการวิจัย เพื่อเป็นการป้องกันความเสี่ยงและพิทักษ์สิทธิ์แก่สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงทีและสามารถให้การปรึกษาแก่สตรีตั้งครรภ์เพื่อลดอาการซึมเศร้าได้

2. เตรียมเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยเตรียมแผนการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้และคู่มือสตรีตั้งครรภ์จิตใจเข้มแข็งซึ่งสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย

3. เตรียมสถานที่ จัดเตรียมพื้นที่ที่เหมาะสมต่อการให้การศึกษา มีความเป็นส่วนตัว และอากาศไม่ร้อนอบอ้าว ซึ่งสถานที่ที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรมนี้ คือ ห้องสุศึกษา ชั้น 8 อาคารเฉลิมพระเกียรติพระชนมายุ 80 พรรษา โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
4. ประสานงานหน่วยจิตเวชผู้รับการส่งต่อสตรีตั้งครรภ์ที่มีการซึมเศร้ารุนแรง

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติการดำเนินงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ชุดสายพยาบาลศาสตร์) ของมหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมแพทยทหารเรือ
2. ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อผู้อำนวยการกองสูตินรีเวชกรรม หัวหน้าหน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ตามลำดับ
4. ขอความร่วมมือจากพยาบาลหน่วยฝากครรภ์ในการประชาสัมพันธ์การวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และแจ้งถึงสิทธิการรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัย ให้สตรีตั้งครรภ์ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยลงชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย
5. สตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 59 ราย ผู้วิจัยคัดกรองเบื้องต้นเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า โดยการประเมินอาการของโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ของ DSM – IV ใช้เวลาการประเมิน 3 - 5 นาที พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าที่รุนแรง ต่อมาทำการคัดกรองด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้า The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ฉบับภาษาไทย (กมลรัตน์ วัชรภรณ์ และคณะ, 2546) ที่ดัดแปลงมาจากคอกซ์และคณะ (Cox, et al., 1987) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 23 ราย ที่มีคะแนนตั้งแต่ 11 ขึ้นไป ในจำนวนนั้นมีคะแนนอาการซึมเศร้าตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไปจำนวน 3 ราย จึงส่งต่อเจ้าหน้าที่หน่วยฝากครรภ์เพื่อส่งต่อจิตแพทย์โดยทันทีภายหลังเสร็จสิ้นการฝากครรภ์ มีกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย ที่เข้าเกณฑ์

ขั้นตอนการเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุม

1. ภายหลังคัดเลือกสตรีตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยจะให้สตรีตั้งครรภ์บันทึกข้อมูลทั่วไปลงในแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยบันทึกผลระดับคะแนน EPDS (pre-test) ที่สตรีตั้งครรภ์ได้ประเมินตนเองในขั้นตอนของการคัดเลือกลักษณะตัวอย่าง

2. กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การประคบและการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย และสุขภาพของทารกในครรภ์ การให้วัคซีน และการให้ความรู้ประกอบการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในขณะตั้งครรภ์ การปฏิบัติตัวเพื่อตนเองในระยะตั้งครรภ์ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเตรียมความพร้อมเพื่อการคลอดบุตร นอกจากนี้ผู้วิจัยได้แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์โทรศัพท์แจ้งผู้วิจัยหรือมาพบแพทย์ที่หน่วยฝากครรภ์โดยไม่ต้องรอให้ถึงวันนัด หากพบว่ามีความรู้สึกซึมเศร้ามากขึ้น เบื่ออาหาร หรือนอนไม่หลับ

3. เมื่อครบ 4 สัปดาห์นับจากวันที่ทำแบบประเมิน EPDS (pre - test) ผู้วิจัยจะนัดหมายให้มารับการประเมินอาการซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน EPDS (post - test) โดยจะเลือกนัดวันที่มารับบริการฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ หากไม่มาตามนัดผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามและนัดหมายวันใหม่ และหากไม่ได้รับการประเมินนานกว่า 8 สัปดาห์นับจากวันที่ทำแบบประเมิน EPDS (pre - test) ถือว่าออกจากการวิจัย

4. ภายหลังการทดลอง จะแจกคู่มือสตรีตั้งครรภ์จิตใจเข้มแข็ง 1 เล่ม และสตรีตั้งครรภ์ทุกรายในกลุ่มควบคุมที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจะส่งต่อหน่วยฝากครรภ์ หากมีคะแนน EPDS ตั้งแต่ 13 ขึ้นไป จะประสานงานให้หน่วยฝากครรภ์ส่งต่อจิตแพทย์โดยทันที

ขั้นตอนการเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง

1. ภายหลังคัดเลือกสตรีตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยจะให้สตรีตั้งครรภ์บันทึกข้อมูลทั่วไปลงในแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยบันทึกผลระดับคะแนน EPDS (pre-test) ที่สตรีตั้งครรภ์ได้ประเมินตนเองในขั้นตอนของการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2. ดำเนินโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้ ประกอบไปด้วยกิจกรรมการให้การปรึกษารายบุคคลและมีการสนับสนุนความรู้สอดแทรกอยู่ในกระบวนการให้การปรึกษา โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินโปรแกรม มีระยะเวลาดำเนินกิจกรรมครั้งละ 30 - 60 นาที จำนวน 3 - 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ มีการประเมินผลภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 4 ประมาณ 1 สัปดาห์ ใช้สถานที่ในการดำเนินโปรแกรม คือ ห้องสุศึกษา ชั้น 8 อาคารเฉลิมพระเกียรติพระชนมายุ 80 พรรษา โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ใช้ระยะเวลา 5 - 15 นาทีเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกคุ้นเคยกับผู้วิจัย เกิดความอบอุ่นใจและไว้วางใจ ทำให้มีความมั่นใจที่จะเปิดเผยตนเอง อันจะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความสมัครใจที่จะสนทนาคต่อไป และเกิดความร่วมมือในการดำเนินโปรแกรมจนครบ และได้ทราบวัตถุประสงค์ เนื้อหาของโปรแกรม ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยเริ่มสร้างสัมพันธภาพโดยใช้ทักษะการเริ่มต้นให้การปรึกษา (opening the interview) ด้วยการทักทายและการแสดงการต้อนรับด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและเต็มใจ ได้แก่ การยิ้ม การทักทาย และเชื้อเชิญด้วยน้ำเสียงนุ่มนวลแสดงการยอมรับ ผู้วิจัยแนะนำตัวเองก่อนแล้วจึงให้สตรีตั้งครรภ์แนะนำตัวเอง
2. ผู้วิจัยชวนสตรีตั้งครรภ์สนทนาในเรื่องทั่วไป เช่น “มาโรงพยาบาลรถติดไหมคะ” “มากับใครคะ” และให้ความใส่ใจต่อสตรีตั้งครรภ์ โดยแสดงท่าทีสนใจในระหว่างการสนทนาด้วยสีหน้าที่สอดคล้องกับเรื่องที่กำลังสนทนา
3. เมื่อสตรีตั้งครรภ์มีท่าทีเป็นมิตร โดยพิจารณาจากสีหน้าและแววตา การสนทนา ความสนใจ และความร่วมมือของสตรีตั้งครรภ์ แล้วจึงชี้แจงเงื่อนไขของโปรแกรม ได้แก่ ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม สิทธิและหน้าที่ของผู้วิจัยและสตรีตั้งครรภ์ในกระบวนการของโปรแกรม การรักษาความลับ และบอกประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับเมื่อเข้าร่วมตลอดโปรแกรม
4. ผู้วิจัยและสตรีตั้งครรภ์ตกลงเงื่อนไขในการให้การปรึกษาร่วมกัน
5. แจกคู่มือสตรีตั้งครรภ์จิตใจเข้มแข็งให้สตรีตั้งครรภ์และชี้แจงเนื้อหาในคู่มือ

ขั้นตอนที่ 2 เข้าใจตนเอง อารมณ์เศร้า และปัญหา ใช้ระยะเวลา 10 - 30 นาที เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการรับรู้ตัวตนของตนเอง เข้าใจความคิด อารมณ์ และความรู้สึกของตนเองได้ชัดเจนขึ้น และเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าในสตรีตั้งครรภ์ ตลอดจนได้ทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ความเครียด เกิดความเข้าใจปัญหา สาเหตุของปัญหา และความต้องการที่แท้จริงในการแก้ไขปัญหา ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยใช้สัมพันธภาพกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์เล่าเรื่องราวของตนเอง ด้วยการตั้งคำถามเพื่อเปิดประเด็น หากสตรีตั้งครรภ์เจียบใช้คำถามกระตุ้นการสนทนา
2. เมื่อสตรีตั้งครรภ์เล่าเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตัวเอง ผู้วิจัยใช้ทักษะการเจียบและการฟัง และการใส่ใจในเนื้อหา
3. ระหว่างการสนทนา ผู้วิจัยใช้ทักษะการทวนซ้ำ การสะท้อนความรู้สึก การสะท้อนเนื้อหา และการสรุปความเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้ได้ว่าผู้วิจัยเข้าใจ เพื่อให้อารมณ์และความรู้สึกของสตรีตั้งครรภ์ผ่อนคลายลง ตลอดจนรับรู้และเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของตนเอง
4. ช่วยให้ผู้สตรีตั้งครรภ์ได้สำรวจปัญหาที่เป็นสาเหตุของอารมณ์เศร้า โดยการเชื่อมโยงอารมณ์เศร้าที่สตรีมีอยู่กับประเด็นปัญหาและสรุปประเด็นปัญหาที่สำคัญเป็นช่วงหรือเป็นประเด็นๆไป

5. สํารวจปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา โดยใช้ทักษะการถามเพื่อเปิดประเด็นในพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ได้แก่ สาเหตุของปัญหา วิธีการแก้ปัญหาที่เคยปฏิบัติมา และความต้องการในการแก้ไขปัญห

6. ใช้ทักษะการสรุปประเด็นที่สำคัญเป็นช่วงหรือเป็นประเด็นๆไป เพื่อให้สตริตั้งครรภ้เข้าใจตนเอง เข้าใจสถานการณ์ความเครียด และมองปัญหาอย่างชัดเจน ตั้งแต่สาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และความต้องการในการแก้ไขปัญห

ขั้นตอนที่ 3 วางแผนแก้ไขปัญห ใช้ระยะเวลา 20 นาที

เพื่อให้สตริตั้งครรภ้พิจารณาหาวิธีการแก้ไขปัญห และตัดสินใจเลือกการแก้ไขปัญหด้วยตนเอง และสามารถแก้ไขปัญหให้สอดคล้องกับความต้องการของตนเอง สักยภาพ และความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญห ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1. ช่วยให้ผู้ตั้งครรภ้ลำดับความสำคัญของปัญหาและตัดสินใจเองว่าต้องการจะแก้ไขสถานการณ์ใดก่อนหลังและอย่างไร โดยใช้หลักการคือ ความต้องการในการแก้ไขความเป็นไปได้ในการแก้ไข และความรุนแรงของสถานการณ์

2. ประเมินแหล่งประโยชน์ (coping resource) ของสตริตั้งครรภ้ในการเผชิญปัญหา เช่น ภาวะสุขภาพ ความเชื่อมั่น ความรู้ และแหล่งประโยชน์ทางสังคม โดยใช้ทักษะการสังเกตในระหว่างการดำเนินโปรแกรม และการตั้งคำถาม

3. ช่วยให้ผู้ตั้งครรภ้วางแผนในการเผชิญสถานการณ์ความเครียด โดยดำเนินการอย่างสอดคล้องกับสภาพการณ์ ความต้องการในการแก้ไขปัญห และแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่

4. ให้สตริตั้งครรภ้พิจารณาทางเลือกที่ละเอียด และพิจารณาแต่ละข้อถึงข้อดีและข้อเสีย จนกระทั่งได้คำตอบครบทุกทางเลือก

5. เสนอให้ผู้ตั้งครรภ้ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหตามข้อดีและข้อเสียต่างๆ ที่ได้พิจารณาอย่างทั่วถึงแล้ว หากไม่สามารถตัดสินใจได้จะใช้ทักษะการสะท้อนความรู้สึกและทักษะการให้กำลังใจมาช่วยลดความรู้สึกและอารมณ์ที่อาจรบกวนให้ผ่อนคลายลงก่อน แล้วจึงเริ่มกระบวนการพิจารณาที่ละเรื่องที่ละด้านอีกครั้งหนึ่ง

6. เพิ่มแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นในการเผชิญปัญหา โดยให้การสนับสนุนความรู้ ได้แก่ ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการแก้ไขปัญห เช่น ทักษะทางสังคม การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การปรับเปลี่ยนความคิด ความคาดหวัง และความต้องการให้สอดคล้องกับตนเองและความเป็นจริง

7. เสริมสร้างขวัญและกำลังใจ โดยสำรวจพฤติกรรมทางบวกของสตรีตั้งครรภ์แล้วชมเชยและให้กำลังใจ เพื่อให้พฤติกรรมบวกดำรงอยู่ต่อไปด้วยความภูมิใจ และเกิดความมั่นใจว่ามีศักยภาพในการแก้ไขปัญหา ส่วนกระบวนการในครั้งที่ 2 - 4 พยาบาลต้องนำพฤติกรรมที่สตรีตั้งครรภ์มีการปรับเปลี่ยนในทางบวกเพื่อใช้ในการเผชิญความ เครียดมากล่าวชมเชยและกระตุ้นให้เกิดความหวังและเชื่อมั่นว่าจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอื่นๆ

ขั้นตอนที่ 4 ยุติการให้การปรึกษา ใช้ระยะเวลา 5 นาที

เพื่อสรุปสิ่งที่จะนำไปปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหา และเตรียมตัวเพื่อการหยุดการปรึกษาและยอมรับการสิ้นสุดการปรึกษาอย่างสงบ เป็นการป้องกันผลเสียที่อาจเกิดขึ้นจากการหยุดการปรึกษาโดยกะทันหัน ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยจะสรุปการให้การปรึกษาร่วมกับสตรีตั้งครรภ์ โดยสรุปเนื้อหาที่สนทนาวามีเรื่องอะไรบ้าง ผลที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับคืออะไร บรรลุเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่เพียงไร โดยจะสอบถามถึงความสนใจของสตรีตั้งครรภ์ว่าพร้อมหรือสะดวกอย่างไรและเมื่อใดจากนี้จึงออกไปนัดหมาย

2. เปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์ถามปัญหาหรือข้อสงสัย เพื่อลดปัญหาที่อาจเป็นผลเสียขณะอยู่นอกห้องให้การปรึกษา หรือเป็นการลดการรบกวนที่ไม่จำเป็นของสตรีตั้งครรภ์ที่อาจเกิดนอกห้องให้การปรึกษาลง หากเป็นปัญหาที่ไม่รีบด่วนจริงที่รอได้ ถ้าไม่ยอมรับผู้วิจัยจะตอบสั้นๆ เฉพาะที่ตรงประเด็นแล้วยุติการให้การปรึกษา

3. ให้การบ้านและนัดหมายสตรีตั้งครรภ์ โดยให้นำแนวทางการปฏิบัติเพื่อเผชิญปัญหาตามที่ได้ร่วมกันวางแผนไปทดลองปฏิบัติที่บ้าน มีการกำหนดขอบเขตของภาระหน้าที่ชัดเจนและให้นำผลที่ได้มาสนทนาในการปรึกษาครั้งต่อไป

4. ให้สตรีตั้งครรภ์ประเมินอาการซึมเศร้าด้วยตนเอง โดยในครั้งแรกของโปรแกรมพยาบาลสนับสนุนความรู้เกี่ยวกับการประเมินอาการซึมเศร้าด้วยตนเองโดยใช้คู่มือสตรีตั้งครรภ์จิตใจเข้มแข็ง จากนั้นลองให้สตรีตั้งครรภ์ประเมินด้วยตนเองจนแน่ใจว่าสามารถประเมินได้ด้วยตนเองได้ถูกต้อง และก่อนการสิ้นสุดในแต่ละครั้งของโปรแกรมจะให้สตรีตั้งครรภ์ประเมินอาการซึมเศร้าของตนเองแล้วบอกผลการประเมินแก่ผู้วิจัย นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเน้นย้ำให้สตรีตั้งครรภ์ทราบถึงอาการที่แสดงว่าเสี่ยงที่จะเกิดโรคซึมเศร้า เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นและดำเนินการช่วยเหลือได้อย่างเร่งด่วนต่อไป

5. กรณีที่สตรีตั้งครรภ์ต้องมีการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนตามข้างต้น คือ มีความรู้สึกซึมเศร้ามากจนรบกวนการดำเนินชีวิต หรือมีความคิดต้องการฆ่าตัวตาย ซึ่งได้จากการประเมินโดยผู้วิจัยทุกครั้งที่มาเข้าร่วมโปรแกรม หรือผู้วิจัยได้รับการติดต่อทางโทรศัพท์จากสตรี

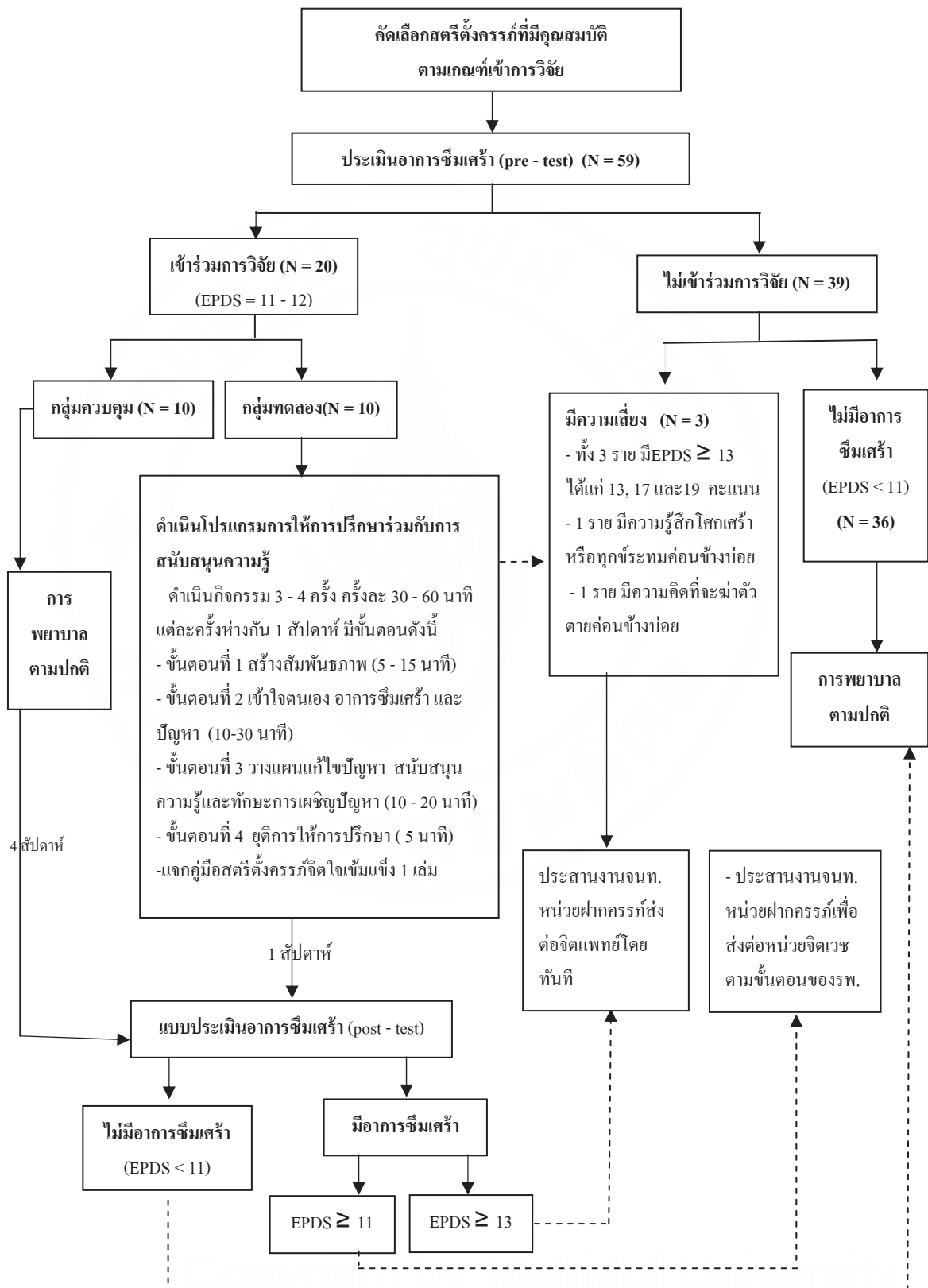
ตั้งครรภ์หรือญาติของสตรีตั้งครรภ์หรือสตรีตั้งครรภ์ไม่สมัครใจที่จะเข้าร่วมโปรแกรมต่อ โดยสังเกตได้จากการไม่ร่วมมือในการกระทำเพื่อแก้ไขปัญหานั้นได้แก่ ไม่มาตามนัดหมายเกินกว่า 1 สัปดาห์ ไม่ทำตามที่ได้วางแผนการปฏิบัติไว้ หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม เช่น เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยจะดำเนินการประสานงานกับพยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์เพื่อส่งต่อให้ได้รับการดูแลจากจิตแพทย์ในทันที

6. ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมแต่ละครั้ง บันทึกผลการให้การปรึกษาลงในแบบบันทึกการให้การปรึกษา เพื่อให้การดำเนินโปรแกรมเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

โดยในการศึกษาครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย ขอยุติการวิจัยภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 3 ด้วยให้เหตุผลว่าไม่มีอาการซึมเศร้าแล้ว ส่วนอีก 9 ราย เข้าร่วมวิจัยจนครบทั้ง 4 ครั้ง

7. ประเมินผลของโปรแกรมประมาณ 4 สัปดาห์นับถึจากการประเมินอาการซึมเศร้าครั้งแรก (pre-test) ผู้วิจัยจะนัดหมายให้มารับการประเมินอาการซึมเศร้า (post - test) โดยเลือกวันที่มารับบริการฝากครรภ์ หากไม่มาตามนัดผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามและนัดหมายวันใหม่ และหากไม่ได้รับการประเมินนานกว่า 8 สัปดาห์นับจากวันที่ทำแบบประเมิน EPDS (pre - test) ถือว่าออกจากการวิจัย

8. สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการประเมิน (post - test) แล้วยังมีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจะส่งต่อหน่วยฝากครรภ์เพื่อให้การช่วยเหลือตามขั้นตอนของโรงพยาบาล หากมีคะแนน EPDS ตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป จะประสานงานกับหน่วยฝากครรภ์ในการส่งต่อจิตแพทย์โดยทันที



แผนภูมิที่ 3.1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

กรณีการยุติการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกซึมเศร้ามากจนรบกวนการดำเนินชีวิต เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หรือมีความคิดต้องการทำร้ายตัวเอง บุตรในครรภ์ หรือฆ่าตัวตาย ซึ่งได้จากการประเมินทุกครั้งที่มาเข้าร่วมโปรแกรม หรือได้รับการแจ้งทางโทรศัพท์จากกลุ่มตัวอย่าง
2. กลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ เช่น เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด
3. กลุ่มตัวอย่างไม่มาเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมตามนัดหมายนานเกินกว่า 4 สัปดาห์
4. กลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์จะถอนตัวจากการเข้าร่วมงานวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความตระหนักถึงหลักจริยธรรมในการทำวิจัยในมนุษย์และการเคารพสิทธิส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย ดังนี้

1. ก่อนดำเนินการวิจัยมีการอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์และกระบวนการในการวิจัย และชี้แจงถึงการวิจัยที่จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายจะได้รับการดูแลรักษาจากทีมสุขภาพตามมาตรฐานของโรงพยาบาล
2. ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ และหากต้องการออกจากการศึกษาในระหว่างการดำเนินวิจัยสามารถทำได้โดยอิสระ โดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า
3. ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดที่รวบรวมได้ ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและการรายงานผลการวิจัยจะเป็นการรายงานผลในภาพรวมไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นใคร
4. เมื่อสตรีตั้งครรภ์ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะมีการลงชื่อลงในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย จึงจะดำเนินการวิจัยต่อไป
5. มีการจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการทำวิจัยในครั้งนี้ โดย

5.1 ในขั้นตอนของการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างนั้น ผู้วิจัยมีความประสงค์จะคัดสรรสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการซึมเศร้าระดับความรุนแรงมากออกจากการวิจัย เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาจากจิตแพทย์อย่างทันที่และเหมาะสม แต่เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ คือ The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ฉบับภาษาไทยของกมลรัตน์ วัชรภรณ์ และคณะ(2546) ที่ดัดแปลงมาจากคอซซ์และคณะ (Cox, et al., 1987) ไม่ได้

ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า เพื่อคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับความรุนแรงมากออกจาก การวิจัย จึงได้พิจารณาข้อคำถามที่มีความบ่งชี้ว่าผู้เลือกตอบอาจมีอาการซึมเศร้าที่มีความรุนแรงใน ระดับมาก คือ มีความรู้สึกโศกเศร้าหรือทุกข์ระทมค่อนข้างบ่อยหรือเกือบตลอดเวลาและ/หรือมี ความคิดที่จะฆ่าตัวตายบางเวลาหรือค่อนข้างบ่อย

นอกจากนี้เกณฑ์ระดับคะแนนที่บ่งชี้ว่ามีอาการซึมเศร้าของแบบประเมิน The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ต้นฉบับนั้น กำหนดให้มีระดับคะแนนตั้งแต่ 13 ขึ้นไป (Cox, et al., 1987) ซึ่งในกลุ่มของสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับคะแนนตั้งแต่ 13 ขึ้นไปนี้ อาจมีผู้ที่มีอาการซึมเศร้าในระดับความรุนแรงมากรวมอยู่ ส่วนฉบับภาษาไทยกำหนดให้มีระดับคะแนน ตั้งแต่ 11 ขึ้นไป (กมลรัตน์ วัชรภรณ์ และคณะ, 2546) ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับคะแนน เท่ากับ 11 – 12 จึงแน่ใจได้ว่าไม่มีผู้ที่มีอาการซึมเศร้าในระดับความรุนแรงมากอยู่ในการวิจัยครั้งนี้

5.2 ผู้วิจัยได้กำหนดให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการเข้าเกณฑ์วินิจฉัยอาการ ซึมเศร้าชนิดรุนแรง (major depression episode) หรือโรคซึมเศร้ารุนแรง (major depressive disorder) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV, 1994; American Psychiatric Association (APA), 1994) เป็นเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษาดังที่ได้ กล่าวมาแล้วข้างต้น เพราะถือเป็นความเสี่ยง ซึ่งจำเป็นที่จะต้องให้สตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้ได้รับการ ดูแลรักษาอย่างเร่งด่วนจากจิตแพทย์

5.3 สตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่ได้รับการประเมินอาการซึมเศร้าด้วยแบบ ประเมิน EPDS (กมลรัตน์ วัชรภรณ์ และคณะ, 2546) หากพบว่ามีระดับคะแนน EPDS ตั้งแต่ 11 ขึ้นไป ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม หรือในกลุ่มตัวอย่างที่ต้องยุติการศึกษา (กรณียุติการศึกษา) ผู้วิจัยจะช่วยเหลือโดยประสานงานกับพยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์เพื่อส่งต่อให้ได้รับการดูแล จากจิตแพทย์ในทันที

6. ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถขออนุญาตออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้ง เหตุผลแก่ผู้วิจัย และจะไม่มีผลใดๆต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับทั้งในปัจจุบันและอนาคต เมื่อ ผู้เข้าร่วมการวิจัยขออนุญาตออกจากการศึกษาแล้ว ข้อมูลจะไม่ถูกนำไปใช้ในการวิเคราะห์และไม่ถูก นำเสนอที่ใด รวมทั้งจะทำลายข้อมูลด้วยเครื่องย่อยกระดาษในทันที โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยยังคงมี สิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลตามปกติที่เป็นมาตรฐานเดิม

กรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยแจ้งให้ผู้วิจัยทราบว่าการขออนุญาตออกจากการศึกษา ผู้วิจัยจะ ให้คำแนะนำเพื่อให้ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างทันที่จากทีมสุขภาพของโรงพยาบาลสมเด็จพระ ปิ่นเกล้า จากนั้นจะดำเนินการส่งต่อให้เจ้าหน้าที่หน่วยฝากครรภ์เพื่อดำเนินการช่วยเหลือตาม ขั้นตอนของโรงพยาบาลต่อไป หากผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวโดยไม่ได้แจ้งให้ผู้วิจัยทราบ ผู้วิจัยจะ

ไม่โทรศัพท์ติดตามให้กลับมาเข้าร่วมการวิจัยต่อ แต่จะประสานงานกับเจ้าหน้าที่หน่วยฝากครรภ์ เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป

เมื่อมีผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวหรือผู้วิจัยถอนผู้เข้าร่วมการวิจัยออกจากโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดจากประชากรทดแทน จนครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 17.0 และมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย Chi-square test หรือ Fisher's exact test และ Independent samples test
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนของ EPDS ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Mann - Whitney U test

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้ต่ออาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ ในหน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 10 ราย โดยจะเสนอผลการวิจัย ได้แก่ ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (N = 10) N(%)	กลุ่มควบคุม (N = 10) N(%)	Fisher's exact test	t - test
อายุ (ปี) (Mean±SD)	23.10 ± 5.26	26.40 ± 6.99		1.19 ^{ns}
อายุครรภ์(สัปดาห์) (Mean±SD)	28.90 ± 2.92	28.00 ± 2.87		1.47 ^{ns}
ระดับการศึกษา			1.00 ^{ns}	
ประถมศึกษา	1(10)	2(20)		
มัธยมศึกษา	9(90)	8(80)		
อาชีพ			.00 ^{ns} (X)	
รับจ้าง	5(50)	5(50)		
กิจการส่วนตัว	2(20)	2(20)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3(30)	3(30)		
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (Mean±SD)	26,500 ± 20956.30	15,900 ± 6208.42		1.53 ^{ns}
ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว			1.00 ^{ns}	
เพียงพอกับค่าใช้จ่าย	6(60)	6(60)		
ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย	4(4)	4(4)		
รายได้ของกลุ่มตัวอย่างต่อเดือน (Mean±SD)	9,600 ± 9582.39	6,000 ± 4853.41		1.06 ^{ns}

ตารางที่ 4.1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Fisher's	
	(N = 10) N(%)	(N = 10) N(%)	exact test	t - test
ความเพียงพอของรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง			1.00 ^{ns}	
เพียงพอกับค่าใช้จ่าย	6(60)	6(60)		
ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย	4(40)	4(40)		
ลำดับการตั้งครรภ์			1.00 ^{ns}	
ตั้งครรภ์แรก	5(50)	4(40)		
ตั้งครรภ์หลัง	5(50)	6(60)		
การแท้ง			0.14 ^{ns}	
เคยแท้ง	1(10)	5(50)		
ไม่เคยแท้ง	9(90)	5(50)		

ns = not significant, $p > .05$

χ^2 = Chi-square test

จากตารางที่ 4.1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (23.1 ปี SD = 5.26 และ 26.4 ปี SD = 6.99 ตามลำดับ) เช่นเดียวกับอายุครรภ์ของทั้งสองกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองมีอายุครรภ์เฉลี่ย 28.9 สัปดาห์ (SD = 2.92) และ 28 สัปดาห์ (SD = 2.87) ในกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 90 และ 80 ตามลำดับ) และประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 50) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จากทั้งสองกลุ่มมีความคิดเห็นว่ารายได้ส่วนตัวและของครอบครัวต่อเดือนเพียงพอกับค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 60 และ 60 ตามลำดับ) โดยกลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ย 9,600 บาท/เดือน (SD = 9582.39) และรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 26,500 บาท/เดือน (SD = 20956.30) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (6,000 บาท/เดือน SD = 4853.41 และ 15,900 บาท/เดือน SD = 6208.42) การตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความใกล้เคียงกันไม่ว่าจะเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก (ร้อยละ 50 และ 40 ตามลำดับ) และการตั้งครรภ์ครั้งหลัง (ร้อยละ 50 และ 60 ตามลำดับ) กลุ่มทดลองที่มีประวัติการแท้งมีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 10 และ 50 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบอายุเฉลี่ย อายุครรภ์เฉลี่ย รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน และรายได้เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างต่อเดือนด้วยสถิติ Independent samples test และเปรียบเทียบระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัวและรายได้ของครอบครัวต่อ

เดือนกับค่าใช้จ่าย จำนวนการตั้งครรภ์และการแท้ง ด้วยสถิติ Chi - square test, Fisher's exact test พบว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐาน สตรีตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้มีระดับคะแนนของอาการซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 4.2 คะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง รายชื่อ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
1	11	7	12	12
2	12	9	12	16
3	11	7	11	8
4	11	3	11	10
5	12	13	12	19
6	12	10	11	7
7	12	9	12	13
8	11	8	12	5
9	11	7	12	12
10	11	10	12	9

จากตารางที่ 4.2 พบว่าภายหลังการทดลองสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองจำนวน 9/10 รายไม่มีอาการซึมเศร้า ขณะที่กลุ่มควบคุมมีจำนวน 5 / 10 ราย และในจำนวน 5 รายที่ยังมีอาการซึมเศร้านั้น มี 3 รายที่มีคะแนนอาการซึมเศร้าตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป (13 16 และ 19 คะแนน)

ตารางที่ 4.3 เปร้บเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าหลังการทดลองของสตรีตั้งครรร้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดย้ใช้สถิติ Mann - Whitney U test

กลุ่ม	Pre-test			Post-test			<i>p</i> - value
	Median	Minimum	Maximum	Median	Minimum	Maximum	
กลุ่มทดลอง (N = 10)	11.40	11	12	8.30	3	13	.137 ^{ns}
กลุ่มควบคุม (N = 10)	11.70	11	12	11.10	5	19	

ns = not significant, *p* > .05

จากตารางที่ 4.3 เมื่อเปร้บเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าหลังการทดลอง พบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนอาการซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีน้ัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้การปรึกษา ร่วมกับการสนับสนุนความรู้ต่ออาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ ผู้วิจัยขอเสนอผลการอภิปรายใน 2 ประเด็น คือ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและการทดสอบสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (23.1 ปี SD = 5.26 และ 26.4 ปี SD = 6.99 ตามลำดับ) ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (18 – 35 ปี) ถึงแม้ว่างานวิจัยที่ผ่านมาจะพบอัตราการเกิดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นน้อยกว่าวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนกลางขึ้นไป (Bowen, et al., 2006; Nicholson, et al., 2006; Morse, et al., 2000; Jesse, et al., 2005) ทั้งสองกลุ่มมีอายุครรภ์เฉลี่ย 28.9 สัปดาห์ (SD = 2.92) ในกลุ่มทดลองและ 28 สัปดาห์ (SD = 2.87) ในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 90 และ 80 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการซึมเศร้ามักมีอายุครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 3 และมีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำ (Bowen, et al. 2006; Grant, et al., 2008; Morse, et al., 2000; Nicholson, et al., 2006; van Bussel, et al., 2009)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จากทั้งสองกลุ่มระบุว่ารายได้ส่วนตัวและของครอบครัวต่อเดือนเพียงพอกับค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 60 และ 60 ตามลำดับ) โดยกลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ย 9,600 บาท/เดือน (SD = 9582.39) และรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 26,500 บาท/เดือน (SD = 20956.30) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุม (6,000 บาท/เดือน SD = 4853.41 และ 15,900 บาท/เดือน SD = 6208.42) เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีรายได้เฉลี่ยและรายได้เฉลี่ยของครอบครัวน้อยกว่ารายได้เฉลี่ยของประชากรและรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล (30,103.59 บาท/เดือน และ 43,669 บาท/เดือน ตามลำดับ) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) จึงสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่ารายได้ต่ำมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ (Hobfoll, Ritter, Lavin, Hulsizer, & Cameron, 1995)

การตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความใกล้เคียงกันไม่ว่าจะเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก (ร้อยละ 50 และ 40 ตามลำดับ) และการตั้งครรภ์ครั้งหลัง (ร้อยละ 50 และ 60 ตามลำดับ) ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการซึมเศร้ามักเป็นครรภ์แรกมากกว่าครรภ์หลัง (Teixeira, Figueiredo, Conde, Pacheco, & Costa, 2009) กลุ่มตัวอย่างของทั้งสองกลุ่มมีประวัติการแท้ง โดยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 10 และ 50 ตามลำดับ) และสอดคล้องกับงานวิจัยของรอบเบิร์ทสันและคณะที่ศึกษาพบว่าประวัติการแท้งมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ (Rubertsson, et al., 2003)

เมื่อเปรียบเทียบอายุเฉลี่ย อายุครรภ์เฉลี่ย รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน และรายได้เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างต่อเดือนด้วยสถิติ Independent samples test และเปรียบเทียบระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ส่วนตัวและรายได้ของครอบครัวต่อเดือนกับค่าใช้จ่ายจำนวนการตั้งครรภ์และการแท้ง ด้วยสถิติ Chi - square test, Fisher's exact test พบว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติจากข้างต้นแสดงให้เห็นว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความเท่าเทียมกันทุกด้าน ซึ่งจะทำให้ผลที่ได้จากการวิจัยมีความคลาดเคลื่อนน้อยลง

สมมติฐาน สตรีตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้มีระดับคะแนนของอาการซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากผลการวิจัยพบว่าภายหลังกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้มีระดับคะแนนของอาการซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) จึงไม่สนับสนุนสมมติฐาน ถึงแม้ว่าผลการวิจัยจะพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้ พบว่าภายหลังการทดลองสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองจำนวน 9/10 รายไม่มีอาการซึมเศร้า ขณะที่กลุ่มควบคุมมีจำนวน 5 / 10 ราย และในจำนวน 5 รายที่ยังมีอาการซึมเศร้านั้น มี 3 รายที่มีคะแนนอาการซึมเศร้าตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป (13 16 และ 19 คะแนน)

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้ ช่วยให้อาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างสามารถเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมการเกิดอาการซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจ เริ่มตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกคุ้นเคยกับผู้วิจัย เกิดความไว้วางใจที่จะเปิดเผยตนเองและ

เกิดความสนใจที่จะสนทนาต่อไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เริ่มมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้วิจัยภายในช่วงระยะเวลา 15 - 20 นาทีแรกของการให้การปรึกษา ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้พูดคุยเล่าเรื่องราวหรือระบายความคับข้องใจและความเครียดเพื่อให้ผ่อนคลายความรู้สึกลง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มักแสดงสีหน้าท่าทางซึมเศร้าและร้องไห้ขณะเล่าสถานการณ์ปัญหา ผู้วิจัยรับฟังโดยไม่มีการขัดจังหวะและแสดงการยอมรับ เช่น การพยักหน้า และตอบโยนโดยการสัมผัสมือเบาๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างบรรเทาความรู้สึกคับข้องใจลง พฤติกรรมส่วนใหญ่ที่มักพบคือ การหยุดร้องไห้ มีสีหน้าแววตาสดใสขึ้น มีท่าทางที่ผ่อนคลาย เช่น นั่งฟังนักเก้าอี้ ซึ่งเป็นสัญญาณว่าอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างได้ผ่อนคลายลง จากนั้นจึงเข้าสู่ขั้นตอนที่ 2 โดยผู้วิจัยจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของตนเอง เข้าใจปัญหา สาเหตุของปัญหา และความต้องการในการแก้ปัญหาที่แท้จริง ด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาอย่างละเอียดควบคู่ไปกับการช่วยให้เกิดการรับรู้สถานการณ์ของปัญหาและความรู้สึกของตนเองอย่างตรงตามความเป็นจริง พบว่าปัญหาส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างเป็นปัญหาด้านสัมพันธภาพกับคู่สมรส (5 / 10 ราย) มีความรู้สึกไม่มั่นใจในความปลอดภัยด้านสุขภาพของตนเองและบุตรในครรภ์ในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดเนื่องจากการขาดความรู้ (4 / 10) ในขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้คิดวิเคราะห์แนวทางการแก้ไขปัญหาและตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเองอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยใช้การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาว่าต้องการแก้ไขปัญหาคำก่อน โดยอาศัยหลักการพิจารณา คือ ความต้องการของกลุ่มตัวอย่างที่จะแก้ไข ความเป็นไปได้ในการแก้ไข ความรุนแรงและขอบเขตของปัญหา เพื่อการวางแผนการแก้ไขปัญหอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีความสอดคล้องกับแหล่งประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่าง เช่น ภาวะสุขภาพ ความรู้ และทักษะในการแก้ไข จากการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่และวิธีการจัดการกับอาการซึมเศร้า การดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์ การคลอดบุตร และการประเมินความแข็งแรงของทารกในครรภ์ จากนั้นผู้วิจัยช่วยให้กลุ่มตัวอย่างวางแผนการเผชิญปัญหาอย่างสอดคล้องกับสภาพการณ์ ความต้องการในการแก้ไขปัญห และแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ โดยส่งเสริมให้พิจารณาทางเลือกที่ละด้านถึงข้อดีและข้อเสียของทางเลือกจนครบทุกทางเลือก แล้วให้ตัดสินใจด้วยตนเองในการเลือกวิธีการแก้ปัญหาตามข้อดีและข้อเสียที่ได้พิจารณาอย่างทั่วถึงแล้ว (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2553) การช่วยเหลือให้กลุ่มตัวอย่างแก้ไขปัญหามาตามที่วางแผนไว้ได้สำเร็จคล่อง การเพิ่มแหล่งประโยชน์จึงเป็นสิ่งสำคัญ (Lazarus, et al., 1984) ผู้วิจัยจึงให้การสนับสนุนความรู้โดยการแจกคู่มือสตรีตั้งครรภ์จิตใจเข้มแข็งให้แก่กลุ่มตัวอย่างในวันแรกของโปรแกรม ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ การประเมินอาการซึมเศร้าและวิธีการลดอาการซึมเศร้าด้วยตนเอง การนับลูกดิ้น และการสื่อสารเพื่อ

ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การแจกคู่มือนี้ผู้วิจัยมุ่งหวังให้กลุ่มตัวอย่างได้ทำความเข้าใจและทบทวนด้วยตนเองนอกเวลาการให้การศึกษา โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้ทำความเข้าใจกับเนื้อหาในคู่มือและตอบข้อซักถามในเนื้อหาที่กลุ่มตัวอย่างสงสัยหรือต้องการเพิ่มเติม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคำถามเกี่ยวกับการคลอดและการประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์ เช่น “จะทราบได้อย่างไรคะ ว่าจะต้องมาโรงพยาบาลเพื่อคลอด” “ลูกดิ้นแข็งแรงไหมคะ” การตอบคำถามของผู้วิจัยจึงเป็นการสนับสนุนความรู้ที่ยึดหยุ่นตามสถานการณ์และความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ที่ตอบสนองต่อข้อสงสัยและความรู้มากที่สุด (ดวงใจ รัตนชัยญา, 2545) การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เพิ่มขึ้นจะส่งผลโดยตรงให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแก้ไขปัญหาความรู้สึกไม่มั่นใจในความปลอดภัยด้านสุขภาพของตนเองและบุตรในครรภ์ในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดเนื่องจากการขาดความรู้ ซึ่งอาจส่งผลให้มีอาการซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของโฮและคณะ (Ho, et al., 2009) ที่พบว่าการแจกคู่มือที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าหลังคลอดสามารถลดระดับความรุนแรงอาการซึมเศร้าหลังคลอดและมีอัตราการเกิดอาการซึมเศร้าหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการแจกคู่มือ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังเพิ่มแหล่งประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาโดยการเพิ่มทักษะที่จำเป็นในการแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนความคิด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้ามักมีความคิดต่อตนเองในด้านลบ (Field, et al., 2009) จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบให้เป็นความคิดที่อยู่บนความเป็นจริงและสมเหตุสมผล และมีการเสริมสร้างกำลังใจเพื่อให้เกิดกำลังใจและความเชื่อมั่นในการเผชิญปัญหาด้วยตนเอง เป็นการสนับสนุนความสามารถของกลุ่มตัวอย่างในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบให้ประสบความสำเร็จตามที่ไดวางแผนไว้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างวางแผนแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองและมีแหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงดำเนินตามขั้นตอนที่ 4 การยุติการศึกษา โดยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้และประเด็นที่ต้องนัดมาปรึกษาต่อในครั้งหน้า และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างถามปัญหาหรือข้อสงสัย เพื่อลดปัญหาที่อาจเป็นผลเสียขณะอยู่นอกห้องให้การศึกษา ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามวิธีแก้ไขปัญหาวางแผนไว้และให้นำผลที่เกิดขึ้นมาปรึกษาครั้งต่อไป และให้กลุ่มตัวอย่างประเมินอาการซึมเศร้าด้วยตนเอง พบว่าในการให้การศึกษาครั้งที่ 1 และ 2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่ามีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับเดิมและมีอาการซึมเศร้าลดลงในครั้งที่ 3 และ 4 ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันนัดหมายการศึกษาครั้งต่อไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 ราย ขอยุติการเข้าร่วมโปรแกรมภายหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 3 โดยระบุว่าไม่มีอาการซึมเศร้าแล้ว และจากการวิจัยพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้การศึกษา ร่วมกับการสนับสนุนความรู้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอาการซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะถึงแม้ว่าโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ได้ปรับความคิดและอารมณ์ และมีแหล่งประโยชน์ในการเผชิญสถานการณ์ความเครียดเพิ่มขึ้น แต่พบว่ามีปัจจัยที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ที่ทำให้มีอาการซึมเศร้าลดลงในระดับน้อย โดยเฉพาะการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส (Lancaster, et al 2010; สมบัติ สรรพอุดม และคณะ, 2542) เช่น กลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งกล่าวว่า “ทุกวันนี้สามียังคงช่วยทำงานบ้านไม่ได้เลย” อีกทั้งพบว่ามีสถานการณ์ความเครียดใหม่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง เช่น กลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของสามีที่ป่วยหนักในช่วงครั้งที่ 4 ของโปรแกรม นอกจากนี้ในช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองมีเหตุการณ์มหาอุทกภัยซึ่งพื้นที่บริเวณแหล่งพักอาศัยและสถานที่ทำงานของกลุ่มตัวอย่างเกิดอุทกภัยในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2554 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2555 กลุ่มตัวอย่างจึงได้รับผลกระทบด้านลบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น การเดินทาง การขาดแคลนเครื่องอุปโภคบริโภคบางประการ ตัวอย่างการบอกเล่าของกลุ่มตัวอย่างรายหนึ่ง “จะไปทำธุระแถวสาย 3 ก็ไปไม่ได้แล้ว เบื่อน้ำท่วมมากเลย อยากจัดการธุระให้มันเสร็จไป” กลุ่มตัวอย่างอีกรายหนึ่งเล่าว่า “หาซื้อของสดมาทำกับข้าวยากมาก เขาบอกว่าออกไปซื้อของมาขายไม่ได้ คูสิเป็นไปได้อย่างไร” เหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง ตัวอย่างคำบอกเล่าของกลุ่มตัวอย่างรายหนึ่ง “เริ่มเป็นห่วงแล้วว่าสามีจะตกงาน ได้ยินมาว่าบริษัทเสียหายมากจึงอาจลดจำนวนพนักงานลง” กลุ่มตัวอย่างอีกรายหนึ่งเล่าว่า “ตอนนี้ไม่ได้ไปหาแม่เลย ปกติต้องไปหาแม่ทุกอาทิตย์” จากสถานการณ์ความเครียดข้างต้นถือเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ (Jesse, et al., 2005) จึงอาจมีผลต่อคะแนนอาการซึมเศร้าภายหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 4 ครั้ง อาจน้อยเกินไปในสถานการณ์ที่นอกเหนือจากสถานการณ์ปกติ เช่นเดียวกับผลการวิจัยของวอร์ดและคณะ (Ward, King, Lloyd, Bower, Sibbald, et al., 2000) ที่พบว่าการให้การปรึกษาแบบไม่นำทาง (non - directive counseling) จำนวน 6 ครั้ง มีประสิทธิผลในการลดอาการซึมเศร้าไม่แตกต่างจากการดูแลรักษาตามปกติ อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้พบอัตราการเกิดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ 38.98 % (23/59) ซึ่งให้เห็นว่าการคัดกรองอาการซึมเศร้าของสตรีตั้งครรภ์ในหน่วยฝากครรภ์เป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแลแบบองค์รวม นอกจากนี้ในแง่ของการปฏิบัติแล้ว การให้การปรึกษาและการสนับสนุนความรู้ยังคงเป็นกิจกรรมการผดุงครรภ์ที่สำคัญในการช่วยลดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) มีการทดสอบแบบ Pretest – Posttest control group design มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้ต่ออาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ ในหน่วยฝากครรภ์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ มีสตรีตั้งครรภ์ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 59 ราย พบมีอาการซึมเศร้า (EPDS $\geq$ 11) จำนวน 23 ราย (38.98 %) จัดสตรีตั้งครรภ์ที่มีคะแนน EPDS = 11 – 12 เข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 10 ราย รวม 20 ราย ส่วนอีก 3 รายมีระดับคะแนนอาการซึมเศร้า $\geq$ 13 ได้รับส่งต่อเจ้าหน้าที่หน่วยฝากครรภ์เพื่อส่งต่อจิตแพทย์โดยทันที กลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยแผนการการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้ แบบบันทึกการปรึกษา คู่มือสตรีตั้งครรภ์จิตใจเข้มแข็งที่สร้างโดยผู้วิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบบันทึกการคัดเลือกรายชื่อตัวอย่างเข้าการวิจัย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ และแบบประเมินอาการซึมเศร้า The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) หรือ The Edinburgh Depression Scale (EDS) ฉบับภาษาไทย ของกมลรัตน์ วัชรภรณ์ และคณะ (2546) ที่ดัดแปลงมาจากคอกซ์และคณะ (Cox, et al., 1987) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมคือได้รับการพยาบาลตามปกติจนครบ 10 ราย ต่อมาเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลองจะเข้าร่วมโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้ ประกอบด้วยกิจกรรมการให้การปรึกษารายบุคคลร่วมกับมีการสนับสนุนความรู้สอดแทรกอยู่ในกระบวนการให้การปรึกษาที่ดำเนินโปรแกรมโดยผู้วิจัย ดำเนินกิจกรรมครั้งละ 30 - 60 นาที จำนวน 3 - 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ โปรแกรมมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างความรู้สึกคุ้นเคยระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้วิจัย ทำให้มีความมั่นใจที่จะเปิดเผยตนเองและเกิดความร่วมมือในการดำเนินโปรแกรมจนครบ ขั้นตอนที่ 2 เข้าใจตนเอง เข้าใจอาการซึมเศร้า และเข้าใจปัญหา ผู้วิจัยช่วยเหลือให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ตัวตนของตนเอง เข้าใจความคิด อารมณ์ และความรู้สึกของตนเองได้ชัดเจนขึ้น และเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ ตลอดจนได้ทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์

ความเครียด เกิดความเข้าใจปัญหา สาเหตุของปัญหา และความต้องการที่แท้จริงในการแก้ไข ปัญหา ขั้นตอนที่ 3 วางแผนแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยช่วยให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาหาวิธีการแก้ไขปัญหา และตัดสินใจเลือกการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ขั้นตอนที่ 4 ยุติการให้การปรึกษา เพื่อสรุปสิ่งที่จะนำไปปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหา ให้กลุ่มตัวอย่างเตรียมตัวเพื่อการหยุดการปรึกษาและยอมรับการสิ้นสุดการปรึกษาอย่างสงบ เป็นการป้องกันผลเสียจากการหยุดการปรึกษาโดยกะทันหัน มีการประเมินผลของโปรแกรมภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 4 เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ โดยรวมระยะเวลาประมาณ 4 สัปดาห์นับถัดจากการประเมินอาการซึมเศร้าครั้งแรก (Pre - test) ด้วยแบบประเมิน EPDS เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ผลตามวิธีทางสถิติโดยลักษณะของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย Chi-square test หรือ Fisher's exact test และ Independent samples test และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนของ EPDS ระหว่างกลุ่มภายหลังการทดลองด้วย Mann - Whitney U test ผลการวิจัย ดังนี้

1. สตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ อายุครรภ์ การเคยแท้ง ลำดับการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวและของกลุ่มตัวอย่างต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวและรายได้ของกลุ่มตัวอย่างต่อเดือนกับค่าใช้จ่ายแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2. สตรีตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้มีระดับคะแนนของอาการซึมเศร้ามลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาการวิจัยที่พบว่า การให้การปรึกษารายบุคคลร่วมกับการสนับสนุนความรู้จะช่วยลดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ได้ แม้จะไม่มี ความแตกต่างทางสถิติ แต่มีความสำคัญในการปฏิบัติบทบาทการผดุงครรภ์ที่จะช่วยลดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในประชากรที่มีอาการซึมเศร้าไม่รุนแรง ไม่สามารถใช้กับประชากรกลุ่มอื่นที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง
2. ประชากรมีช่วงคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมการวิจัยแคบ (EPDS = 11 - 12) ซึ่งจัดได้ว่ามีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย จึงทำให้ภายหลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนอาการซึมเศร้าไม่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศ้กษาการว้จ้คร้้งน้ ช่วยให้ทีมสุขภาพโดยเฉพาะอย่างย้งพยาบาลและผดุงครรภ้ได้ทราบถ้ถึงแนวทางการให้การปร้กษาาร่วมกัับการสนัับสนุนความรู้เพ้อลดอาการซึมเศร้าในสตรีต้งครรภ้ ผู้ว้จ้มีข้อเสนอแนะจากผลการศ้กษาการว้จ้ไปใช้ด้านกาปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ้ การศ้กษาและการทำว้จ้คร้้งต้อไป ต้งน้

ด้านปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ้

1. จดัให้มีโปรแกรมการให้การปร้กษาาร่วมกัับการสนัับสนุนความรู้แก่สตรีต้งครรภ้ที่มีอาการซึมเศร้าที่มารับปร้การฝากครรภ้เพ้อลดระดับความรุนแรงหรือช่วยให้หายจากอาการซึมเศร้า
2. พยาบาลผดุงครรภ้ควรผ่านการอบรมการให้การปร้กษาาก่อนดำเนนโปรแกรมเพ้อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการให้การปร้กษา
3. ควรจดัให้มีการคัดกรองอาการซึมเศร้าในสตรีต้งครรภ้ในสถานปร้การสุขภาพ

ด้านการศึกษา

ในการจดัการเรยนการสอนของนักศ้กษาพยาบาลสาสตร์ ควรสอดแทรกเนื้อหาเก้ยวกับแนวทางการช่วยเหลือสตรีต้งครรภ้ที่มีอาการซึมเศร้าด้วยการให้การปร้กษาาร่วมกัับการสนัับสนุนความรู้ เป็นการช่วยเหลือให้อาการซึมเศร้ามีระดับความรุนแรงลดลงหรือช่วยให้อาการซึมเศร้าหายไปโดยไม่ใช้การรักษาด้วยยา และเป็นหน้าท้อีสระของพยาบาลผดุงครรภ้ที่จะช่วยให้อาการซึมเศร้าในสตรีต้งครรภ้ได้รับการดูแลครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ

ด้านการทำว้จ้คร้้งต้อไป

1. ควรปร้บร้รูปแบบของโปรแกรมในการให้การปร้กษารายบุคคลที่ร้พยาบาลเป็นกาให้การปร้กษาทางโทรศัพท์ เพ้อความไม่สะดวกของการเดินทางมาเข้าร่วมโปรแกรม
2. ควรมีการศ้กษาคู่มือสตรีต้งครรภ้จิตใจเข้มแข็งเพ้อนำไปใช้ในแผนกฝากครรภ้
3. ควรจดัให้บุคคลในครอบครัวหรือคู่สมรสเข้ามามีส่วนร่วมในการลดอาการซึมเศร้าในสตรีต้งครรภ้
4. ควรศ้กษาในสตรีต้งครรภ้ในกลุ่มอื่น เช่น สตรีต้งครรภ้ในไตรมาสที่ 1 หรือ 2 สตรีต้งครรภ้ที่มีภาวะแทรกซ้อน
5. ควรศ้กษาดัดตามสตรีต้งครรภ้ที่มีอาการซึมเศร้าที่เข้าร่วมโปรแกรมไปจนถ้ถึงในระยะหลังคลอด

ผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้ต่ออาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์
EFFECT OF COUNSELING AND EDUCATION SUPPORT PROGRAM ON DEPRESSIVE
SYMPTOMS IN PREGNANT WOMEN.

สินวล สะอาดชุม 5137206 NSAM/M

พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: นววรรณ อยู่สำราญ, Ph.D.(NURSING), เอ็มพร รตินธร,
Ph.D.(NURSING), อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, พย.ด.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

อาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ เป็นความผิดปกติทางอารมณ์และจิตใจในสตรีตั้งครรภ์ (Beck, 2001) อุบัติการณ์การเกิดอาการซึมเศร้าในช่วงอายุครรภ์ 14 - 32 สัปดาห์ พบ 13.1 - 47 % (Jesse, et al., 2005; Field, et al., 2006; Leigh, et al., 2008; [Rochat](#), et al., 2011) และจะพบมากในช่วงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ (van Bussel, et al., 2009) ส่วนการเกิดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย พบอยู่ที่ประมาณ 20.5 – 36.3 % ในกลุ่มอายุครรภ์ 36 - 40 สัปดาห์ (Limlomwongse, et al., 2005; สมบัติ สรรพอุดม และคณะ, 2542)

อาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การใช้ความรุนแรงต่อตัวเองและครอบครัว และการใช้สารเสพติดในขณะตั้งครรภ์ (Beck, 2001; Pajulo, et al., 2001) เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและอารมณ์จากอาการซึมเศร้า เช่น อ่อนล้า หงุดหงิดง่าย การนอนหลับเปลี่ยนแปลง รู้สึกไร้ค่า โดดเดี่ยว หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย (Nonacs, et al., 2002) ส่งผลกระทบด้านลบต่อสตรีตั้งครรภ์ เช่น ความสนใจดูแลตนเองลดลง เกิดอาการซึมเศร้าหลังคลอด (Milgrom, et al., 2008) อีกทั้งยังส่งผลให้คู่สมรสเกิดอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวล (Field, et al., 2006) ทารกในครรภ์ได้รับผลด้านลบต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการ เพิ่มอัตราการคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อย (Field, et al. 2009) การรักษาอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ด้วยยาต้านเศร้ามีผลต่อทารก เช่น ยา selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) ทำให้อายุครรภ์เฉลี่ยขณะคลอดลดลง ทารกมีน้ำหนักตัวแรก

เกิดลดลง (Suri, et al., 2007) ระดับคะแนนของ Apgar scores หลังคลอดลดลง (Simon, et al., 2002) และเพิ่มความเครียดให้สตรีตั้งครรภ์เพราะคิดว่าทารกอาจได้รับอันตรายจากยา (Campagne, 2004)

สาเหตุที่แท้จริงของอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์นั้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น การมีประวัติซึมเศร้าในอดีต (Le, 2004) แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ มีเหตุการณ์ความเครียดขณะตั้งครรภ์ (stressful life events) (Jesse, et al., 2005; Field, et al., 2009) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด และทารกในครรภ์ ความรู้สึกไม่สบายทางร่างกายและการเปลี่ยนแปลงของจิตใจ อารมณ์ และจิตสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเกิดจากการขาดความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในระยะตั้งครรภ์ (Field, et al., 2009; Teixeira, et al., 2009) สภาพชีวิตสมรสที่ไม่ราบรื่น (โสมสิริ รอดพิพัฒน์, 2547; สมบัติ สรรพอุดม และคณะ, 2542) โดยปัจจัยข้างต้นถือเป็นสถานการณ์ความเครียด หากสตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ความเครียดนี้ได้สำเร็จ การปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจจะไม่มีประสิทธิภาพ จึงเกิดความเครียดเรื้อรังทำให้เกิดอาการซึมเศร้าตามมา (Lazarus, et al., 1984)

จากปัจจัยข้างต้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษารายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลดอาการซึมเศร้า พบว่าการให้การปรึกษาเป็นอีกวิธีหนึ่งที่สามารถลดอาการซึมเศร้าได้ เช่น สุพานี เสมสุขกรี (2541) ได้ศึกษาผลของการให้การปรึกษารายบุคคลในสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าภายหลังได้รับการให้การปรึกษาอาการซึมเศร้าลดลงและมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จึงชี้ให้เห็นว่าการให้การปรึกษารายบุคคลมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้า

นอกจากนี้จากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการสนับสนุนความรู้สามารถลดอาการซึมเศร้าได้เช่นกัน ดังผลการวิจัยของลาร่าและคณะ (Lara, et al., 2010) ที่พบว่าการให้ความรู้ทางสุขภาพจิตแก่สตรีตั้งครรภ์ในรายที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการซึมเศร้าหลังคลอด สามารถป้องกันอาการซึมเศร้าหลังคลอดได้ แม้การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้มีการประเมินผลของการทดลองในระยะตั้งครรภ์ โดยเมื่อพิจารณาจากรายงานการวิจัยที่พบว่าอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ที่เด่นชัดกับการเกิดอาการซึมเศร้าหลังคลอด (Milgrom, et al., 2008; Raid, et al., 2007) ดังนั้นย่อมมีความเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ จึงอาจกล่าวได้ว่าการสนับสนุนความรู้จะช่วยลดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ได้เช่นกัน จากการทบทวนวรรณกรรมชี้ให้เห็นว่าการให้การปรึกษาและการสนับสนุนความรู้สามารถลดอาการซึมเศร้าได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการซึมเศร้าเปรียบเทียบกับที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมุ่งหวังเพื่อลดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้ต่ออาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้ต่ออาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) มีการทดสอบแบบ pretest – posttest control group design ประชากรในการวิจัยเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองว่ามีอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ในหน่วยฝากครรภ์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ ได้แก่ มีอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ในระดับน้อยถึงปานกลาง คือ มีระดับคะแนนของ The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ฉบับภาษาไทย (กมลรัตน์ วัชรภรณ์ และคณะ, 2546) ที่ดัดแปลงมาจากออกซ์และคณะ (Cox, et al., 1987) เท่ากับ 11 – 12 มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถพูดและอ่านภาษาไทยได้ อายุครรภ์อยู่ระหว่าง 24 - 32 สัปดาห์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ เช่น ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และมีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างบนพื้นฐานของอำนาจการวิเคราะห์ (power analysis) โดยอ้างอิงการศึกษาของ สุพาณี เสมสุขกรี (2541) ได้ขนาดอิทธิพล (effect size) 1.497 นำค่าที่ได้ไปเปิดตารางสำเร็จรูปที่ $power = .80$ ทดสอบระดับนัยสำคัญทางเดียวที่ระดับ .05 จะได้ขนาดกลุ่มประชากรกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 9 ราย รวมกับกลุ่มตัวอย่างที่คาดว่าจะหายไป 10 % ของแต่ละกลุ่ม (จริยา เลิศอรรมณมณี และคณะ, 2543) จะได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 10 ราย รวมทั้งสิ้น 20 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนแรกเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1.) แผนการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้ 2.) แบบบันทึกการปรึกษา และ 3.) คู่มือสตรีตั้งครรภ์จิตใจเข้มแข็งซึ่งสร้างโดยผู้วิจัย ส่วนที่ 2 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1.) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2.) แบบบันทึกการคัดกรองเบื้องต้น 3.) แบบประเมินอาการซึมเศร้า The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox, et al., 1987) มีข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นข้อคำถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ กำหนดจุดตัดอยู่ที่ระดับ

คะแนน ≥ 13 ส่วนฉบับภาษาไทยมีคะแนนมาตรฐานซึ่งบ่งอาการซึมเศร้าของคนไทยที่ระดับคะแนน ≥ 11 (กมลรัตน์ วัชรารักษ์ และคณะ, 2546) ภายหลังการประเมินอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 59 ราย นำไปหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบาค (Cronbach's Alfa Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์พอใช้ (Cohen, 1988)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการให้การปรึกษาแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยได้รับการศึกษาด้านการให้การปรึกษาด้านสุขภาพเข้าฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การบำบัดด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (interpersonal psychotherapy) และฝึกปฏิบัติให้การปรึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการซึมเศร้าในรายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยได้รับการควบคุมและคำแนะนำจากอาจารย์พยาบาลจิตเวชผู้เชี่ยวชาญด้านการปรึกษาในผู้ป่วยซึมเศร้า การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ชุดสายพยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมแพทยทหารเรือ ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และขอเข้าพบผู้อำนวยการกองสูตินรีเวชกรรม และหัวหน้าหน่วยฝากครรภ์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเข้าพบสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและแจ้งถึงสิทธิการรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัย มีสตรีตั้งครรภ์จำนวน 59 ราย ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยจึงให้ลงชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้ทำแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินอาการซึมเศร้า (EPDS) หากผลการประเมินพบว่าสตรีตั้งครรภ์มีอาการมีความรู้สึกโศกเศร้าหรือทุกข์ระทมค่อนข้างบ่อยหรือเกือบตลอดเวลา และ/หรือมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายในบางเวลาหรือค่อนข้างบ่อย หรือมีคะแนน EPDS ≥ 13 ผู้วิจัยจะประสานงานกับเจ้าหน้าที่หน่วยฝากครรภ์เพื่อให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากจิตแพทย์ทันที จากการวิจัยครั้งนี้พบมีอาการซึมเศร้า 23 ราย (38.98 %) จัดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 10 ราย ส่วนอีก 3 ราย มีคะแนน EPDS ≥ 13 จึงส่งต่อเจ้าหน้าที่หน่วยฝากครรภ์เพื่อส่งต่อจิตแพทย์ทันที ผู้วิจัยจัด 10 รายแรกเข้ากลุ่มควบคุม และอีก 10 รายถัดมาเข้ากลุ่มทดลอง เพื่อป้องกัน Contaminate data โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

กลุ่มควบคุม

ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีการประเมินอาการซึมเศร้า (post – test) ที่ 4 สัปดาห์นับถัดจากวันที่ทำแบบประเมินครั้งแรก (pre – test) แล้วจึงแจกคู่มือสตรีตั้งครรภ์จิตใจเข้มแข็ง 1 เล่ม พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 / 10 ราย ยังคงมีอาการซึมเศร้า และในจำนวน 5 รายนั้น

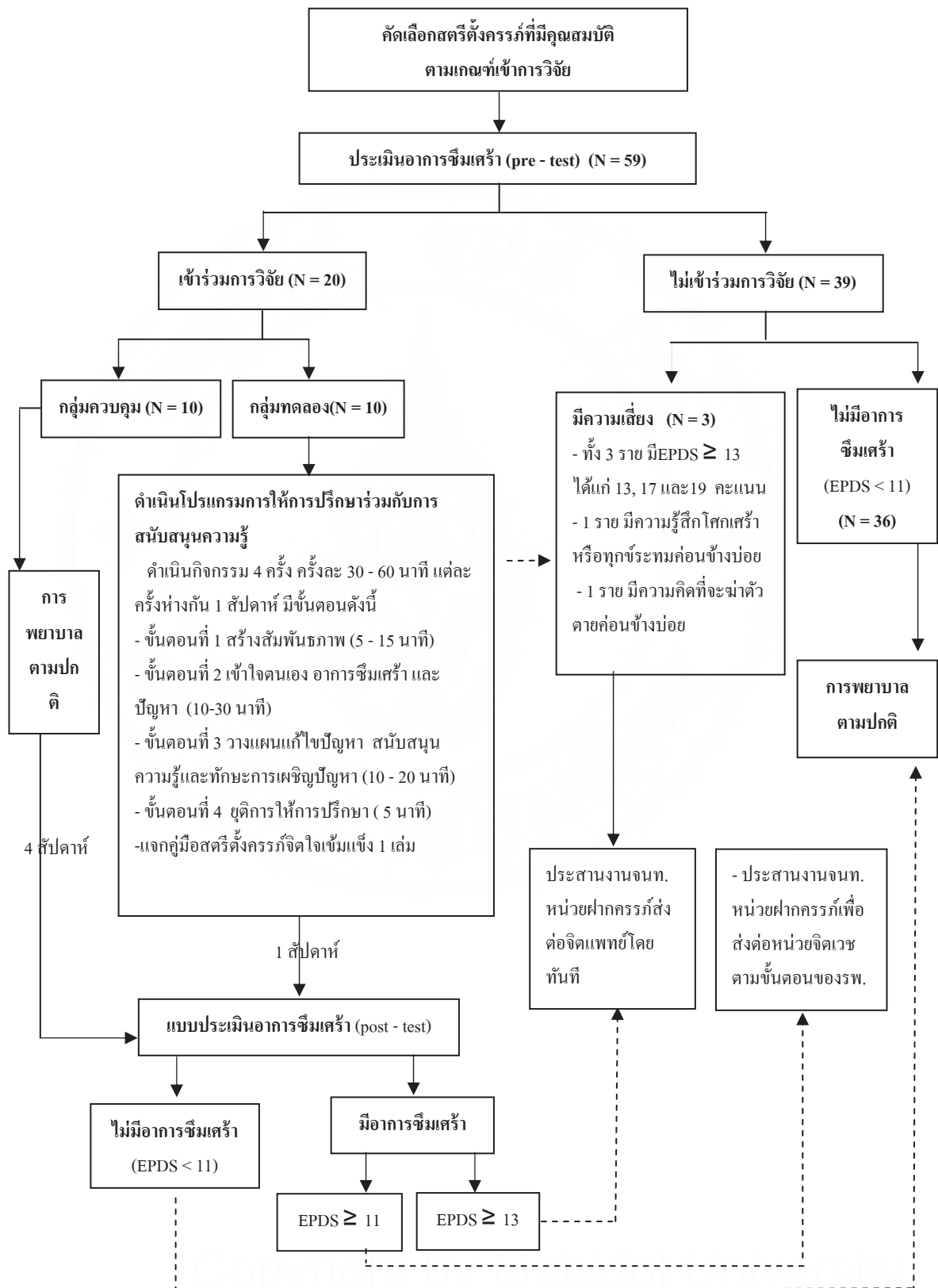
จำนวน 2 ราย มีคะแนน EPDS = 12 จึงส่งต่อหน่วยฝากครรภ์เพื่อดำเนินการส่งต่อหน่วยจิตเวชตามขั้นตอนของโรงพยาบาล และอีก 3 ราย มีคะแนน EPDS ≥ 13 ผู้วิจัยประสานงานให้หน่วยฝากครรภ์ส่งต่อจิตแพทย์โดยทันที

กลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่างจะเข้าร่วมโปรแกรมการให้การศึกษา ร่วมกับการสนับสนุนความรู้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินโปรแกรม ครั้งละ 30 - 60 นาที จำนวน 3 - 4 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ มีการประเมินผลภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 4 ประมาณ 1 สัปดาห์ โดยกิจกรรมแต่ละครั้งมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกคุ้นเคยกับผู้วิจัย เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมจนครบ ขั้นตอนที่ 2 ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความเข้าใจความคิด อารมณ์ และความรู้สึกของตนเอง และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าที่กำลังเผชิญอยู่ เกิดความเข้าใจปัญหา สาเหตุของปัญหา และความต้องการที่แท้จริงในการแก้ไขปัญหา ขั้นตอนที่ 3 ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์พิจารณาหาวิธีการแก้ไขปัญหาและตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เพิ่มแหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหาโดยให้การสนับสนุนความรู้ในรูปแบบของกลุ่มมือสตรีตั้งครรภ์จิตใจเข้มแข็งและการสอดแทรกอยู่ในกระบวนการให้การศึกษา ขั้นตอนที่ 4 การยุติการให้การศึกษา เป็นการสรุปสิ่งที่นำไปปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหา ให้สตรีตั้งครรภ์เตรียมตัวเพื่อการหยุดการศึกษา และสุดท้ายผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างประเมินอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนยุติการศึกษา มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 ราย ยุติการวิจัยภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 3 เนื่องจากประเมินตนเองว่าไม่มีอาการซึมเศร้า อีก 9 ราย เข้าร่วมโปรแกรมจนครบ 4 ครั้ง จะประเมินอาการซึมเศร้า (post – test) ที่ 4 สัปดาห์นับถัดจากครั้งแรก (pre – test) หากมีคะแนนอาการซึมเศร้าเท่ากับ 11 – 12 จะส่งต่อหน่วยฝากครรภ์ หากมีคะแนน EPDS ≥ 13 จะประสานงานให้หน่วยฝากครรภ์ส่งต่อจิตแพทย์โดยทันที โดยพบจำนวน 1 รายมีคะแนน EPDS = 13 ส่วนอีก 9 ราย มีคะแนน EPDS = 3 - 10 ไม่มีอาการซึมเศร้า

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 17.0 ได้แก่ การวิเคราะห์ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย Chi-square test หรือ Fisher's exact test และ Independent samples test และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน EPDS หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Mann - Whitney U test



แผนภูมิที่ 1 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย

จากการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (23.1 ปี SD = 5.26 และ 26.4 ปี SD = 6.99) เช่นเดียวกับอายุครรภ์ของทั้งสองกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองมีอายุครรภ์เฉลี่ย 28.9 สัปดาห์ (SD = 2.92) และ 28 สัปดาห์ (SD = 2.87) ในกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 90 และ 80 ตามลำดับ) และประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 50) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จากทั้งสองกลุ่มมีความคิดเห็นว่ารายได้ส่วนตัวและของครอบครัวต่อเดือนเพียงพอกับค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 60 และ 60 ตามลำดับ) การตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความใกล้เคียงกัน ไม่ว่าจะเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก (ร้อยละ 50 และ 40 ตามลำดับ) และการตั้งครรภ์ครั้งหลัง (ร้อยละ 50 และ 60 ตามลำดับ) และกลุ่มทดลองที่มีประวัติการแท้งมีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 10 และ 50 ตามลำดับ) นอกจากนี้กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ย 9,600 บาท/เดือน (SD = 9582.39) และรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 26,500 บาท/เดือน (SD = 20956.30) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (6,000 บาท/เดือน SD = 4853.41 และ 15,900 บาท/เดือน SD = 6208.42) พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการทดสอบสมมติฐาน สตรีตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้มีระดับคะแนนของอาการซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าภายหลังการทดลองสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองจำนวน 9/10 รายไม่มีอาการซึมเศร้า ขณะที่กลุ่มควบคุมมีจำนวน 5 / 10 ราย และในจำนวน 5 รายที่ยังมีอาการซึมเศร้านั้น มี 3 รายที่มีคะแนนอาการซึมเศร้าตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป (13 16 และ 19 คะแนน) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนอาการซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง และการเปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าหลังการทดลองของสตรีตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann - Whitney U test

กลุ่ม	N	Median	Minimum	Maximum	P value
ทดลอง	10	8.5	3	13	
ควบคุม	10	11	5	19	.137 ^{ns}

ns = not significant, $p > .05$

อภิปรายผลและสรุปผล

จากผลการวิจัยพบว่าภายหลังกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้มีระดับคะแนนของอาการซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติจึงไม่สนับสนุนสมมติฐาน ถึงแม้ว่าผลการวิจัยจะพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้ สตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลอง โดยพบว่าหลังการทดลองสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองจำนวน 1 / 10 ราย มีอาการซึมเศร้า ขณะที่กลุ่มควบคุมมีจำนวน 5 / 10 ราย และในจำนวน 5 รายนั้นมี 3 รายที่มีคะแนนอาการซึมเศร้าตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป ผลการวิจัยดังกล่าวอาจเนื่องมาจากสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองสามารถแก้ไขปัญหาที่ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าจากการเข้าร่วมโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมการเกิดอาการซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจ เริ่มตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกคุ้นเคยกับผู้วิจัย เกิดความไว้วางใจที่จะเปิดเผยตนเองและเกิดความสนใจที่จะสนทนาต่อไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เริ่มมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้วิจัยภายในช่วงระยะเวลา 15 - 20 นาทีแรกของการให้การปรึกษา ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้พูดคุยเล่าเรื่องราวหรือระบายความคับข้องใจและความเครียดเพื่อให้ผ่อนคลายความรู้สึกลง เมื่อกลุ่มตัวอย่างบรรเทาความรู้สึกคับข้องใจลงผู้วิจัยจะดำเนินการในขั้นตอนที่ 2 โดยช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของตนเอง เข้าใจปัญหา สาเหตุของปัญหา และความต้องการในการแก้ปัญหาที่แท้จริง ด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาอย่างละเอียดควบคู่ไปกับการช่วยให้เกิดการรับรู้สถานการณ์ของปัญหาและความรู้สึกของตนเองอย่างตรงตามความเป็นจริง พบว่าปัญหาส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างเป็นปัญหาด้านสัมพันธภาพกับคู่สมรส (5 / 10 ราย) มีความรู้สึกไม่มั่นใจในความปลอดภัยด้านสุขภาพของตนเองและบุตรในครรภ์ในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดเนื่องจากการขาดความรู้ (4 / 10 ราย) ในขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้คิดวิเคราะห์แนวทางการแก้ไขปัญหาและตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเองอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยส่งเสริมให้พิจารณาทางเลือกที่ละด้านถึงข้อดีและข้อเสียของทางเลือกจนครบทุกทางเลือก แล้วให้ตัดสินใจด้วยตนเองในการเลือกวิธีการแก้ปัญหาตามข้อดีและข้อเสียที่ได้พิจารณาอย่างทั่วถึงแล้ว (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2553) การช่วยเหลือให้กลุ่มตัวอย่างแก้ไขปัญหาตามที่วางแผนไว้ได้สำเร็จลุล่วง การเพิ่มแหล่งประโยชน์จึงเป็นสิ่งสำคัญ (Lazarus, et

al., 1984) ผู้วิจัยจึงให้การสนับสนุนความรู้โดยการแจกคู่มือสตรีตั้งครรภ์จิตใจเข้มแข็งให้แก่กลุ่มตัวอย่างในวันแรกของโปรแกรม ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ การประเมินอาการซึมเศร้าและวิธีการลดอาการซึมเศร้าด้วยตนเอง การนับลูกคืบ และการสื่อสารเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การแจกคู่มือนี้ผู้วิจัยมุ่งหวังให้กลุ่มตัวอย่างได้ทำความเข้าใจและทบทวนด้วยตนเองนอกเวลาการให้การศึกษา โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้ทำความเข้าใจกับเนื้อหาในคู่มือและตอบข้อซักถามในเนื้อหาที่กลุ่มตัวอย่างสงสัยหรือต้องการเพิ่มเติม การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เพิ่มขึ้นจะส่งผลโดยตรงให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแก้ไขปัญหาความรู้สึกไม่มั่นใจในความปลอดภัยด้านสุขภาพของตนเองและบุตรในครรภ์ในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด เนื่องจากการขาดความรู้ ซึ่งอาจส่งผลให้มีอาการซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของโฮและคณะ (Ho, et al., 2009) ที่พบว่า การแจกคู่มือที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าหลังคลอดสามารถลดระดับความรุนแรงอาการซึมเศร้าหลังคลอดและมีอัตราการเกิดอาการซึมเศร้าหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการแจกคู่มือ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังเพิ่มแหล่งประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาโดยการเพิ่มทักษะที่จำเป็นในการแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนความคิด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้ามักมีความคิดต่อตนเองในด้านลบ (Field, et al., 2009) จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบให้เป็นความคิดที่อยู่บนความเป็นจริงและสมเหตุสมผล และมีการเสริมสร้างกำลังใจเพื่อให้เกิดกำลังใจและความเชื่อมั่นในการเผชิญปัญหาด้วยตนเอง เป็นการสนับสนุนความสามารถของกลุ่มตัวอย่างในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบให้ประสบความสำเร็จตามที่ไดวางแผนไว้ ในขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้และประเด็นที่ต้องนำมาศึกษาต่อในครั้งหน้า ให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามวิธีแก้ไขปัญหาที่วางแผนไว้และให้นำผลที่เกิดขึ้นมาศึกษาครั้งต่อไป และให้กลุ่มตัวอย่างประเมินอาการซึมเศร้าด้วยตนเอง พบว่าในการให้การศึกษาครั้งที่ 1 และ 2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่ามีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับเดิมและมีอาการซึมเศร้าลดลงในครั้งที่ 3 และ 4 มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 ราย ขอยุติการวิจัยภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 3 โดยระบุว่าไม่มีอาการซึมเศร้า จากการวิจัยพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้การศึกษา ร่วมกับการสนับสนุนความรู้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะถึงแม้ว่าโปรแกรมจะช่วยเพิ่มมีแหล่งประโยชน์ วิธีการปรับความคิดและอารมณ์ในการเผชิญปัญหาให้กลุ่มตัวอย่าง แต่พบว่ายังมีปัจจัยที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างที่ทำให้มีอาการซึมเศร้าลดลงในระดับน้อย โดยเฉพาะการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส (Lancaster, et al., 2010;

สมบัติ สรรพอุดม และคณะ, 2542) อีกทั้งพบว่ามีสถานการณ์ความเครียดใหม่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง เช่น กลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของสามี นอกจากนี้ในช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองมีเหตุการณ์มหาอุทกภัย ซึ่งพื้นที่แหล่งพักอาศัยและสถานที่ทำงานของกลุ่มตัวอย่างเกิดอุทกภัยในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2554 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2555 กลุ่มตัวอย่างจึงได้รับผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น การเดินทาง การขาดแคลนเครื่องอุปโภคบริโภค เหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง จากสถานการณ์ความเครียดข้างต้นถือเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ (Jesse, et al., 2005) จึงอาจมีผลต่อคะแนนอาการซึมเศร้าภายหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 4 ครั้ง อาจน้อยเกินไปในสถานการณ์ที่นอกเหนือจากสถานการณ์ปกติ เช่นเดียวกับผลการวิจัยของวอร์ดและคณะ (Ward, et al., 2000) ที่พบว่าการให้การปรึกษาแบบไม่นำทาง (non-directive counseling) จำนวน 6 ครั้ง มีประสิทธิผลในการลดอาการซึมเศร้าไม่แตกต่างจากการดูแลรักษาตามปกติ อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้พบอัตราการเกิดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ 38.98 % (23/59) ซึ่งให้เห็นว่าการคัดกรองอาการซึมเศร้าของสตรีตั้งครรภ์ในหน่วยฝากครรภ์เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแลแบบองค์รวม นอกจากนี้ในแง่ของการปฏิบัติแล้ว การให้การปรึกษาและการสนับสนุนความรู้ยังคงเป็นกิจกรรมการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่สำคัญในการช่วยลดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์

สรุป

การให้การปรึกษารายบุคคลแก่สตรีตั้งครรภ์ เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยใช้สัมพันธภาพเพื่อช่วยเหลือให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการเข้าใจความคิด อารมณ์ และความรู้สึกของตนเองได้ชัดเจนขึ้น ได้ทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ความเครียด เกิดความเข้าใจปัญหา สาเหตุของปัญหาและความต้องการที่แท้จริงในการแก้ไขปัญหา สามารถตัดสินใจเลือกการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับความต้องการของตนเอง แหล่งประโยชน์ และความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง นอกจากนี้การเพิ่มแหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหาโดยการสนับสนุนความรู้ทั้งความรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ การประเมินอาการซึมเศร้าด้วยตนเอง และการลดอาการซึมเศร้าด้วยตนเอง รวมถึงการสนับสนุนความรู้ที่ตรงตามความต้องการของสตรีตั้งครรภ์ ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเผชิญสถานการณ์ความเครียดได้สำเร็จ เกิดการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจ

อาการซึมเศร้าจึงลดลง แม้จะไม่มี ความแตกต่างทางสถิติ แต่มีความสำคัญในการปฏิบัติบทบาทการผดุงครรภ์ที่จะช่วยลดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในประชากรที่มีอาการซึมเศร้าไม่รุนแรง ไม่สามารถใช้กับประชากรกลุ่มอื่นที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง
2. ประชากรมีช่วงคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมการวิจัยแคบ (EPDS = 11 - 12) ซึ่งจัดได้ว่ามีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย จึงทำให้ภายหลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนอาการซึมเศร้าไม่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาการวิจัยครั้งนี้ ช่วยให้ทีมสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลและผดุงครรภ์ได้ทราบถึงแนวทางการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้เพื่อลดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาการวิจัยไปใช้ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ การศึกษาและการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

ด้านปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์

1. จัดให้มีโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการซึมเศร้าที่มารับบริการฝากครรภ์เพื่อลดระดับความรุนแรงหรือช่วยให้หายจากอาการซึมเศร้า
2. พยาบาลผดุงครรภ์ควรผ่านการอบรมการให้การปรึกษาก่อนดำเนินโปรแกรม เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการให้การปรึกษา
3. ควรจัดให้มีการคัดกรองอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ในสถานบริการสุขภาพ

ด้านการศึกษา

ในการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ควรสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับการช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการซึมเศร้าด้วยการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้เพื่อลดระดับความรุนแรงหรือช่วยให้อาการซึมเศร้าหายไปโดยไม่ใช้การรักษาด้วยยา และเป็นหน้าที่อิสระของผดุงครรภ์ที่จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแลครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ

ด้านการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรปรับปรุงแบบของโปรแกรมในการให้การปรึกษารายบุคคลที่โรงพยาบาลเป็นการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ เพื่อความไม่สะดวกของการเดินทางมาเข้าร่วมโปรแกรม
2. ควรมีการศึกษาคู่มือสตรีตั้งครรภ์จิตใจเข้มแข็งเพื่อนำไปใช้ในแผนกฝากครรภ์
3. ควรจัดให้บุคคลในครอบครัวหรือคู่สมรสเข้ามามีส่วนร่วมในการลดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์
4. ควรศึกษาติดตามสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการซึมเศร้าที่เข้าร่วมโปรแกรมไปจนถึงในระยะหลังคลอด

**EFFECT OF COUNSELING AND EDUCATION SUPPORT PROGRAM ON
DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PREGNANT WOMEN.**

SEENAUN SAARDCHUCHOM 5137206 NSAM/M

M.N.S. (ADVANCED MIDWIFERY)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : CHAWEEWAN YUSAMRAN, Ph.D.
(NURSING), AMEPORN RATINTHORN, Ph.D.(NURSING), AJCHARAPORN
SEEHERUNWONG, Ph.D.(NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Depressive symptoms in pregnant women are emotional and psychological abnormality in pregnant women (Beck, 2001). The incidence of depressive symptoms is found in 13.1%-47% in pregnant women whose gestational age is between 14 and 32 weeks (Jesse et al., 2005; Field et al., 2006; Leigh et al., 2008; [Rochat](#), et al., 2011). It is mostly found during the third trimester of the pregnancy (van Bussel et al., 2009). In Thailand, the incidence rate of depressive symptoms in pregnant women is about 20.5%-36.3%, and it is mostly found in those whose gestational age is around 36 to 40 weeks (Limlomwongse et al., 2005; Sombat Sanpa-udom et al., B.E. 2542).

Depressive symptoms in pregnant women cause sufferings and promote risk behaviors such as violence toward self and family members and substance abuse during pregnancy (Beck, 2001; Pajulo et al., 2001). Depressive symptoms also lead to physical and emotional changes such as fatigue, lethargy, changes in sleeping patterns, feeling of worthlessness, loneliness, or suicidal thoughts (Nonacs et al., 2002). The effects on pregnant women include lack of interest in self-care and postpartum depression (Milgrom et al., 2008). The spouse may also be affected by anxiety and depressive symptoms (Field et al., 2006), and the fetus' development and growth may be suffered, resulting in premature birth and low birth weight (Field et al., 2009). The

pharmacological treatment of depressive symptoms in pregnant women has an effect on the fetus. For instance, selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) shorten the average gestational age at birth, result in newborn babies with low birth weight (Suri et al., 2007), lower the Apgar scores after birth (Simon et al., 2002), and increase stress levels in pregnant women who are worried that their fetus will be negatively affected by the medication (Campagne, 2004).

The true cause of depressive symptoms is yet unknown. However, some related factors have been documented including history of depression (Le, 2004); low social support; stressful life events during pregnancy (Jesse et al., 2005; Field et al., 2009); anxiety about pregnancy, childbirth, and the fetus; physical discomfort; mental, emotional, and psychosocial changes due to lack of knowledge about gestational changes (Field et al., 2009; Teixeira et al., 2009); and trouble in married life (Somsiri Rodpipat, B.E. 2547; Sombat Sanpa-udom et al., B.E. 2542). All of the aforementioned factors are considered stressful events. If pregnant women are unable to successfully cope with such stressful events, their spiritual adaptation will not be effective, and this can lead to stress and chronic depressive symptoms (Lazarus et al., 1984).

According to a review of literature, counseling is one effective method to reduce depressive symptoms. For example, Supanee Samesukree (B.E. 2541) investigated the effects of individual counseling on HIV-infected pregnant women and found that their depressive symptoms reduced and their self-esteem increased after receiving individual counseling. Thus, it could be concluded that individual counseling can effectively reduce depressive symptoms.

Furthermore, previous research has reported that educational support can also reduce depressive symptoms. Lara et al. (2010) have found that providing of mental health education to pregnant women with a risk of postpartum depression could reduce postpartum depression. Even though in the present study, the effects of the experiment during pregnancy were not assessed, but when considering the existing research report that gestational depressive symptoms are clearly related to postpartum depression (Milgrom et al., 2008; Raid et al., 2007), they should be associated with depressive symptoms during pregnancy. Thus, it may be stated that educational support could help reduce depressive symptoms in pregnant women. A review of

literature has revealed that a counseling and education support program can reduce depressive symptoms. As a result, the researcher was interested in investigating the effects of a counseling and education support program on depressive symptoms in pregnant women by comparing it to the provision of routine nursing care with an aim to reduce depressive symptoms in pregnant women.

Research Objective

The present study aimed at investigating the effects of a counseling and education support program on depressive symptoms in pregnant women.

Research Methodology

The present quasi-experimental study with a pretest-posttest control group design aimed at investigating the effects of a counseling and education support program on depressive symptoms in pregnant women. The population of the study consisted of pregnant women whose screening results showed that they had depressive symptoms while they were seeking prenatal care at the prenatal clinic of Somdej Prapinklao Hospital. The subjects were recruited based on the inclusion criteria—they had a mild to moderate level of depressive symptoms with the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) scores of the Thai version (Kamolrat Vajaraporn et al., B.E. 2546) adapted from the version of Cox et al. (1987) equal to 11-12 points, they were at least 18 years of age, they were able to speak and read the Thai language, their gestational age ranged between 24 and 32 weeks, they did not have gestational complications such as hypertension, and they were able to be reached by telephone. The sample size was determined based on the power analysis with reference to the study of Supanee Samesukree (B.E. 2541). The effect size was 1.497. When the table was consulted, with the power specified at 0.80 and the significance level at 0.05, the sample size was equal to nine subjects in each group. However, to prevent the estimated 10% subject loss in each group (Jariya Lertakkayamanee et al., B.E. 2543), the number of subjects in the experimental group and the control group was set at ten subjects each, totaling 20 subjects.

The research instruments consisted of two parts. The first part was the experimental instruments and the second part was the data collection instruments. The experimental instruments consisted of: 1) the counseling and education support program, 2) the counseling record form, and 3) the manual for mentally strong pregnant women constructed by the researcher. The data collection instruments were composed of: 1) the demographic characteristics questionnaire, 2) the initial screening record form, and 3) the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox et al., 1987) which consisted of ten items arranged in a four-point rating scale with the cut-off point at ≥ 13 points, while the Thai version had the standard scores indicating depressive symptoms at ≥ 11 points (Kamolrat Vajaraporn et al., B.E. 2546). The Edinburgh Postnatal Depression Scale was tried out in 59 pregnant women with depression, and it was found that Cronbach's alpha correlation coefficient was equal to 0.70, which was considered fair (Cohen, 1988).

Data collection procedures

The researcher provided counseling to the subjects after undergoing training in a workshop on interpersonal psychotherapy and practicing providing counseling to pregnant women with depressive symptoms who shared similar characteristics with the subjects of the study under the supervision and guidance from a nurse instructor specializing in psychiatric counseling for patients with depressive symptoms. The present study was approved by the Institutional Review Board on Research Involving Human Subjects (Nursing Science), Mahidol University and the Institutional Review Board on Research Involving Human Subjects of the Naval Medical Department. The letter asking for permission to collect data issued by the Graduate School of Mahidol University was submitted to the Director of Somdej Prapinklao Hospital, and the researcher met the Director of the Obstetrics-Gynecology Division and the Head of the Prenatal Clinic to ask for cooperation in data collection and explain research objective and data collection procedures. The researcher then met the pregnant women who met the inclusion criteria to explain the study objective and inform them of the protection of the rights of human subjects. Fifty-nine pregnant women agreed to participate in the study and signed the informed consent form. After that, they were asked to complete the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).

If the assessment results showed that they experienced sadness or suffering rather often or often and/or entertained a suicidal thought sometimes or rather often, or their EPDS scores ≥ 13 points, the researcher coordinated with prenatal nurses to ensure that the pregnant women received immediate medical attention from a psychiatrist. It was found that 23 out of the 59 pregnant women had depressive symptoms, accounting for 38.98% of the total. Ten were assigned into the control group, while the other ten were assigned into the experimental group to prevent contamination of data. There were three pregnant women whose EPDS scores were equal to or higher than 13 points, so they were immediately referred to a psychiatrist. The steps involved in data collection were as follows:

The control group

The subjects in the control group received routine nursing care. After the pretest, the posttest was conducted four weeks later, and the manual on mentally strong pregnant women was distributed to them. It was found that five out of ten control subjects continued to have depressive symptoms, and of these five, two of them had the EPDS scores equal to 12 points, so the prenatal unit was informed for subsequent referral to the psychiatric unit in accordance with the hospital procedure. The other three had EPDS scores ≥ 13 points, and they were immediately referred to a psychiatrist.

The experimental group

The subjects in the experimental group participated in the counseling and education support program conducted by the researcher. The program consisted of three to four sessions, each of which lasted 30 to 60 minutes, with a one-week interval. The evaluation was conducted about one week after the end of the program on the fourth times. Each session of the program consisted of four stages. The first stage was establishment of relationships to create rapport, trust, and cooperation in pregnant women to ensure their participation until the end of the program. The second stage enabled pregnant women to develop understanding of their own thinking, emotions, and feelings, as well as understanding of the depressive symptoms they were facing. They were also enabled to understand the problems, their causes, and their actual

needs to solve such problems. The third stage helped pregnant women consider solutions to the problems and make decisions to solve problems by themselves. The researcher also increased their resources to enable them to cope with their problems by providing educational support in the form of a manual on mentally strong pregnant women and in the counseling process. In the final stage, the counseling was terminated. The researcher concluded what pregnant women should do to solve their problems and prepared them for termination of the counseling process. In the end, the researcher assessed depressive symptoms of pregnant women. It is worth noting here that one of the pregnant women withdrew from their participation in the program after the third session because she felt that she did not have any depressive symptoms, whereas the other nine subjects remained until the end of the program. Their depressive symptoms were assessed in the posttest on the fourth week after the pretest. If their depressive symptoms scores were equal to 11 to 12 points, they would be referred to the prenatal clinic. If their EPDS scores were equal to or higher than 13 points, they would be immediately referred to a psychiatrist. Of the total experimental subjects, one had the EPDS score equal to 13 points, while the other nine subjects had their scores ranging from three to ten points, indicating no depressive symptoms.

Data analysis

Data were analyzed using the SPSS computer program version 17.0. The demographic characteristics of the subjects were analyzed in terms of frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation. The differences between groups were compared using Chi-square test or Fisher's exact test and independent samples test. Finally, Mann-Whitney U test was utilized to compare the differences between the EPDS scores of the experimental group and the control group.

The steps involved in the data collection process were as follows:

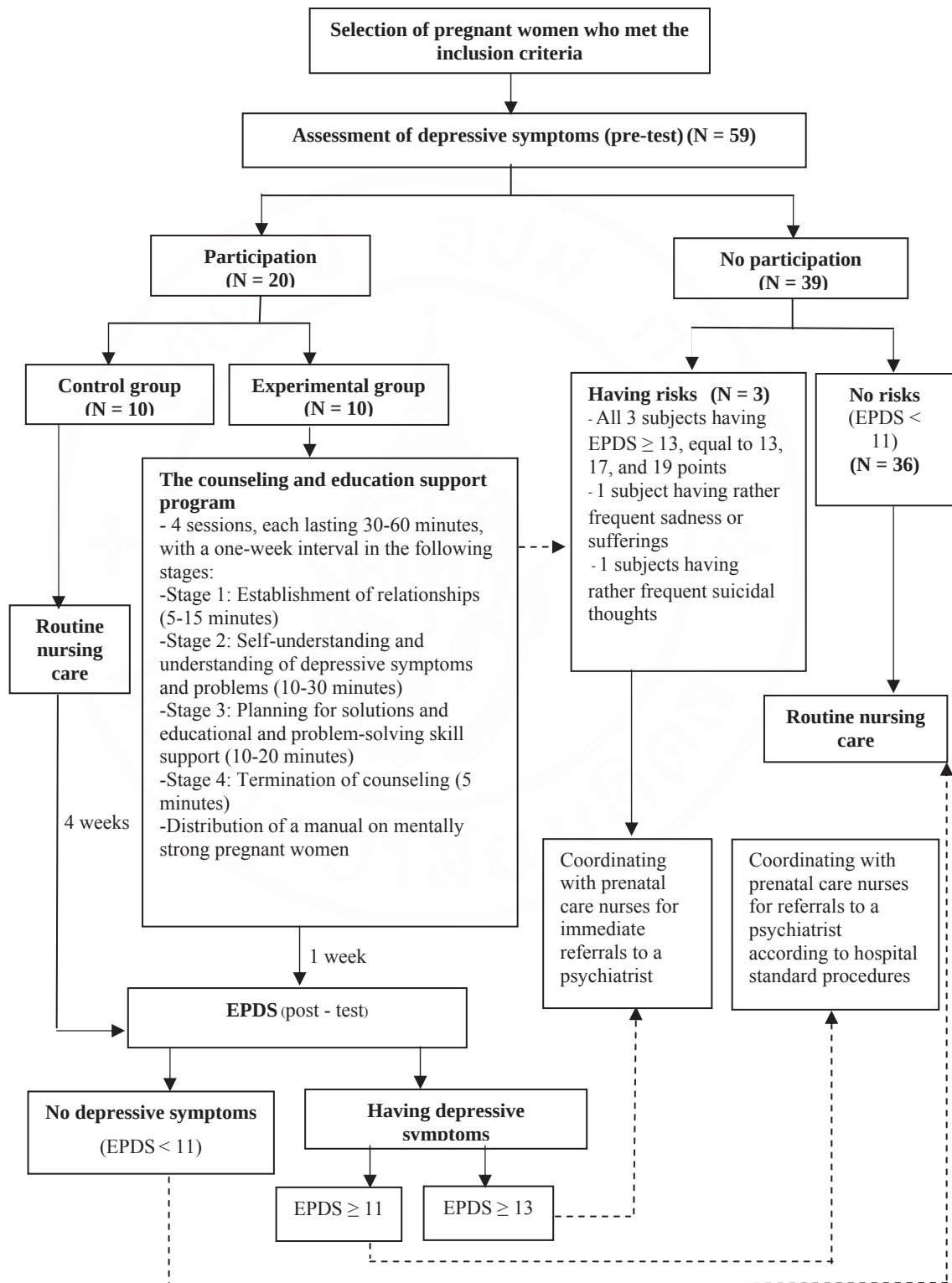


Figure 1: Steps in Data Collection

Findings

The study findings revealed that the subjects in the experimental group and the control group were rather similar in age (mean = 23.1 years and SD = 5.26 and mean = 26.4 and SD = 6.99, respectively). Their gestational ages were also rather similar, with the mean gestational age of the experimental subjects of 28.9 weeks (SD = 2.92) and the mean gestational age of the control subjects of 28 weeks (SD = 2.87). In addition, most of the subjects in both groups completed secondary education (equal to 90% and 80% of the experimental subjects and the control subjects, respectively). In terms of occupation, half of the subjects in both groups (50%) were wage earners, and 60% of the subjects in both groups also felt that their family monthly income was sufficient. As regards pregnancy, 50% of the experimental subjects and 40% of the control subjects were pregnant for the first time. However, only 10% of the experimental subjects had history of miscarriage, while 50% of the control subjects had history of miscarriage. Furthermore, the mean monthly personal income of the experimental subjects was 9,600 baht (SD = 9582.3), and the mean family monthly income was 26,500 baht (SD = 20956.30), whereas the mean personal monthly income of the control subjects was 6,000 baht (SD = 4853.41) and the mean family monthly income was 15,900 baht (SD = 6208.42). The findings showed that the subjects in both groups were different with no statistical significance at the 0.05 level.

With regard to hypothesis testing, the score of depressive symptoms of the pregnant women in the experimental group who received the counseling and education support program obtained after the experiment was lower than that obtained before the experiment and that of the control subjects. When comparing the scores of depressive symptoms of the experimental subjects and the control subjects after the experiment, it was found that the score of the experimental subjects was lower than that of the control subjects with no statistical significance, as shown in Table 1 below.

Table 1: Depressive symptoms scores before and after the experiment and comparison of depressive symptoms scores of the experimental and control subjects using Mann-Whitney U test

Group	N	Median	Minimum	Maximum	P value
Experiment	10	8.5	3	13	.137 ^{ns}
Control	10	11	5	19	

ns = not significant, $p > .05$

Discussion of Findings

According to the study findings, after participating in the counseling and education support program, the score of depressive symptoms of the pregnant women was lower than that of the pregnant women who received only routine nursing care with no statistical significance. Therefore, the hypothesis was not supported, even though the findings revealed that after their participation the score of depressive symptoms was lower than that obtained before participating in the program. It was found that after the experiment, one out of ten subjects in the experimental group had depressive symptoms. On the contrary, five of the control subjects had depressive symptoms. And of these five, three had EPDS scores equal to or higher than 13 points. This can be explained that the participation in the counseling and education support program enabled pregnant women to solve problems that caused their depressive symptoms.

The study findings indicated that the counseling and education support program enabled the subjects to appropriately cope with problems or situations that caused them stress and which could lead to depressive symptoms, so they were able to have effective adaptation, particularly moral and spiritual adaptation. In the first stage of the program, the researcher established a good relationship with the subjects to create rapport and trust so that they would be able to open up and willing to talk to the researcher. It could be seen that most of the subjects started to develop a good relationship with the researcher within the first 15 to 20 minutes of the counseling.

The researcher offered the subjects the opportunity to talk about or release their uneasiness and stress to relieve their feelings. When they felt better, the researcher began the second stage by helping the subjects understand their own thinking and feelings as well as the causes of their problems and their needs to solve the problems. They had to review and analyze their problems in detail, while trying to have realistic understanding of their problems. It was found that half of the subjects had marital problems, while four of them lacked confidence in their own and the fetus' health and safety during pregnancy and childbirth due to lack of knowledge. In the third stage, the researcher helped the subjects analyze solutions to the problem and to choose appropriate solutions by themselves by enabling them to consider strengths and drawbacks of each possible solution before making the final decision after all the advantages and disadvantages had been carefully considered (Orapan Lueboonthawatchai, B.E. 2553). According to Lazarus et al. (1984), enabling the subjects to solve problems as planned requires an increase in resources. Therefore, the researcher provided educational support by distributing a manual on mentally strong pregnant women on the first day of the program. The contents of the manual included depressive symptoms in pregnant women, assessment of depressive symptoms and self-administered methods to reduce depressive symptoms, how to count the fetus' movements, and effective communication to promote marital relationships. The distribution of the manual aimed at enabling the subjects to develop understanding and have continuous reviews at home outside the counseling hours. The researcher gave the subjects a chance to understand the contents in the manual and answered the questions of the subjects in case they needed clarification or had doubts. When the subjects received additional knowledge, they were able to overcome the feelings of lack of security and health safety of themselves and their fetus during pregnancy and child delivery. As a result, their depressive symptoms reduced. Likewise, Ho et al. (2009) found that distribution of a manual on postpartum depression could reduce the severity of depressive symptoms and pregnant women who received the manual suffered from less postpartum depression than those who did not receive the manual. Moreover, the researcher increased resources for the subjects so that they could solve their problems by giving them problem-solving skills, especially adjustment of their thinking. This is because individuals who have depressive symptoms tend to have

negative self-perception (Field et al., 2009). Thus, their negative thinking needed to be adjusted to make it realistic and logical. Also, their morale was boosted to make them confident that they were able to solve their problems. In other words, the subjects received support to systematically solve their problems as planned. Finally, in the fourth stage, the researcher and the subjects helped each other draw a conclusion of important points derived in the counseling process and pointed out the issues that required further discussion in the next appointment after the subjects had implemented the solutions. It was found that during the first and second sessions, most of the subjects assessed that their depressive symptoms remained at the same level, but their depressive symptoms reduced in the third and fourth sessions. However, one of the ten subjects withdrew from the study after the third session because she felt that she no longer had depressive symptoms. The study findings revealed that after their participation in the program, the mean score of depressive symptoms of the experimental subjects was lower than that obtained before their participation and was also lower than that of the control subjects.

When comparing the mean scores of depressive symptoms of the experimental subjects and the control subjects, it was found that they were different with no statistical significance. One plausible explanation is that even though the program increased the experimental subjects' resources and enabled them to adjust their thinking and emotions when coping with their problems, there may have been other factors that affected the experimental subjects' depressive symptoms, particularly a low level of social support from their spouse (Lancaster et al., 2010; Sombat Sanpa-udom et al., B.E. 2542). In addition, there were also new situations that caused stress in the subjects. For example, one subject was worried about her husband's illness. Moreover, the data collection process took place during a flood crisis in Thailand between November 2011 and January 2012, so the subjects' daily life was affected. For instance, they had problems with their transportation, lack of consumer goods, etc. Thus, their thinking and feelings were inevitably affected. In general, stressful events are associated with depressive symptoms in pregnant women (Jesse et al., 2005). For this reason, the scores of depressive symptoms after the experiment of the experimental subjects and the control subjects were not statistically significantly different. Besides this, the total number of four sessions in the program

may have been too small during such an exceptional situation. Ward et al. (2000) found that six sessions of non-directive counseling did not result in differences in reduction in depressive symptoms when they were compared with routine care. However, in the present study, the rate of depressive symptoms in pregnant women was equal to 38.98%. Thus, such a finding reflects the necessity to screen depressive symptoms in pregnant women who sought prenatal care at the prenatal clinic to ensure that pregnant women receive holistic care from the healthcare setting. Thus, it can be stated that the counseling and education support program is an important nursing and midwifery care activity that can reduce depressive symptoms in pregnant women.

Conclusion

The counseling and education support program is a process in which the researcher made use of the relationship to enable pregnant women to develop a clearer understanding of their thinking, emotions, and feelings, while reviewing and analyzing their stress, problems, causes of problems, and actual needs to solve the problems, making them able to make appropriate decisions to solve problems that suited their actual needs, their resources, and the feasibility of their solutions. Moreover, increasing resources to cope with problems by providing both counseling and knowledge about depressive symptoms in pregnant women, self-assessment of depressive symptoms, and self-administered reduction of depressive symptoms, as well as dissemination of knowledge that directly served the pregnant women's needs enabled pregnant women to successfully cope with stress and adjust themselves morally and spiritually. As a consequence, their depressive symptoms decreased, albeit lack of statistical significance. Therefore, it can be concluded that the counseling and education support program is important for prenatal and midwifery nursing practice to reduce depressive symptoms in pregnant women.

Limitations of the Study

1. The present research was conducted with pregnant women who had a mild to moderate level of depressive symptoms, so the study findings cannot be generalized to other groups of pregnant women with a severe level of depressive symptoms.
2. The range of EPDS scores was narrow (EPDS = 11 – 12 points), that in mild depression. Which may have effected the variance of depressive scores after the experiment.

Recommendations

The study findings enable healthcare team members particularly nurses and midwifery nurses to understand the guideline on the provision of the counseling and education support program to reduce depressive symptoms in pregnant women. Based on the study findings, the following recommendations can be made:

For nursing and midwifery nursing practices

1. The counseling and education support program should be provided to pregnant women who seek prenatal care so as to reduce or eliminate their depressive symptoms.
2. Midwifery nurses should undergo training before conducting the counseling and education support program so as to equip them with knowledge and skills necessary for provision of counseling.
3. Pregnant women who seek prenatal care at a healthcare setting should be screened to determine if they have depressive symptoms and need assistance.

For nursing education

The nursing curriculum should incorporate the contents regarding provision of the counseling and education support program to reduce depressive symptoms in pregnant women, which is a non-pharmacological treatment. This is considered a liberal role of midwifery nurses who should provide holistic care to pregnant women to ensure that they receive both physical and mental care they need.

For nursing research

1. The format of the counseling and education support program should be adapted into a telephone counseling program to deal with inconvenience of the pregnant women who have to travel to the hospital to participate in the program.
2. A manual on mentally strong pregnant women should be distributed at the prenatal clinic.
3. The pregnant women's spouse or other family members should be encouraged to take part in the counseling and education support program to help reduce depressive symptoms in pregnant women.
4. Studies should be carried out to monitor depressive symptoms of pregnant women after they have already given birth to their baby.

บรรณานุกรม

- กมลรัตน์ วัชรารณ, จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์, นิสานต์ ลำอาจศรี. (2546). การประเมินแบบสอบถาม Edinburgh Postnatal Depression Scale ฉบับภาษาไทย. *สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 11(3), 164-69.
- กรรณิการ์ กันธะรังสี, (2531). *การพยาบาลด้านจิตสังคมในระยะตั้งครรภ์*. เชียงใหม่: โครงการตำรา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *สื่อรักสร้างครอบครัว* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกฯ.
- กาญจนา แซ่ลิ้ม. (2549). *ภาพลักษณ์และภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่พึ่งปรารถนาและไม่พึ่งปรารถนาที่ตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อไปและยุติการตั้งครรภ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คณาจารย์วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก. (2548). ในประกาย จิโรจน์กุล (บรรณาธิการ), *การวิจัยทางการพยาบาล แนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: บริษัทสร้างสื่อ จำกัด.
- จริยา เลิศอรรมขมณี และคณะ. (2543). *งานวิจัยทางคลินิก*. กรุงเทพฯ: ไพศาลศิลป์การพิมพ์.
- จิตสุดา บุรี. (2549). *ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลางต่อความวิตกกังวลของมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จำเนียร ศิลปะวานิช. (2538). *หลักและวิธีการสอน*. นนทบุรี: เจริญรุ่งเรืองการพิมพ์.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ดวงใจ กษานติกุล. (2542). *โรคซึมเศร้า รักษาหายได้*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์.
- ดวงใจ รัตนธัญญา. (2545). *สุขภาพ: หลักและกระบวนการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยรายวัน.
- ตติรัตน์ สุวรรณสุจริต. (2548). *การดูแลสุขภาพมารดา ทารกแรกเกิดปกติและครอบครัว*. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.

- ทรงพร จันทรพัฒน์. (2543). การพยาบาลภาวะจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์. สงขลา: ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ นรีเวชและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์ มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคเมะเร็ง. วารสารสมาคมจิตแพทย์และราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41(1), 18-30.
- American Psychiatric Association, 1994 อ้างใน บุญพา ณ นคร. (2546). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Glass, 1976 บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2545). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ □. (พิมพ์ □ ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ □ จุฬาลงกรณ์ □ มหาวิทยาลัย.
- เบญจวรรณ ทรัพย์คง. (2547). ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ประกายแก้ว ธนสุวรรณ. (2552). เอกสารประกอบการสอน: กระบวนการให้การปรึกษา. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. (2536). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ อ้างถึงในอักษร สวัสดิ์. (2542). ความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย: กรณีศึกษาในเขตบางกะปิ กรุงเทพมหานคร ภาคนิพนธ์ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนสังคม) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. วันที่สืบค้น 19 สิงหาคม 2554, จาก <http://rirs3.royin.go.th/new-search/word-40-search.asp/>
- พรทิพย์ วงษ์วิเศษศิริกุล. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดา กับอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าภายหลังคลอดในมารดาที่มีบุตรคนแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.

- Posenberg, 1989 อ้างใน พรทิพย์ วงษ์วิเศษศิริกุล. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดา กับอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าภายหลังคลอดใน มารดาที่มีบุตรคนแรก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โพยม บัลลังก์. (2548). *หลัก และกระบวนการเรียนการสอนสุขศึกษา*. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาโนช หล่อตระกูล ปราโมทย์ สุคนิชย์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2536). *การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(4), 235-245.
- รณชัย คงสกนธ์ สมบัติ ศาสตร์รุ่งรัก อวยชัย โรจนนิรันดกิจ และอุไร บุรณเชษฐ. (2546). *การพัฒนาแบบประเมิน Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 48(4), 212-213.
- รายได้เฉลี่ยต่อหัวของประชากร จำแนกตามภาคและจังหวัด พ.ศ. 2543 – 2553. วันที่สืบค้น 10 ตุลาคม, 2555, จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/BaseStat/.../E111114-43-53.xls>.
- รุ่งนภา ถิ่นสูงเนิน. (2550). *การป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด: กรณีศึกษา โรงพยาบาลสูงเนิน*. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ลัดดา แสนลีหา. (2536). *ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณรัตน์ จงเจริญยานนท์. (2543). *การพยาบาลระยะตั้งครรภ์ ใน วรรณรัตน์ จงเจริญยานนท์ (บรรณาธิการ). การพยาบาลสูติศาสตร์*. (หน้า 227-308). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการ วิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- วัชร ทรัพย์มี. (2546). *ทฤษฎีให้บริการการปรึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- George, & Cristiani, 1990 อ้างใน วัชร ทรัพย์มี. (2546). *ทฤษฎีให้บริการการปรึกษา*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- Ivey, 1987 อังใน วัชร ทรัพย์มี. (2546). *ทฤษฎีให้บริการการปรึกษา*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันเพ็ญ กลนริศ. (2530). *ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการตั้งครรภ์ ภาพลักษณ์ สัมพันธภาพของคู่สมรสกับการปรับตัวต่อการเป็นมารดาของหญิงวัยรุ่นในระยะตั้งครรภ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิภาวี เผ่ากันทราร. (2548). *ภาวะซึมเศร้า: ประสบการณ์การจมทุกข์-พ้นทุกข์ของผู้หญิงอีสาน*, วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลดุฎิบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิไล คุปต์นริตติสกุล. (2540). การศึกษาแบบสอวัดความซึมเศร้าโดยเครื่องมือ The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale CES - D ในคนไทย. *สารศิริราช*, 49(5), 442-448.
- ศรีเรือน แก้วก้วาล. (2544). *ทฤษฎีจิตวิทยานุคลิกภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ หมอชาวบ้าน.
- ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์. (2543). การตั้งครรภ์ ใน วรรณรัตน์ จงเจริญยานนท์ (บรรณาธิการ). *การพยาบาลสูติศาสตร์*. (หน้า 145 - 213). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ศิริพร จิรวฒนกุล, (2546). *ภาวะซึมเศร้าในวัยกลางคน: มิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช*. กรุงเทพฯ: บริษัทด้านสุขภาพการพิมพ์ จำกัด.
- สมคิด อิศระวัฒน์. (2543). *การสอนผู้ใหญ่*. กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2543). *โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสยามศิลป์การพิมพ์.
- สมบัติ สรรพอุดม ประยุกต์ เสรีเสถียร วัชรีย อูจะรัตน และรัชวัลย์ บุญโถม. (2542). *ภาวะซึมเศร้าในหญิงระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดโรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร. ตาสสินเวชสาร*, 1(17), 8-9.
- สรุปผลที่สำคัญ การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนในช่วง 6 เดือนแรก ของปี 2554. วันที่สืบค้น 10 ตุลาคม, 2555, จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ: [http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/socioImpt54\(6\).pdf4](http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/socioImpt54(6).pdf4).

- สุรานันท์ ชุนแจ่ม, (2551). การสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพาณี เสมสุขกรี. (2541). ผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลต่อระดับความรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเองและภาวะอารมณ์ซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สุภักดี จุลจิตรพงษ์. (2544). สอร์โมนขณะตั้งครรภ์. ใน มานี ปิยะอนันต์ ชาญชัย วันทนาศิริ สิงห์เพ็ชร สุขสมปอง และมงคล เบญจาทิบาล (บรรณาธิการ). สูติศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 17 - 36). กรุงเทพมหานคร: พี เอ ลีฟวิ่ง จำกัด.
- สุวิมล ผู้ดี. (2548). ผลของการให้คำปรึกษาแบบยี่ดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะอารมณ์ซึมเศร้าในผู้พยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- โสมลธิ รอดพิพัฒน์. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2554). การออกแบบการวิจัย : วิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และผสมผสานวิธีการ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2549). การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัทนาเพรส จำกัด.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2553). การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ: การให้คำปรึกษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า. (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 177 - 184). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อักษร สวัสดิ์. (2542). ความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย: กรณีศึกษาในเขตบางกะปิ กรุงเทพมหานคร ภาคนิพนธ์ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- Bloom, 1965 อ้างถึงในอักษร สวัสดิ์. (2542). ความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย: กรณีศึกษาในเขตบางกะปิ

- กรุงเทพมหานคร ภาคนิพนธ์ปริญญา พัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนสังคม)
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- อาภา จันทรสกุล. (2536). *ทฤษฎีและวิธีการให้คำปรึกษาในโรงเรียน*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย
เกษตรศาสตร์.
- อุมพร ตรังคสมบัติ วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และปิยลัมพร หะวานนท์. (2540). การใช้ CES-D ในการ
คัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42(1), 3-4.
- deney, K.L., Flores, J.L., Perez, J.C., Sanchez, S.E., & Williams, M.A., (2006). Prevalence and
correlates of migraine among women attending a prenatal care clinic in Lima, Peru.
Cephalalgia, 26, 1089–1096.
- Adouard, F., Glangaud-Freudenthal, N. M. C., & Golse, B. (2005). Validation of the Edinburgh
postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk
pregnancies in France. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 89–95.
- Armstrong, D.S. (2004). Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies. *Journal of
Obstetric Gynecological and Neonatal Nursing*, 33, 765-73.
- Barnet, B., Joffe, A., Duggan, A.K., Wilson, M.D., Repke, J.T. (1996). Depressive symptoms,
stress, and social support in pregnant and postpartum adolescents. *Archives of
Pediatric and Adolescent Medicine*, 150(1), 64–69.
- Berle, J.O., Aarre, T.F., Mykletun, A., Dahl, A.A., & Holsten, F. (2003). Screening for postnatal
depression. Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal
Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *Journal of
Affective Disorders*, 76, 151–156.
- Beck, C.T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 50(5), 275–
285.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K., (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory — II*.
San Antonio (Tex): Psychological Corporation.
- Bobak, I.M., & Jensen, M.D. (1991). *Essentials of maternity nursing*. St. Louis: C.V. Mosby.
- Bowen, A., & Muhajarine, N. (2006). Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an
outreach program in Canada. *Journal of Obstetric Gynecological and Neonatal
Nursing*, 35, 491-498.

- Campagne, D.M. (2004). The obstetrician and depression during pregnancy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 116, 125–130.
- Coble, P.A., Reynolds, C.F., Kupfer, D.J., Houck, P.R., Day, N.L., et al., (1994). Childbearing in women with and without a history of affective disorder I. *Psychiatric symptomatology. Compress Psychiatry*, 35, 205-214.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- 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.
- Cripe, S. M., Sanchez, S., Lam, N., Sanchez, E., Ojeda, N., et al. (2009). Depressive symptoms and migraine comorbidity among pregnant Peruvian women. *Journal of Affective Disorders, In Press, Corrected Proof*.
- Cunningham, F.G., Gant, N.F., Leveno, K.J., Gilstrap, L.C. III, Hauth, J.C., et al., (2001). *Williams obstetrics* (21st ed.). New York: McGraw-Hill.
- Dobovsky, S.L., Davies, R., & Dubovsky, A.N. (2004). *Essential of clinical psychiatry: Mood disorder*. Washington DC: American Psychiatry.
- Ellen, M., Julie, C., Chelsea, K., Kristie, K., Lucy, A., et al. (2011). The mothers, Omega-3 and mental health study. *BioMed Central*, 11(46), 1-9.
- Faisal-Cury, A., Savoia, M.G., & Menezes, P.R. (2012). Coping style and depressive symptomatology during pregnancy in a private setting sample. *The Spanish Joynral of Psychology*, 15(1), 295-305.
- Field, T. (1995). Infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 18, 1-13.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Deeds, O., Holder, V., et al. (2009). Depressed pregnant black women have a greater incidence of prematurity and low birthweight outcomes. *Infant Behavior and Development*, 32(1), 10-16.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Deeds, O., et al. (2006). Prenatal paternal depression. *Infant Behavior and Development*, 29(4), 579-583.
- Field, T., Figueiredo, B., Hernandez-Reif, M., Diego, M., Deeds, O., et al. (2007). Massage therapy reduces pain in pregnant women, alleviates prenatal depression in both

- parents and improves their relationships. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 12, 146–150.
- Flynn, H.A., Blow, F.C., & Marcus, S.M. (2006). Rates and predictors of depression treatment among pregnant women in hospital-affiliated obstetrics practices. *General Hospital Psychiatry*, 28, 289–295.
- Gavin, A.R., Holzman, C., Siefert, K., & Tian, Y. (2009). Maternal depressive symptoms, depression, and psychiatric medication use in relation to risk of preterm delivery. *Women's Health*, 19, 325–334.
- Glavin, K., Smith, L., Sorum, R., & Ellefsen, B. (2010). Supportive counseling by public health nurses for women with postpartum depression. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1317–1327.
- Glazier, R.H., Elgar, F.J., Goel, V., & Holzapfel, S. (2004). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25(3-4), 247–55.
- Glynn, L.M., Schetter, C.D., Wadhwa, P.D., & Sandman, C.A. (2004). Pregnancy affects appraisal of negative life events. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 47–52.
- Golinowsky, A. & Leher, P. (1995). Structural validity of MARDS during antidepressant treatment. *International Clinical Psychopharmacology*, 10(3), 157-161.
- Grant, K.A., McMahon, C.C., & Austin, M.P. (2008). Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108, 101-111.
- Heron, J., O'Connor, T.G., Evans, J., Golding, J., & Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 66(80), 65–73.
- Ho, S.-M., Heh, S.-S., Jevitt, C.-M., Huang, L.-H., Fu, Y.-Y., et al., (2009). Effectiveness of a discharge education program in reducing the severity of postpartum depression. *Patient Education and Counseling*, 77, 68 –71.
- Howell, E.A., Balbierz, A., Wang, J., Parides, M., Zlotnick, C., et al. (2012). Reducing postpartum depressive symptoms among black and Latina mothers: a randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecological*, 119(5), 942 - 9.

- Hobfoll, S.E., Ritter, C., Lavin, J., Hulsizer, M.R., & Cameron, R.P. (1995). Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *J Consult Clin Psychol*, 63, 445-53.
- Gamble, J., Creedy, D., Moyle, W., Webster, J., McAllister, M., et al. (2005). Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: A randomized controlled trial. *Birth*, 32(1), 11 – 19.
- Jesse, D. E., Walcott-McQuigg, J., Mariella, A., & Swanson, M. S. (2005). Risks and Protective Factors Associated With Symptoms of Depression in Low-Income African American and Caucasian Women During Pregnancy. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 50(5), 405 - 410.
- Ji, S., Long, Q., Newport, D.J., Na, H., Knight., B., et al. (2010). Validity of depression rating scales during pregnancy and the postpartum period: Impact of trimester and parity. *Journal of Psychiatric Research*, 1-7.
- Josefsson, A., Berg, G., Nordin, C., & Sydsjo, G. (2001). Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 80, 251-255.
- Kaaya, S.F., Mbwambo, J.K., Kilonzo, G.P., Van Den Borne, H., Leshabari, M.T., et al. (2010). Socio-economic and partner relationship factors associated with antenatal depressive morbidity among pregnant women in Dar es Salaam, Tanzania. *Tanzania Journal of Health Research*. 12(1), 23-35.
- Karacam, Z., & Ancel, G. (2009). Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery*, 25(4), 344-356.
- Kelose, J.R., (2005). Mood disorders: Genetics. In B.J. Sadock & V.A. Sadock(Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. (8th ed., pp. 1582-1593). Hiladephia: Lippincott.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B., (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606–613.
- Kulin, N.A., Pastuszak, A., & Sage, S.R. (1998). Pregnancy outcome following maternal use of selective serotonin re-uptake inhibitor: a prospective controlled multicenter study. *Journal of the American Medical Association*, 279, 609-610.

- Lancaster, C.A., Gold, K.J., Flynn, H.A., Yoo, H., Marcus, S.M., et al., (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 5-14.
- Lara, M.A., Navarra, C., & Navarrete, L. (2010). Outcome results of a psycho-educational intervention in pregnancy to prevent PPD: A randomized control trial. *Journal of Affective Disorders*, 122, 109–117.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Le, H.-N. (2004). Identifying risk for onset of major depressive episodes in low-income Latinas during pregnancy and postpartum. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 6, 463-482.
- Leigh, B., & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *Biomed Central Psychiatry*, 8(24), 1-11.
- Limlomwongse, N., & Liabsuetrakul, T. (2006). Cohort study of depressive moods in Thai women during late pregnancy and 6–8 weeks of postpartum using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Archives of Women's Mental Health*, 9, 131–138.
- Lotrakul, M., Sumrithe, S., & Saipanish, R. (2008). Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *Biomed Central Psychiatry*, 8(46).
- Lundy, B. L., Jones, N. A., Field, T., Nearing, G., Davalos, M., et al. (1999). Prenatal depression effects on neonates. *Infant Behavior and Development*, 22(1), 119-129.
- May, K.A., & Mahlmeister, L.R. (1994). *Maternal and neonatal nursing: Familycentered care* (3rd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., et al. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108(1-2), 147-157.
- Morse, C.A., Buist, A., & Durkin, S. (2000). First-time parenthood: influences on pre and postnatal adjustment in fathers and mothers. . *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 21, 109-120.
- Murray, S.S., McKinney, E.S., & Gorrie, T.M. (2002). *Foundations of maternal-newborn nursing* (3rd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders company.

- Ngai, F.W., Chan, S., & Holroyd, H. (2008). Translation and validation of a Chinese version of the Self-Control Schedule in Chinese childbearing women. *Journal of Clinical Nursing* 17, 323–332.
- Nicholson, W.K., Setse, R., Hill-Briggs, F., Cooper, L.A., Strobino, D., et al., (2006). Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy. *Obstetrics and Gynecological*, 107, 798-806.
- Nonacs, R., & Cohen, L.S. (2002). Depression during pregnancy: Diagnosis and treatment options. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(suppl 7), 24-30.
- Nordeng, H., Lindemann, R., Perminov, K.V., & Reikvam, A. (2001). Neonatal withdrawal syndrome after in utero exposure to selective serotonin reuptake inhibitors. *Acta Paediatrica*, 90(3), 288–291.
- O'Hara, M.W., & Swain, A.M., 1996. Rates and risk of postpartum depression: a meta analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37–54.
- Oren, D.K., Wisner, K.L., Spinelli, M., Epperson, C.N., Peindl, K.S., et al. (2002). An Open Trial of morning light therapy for treatment of antepartum depression. *American Journal of Psychiatry*, 159, 666–669.
- Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., Helenius, H., & Piha, J. (2001). Antenatal depression, substance dependency and social support. *Journal of Affective Disorders*, 65(1), 9-17.
- Pakenham, K.I., Smith, A., & Rattan, S.L. (2007). Application of a stress and coping model to antenatal depressive symptomatology. *Psychology, Health & Medicine*, 12(3), 266 – 277.
- Patterson, C.H. (1980). *Theories of Counseling and Psychotherapy*. New York: Harper and Row.
- Pawlby, S., Hay, D.F., Sharp, D., Waters, C.S., & O'Keane, V. (2009). Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: Prospective longitudinal community-based study. *Journal of Affective Disorders*, 113, 236–243.
- Pillitteri, A. (1995). *Maternal & Child Health Nursing: Care of childbearing and childbearing family* (7th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Pillitteri, A. (2003). *Maternal & Child Health Nursing* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott. William & Wilkins.

- Pitanupong, J., Liabsuetrakul, T., & Vittayanont, A. (2007). Validation of the Thai Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening postpartum depression. *Psychiatry Research, 149*, 253–259.
- Randloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: A self report depression scale for research in the general population. *Journal of Applied Psychological Measurement, 1*, 385-401.
- Raid, V., Meadows-Oliver, M. (2007). Postpartum depression in adolescent mothers: an integrative review of the literature. *Journal of Paediatric Health Care, 21*(5), 289–298.
- Records, K., & Rice, M. (2007). Psychosocial correlates of depression symptoms during the third trimester of pregnancy. *Journal of Obstetric Gynecological and Neonatal Nursing, 36*, 231-242.
- Rakel, R.E. (2007). , *Textbook of family medicine*. (7th ed.). Philadelphia, PA: Saunders Elsevier.
- [Rochat, T.J.](#), [Tomlinson, M.](#), [Barnighausen, T.](#), [Newell, M.L.](#), [Stein, A.](#) (2011). The prevalence and clinical presentation of antenatal depression in rural South Africa. *Journal of Affective Disorders, 135*(1-3), 362-73.
- Rubertsson,C., Waldenstrom, U., & Wickberg, B. (2003). Depressive mood in early pregnancy: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 21*, 113-123.
- Rubin, R.A. (1972). Cognitive style in pregnancy. *American Journal of Nursing, 70*, 502-508.
- Rubin, R.A. (1984). *Maternal identify and the maternal experience*. New York: Springer.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A.(2003). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 534-582.
- Sanchez, S.E., Qiu, C., Williams, M.A., Lam, N., & Sorensen, T.K., (2008). Headaches and migraines are associated with an increased risk of preeclampsia in Peruvian women. *American Journal of Hypertens, 21*, 360–364.
- Sherwen, L.N., Scoloveno, M.A., & Weingarten, C.T. (1991). *Nursing of the childbearing family*. New YoKe: Applento & Lange.
- Simon, G.E., Cunningham, M.L., Davis, R.L. (2002). Outcomes of prenatal antidepressant exposure. *American Journal of Psychiatry, 159*, 2055–2061.

- Spinelli, M.G., & Endicott, J. (2003). Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *American Journal of Psychiatry*, 160(3), 555–562.
- Su, K.-P., Chiu, T.H., Huang, C.-L., Ho, M., Lee, C.C., et al. (2007). Different cutoff points for different trimesters? The use of Edinburgh Postnatal Depression Scale and Beck Depression Inventory to screen for depression in pregnant Taiwanese women. *General Hospital Psychiatry*, 29, 436–441.
- Suri, R., Altshuler, L., Hellemann, G., Burt, V.K., Aquino, A., et al., (2007). Effects of antenatal depression and antidepressant treatment on gestational age at birth and risk of preterm birth. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1206–1213.
- Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A., & Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders*, 119(1-3), 142-148.
- Tilden, V.P. (1984). The relation of selected psychosocial variables to single status of adult women during pregnancy. *Nursing Research*, 33(2), 102-106.
- Thompson, E.D. (1990). *Introduction to maternity and pediatric nursing*. Philadelphia: J.B. Saunder.
- van Bussel, J.C.H., Spitz, B., & Demyttenaere, K. (2009). Depressive symptomatology in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal antenatal orientations. *Archives of Women's Mental Health*, 12, 155–166.
- [Ward, E.](#), [King, M.](#), [Lloyd, M.](#), [Bower, P.](#), [Sibbald, B.](#), et al. (2000). Randomised controlled trial of non - directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I: clinical effectiveness. *British Medical Journal*, 321(7273), 1383 - 1388.
- Westdahl, C., Milan, S., Magriples, U., Kershaw, T.S., Rising, S.S., et al., (2007). Social support and social conflict as predictors of prenatal depression. *Obstetrics and Gynecology*, 110, 134-140.
- Wickberg, B., & Hwang, C.P. (1996). Counselling of postnatal depression: A controlled study on a population based Swedish sample. *Journal of Affective Disorders*, 39, 209-216.

- Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361–370.
- Zuckerman, B., Amaro, H., Bauchner, H., & Cabral, H. (1989). Depressive symptoms during pregnancy: relationship to poor health behaviors. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 160, 1107-1111.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เอกสารแจ้งผู้เข้าร่วมการวิจัย

(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย	ผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้ต่ออาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์
ชื่อผู้วิจัย	พินิจเอกหญิง สึนวน สะอาคซุชม นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
สถานที่วิจัย	หน่วยฝากครรภ์และห้องสอนสุขศึกษา ชั้น 8 อาคารเฉลิมพระเกียรติพระชนมายุ 80 พรรษา โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
สถานที่ทำงาน	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก กรมแพทยทหารเรือ กรุงเทพมหานคร โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-475-2614 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08-0581-5971 E-mail address : naun90@gmail.com
ผู้ให้ทุน	อยู่ระหว่างการขอรับทุนจากกรมแพทยทหารเรือ

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการให้ความรู้ในการลดอารมณ์เศร้าของสตรีตั้งครรภ์ โดยโปรแกรมนี้ผู้วิจัยจะเป็นที่ปรึกษาให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย อีกทั้งมีการเพิ่มความรู้และทักษะในการเผชิญปัญหา ซึ่งมุ่งเน้นที่ตรงตามความต้องการและความจำเป็นของผู้เข้าร่วมการวิจัยในแต่ละรายไป โดยการวิจัยครั้งนี้มีประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ ท่านจะได้รับคำปรึกษาในการลดอารมณ์เศร้าและผลจากการศึกษานี้จะนำไปพัฒนาแนวทางช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ที่มีอารมณ์เศร้ารายอื่นต่อไป

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะมีคุณสมบัติที่เหมาะสมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ การวิจัยครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 20 ท่าน โดย 10 ท่านแรกจะได้ถูกกลุ่มที่ 1 และอีก 10 ท่านจะเข้ากลุ่มที่ 2 ระยะเวลาดำเนินการวิจัยต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่ละท่านประมาณ 1 เดือน

การเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นการสมัครใจของท่านเท่านั้น จะไม่มีการบังคับและไม่ผลต่อการรักษาพยาบาลตามปกติ หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัย ดังต่อไปนี้

ท่านจะได้รับแบบสอบถาม 2 ฉบับ คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินเพื่อคัดกรองอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ และหากได้ทราบผลว่าท่านมีอารมณ์เศร้า ท่านสามารถเลือกว่าต้องการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ หากตัดสินใจเข้าร่วมต่อ ท่านจะได้รับกิจกรรมตามกลุ่ม คือ

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
ของมหาวิทยาลัยมหิดล (ชุดสายพยานาตศาสตร์)
รหัสโครงการ MU-IRB (NS) ๕๐๗/๐๑-๐๑๐๒
วันที่รับรอง 12.1 ก.ค. 2551

กลุ่มที่ 1 ท่านจะต้องตอบแบบสอบถาม 1 ครั้ง คือ อีกประมาณ 1 เดือนนับจากวันนี้ ท่านจะได้รับแบบประเมินเพื่อคัดกรองอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ ใช้เวลาประมาณ 3 นาที โดยตลอด 1 เดือนนี้หากท่านมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งใน 3 ข้อนี้ คือ 1. รู้สึกว่ามีอารมณ์เศร้ามากขึ้น 2. เบื่ออาหาร ไม่อยากรับประทาน 3. นอนไม่หลับ ท่านสามารถโทรศัพท์ปรึกษาผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หรือมาที่หน่วยฝากครรภ์โดยไม่ต้องรอให้ถึงวันนัด และภายหลังสิ้นสุดโครงการวิจัยท่านจะได้รับคู่มือสตรีตั้งครรภ์จิตใจเข้มแข็ง 1 เล่ม หากท่านยังมีอารมณ์เศร้าอยู่ผู้วิจัยจะประสานงานให้หน่วยฝากครรภ์เพื่อพาท่านไปพบกับผู้เชี่ยวชาญด้านจิตใจและอารมณ์โดยทันที

กลุ่มที่ 2 ท่านจะได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการให้ความรู้ โดยผู้วิจัยจะเป็นที่ปรึกษาให้ท่านและให้คำแนะนำต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ในการลดความทุกข์ใจของท่าน และท่านจะได้รับคู่มือสตรีตั้งครรภ์จิตใจเข้มแข็ง 1 เล่ม โดยโปรแกรมนี้นี้มีกิจกรรม 4 ครั้ง ในแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที ห่างกันครั้ง 1 สัปดาห์ มีกิจกรรมดังนี้

1. ตอบแบบสอบถาม 1 ครั้ง คือ อีกประมาณ 1 เดือนนับจากวันนี้ ท่านจะได้รับแบบประเมินเพื่อคัดกรองอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ ใช้เวลาประมาณ 3 นาที

2. ผู้วิจัยจะเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำแก่ท่าน ดำเนินกิจกรรมครั้งละ 30-60 นาที จำนวน 4 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ โดยในแต่ละครั้งจะมี 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ใช้ระยะเวลา 5-15 นาที

ขั้นตอนที่ 2 ใช้ระยะเวลา 10-30 นาที

ขั้นตอนที่ 3 ใช้ระยะเวลา 20 นาที

ขั้นตอนที่ 4 ใช้ระยะเวลา 5 นาที

ความเสี่ยงที่อาจเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย คือ ผู้เข้าร่วมการวิจัยอาจเสียเวลาและเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลเพื่อมาพบกับผู้วิจัย ดังนั้นผู้วิจัยจะจ่ายค่ายานพาหนะในการเดินทางมาพบกับผู้วิจัยที่ไม่ใช่การมาโรงพยาบาลเพื่อมาฝากครรภ์ตามปกติ โดยจะจ่ายเป็นรายครั้ง ครั้งละ 100 บาท ผู้เข้าร่วมการวิจัยอาจมีอารมณ์เศร้ามากขึ้น ซึ่งผู้วิจัยจะดำเนินการช่วยเหลือโดยประสานงานกับพยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์เพื่อพาท่านไปพบกับผู้เชี่ยวชาญในการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ทันที และผู้วิจัยจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลในรายที่ไม่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด แต่หากเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล ก็ให้ใช้สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามปกติ โดยผู้วิจัยจะรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่ต้องชำระเงินเพิ่มนี้ทั้งหมด

หากท่านไม่เข้าร่วมในการวิจัยนี้จะไม่ผลต่อท่านและทารกในครรภ์ ซึ่งท่านและทารกในครรภ์จะได้รับการดูแลตามปกติตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

การเข้าร่วมโครงการนี้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลภาพรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามา

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
ของมหาวิทยาลัยมหิดล (จดหมายเหตุเอกสาร)
รหัสโครงการ MU-IRB (NS) 8011/01-0102
วันที่รับรอง 21 ก.ค. 2554

ตรวจสอบได้ เช่น คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ เป็นต้น

ไม่ว่าท่านจะอยู่กลุ่มที่ 1 หรือ 2 ท่านมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาที่ท่านสมควรจะได้รับแต่ประการใด

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของกรมแพทยทหารเรือ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล (ชุดสายพยาบาลศาสตร์) หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อกับคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของกรมแพทยทหารเรือหรือผู้แทน ได้ที่สำนักงาน ชั้น 3 กรมแพทยทหารเรือ ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบวรคดี เขตธนบุรี กทม. 10600 หมายเลขโทรศัพท์ 0-2475-2705 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล (ชุดสายพยาบาลศาสตร์)หรือผู้แทน ได้ที่สำนักงาน ห้อง 502 ชั้น 5 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพรวนณิก แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กทม. 10700 หมายเลขโทรศัพท์ 0-2419-7466-80 ต่อ 1500,1503

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

วันที่.....

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
ของมหาวิทยาลัยมหิดล (ชุดสายพยาบาลศาสตร์)
รหัสโครงการ M-HRB (NS) ๒๐๑๑/๐๑.๐๑๐๒
ฉบับที่รับรอง 21 ก.ค. 2554

ภาคผนวก ข

หนังสือแสดงการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

วันที่.....เดือน.....ปี.....
 ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... ถนน.....
 ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้ต่ออาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าตอบแทนที่จะได้รับ ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า สามารถติดต่อกับ พันธ์เอกหญิง สีนวล สะอาดชุม ที่หมายเลขโทรศัพท์ 08-0581-5971

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนหรือผู้แทน ได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล (ชุดสายพยาบาลศาสตร์) ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ห้อง 502 ชั้น 5 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพหลโยธิน แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กทม. 10700 หมายเลขโทรศัพท์ 0-2419-7466-80 ต่อ 1500,1503 หรือคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของกรมแพทยทหารเรือ แผนกวิจัย ชั้น 3 ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบุคคโล เขตธนบุรี กทม. 10600 หมายเลขโทรศัพท์ 0-2475-2705 ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงการยินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม / วันที่.....

(.....)

ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย /วันที่.....

(.....)

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
 ของมหาวิทยาลัยมหิดล (ชุดสายพยาบาลศาสตร์)
 รหัสโครงการ MU-IRB (NS) 801/01-0102
 วันที่รับรอง 21 ก.ค. 2562

ภาคผนวค ค
ครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลของโปรแกรมการให้การปรึกษา ร่วมกับการสนับสนุนความรู้ต่ออาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบไปด้วย

1. แบบบันทึกการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าการวิจัย
2. แบบประเมินเพื่อคัดกรองอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ จำนวน 10 ข้อ
3. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ

แบบบันทึกการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าการวิจัย
เรื่อง ผลของการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้ต่ออาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์

Screening Number S - Date of Visit / /

A. เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างให้เข้าในการศึกษา (Inclusion Criteria)	ใช่	ไม่ใช่
ทุกข้อจะต้องเลือกตอบ "ใช่" จึงเข้าเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าการวิจัย		
1. มีอายุ ≥ 18 ปี	☐	☐
2. สามารถพูดและอ่านภาษาไทยได้	☐	☐
3. มีอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 24-32 สัปดาห์	☐	☐
4. มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก	☐	☐
B. เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)	ใช่	ไม่ใช่
ทุกข้อจะต้องเลือกตอบ "ไม่ใช่" จึงเข้าเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าการวิจัย		
1. มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ เช่น ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีเลือดออกทางช่องคลอด	☐	☐
2. มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังรุนแรง เช่น โรคไต โรคหัวใจ โรคลมชัก ติดเชื้อ HIV	☐	☐
3. เคยมีความเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิต เช่น โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า	☐	☐
4. เข้าเกณฑ์วินิจฉัยอาการซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Major depression episode) หรือโรคซึมเศร้ารุนแรง (Major depressive disorder) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-IV, 1994; American Psychiatric Association (APA), 1994) คือ ก. มีการเปลี่ยนแปลงจากปกติอย่างน้อย 5 ข้อจาก 9 ข้อ นานกว่า 2 สัปดาห์ โดยมีอาการข้อใดข้อหนึ่งของ 1) อาการซึมเศร้า หรือ 2) เบื่อหน่าย (anhedonia) ไม่มีความสุข อาการ 9 ข้อ มีดังนี้ 1.) อาการซึมเศร้าเกือบทั้งวัน แทบทุกวัน จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเอง หรือจากการสังเกตของผู้อื่น (เช่น เห็นว่าร้องไห้) 2.) หมดความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่างๆ หรือลดความสนใจลงมาก เกือบทั้งวันหรือแทบทุกวัน (จากคำบอกเล่าของสตรีตั้งครรภ์หรือการสังเกตของผู้อื่น) 3.) น้ำหนักร่างกายลดลงหรือเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด น้ำหนักเปลี่ยนแปลง	☐	☐
	ใช่	ไม่ใช่

รับรอง โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
 ของมหาวิทยาลัยมหิดล (วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์)
 รหัสโครงการ MU-IRB (S) 2011/01-010
 ส.ศ. 21 ก.ก. 7554

B. เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) (ต่อ)		
มากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน คือเบื่ออาหาร หรือเจริญอาหารกว่าปกติ		
4.) นอนไม่หลับหรือหลับมากกว่าปกติเกือบทุกวัน		
5.) กระวนกระวายทั้งกายและใจหรือเซื่องซึมเกือบทุกวัน จนเป็นที่สังเกตเห็นของผู้อื่น (มิใช่เพียงความรู้สึกของสตรีตั้งครรภ์เท่านั้น)		
6.) อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง หรือพลังเกือบทุกวัน		
7.) รู้สึกไร้ค่า โทษตนเอง หรือรู้สึกผิดพลาด (อาจมีอาการหลงผิด) เกือบทุกวัน (มิใช่เพียงความรู้สึกที่ถูก หรือสมเพศตนเอง หรือรู้สึกผิดที่เป็นภาระแก่ผู้อื่นจากการเจ็บป่วย)		
8.) ความสามารถในการคิดหรือสมาธิลดลง หรือตัดสินใจไม่ได้เกือบทุกวัน (อาจเป็นความรู้สึกของสตรีตั้งครรภ์หรือจากการสังเกตของผู้อื่น)		
9.) คิดหมกมุ่นเรื่องความตาย (ไม่เพียงแต่คิดกลัวตาย) คิดอยากตายบ่อยๆ โดยอาจจะวางแผนหรือไม่ได้วางแผนฆ่าตัวตาย หรือได้พยายามฆ่าตัวตายแล้ว		
ข. อาการไม่เข้ากันเกณฑ์ตามหลักการวินิจฉัยอาการแสดงของโรคอื่นๆ		
ค. อาการก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ทั้งในด้านสังคม การงาน และในด้านอื่นๆ		
ง. มิได้เป็นผลจากอาการทางกายที่เกิดจากการใช้สารเสพติดหรือยาบางชนิด		
จ. มิใช่เป็นภาวะเศร้าโศก (Bereavement) จากการสูญเสียหรือผิดหวัง		
5. ใช้สารเสพติด	☐	☐

การประเมินส่วน A จะต้องเลือกตอบ “ใช่” ทุกข้อ และส่วน B เลือกตอบ “ไม่ใช่” ทุกข้อ แล้วจึงให้สตรีตั้งครรภ์ทำแบบประเมินอาการซึมเศร้า The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

ผลการประเมินอาการซึมเศร้า

ข้อ 8 หรือ 10 ตอบตัวเลือกที่ 2 หรือ 3 หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่*

- คะแนนรวม ☐ ไม่มีอาการซึมเศร้า: EPDS <11
☐ มีอาการซึมเศร้า: EPDS $\geq 11 < 13^*$
☐ มีอาการซึมเศร้า: EPDS ≥ 13

(ต้องตอบทุกตัวเลือกที่มีเครื่องหมาย “*” ข้างท้าย จึงเข้าเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าการวิจัย)

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
 ของมหาวิทยาลัยมหิดล (ชุดสถานพยาบาลภาครัฐ)
 รหัสโครงการ NUP-255 (NS) 2554/01.002
 วันที่รับรอง 21 ต.ค. 2554

ผลการคัดเลือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

☐ เข้าร่วมการวิจัย

รหัสโครงการ ☐☐-☐☐

☐ ไม่เข้าร่วมการวิจัย

- ☐ ไม่มีอาการซึมเศร้า ได้รับการดูแลตามปกติ
- ☐ มีความเสี่ยง เนื่องจาก
 - ☐ เข้าเกณฑ์วินิจฉัยอาการซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Major depression episodose) หรือ โรคซึมเศร้ารุนแรง (Major Depressive Disorder) ตามเกณฑ์ DSM-IV
 - ☐ EPDS ≥ 13
 - ☐ มีความรู้สึกโศกเศร้าหรือทุกข์ระทมค่อนข้างบ่อยหรือเกือบตลอดเวลา
 - ☐ มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายบางเวลาหรือค่อนข้างบ่อย

หมายเหตุ สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงทุกรายจะต้องได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นจากผู้วิจัย ด้วยการให้การปรึกษาเพื่อผ่อนคลายอารมณ์ซึมเศร้า และประสานงานกับเจ้าหน้าที่หน่วยฝากครรภ์เพื่อส่งต่อหน่วยจิตเวชของโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วน เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแลรักษาตามที่เหมาะสมและเป็นการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)
 รหัสโครงการ พย-113 (งอ) 2011/01.0102
 วันที่รับรอง 21 ก.ค. 2554

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล CODE.....

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับตัวท่าน โดยเติมคำลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมายถูก (✓) หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

- อายุ.....ปี
- อายุครรภ์ของท่าน.....สัปดาห์
ท่านเคยตั้งครรภ์มาแล้ว(ไม่รวมการตั้งครรภ์ปัจจุบัน) ครั้ง
ท่านเคยแท้ง.....ครั้ง
ท่านมีบุตรที่มีชีวิตอยู่จำนวน.....คน
บุตรคนที่ 1 อายุ.....ปี
บุตรคนที่ 2 อายุ.....ปี
- ท่านสำเร็จการศึกษา

☐ 1.) ไม่ได้เรียน	☐ 2.) ประถมศึกษา
☐ 3.) มัธยมศึกษา	☐ 4.) อนุปริญญา
☐ 5.) ปริญญาตรี	☐ 6.) ปริญญาตรีขึ้นไป
- ท่านมีอาชีพ

☐ 1.) ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	☐ 2.) รับจ้าง
☐ 3.) กิจการส่วนตัว	☐ 4.) เกษตรกรรม
☐ 5.) ประมง	☐ 6.) ไม่ได้ประกอบอาชีพ
- รายได้ของครอบครัว.....บาท/เดือน
ความเพียงพอของรายได้ ☐ 1.) ใช้เพียงพอ ☐ 2.) ไม่พอใช้
- รายได้ของท่าน.....บาท/เดือน
ความเพียงพอของรายได้ ☐ 1.) ใช้เพียงพอ ☐ 2.) ไม่พอใช้
- สุขภาพโดยทั่วไป

☐ 1.) ปกติ	
☐ 2.) มีโรคประจำตัว	โรคระบุ.....
☐ 3.) ไม่ปกติ	โรคระบุ.....

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
ของมหาวิทยาลัยมหิดล (ชดสายพธบาลศาสตร)
รหัสโครงการ M-TRB 001-2554-0102
วันที่รับรอง 21 ก.ค. 2554

แบบประเมิน The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ฉบับภาษาไทย

เพื่อคัดกรองอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์

CODE.....

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย X หน้าคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด
ใน 7 วันที่ผ่านมา โดยไม่ใช่ความรู้สึกในวันนี้

ตัวอย่าง ฉันรู้สึกมีความสุขมาก

- ☐ 1. ตลอดเวลา
☒ 2. เป็นส่วนใหญ่
☐ 3. ไม่บ่อยนัก
☐ 4. ไม่มีเลย

หมายถึง "ฉันรู้สึกมีความสุขเป็นส่วนใหญ่ในช่วงระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา"

กรุณาตอบคำถามข้ออื่นให้ครบถ้วนในวิธีเดียวกันในระยะ 7 วันที่ผ่านมา

1. ฉันสามารถหัวเราะและมองสิ่งต่างๆรอบตัวที่เกิดขึ้นได้อย่างสนุกสนาน

- ☐ 0. มากเท่ากับที่เคยเป็น
☐ 1. ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น
☐ 2. น้อยลงมากอย่างเห็นได้ชัด
☐ 3. ไม่มีเลย

2. ฉันรอคอยสิ่งที่จะเกิดขึ้นข้างหน้าอย่างมีความสุข

- ☐ 0. มากเท่ากับที่เคยเป็น
☐ 1. ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคย
☐ 2. น้อยลงอย่างเห็นได้ชัด
☐ 3. เกือบไม่มีเลย

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
ของมหาวิทยาลัยมหิดล (ชุดสายพยาบาลศาสตร์)
รหัสโครงการ MPTP (NS) 2554/01.0102
21 ก.ค. 2554

3. ฉันด้าหนดเองโดยไมจ้เป็นเมือมีสิ่งคผลาดเกคขึ้น

- ☐ 0. ไมมีเลย
- ☐ 1. ไมบ่อยน้ก
- ☐ 2. บางเวลา
- ☐ 3. เกือบตลอดเวลา

4. ฉันรู้สีกกระวนกระวายหรือกังวลอย่างไมมีเหตุผลที่คเพียงพอ

- ☐ 0. ไมมีเลย
- ☐ 1. เกือบจะไมมี
- ☐ 2. มีบางเวลา
- ☐ 3. มีบ่อยมาก

5. ฉันรู้สีกกลัวหรือคั่นตระหนกโดยไมมีเหตุผลเพียงพอย่างมาก

- ☐ 0. ไมเคยเลย
- ☐ 1. ไมบ่อยน้ก
- ☐ 2. บางเวลา
- ☐ 3. รู้สีกมากจรงๆ

6. สิ่งค่างๆได้ท้บถมอยู่บนตัวฉัน

- ☐ 0. ฉันสามารถจัดการได้เหมือนอย่างทีเลย
- ☐ 1. เกือบตลอดเวลาฉันสามารถจัดการได้ดี
- ☐ 2. บางเวลาฉันไมสามารถจัดการได้
- ☐ 3. เกือบตลอดเวลาฉันไมสามารถจัดการได้เลย

7. ฉันรู้สีกไมมีความสุขจนท้ให้นอนหลับยาก

- ☐ 0. ไมเคยเลย
- ☐ 1. ไมบ่อยน้ก
- ☐ 2. บางเวลา
- ☐ 3. เกือบตลอดเวลา

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
ของมหาวิทยาลัยมหิดล (ชุดสายพยาบาลศาสตร์)
รหัสโครงการ MU-IRB (NS) 2011/01-C10 2
วันที่รับรอง 21 ก.ค. 2554

8. ฉันรู้สึกโศกเศร้าหรือทุกข์ระทม

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

9. ฉันรู้สึกไม่มีความสุขจนต้องร้องไห้

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

10. ฉันมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย

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

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
ของมหาวิทยาลัยมหิดล (ชุดเลขทะเบียนศาสตราจารย์)
รหัสโครงการ MU-IRB (NS) 2554-0102
วันที่รับรอง 21 ก.ค. 2554

ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้ต่ออาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้ ประกอบไปด้วย
แผนการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้รายบุคคล ดำเนินกิจกรรม 4 ขั้นตอน ดังนี้
 ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ
 ขั้นตอนที่ 2 เข้าใจตนเอง เข้าใจอาการซึมเศร้า และเข้าใจปัญหา
 ขั้นตอนที่ 3 วางแผนแก้ไขปัญห
 ขั้นตอนที่ 4 ยุติการให้การปรึกษา
2. แบบบันทึกการปรึกษา
3. คู่มือสตรีตั้งครรภ์จิตใจเข้มแข็ง

แผนการให้การปรึกษาร่วมกับการสนับสนุนความรู้รายบุคคล

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ

เวลา ใช้ระยะเวลา 5-15 นาที

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกคุ้นเคยกับพยาบาล เกิดความอบอุ่นใจและไว้วางใจ ทำให้มีความมั่นใจที่จะเปิดเผยตนเอง โดยเฉพาะเรื่องที่คนส่วนใหญ่ไม่ยอมรับ
 2. เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความสนใจที่จะสนทนาต่อไป และเกิดความร่วมมือในการดำเนินโปรแกรมจนครบ
 3. เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ทราบวัตถุประสงค์ เจเนอรัลของโปรแกรมและตกลงบริการ

เนื้อหา

ในกระบวนการให้การปรึกษา การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับการปรึกษาเป็นขั้นตอนแรกและสำคัญที่สุด เนื่องจากเป็นตัวแปรที่มีผลต่อความร่วมมือตลอดการปรึกษา และยังเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้รับการปรึกษา ในขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพนั้น พยาบาลจะเป็นฝ่ายเริ่มต้นก่อน โดยแสดงให้สตรีตั้งครรภ์เห็นว่าบุคคลที่น่าไว้วางใจ เป็นกันเอง มีความตั้งใจและจริงใจที่จะให้ความช่วยเหลือ ซึ่งไม่เพียงแต่พยาบาลจะเป็นผู้สังเกตเท่านั้น สตรีตั้งครรภ์ก็จะสังเกตพยาบาลเช่นเดียวกัน ว่ามีความพร้อมและความเต็มใจมากน้อยเพียงใด พยาบาลจึงต้องตระหนักในบทบาทของตนเองอย่างยิ่ง เพื่อดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดกระบวนการให้การปรึกษา (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549) โดยต้องอาศัยองค์ประกอบของการสร้างสัมพันธภาพด้านสิ่งแวดล้อม คือ ห้องที่ให้การปรึกษาคือห้องมิดชิด รโหฐาน มีบรรยากาศสบาย แสงสว่างเพียงพอ ไม่มีเสียงรบกวน ด้านท่าทาง คือการแสดงท่าทางที่ใส่ใจและยอมรับสตรีตั้งครรภ์ และด้านคำพูด คือ ไม่กล่าวหา คิเตียน หรือคัดค้านสตรีตั้งครรภ์ พยาบาลจะทำความเข้าใจและยอมรับตามสถานะความเป็นจริงของสตรีตั้งครรภ์ แล้วจึงสร้างแรงจูงใจให้สตรีตั้งครรภ์ให้ตระหนักในปัญหาของตนเองและมีความรับผิดชอบที่จะแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยการสนับสนุนด้านความรู้เพื่อสะท้อนกลับให้สตรีตั้งครรภ์ทราบว่าตนมีปัญหาด้านอารมณ์และเป็นปัญหาที่สามารถจัดการแก้ไขได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้มีเป้าหมายในการปฏิบัติตนและเกิดแรงจูงใจให้เข้าร่วมกิจกรรมโดยตลอดโปรแกรม หลังจากนั้นจึงเข้าสู่การชี้แจงข้อตกลงและเงื่อนไขในการเข้าร่วมโปรแกรม

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
ของมหาวิทยาลัยมหิดล (คณะกรรมการสาธารณสุข)
รหัสโครงการ MUPH 618 2551/01-0102
วันที่รับรอง 2 ก.ค. 2551

แบบบันทึกการปรึการ

Code.....

คำชี้แจง พยาบาลบันทึกข้อมูลที่ได้จากการปรึการภายหลังเสร็จสิ้นการปรึการในแต่ละการ
ครั้งที่..... วันที่...../...../..... เวลา.....น. สถานที่.....
ลักษณะและอาการทั่วไปเมื่อแรกพบ

ข้อมูลจากการปรึการ

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4

ผลการประเมินอาการซึมเศร้าก่อนสิ้นสุดการปรึการในแต่ละการ

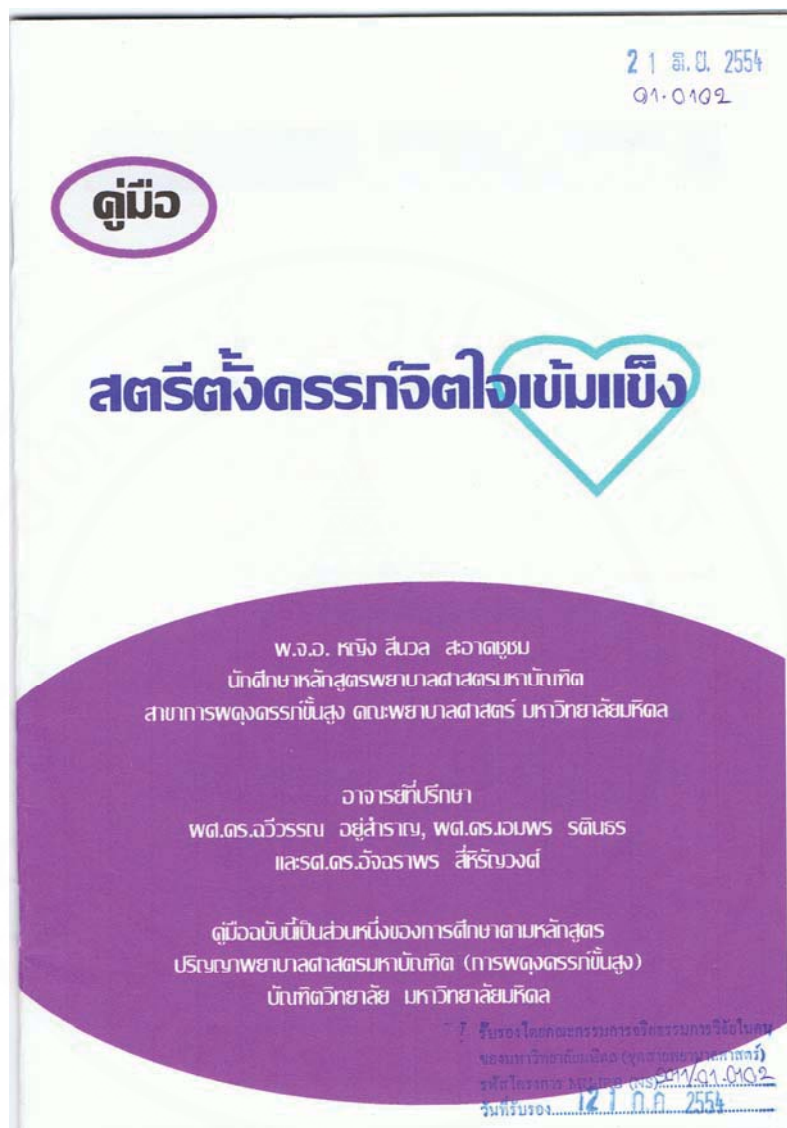
โดยพยาบาล

โดยสตรืตังครรภ์

การนัดหมายครั้งต่อไปวันที่...../...../..... เวลา.....น. สถานที่.....

อื่นๆ.....

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
ของมหาวิทยาลัยมหิดล (ขลสวพยานกลางสตรื)
รหัสโครงการ MU-IRB (NS) ๑๐๓/๓.๑๑๑
วันที่รับรอง 21 ก.ค. 2554



ภาคผนวก จ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผศ.ดร.เขาวลัถษณั์ เสรีเสถียร
อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา
2. ผศ.ดร.นพพร ว่องศิริมาศ
อาจารย์ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
3. นาวาเอก นายแพทย์ปราโมทย์ กาญจนกิจสกุล
รองผู้อำนวยการกองสูตินรีเวชกรรม
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล

พันจ่าเอกหญิง สีนวล สะอาดชุม

วัน เดือน ปีเกิด

29 มีนาคม 2523

สถานที่เกิด

นครปฐม

ประวัติการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบเรือ, พ.ศ. 2544

พยาบาลศาสตรระดับต้น

มหาวิทยาลัยโขทัยธรรมราช, พ.ศ. 2549

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2555

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

(การผดุงครรภ์ชั้นสูง)

ที่อยู่ปัจจุบัน

อ.เมือง จ.นครปฐม

โทรศัพท์ 08 – 0581 - 5971

E-mail : naun90@gmail.com

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน

ผู้ช่วยอาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์

และการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบเรือ

ศูนย์วิทยาการ กรมแพทยทหารเรือ

504/57 ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบวรคดี

เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร

โทร. 0 – 2475 – 2614