

อิทธิพลของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น



พรพรรณ อินตะ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาลัทธิ
ปรัชญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2557

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

อิทธิพลของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

พรพรรณ อินตะ

นางสาวพรพรรณ อินตะ

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์นันทนา ธนาโนวรรณ,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

พรพริศ เกษรสมุทร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พวงเพชร เกษรสมุทร,

ปร.ด. (การพยาบาล)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

อรุณ วัฒน

อาจารย์วรรณา พาหุวัฒนกร,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

Ann N

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

Ann N

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิตยา สิ้นสุกใส,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

อิทธิพลของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์ชั้นสูง)

วันที่ 26 พฤศจิกายน พ.ศ. 2557

.....
รองศาสตราจารย์สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล,
พย.ด.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
รองศาสตราจารย์นันทนา ธนาโนวรรณ,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พวงเพชร เกษรสมุทร,
ปร.ด. (การพยาบาล)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

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

.....
นางสาวพรพรรณ อินตะ
ผู้วิจัย

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิตยา สิ้นสุกใส,
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
อาจารย์วรรณา พาหุวัฒน์กร,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
รองศาสตราจารย์ฟองคำ ติลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. นันทนา ธนาโนวรรณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร.วรรณ พาหุวัฒน์กร และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงเพชร เกษรสมุทร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ให้แนวคิด คำปรึกษา และข้อชี้แนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จ ได้ด้วยดี ดิฉันขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง และขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิตยา สีนสุกใส ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความ สมบูรณ์มากขึ้น

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข หิงกานนท์ และผู้บริหารคณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรทุกท่าน ที่ให้โอกาสทางการศึกษา ตลอดจนผู้ร่วมงานทุกท่านที่ ช่วยเหลือรับผิดชอบทำงานแทนในขณะที่ยังคงศึกษาและเป็นกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์จน เสร็จสิ้น ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรประจำหน่วยสูติ กรรมและคลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลกำแพงเพชร โรงพยาบาลพิจิตร โรงพยาบาลพุทธชินราช และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังน้ำคู วัดพริก บ้านเสาหิน ท่าทองและท่าโพธิ์ จังหวัด พิษณุโลก ที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และขอขอบคุณเพื่อน ร่วมรุ่นหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ชั้นสูง รหัส 53 ทุกคน ที่เป็น กำลังใจซึ่งกันและกันมาโดยตลอด

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดา มารดา และสมาชิกในครอบครัวทุกท่านที่ให้ โอกาส ให้การสนับสนุน ตลอดจนเพื่อนรักที่คอยดูแลและเป็นกำลังใจเสมอมา ประโยชน์อันใดที่ เกิดจากการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอบอบแด่ทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการทำวิทยานิพนธ์ให้ สำเร็จได้ในวันนี้

อิทธิพลของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

INFLUENCE OF STRESS, SOCIAL SUPPORT, SELF-ESTEEM AND INTIMATE PARTNER VIOLENCE ON POSTPARTUM DEPRESSION IN ADOLESCENT MOTHERS

พรพรรณ อินตะ 5337326 NSAM/M

พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : นันทนา ธนาโนวรรณ, Ph.D. (NURSING),
วรรณ พากุวัฒนกร, Ph.D. (NURSING), พวงเพชร เกษรสมุทร, ปร.ด. (การพยาบาล)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นหลังคลอด 4-6 สัปดาห์ ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 120 ราย ขณะที่มารับบริการที่หน่วยสูติกรรมหลังคลอดและคลินิกเด็กสุขภาพดี ณ โรงพยาบาลกำแพงเพชร โรงพยาบาลพิจิตร โรงพยาบาลพุทธชินราช และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่งในจังหวัดพิษณุโลก เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้สึกเครียด แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก แบบคัดกรองความรุนแรง และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์อำนาจในการทำนายโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45 มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยที่ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสรวมกันอธิบายความผันแปรของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ร้อยละ 52.4 ($R^2 = .524, p < .05$) แต่มีเพียงความเครียด ($\beta = .239, p < .05$) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($\beta = -.589, p < .05$) ที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรคัดกรองความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความเครียดในมารดาวัยรุ่น เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

คำสำคัญ : ปัจจัยทางจิตสังคม/ ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส/ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด/ มารดาวัยรุ่น

INFLUENCE OF STRESS, SOCIAL SUPPORT, SELF-ESTEEM AND INTIMATE PARTNER VIOLENCE ON POSTPARTUM DEPRESSION IN ADOLESCENT MOTHERS

PORNPAN INTA 5337326 NSAM/M

M.N.S. (ADVANCED MIDWIFERY)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NANTHANA THANANOWAN, Ph.D. (NURSING), WANNA PHAHUWATANAKORN, Ph.D. (NURSING), PHUANGPHET KAESORNSAMUT, Ph.D. (NURSING).

ABSTRACT

This descriptive study was aimed to investigate the influences of stress, social support, self-esteem, and intimate partner violence on postpartum depression in adolescent mothers. The sample consisted of 120 adolescent mothers, whose ages were less than 20 years old while attending postpartum follow-up or a Well-baby clinic during patients 4-6 week period at hospitals in provinces located in Kamphaeng Phet, Phichit, and at the Buddhachinaraj Hospital and the Tambon Health Promoting Hospital in Phitsanulok. The research instruments included a personal data questionnaire, Perceived Stress Scale, the Multidimension Scale of Perceived Social Support, the Rosenberg's Self-Esteem Scale, the Abuse Assessment Screen, and The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale. Data were analyzed by using descriptive statistics and a Multiple Linear Regression.

The results revealed that 45% of adolescent mothers suffered postpartum depression. Furthermore, stress, social support, self-esteem, and intimate partner violence could explain 52.4% of variances in postpartum depression in adolescent mothers ($R^2 = .524$, $p < .05$). However, only stress ($\beta = .239$, $p < .05$) and self-esteem ($\beta = -.589$, $p < .05$) can statistically and significantly predict postpartum depression in adolescent mothers. The results suggest that nurses should screen for self-esteem and stress of adolescent mothers so to reduce postpartum depression.

KEY WORDS: PSYCHOSOCIAL FACTORS/ INTIMATE PARTNER VIOLENCE
/ POSTPARTUM DEPRESSION/ ADOLESCENT MOTHERS

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูปภาพ	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
สมมติฐานการวิจัย	4
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	7
นิยามตัวแปร	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	8
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	9
ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	10
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า	13
ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น	18
ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	19
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น	22
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	32
รูปแบบการวิจัย	32
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	32

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล	34
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	35
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	41
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	41
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	44
การวิเคราะห์ข้อมูล	45
บทที่ 4 ผลการวิจัย	46
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	55
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	60
ข้อจำกัดการวิจัย	62
ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้	62
ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป	62
บทสรุปแบบสมบูรณ์ฉบับภาษาไทย	63
บทสรุปแบบสมบูรณ์ฉบับภาษาอังกฤษ	72
บรรณานุกรม	81
ภาคผนวก	95
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	96
ภาคผนวก ข หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน	104
ภาคผนวก ค หนังสืออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล	106
ภาคผนวก ง รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	110
ประวัติผู้วิจัย	111

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	53
4.2	คะแนนรวม ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	56
4.3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	57
4.4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส จำแนกตามชนิดของความรุนแรง	57
4.5	ค่าความสัมพันธ์ของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส และภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation)	58
4.6	ผลการวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression)	60

สารบัญภาพ

แผนภาพ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

หน้า

6



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบบ่อยในมารดาหลังคลอดบุตร (สมภพ เรืองตระกูล, 2550; Chaudron, 2003) เนื่องจากการมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและต้องปรับตัวต่อการเลี้ยงดูบุตรหลังคลอด หากมารดาไม่สามารถปรับตัวและเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ อาจส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์จนอาจเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Robertson, Grace, Wallington, & Stewart, 2004) ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depression) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่มักเกิดขึ้นภายใน 4 สัปดาห์แรกหลังคลอดและมีอาการต่อเนื่องอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไปจนถึง 1 ปีหลังคลอด (พิชัย อิฏฐสกุล, 2555; Beck & Driscoll, 2006) ซึ่งอาการจะชัดเจนมากที่สุดประมาณ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด (ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, 2554) มารดาจะมีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย หดหู่ เศร้าหมอง วิตกกังวล โกรธ รู้สึกไร้ค่า ไม่มี ความหมาย โดดเดี่ยว รู้สึกผิด (Beck, 2001; Righetti-Veltema, Conne-Perreard, Bousquet, & Manzano, 2002) มารดาบางรายอาจมีอาการแสดงออกทางด้านร่างกายร่วมด้วย เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ไม่สนใจตนเอง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ไม่มีสมาธิ คิดซ้ำ พุดซ้ำ คิดฆ่าตัวตายหรือมีความรู้สึกทางลบกับบุตรและอาจทำร้ายบุตรได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2550; Beck & Driscoll, 2006; Pearlstein, Howard, Salisbury, & Zlotnick, 2009)

ในต่างประเทศพบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยผู้ใหญ่ในช่วงร้อยละ 12-14 (Mann, Gilbody, & Adamson, 2010) และในมารดาวัยรุ่นร้อยละ 32-60 (Skowron, Clark, Sadovsky, & Wisner, 2013; Stunder, 2011) สำหรับในประเทศไทยพบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยผู้ใหญ่อยู่ช่วงร้อยละ 14.3-16.8 (วรรณ กงสุริยนาวัน, เบญจวรรณ คุณรัตนารักษ์ และ กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, 2553; Limlomwongse & Liabsuetrakul, 2006) และในมารดาวัยรุ่นอยู่ในช่วงร้อยละ 41.6-54.7 (กนิรี ชัยสวรรค์, เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร, จวีวรรณ อยู่สำราญ, และนพพร ว่องสิริมาศ, 2554; Nirattharadorn, Phanchaoenworakul, Gennaro, Vorapongsathorn, Sitthimongkol, 2005; Srisaeng, 2003) เมื่อพิจารณาสัดส่วนของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดทั้งในและต่างประเทศพบว่า อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นสูงกว่า

มารดาวัยผู้ใหญ่ สาเหตุหนึ่งเกิดจากมารดาวัยรุ่นมีประสบการณ์ในชีวิตน้อย จิตใจอ่อนไหวง่าย ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย และมีการปรับตัวหรือเผชิญกับความเครียดได้น้อยกว่ามารดาผู้ใหญ่ (Gee & Rhodes, 2003; Mercer, 2004)

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวมารดา บุตรและครอบครัว มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมักจะรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่สนใจตนเองและมีความคิดฆ่าตัวตายในอัตราที่สูงถึงร้อยละ 20 (Lindahl, Pearson, & Colpe, 2005) นอกจากนี้มารดาที่มีภาวะซึมเศร่ายังไม่สนใจบุตรรอบข้าง มีสัมพันธภาพกับบุตรไม่ดี มีความสามารถในการแสดงบทบาทการเป็นมารดาต่ำกว่าปกติ พฤติกรรมเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเร็วกว่าปกติ (Henderson, Evans, Straton, Priest, & Hagan, 2003; Knoche, Givens, & Sheridan, 2007) และไม่สามารถกระตุ้นพัฒนาการทางด้านการร่างกาย จิตใจและอารมณ์ของบุตรได้ (Boyd, Zayas, & McKee, 2006) บางรายอาจปฏิเสธการเลี้ยงดูบุตร ไม่สนใจที่จะดูแลและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับบุตรหรือทำร้ายบุตรของตนเอง (Wong, Perry, Hockenberry, Lowdermilk, & Wilson, 2006) บุตรที่เกิดจากมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมักจะมีระดับสติปัญญาดำร่วร่วมกับมีปัญหาด้านสมาธิและเรียนรู้เกี่ยวกับหลักการทางคณิตศาสตร์ได้ช้า เมื่อเปรียบเทียบกับบุตรที่เกิดจากมารดาหลังคลอดทั่วไป (Hay et al., 2001) ส่วนผลกระทบต่อครอบครัว พบว่า มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมักจะมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีโดยเฉพาะกับสามีของตนเอง (Hanley & Long, 2006)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสามารถจัดหมวดหมู่ได้ 6 ด้าน คือ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านการใช้สารเสพติด ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์และการคลอด ปัจจัยด้านจิตสังคม และปัจจัยด้านความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส ปัจจัยด้านบุคคล พบว่า มารดาที่มีอายุน้อย ไม่ได้แต่งงานหรือหย่าร้าง ระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ไม่ได้ประกอบอาชีพมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่ามารดาที่มีอายุมากกว่าหรือที่มีการแต่งงาน ประกอบอาชีพและมีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่า (Cox et al., 2008; Figueiredo, Pacheco, & Costa, 2007; Yozwiak, 2010) ปัจจัยด้านครอบครัว พบว่า มารดาวัยรุ่นที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสไม่ดีและความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว มักจะขาดที่พึ่งทางจิตใจ และมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Dennis & Ross, 2006; Quinlivan, Luehr, & Evans, 2004a; Reid & Meadows-Oliver, 2007) ปัจจัยด้านการใช้สารเสพติด พบว่า มารดาวัยรุ่นที่ดื่มสุราและใช้สารเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วยจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 2.85 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ดื่มสุราและใช้สารเสพติด (Nunes & Phipps, 2013) ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์และการคลอด พบว่า มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น อาเจียนไม่สงบ หรือมารดาที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหรือได้รับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

มากกว่ามารดาที่ตั้งครรภ์และคลอดตามปกติ (Josefsson et al., 2002; Verdoux, Sutter, Glatigny-Dallay, & Minisini, 2002)

ปัจจัยด้านจิตสังคม ในที่นี้กล่าวถึงความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่า มารดาวัยรุ่นมีความเครียดค่อนข้างสูงเนื่องจากต้องเผชิญกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาตั้งแต่อายุน้อย ในขณะที่ตนเองยังไม่มีความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Kaye, 2008; Larson, 2004) ความเครียดที่สะสมเป็นเวลานานตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Fox, Halpern, Ryan, & Lowe, 2010; Herrick, 2000; Srisaeng, 2003) เนื่องจากความเครียดเรื้อรังมีผลทำให้การทำงานของร่างกายและฮอร์โมนเปลี่ยนแปลงไปจากปกติจนเกิดเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ (Mollborn & Morningstar, 2009) ทำให้มีอาการเศร้า หดหู่ เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข สิ้นหวัง ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (Jylha, Melartin, & Isometsa, 2009) จากการศึกษาของ Quinlivan และคณะ (2004a) พบว่า มารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมหรือได้รับความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากครอบครัวจะสามารถเผชิญกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ แต่การศึกษาของ Kay (2008) พบว่า มารดาวัยรุ่นไม่สามารถเข้าถึงความช่วยเหลือทางสังคมได้มากเท่าที่ควร เนื่องจากการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นยังไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม มารดาวัยรุ่นบางรายรู้สึกถูกตำหนิและมีความขัดแย้งกับครอบครัวและสามี มารดาวัยรุ่นเหล่านี้จึงมีพฤติกรรมเก็บกด แยกตัว รู้สึกผิด มองตนเองในทางลบและมีภาวะซึมเศร้าตามมา การศึกษาของมยุรี นิรัตธารอด และคณะ (Niratttharadorn et al., 2005) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางลบและทางตรงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและมีอิทธิพลทางอ้อมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดผ่านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้ การศึกษาของ Cox และคณะ (2008) ยังพบว่า มารดาวัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ร้อยละ 35 ($R^2 = .35, p < .001$)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อภาวะจิตใจของมารดาหลังคลอด มารดาวัยรุ่นที่มีความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ความหมาย (Orth, Robins, & Roberts, 2008) มีความคิดด้านลบต่อตนเอง จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Hudson, Elek, & Campbell-Grossman, 2000) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลทางลบและทางตรงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($\beta = -.81, p < .001$) (Niratttharadorn et al., 2005) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้ร้อยละ 27 ($R^2 = .27, p < .01$) (Cox et al., 2008) นอกจากนี้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำและการสนับสนุนทางสังคมต่ำยังสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้ร้อยละ 30 ($R^2 = .30, p < .001$) (Srisaeng, 2003) ถึงร้อยละ 37 ($R^2 = .37, p < .001$) (Cox et al., 2008)

ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Chalfin, Burke, & Tonelli, 2012; Gavin, Lindhorst, & Lohr, 2011) มารดาวัยรุ่นที่ได้รับการความรุนแรงจากคู่สมรสมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงกว่ามารดาวัยรุ่นที่ไม่ได้รับความรุนแรง (Sussex & Corcoran, 2005) แต่ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับอำนาจในการทำนายของความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น ซึ่งในประเทศไทยพบเพียงการศึกษาอิทธิพลของความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยผู้ใหญ่ (นันทนา ชนาโนวรรณ, นพพร ว่องสิริมาศ, เดช เกตุฉ่ำ, และ พวงเพชร เกษรสมุทร, 2556)

อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาอำนาจในการทำนายของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองและความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในมารดาวัยรุ่นมาก่อน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาอำนาจในการทำนายของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองและความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

คำถามการวิจัย

ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

สมมติฐานการวิจัย

ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองและความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Stress and Coping Theory) ที่สร้างโดยลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เนื่องจากทฤษฎีนี้อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยความเครียดคือเหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองและต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่ โดยสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นความเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับกระบวนการรับรู้และประเมินสถานการณ์ผ่านกระบวนการคิดและการตีความของบุคคล จนนำไปสู่การแก้ปัญหาหรือการเผชิญสถานการณ์นั้นๆ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความสามารถและแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ของแต่ละบุคคลด้วย

ตามแนวคิดของทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด มารดาวัยรุ่นต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมในการเผชิญกับการเป็นมารดาวัยรุ่น มารดาวัยรุ่นต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นทั้งปัจจัยเอื้อและปัจจัยที่ขัดขวางต่อการดำรงบทบาทการเป็นมารดา (Im, 2010) ดังนั้นจึงต้องอาศัยทั้งความสามารถของตนเองและการช่วยเหลือทั้งด้านการดูแลตนเอง การเงิน และการเลี้ยงดูบุตร จากแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ เพื่อให้เผชิญกับการเป็นมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ มารดาวัยรุ่นที่ประเมินว่าการเผชิญกับการเป็นมารดาเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด และไม่มีความสามารถที่จะควบคุมหรือจัดการปัญหาได้เองจะประเมินตนเองว่าไม่มีคุณค่า ประกอบกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ย่อมจะส่งผลให้มารดาวัยรุ่นไม่สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Honey, Morgan, & Bennett, 2003) นอกจากนี้การได้รับความรุนแรงจากสามีหรือคู่รักในมารดาวัยรุ่นบางราย ยังจัดเป็นความเครียดที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือคุกคามต่อการดำเนินชีวิต (Martinez-Torteya, Bogat, Von Eye, Levendosky, & Davidson 2009) มารดาวัยรุ่นที่ไม่กล้าเปิดเผยปัญหาดังกล่าวและขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น อาจต้องเผชิญกับความเครียดอย่างต่อเนื่อง (กฤตยา อาชวนิจกุล, ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา, วาสนา อัมเมม และ อุษา เลิศศรีสันทัต, 2546) หากมารดาวัยรุ่นไม่สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้มารดาวัยรุ่นรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง มีความรู้สึกทางลบต่อตนเองสะสมมากขึ้น จนนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ในที่สุด (Faisal-Cury, Tedesco, Kahhale, Menezes, & Zugaib, 2004; Mitchell et al., 2010)

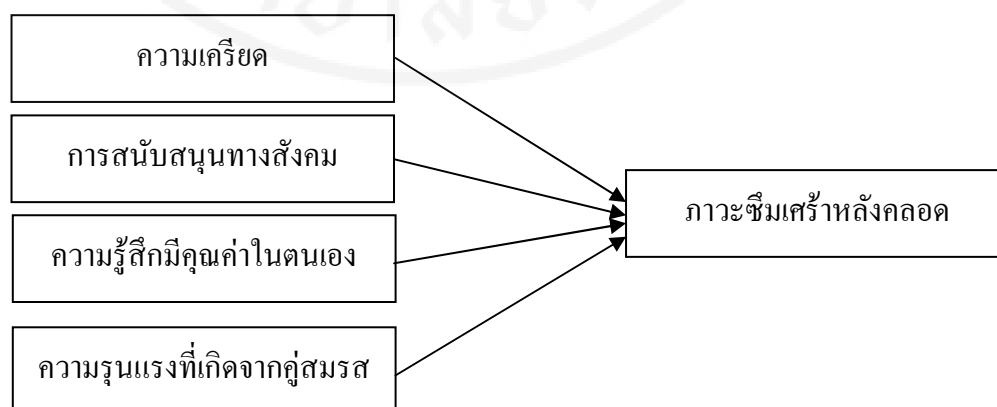
ตามแนวคิดของทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดสามารถนำมาอธิบายเกี่ยวกับปัจจัยการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่นำมาศึกษาได้ดังต่อไปนี้

ความเครียดเป็นภาวะที่มารดาวัยรุ่นรับรู้ภายหลังจากการประเมินสถานการณ์ที่เข้ามกระทบต่อการดำรงบทบาทการเป็นมารดาและได้พยายามจัดการกับความรู้สึกและสถานการณ์ต่างๆ

แล้ว แต่อาจยังไม่สามารถจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความเครียดที่สะสมจึงอาจส่งผลให้มารดาวัยรุ่นเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ ส่วนการสนับสนุนทางสังคม เป็นภาวะที่มารดาวัยรุ่นประเมินแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ เพื่อช่วยเหลือให้มารดาวัยรุ่นเผชิญกับการเป็นมารดาวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากมารดาวัยรุ่นรับรู้ว่าการสนับสนุนทางสังคมน้อย จะทำให้มารดาวัยรุ่นขาดขวัญกำลังใจ และท้อแท้ในการเผชิญกับการเป็นมารดา จนอาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกที่มีต่อตนเองที่เกิดจากการประเมินศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ต่อการจัดการกับสถานการณ์ที่มาคุกคามต่อการดำเนินชีวิต ตลอดจนเมื่อได้พยายามเผชิญปัญหาแล้วแต่ยังไม่สามารถกำจัดความรู้สึกทางลบที่มีต่อตนเองได้ จึงทำให้มารดาวัยรุ่นเกิดความรู้สึกทางลบสะสมมากขึ้นจนอาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ ส่วนความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสเป็นภาวะคุกคามที่มารดาวัยรุ่นประเมินแล้วว่าก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและไม่สามารถควบคุมหรือจัดการได้ การได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสส่งผลกระทบต่อจิตใจของมารดาวัยรุ่นมากจึงอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด คือ ผลลัพธ์จากการปรับตัวหรือเผชิญกับภาวะต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของมารดาวัยรุ่นเอง และสถานการณ์ต่างๆ ที่มาคุกคามต่อจิตใจในขณะดำรงบทบาทการเป็นมารดาวัยรุ่น ซึ่งมารดาวัยรุ่นที่ไม่สามารถเผชิญกับภาวะหรือสถานการณ์ใดก็ตามข้างต้นได้ อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้มารดาวัยรุ่นไม่สามารถรักษาสมดุลของร่างกายหรือจิตใจได้ โดยสามารถแสดงกรอบแนวคิดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ดังแผนภาพที่ 1.1



แผนภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาอิทธิพลของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในโรงพยาบาลกำแพงเพชร โรงพยาบาลพิจิตร โรงพยาบาลพุทธชินราช และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 5 แห่งในจังหวัดพิษณุโลก ได้แก่ 1) รพ.สต.วังน้ำคู้ 2) รพ.สต.วัดพริก 3) รพ.สต.บ้านเสาหิน 4) รพ.สต.ท่าทอง 5) รพ.สต.ท่าโพธิ์ ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2556 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2557

นิยามตัวแปร

ความเครียด (Stress) หมายถึง ภาวะที่บุคคลตอบสนองต่อสถานการณ์ที่มาคุกคามต่อชีวิตและก่อให้เกิดการเสียสมดุลของร่างกาย ส่งผลให้บุคคลต้องมีการปรับตัวต่อสิ่งคุกคามนั้น ประเมินโดยใช้แบบวัดความรู้สึกเครียด (Perceived Stress Scale-10: PSS-10) ที่สร้างโดย Cohen และ Williamson (1988) แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back translation โดยณัท หทัย วงศ์ปการันย์ และ ทินกร วงศ์ปการันย์ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2010) จำนวน 10 ข้อ

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง ความช่วยเหลือจากสังคมหรือบุคคลใกล้ชิด ทั้งด้านอารมณ์หรือจิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของหรือความปลอดภัย ประเมินโดยใช้แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (The Multidimension Scale of Perceived Social Support: MSPSS) ที่สร้างโดย Zimet, Dahlem, Zimet และ Farley (1988) แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back translation โดยพิทักษ์พล บุญยมาลิก (Boonyamalik, 2005) จำนวน 12 ข้อ

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลยอมรับนับถือตนเองว่ามีความสามารถในการทำสิ่งต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จ ตลอดจนการได้รับการยอมรับนับถือจากบุคคลอื่นในสังคม ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ โรเซนเบิร์ก (The Rosenberg's Self-Esteem Scale: RSE) ที่สร้างโดย Rosenberg (1965) แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back translation โดยพัชร์วิไล ศรีแสง (Sriseang, 2003) จำนวน 10 ข้อ

ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส (Intimate partner violence) หมายถึง การใช้ความรุนแรงในรูปแบบต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์/จิตใจ และทางเพศ โดยผู้กระทำอาจเป็นสามีหรือ คู่รักของตนเอง ประเมินโดยใช้แบบคัดกรองความรุนแรง (The Abuse Assessment Screen: AAS) ที่สร้างโดย McFarlane, Parker, Soeken และ Bullock (1992) แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back translation โดยนันทนา ธนาโนวรรณ (Thananowan, 2004) จำนวน 5 ข้อ

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum depression) หมายถึง ภาวะที่มารดาหลังคลอด มีความผิดปกติทางอารมณ์ มีอารมณ์เศร้าหรือหงุดหงิด เบื่อหน่าย ไม่มีความสุขในการทำกิจกรรมต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป อ่อนเพลีย ไม่มีแรง รู้สึกตนเองไร้ค่า มีสมาธิลดลง อาจมีความคิดอยากตาย อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นภายใน 4 สัปดาห์หลังคลอดและต้องมีอาการต่อเนื่องอย่างน้อย 2 สัปดาห์จนถึง 1 ปี ประเมินโดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale: CES-D) ที่สร้างโดย Radloff (1977) แปลเป็นภาษาไทย โดย อุมพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และ ปิยลัมพร หะวานนท์ (2540) จำนวน 20 ข้อ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย

1. เพื่อเป็นแนวทางในการใช้เครื่องมือคัดกรองปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น
2. เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
3. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตหรือป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาอิทธิพลของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกลึกซึ้งในคุณค่าในตนเอง และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมจากตำรา บทความวิชาการ และผลงานวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

1.1 ความหมาย

1.2 ภาวะอารมณ์แปรปรวนของมารดาหลังคลอด

1.3 การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า

2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า

3. ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

4. ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

1. ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

1.1 ความหมาย จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาผู้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้

Radloff (1977) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านจิตใจและพฤติกรรม ได้แก่ มีอารมณ์ซึมเศร้า รู้สึกผิด รู้สึกไร้ค่า รู้สึกหมดหวัง การเคลื่อนไหวเชื่องช้า ความอยากอาหารลดลง นอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไป

พัศตร์วิไล ศรีแสง (2549) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นความผิดปกติของอารมณ์และจิตใจที่มีความรุนแรงมากกว่าอารมณ์เศร้าหลังคลอด (postpartum blue) แต่น้อยกว่าโรคจิตหลังคลอด (postpartum psychosis) มารดาอาจมีอาการนอนไม่หลับ อารมณ์แปรปรวน รู้สึกไม่มีแรง เบื่ออาหาร ไร้ค่าและโดดเดี่ยว มองอนาคตในแง่ลบ มีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อทารกและบุคคลใกล้ชิด มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับสามี อยากร้องไห้หรือร้องไห้โดยไม่มีสาเหตุ และอาจมีความคิดอยากทำร้ายตัวเองหรือทารก อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นภายใน 4 สัปดาห์หลังคลอด

จากคำจำกัดความสรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้าหลังคลอด หมายถึง ภาวะที่มารดาหลังคลอดมีความผิดปกติทางอารมณ์ มีอารมณ์เศร้าหรือหงุดหงิด เบื่อหน่าย ไม่มีความสุขในการทำกิจกรรมต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป อ่อนเพลีย ไม่มีแรง รู้สึกตนเองไร้ค่า มีสมาธิลดลง อาจมีความคิดอยากตาย อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นภายใน 4 สัปดาห์หลังคลอดและต้องมีการต่อเนื่องอย่างน้อย 2 สัปดาห์จนถึง 1 ปี

1.2 ภาวะอารมณ์แปรปรวนของมารดาหลังคลอด แบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท ดังนี้

1.2.1. ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Postpartum blue)

ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด เป็นภาวะที่มารดาไม่สามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาและไม่สามารถเผชิญปัญหาในระยะหลังคลอด ทำให้มารดาเกิดความเครียดวิตกกังวล อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย กระสับกระส่าย สับสน อยากร้องไห้ หดหู่ เศร้า เสียใจ และรู้สึกโดดเดี่ยว (Heron, Craddock, & Jones, 2005; Stunder, 2011) ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดเป็นความผิดปกติที่ไม่รุนแรง พบได้ร้อยละ 15-85 (Henshaw, 2003) ส่วนใหญ่พบในมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก เนื่องจากต้องเผชิญกับประสบการณ์ใหม่ของการเป็นมารดาและการเลี้ยงดูบุตร (Leahy-Warren, McCarthy, & Corcoran, 2012) อาการของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดจะเกิดเป็นระยะเวลาสั้นๆ ตั้งแต่ 1-2 ชั่วโมง จนถึง 2 สัปดาห์หลังคลอด อาจพบอาการนานที่สุดประมาณ 5 วัน และหายได้เองโดยไม่ต้องใช้ยา หากมารดาไม่สามารถปรับตัวและเผชิญกับภาวะอารมณ์เศร้าหลัง

คลอดได้ อาการอาจรุนแรงขึ้นและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Reck, Stehle, Reinig, & Mundt, 2009)

1.2.2. ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum depression)

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีอาการคล้ายกับภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด แต่มีความรุนแรงมากกว่า กล่าวคือ มารดาจะรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย หดหู่ หม่นหมอง วิตกกังวล โกรธ (Righetti-Veltema et al., 2002) รู้สึกไร้ค่า ไม่มีความหมาย โดดเดี่ยว รู้สึกผิด และมีการแสดงออกทางด้านร่างกาย ได้แก่ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ไม่สนใจตนเอง ความรู้สึกทางเพศลดลง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ไม่มีสมาธิ คิดซ้ำ พุดซ้ำ อาจมีความคิดในการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายบุตรได้ (Beck & Driscoll, 2006; Pearlstein et al., 2009) พฤติกรรมการแสดงออกจะเปลี่ยนไปจากเดิมมากจนส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต หน้าที่การงานและสังคม อาการซึมเศร้าจะเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระยะหลังคลอดทันทีและมีอาการคงอยู่นานกว่า 2 สัปดาห์ จนถึง 1 ปีหลังคลอด ส่วนใหญ่มักมีอาการชัดเจนในช่วงประมาณ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงที่มารดาเริ่มมีประจำเดือนหรือเป็นช่วงที่บุตรหย่านม (ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, 2554) ในรายที่มีอาการเรื้อรังอาจต้องได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช (Canadian Mental Health Association, 2006)

1.2.3. โรคจิตหลังคลอด (Postpartum psychosis)

โรคจิตหลังคลอดเป็นผลต่อเนื่องจากการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่รุนแรงหรือไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องและทันเวลา อาการมักจะเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่ 48 ชั่วโมง จนถึง 1-3 เดือนหลังคลอด โดยเริ่มจากอาการนอนไม่หลับ กระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง หงุดหงิด ซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง และมีอาการทางจิต เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด อารมณ์คลุ้มคลั่ง พฤติกรรมและการพูดแปลกไปจากเดิม (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2555; Robinson & Stewart, 1986; Sit, Rothschild, & Wisner, 2006) มารดาที่มีอาการโรคจิตหลังคลอดจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวชอย่างถูกต้องและทันเวลา เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อตนเองและบุตร (สมภพ เรืองตระกูล, 2550)

1.3 การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า

การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามเกณฑ์การวินิจฉัยตามระบบ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) ซึ่งจัดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดไว้ในประเภทของโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) โดยมีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นภายใน 4 สัปดาห์หลังคลอด (American Psychiatric Association, 2000) เกณฑ์การวินิจฉัย

ประกอบด้วยข้อบ่งชี้ 5 แกน ตั้งแต่แกน A-E ดังนี้ (ปราโมทย์ สุคนิชย์ และ มาโนช หล่อตระกูล, 2541: 124-125)

A. มีอาการดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 5 อาการใน 9 อาการ และมีระยะเวลาของอาการอยู่นาน 2 สัปดาห์ โดยต้องมีอาการอารมณ์ซึมเศร้าหรือเบื่อหน่าย ไม่มีความสุขอยู่ด้วย

(1) มีอารมณ์ซึมเศร้า หรืออารมณ์หงุดหงิด ทั้งวันเกือบทุกวัน

(2) เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข มีความสนใจหรือความสุขใจ ในกิจกรรมต่างๆ ลดลงอย่างมาก

(3) น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัว ภายใน 1 เดือน โดยไม่ได้เกิดจากการคุมอาหาร

(4) นอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไปแทบทุกวัน

(5) การเคลื่อนไหวของร่างกายที่เกิดเนื่องจากปฏิกิริยาตอบโต้ทางจิตเพิ่มหรือลดลง (Psychomotor agitation หรือ retardation) โดยต้องเป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกตของผู้อื่น ไม่ใช่เพียงความรู้สึกของผู้ป่วยว่ากระวนกระวายหรือช้าลง

(6) อ่อนเพลีย หรือไร้เรี่ยวแรง แทบทุกวัน

(7) รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป อาจถึงขั้นหลงผิด แทบทุกวัน ไม่ใช่เพียงแต่การโทษตนเองหรือรู้สึกผิดที่ป่วย

(8) สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลงหรือตัดสินใจอะไรไม่ได้ แทบทุกวัน

(9) คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อยๆ (ไม่ใช่แค่การกลัวตาย) คิดอยากตายอยู่บ่อยๆ โดยไม่ได้วางแผนการฆ่าตัวตายที่แน่นอนหรือเฉพาะเจาะจง

B. อาการเหล่านี้ไม่เข้าเกณฑ์ของ Bipolar disorder (mixed episode)

C. อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องหรือมีความสามารถลดลง ในการปฏิบัติหน้าที่ด้านสังคม อาชีพ หรือการทำหน้าที่สำคัญๆ อย่างมีนัยสำคัญทางการแพทย์

D. อาการเหล่านี้ไม่ได้เป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากการใช้สารเสพติด ยา หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย เช่น hypothyroidism

E. อาการเหล่านี้ไม่ได้เข้ากับเกณฑ์ของความรู้สึกเศร้าที่เกิดจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (bereavement) ยกเว้นมีอาการคงอยู่นานกว่า 2 เดือนหลังการสูญเสียผู้ที่ตนรัก หรือมีหน้าที่บกพร่องลงมาก หมกมุ่นกับความคิดว่าตนไร้ค่าอย่างผิดปกติ มีความคิดฆ่าตัวตาย มีอาการโรคจิต หรือ psychomotor retardation

2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีทฤษฎีที่อธิบายสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลายทฤษฎี ในที่นี้จะขอกล่าวถึง ทฤษฎีชีวภาพ ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านและทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด โดยมีรายละเอียดดังนี้

ทฤษฎีชีวภาพ (Biologic Theory) ทฤษฎีนี้พัฒนาโดยจิตแพทย์ชื่อ Schildkraut (1965) โดยตั้งสมมติฐานว่าอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการลดลงของฮอร์โมนและสารสื่อประสาทในกลุ่มแคทีโคลามีน (catecholamine) โดยเฉพาะนอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) ซึ่งมีคุณสมบัติเป็นตัวกระตุ้นเซลล์ประสาทในสมองที่ทำให้เกิดการตื่นตัว เมื่อนอร์เอพิเนฟรินมีปริมาณลดลงจะทำให้สมองไม่ได้รับการกระตุ้นจึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Cleare, 2004) เห็นได้จากการวิจัยของ Jylha และคณะ (2009) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติของระบบสารสื่อประสาท (neuroticism) กับอาการซึมเศร้า พบว่า ภาวะซึมเศร้าของบุคคลเกิดจากการขาดภาวะสมดุลด้านการทำงานของสารสื่อประสาทในสมองกลุ่มไบโอจีนิกเอมีน (biogenic amines) ได้แก่ ซีโรโตนิน (serotonin) และกลุ่มของแคทีโคลามีน คือ นอร์เอพิเนฟรินและโดปามีน (dopamine) โดยพบว่าสารสื่อประสาทในสมองดังกล่าวมีปริมาณลดลง เนื่องจากความผิดปกติของกระบวนการดูดกลับ (reuptake process) สารสื่อประสาทเข้าสู่เซลล์ประสาทมากเกินไป (over reuptake) จึงส่งผลให้บริเวณที่มีการเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาท (synaptic cleft) มีปริมาณสารสื่อประสาทลดลงมากกว่าปกติ (สายฝน เอกวรารุณ, 2554) จากความผิดปกติดังกล่าวทำให้บุคคลมีอาการซึมเศร้า รู้สึกหดหู่ ท้อแท้ เบื่อหน่ายไม่มีความสุข สิ้นหวัง นอนไม่หลับ ฝันร้ายบ่อยครั้ง ส่งผลให้ประสิทธิภาพและความสามารถในการทำงานลดลง ในระยะยาวอาจทำให้บุคคลเป็นโรคซึมเศร้าได้ (Zhang, Chen, Yip, Ng, & Wong, 2010) ในทางการแพทย์ได้นำทฤษฎีนี้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า เช่น การให้ยาด้านอาการซึมเศร้าในกลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) เป็นต้น (สายฝน เอกวรารุณ, 2554)

นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) โปรเจสเตอโรน (progesterone) และรีบรอยด์ฮอร์โมน เมื่อรกคลอด ระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนจะลดต่ำลงอย่างรวดเร็วทันทีภายใน 2-5 วันหลังคลอด อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อสรุปที่แน่นอนเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างฮอร์โมน 3 ชนิดนี้กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แต่พบว่าการใช้เอสโตรเจนในการรักษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในรายที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง (พัคตร์วิไล ศรีแสง, 2549)

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition Theory) ทฤษฎีนี้พัฒนาโดย Chick และ Meleis (1986) โดยมีแนวคิดว่าคุณค่าใดก็ตามเมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องเกิดการเปลี่ยนผ่าน แม้ว่าจะเป็นสิ่งที่ต้องการหรือไม่ต้องการก็ตามจะเกิดการตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้นๆ ในรูปแบบผลลัพธ์ทางสุขภาพ หากบุคคลสามารถปรับตัวได้ดีก็จะทำให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ แต่ถ้าการเปลี่ยนผ่านนั้นไม่ประสบผลสำเร็จ บุคคลจะรู้สึกเครียด ความมั่นใจในตนเองลดลง และมีอาการซึมเศร้า โดยการตอบสนองในรูปแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ด้านคือ (1) ด้านลักษณะของบุคคลและเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญกับการเปลี่ยนผ่าน เช่น สถานะทางจิตสังคมของบุคคลที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ ชนิดและระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นอย่างกะทันหันจนทำให้ไม่สามารถจัดการกับเหตุการณ์นั้นได้ เป็นต้น (2) ด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การได้รับสนับสนุนจากสังคมที่จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญเหตุการณ์นั้นได้ด้วยดี และ (3) ด้านระบบบริการสุขภาพ เช่น นโยบายการบริการของโรงพยาบาล แนวทางการปฏิบัติการพยาบาล (Saramolee, 2003)

นักวิจัยหลายท่านได้นำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เนื่องจากมีความสอดคล้องกับปัจจัยมีอิทธิพลต่อการปรับตัวในการเปลี่ยนผ่านจากวัยรุ่นเข้าสู่การเป็นมารดาวัยรุ่นที่ตอบสนองออกมาในรูปแบบของภาวะซึมเศร้า ดังเช่น วรณี สระโมฬี (Saramolee, 2003) ที่ศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกรู้สึกค่าในตนเองและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าของสตรีตั้งครรภ์ ผลการวิจัยพบว่า ความรู้สึกรู้สึกค่าในตนเองต่ำและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ไม่ดีร่วมกันทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 35.1 ($R^2 = .351, p < .001$) เช่นเดียวกับ สายลม เกิดประเสริฐ (2543) ที่ศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนจากคู่สมรส การเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดาต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ผลการวิจัยพบว่า การเบิกค่ารักษาพยาบาล ประวัติสุขภาพจิตในอดีต และการสนับสนุนจากคู่สมรสสามารถร่วมกันทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ร้อยละ 16 ($R^2 = .16, p < .01$)

ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Stress and Coping Theory) ทฤษฎีนี้พัฒนาโดย Lazarus และ Folkman (1984) โดยมีแนวคิดว่าความเครียดเป็นกระบวนการที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยปฏิสัมพันธ์นี้จะทำให้บุคคลกับสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน บุคคลจะประเมินผลของเหตุการณ์ที่มีต่อตนเองหรือตีความสถานการณ์โดยผ่านกระบวนการรู้คิด 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อตัดสินผลของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีอิทธิพลหรือมีความสำคัญต่อชีวิตและร่างกายอย่างไร โดยแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ

1.1 ไม่มีความเกี่ยวข้องกับตนเอง (Irrelevant) กล่าวคือ บุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นไม่ได้เกี่ยวข้องกับสวัสดิภาพของตนเองและไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตนเอง บุคคลจะแสดงการตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นด้วยการนั่งเฉยหรือไม่รู้สึกได้หรือเสียผลประโยชน์จากสถานการณ์นั้นๆ

1.2 เกิดประโยชน์กับตนเองในอนาคต (Benign-positive) กล่าวคือ บุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นจะส่งผลในทางบวกต่อตนเอง จึงตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นๆ ด้วยอารมณ์และพฤติกรรมในทางบวก เช่น ดีใจ มีความสุข ร่าเริง เป็นต้น

1.3 เป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Stressful) กล่าวคือ บุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นจะส่งผลกระทบต่อตนเองในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ดังนี้

1.3.1 อันตรายหรือสูญเสีย (Harm/Loss) เป็นการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในทางลบ ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดอันตรายหรือสูญเสียต่อตนเองทั้งด้านสุขภาพ หน้าที่การงาน สัมพันธภาพทางสังคม หรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การประเมินแบบนี้มีผลกระทบต่อบุคคลมากที่สุด ทำให้บุคคลมีความเครียดสูง รู้สึกท้อแท้ จนไม่สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้

1.3.2 คุกคาม (Threat) เป็นการประเมินสถานการณ์ในทางลบที่รบกวนต่อการดำเนินชีวิตอย่างมาก และคาดว่าจะเกิดอันตรายหรือก่อให้เกิดการสูญเสียตามมา จึงมีการตอบสนองทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมต่างๆ ในทางลบ เช่น กลัว วิดก กังวล และโกรธ เป็นต้น

1.3.3 ทำทาย (Challenge) เป็นการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นภาวะคุกคามที่สามารถควบคุมและจัดการกับสถานการณ์นั้นให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น บุคคลจะมีความกระตือรือร้นที่จะเผชิญปัญหา โดยตอบสนองทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมในทางบวก เช่น กระตือรือร้น ตื่นเต้น สนุกสนาน เป็นต้น

2. การประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินศักยภาพของบุคคลและแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ของบุคคลนั้น เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การประเมินศักยภาพของบุคคลนั้นมีทั้งด้านร่างกาย เช่น ภาวะสุขภาพ เป็นต้น และด้านจิตใจ เช่น ความเชื่อ (ทั้งภายในและภายนอกตนเอง) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น รวมถึงทักษะในการแก้ปัญหาว่าตนเองสามารถควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้หรือไม่ อย่างไร การประเมินแหล่งประโยชน์หรือแหล่งช่วยเหลือที่จะเข้ามาช่วยจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในด้านอารมณ์หรือจิตใจ (เช่น การให้กำลังใจ การปลอบใจ) ด้านการให้ข้อมูล

ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ และด้านวัตถุ (เช่น เงิน ที่อยู่อาศัย อุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ) เป็นต้น (เชาวนิย์ ล่องซูล, 2554)

3. การประเมินซ้ำใหม่ (Reappraisal) เป็นกระบวนการที่บุคคลประเมินสถานการณ์และวิธีการเผชิญปัญหาหลังจากที่ได้พยายามกำจัดอันตรายหรือภาวะคุกคามทั้งพฤติกรรมและความคิดแล้ว บุคคลจะประเมินสถานการณ์ซ้ำเพื่อพิจารณาอันตรายนั้นๆ ว่าเป็นอย่างไร โดยใช้ข้อมูลที่มีอยู่เพื่อเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือแบบแผนการแก้ปัญหา

แบบแผนการเผชิญความเครียดหรือการแก้ปัญหา มี 2 รูปแบบ คือ

1. การเผชิญความเครียดที่มุ่งจัดการกับปัญหาโดยตรง (Problem-focused coping) เป็นความพยายามในการทำความเข้าใจปัญหา พิจารณาว่าปัญหาคืออะไร เกิดจากสาเหตุใด แล้วหาทางออกที่เป็นไปได้ กลวิธีที่ใช้จะมุ่งแก้ไขปรับเปลี่ยนสถานการณ์ พฤติกรรมของตนเอง มีการวางแผนดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอนในการแก้ปัญหา และลงมือแก้ปัญหาที่สาเหตุของปัญหา โดยตรงดังนี้ (บุญทวี สุนทรลีมีศิริ, ศรีสมร ภูมณสกุล และ อรพินธ์ เจริญผล, 2552)

2. การเผชิญความเครียดที่มุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotion-focused coping) เป็นความพยายามที่จะจัดการกับอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้น ได้แก่ ความโกรธ วิตกกังวล รู้สึกผิด เสียใจ อิจฉา อับอาย ความกลัว ความรังเกียจ (Lazarus, 1993) กลวิธีที่ใช้เป็นการระบายออกทางอารมณ์ เช่น การดูหนัง ฟังเพลง การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้ได้รับกำลังใจ ตลอดจนการมองปัญหาในแง่บวก เป็นต้น

การเผชิญความเครียดหรือแบบแผนการแก้ปัญหาเป็นกระบวนการที่บุคคลพยายามใช้ความคิดและพฤติกรรมจัดการกับสถานการณ์ที่มาคุกคามหรือท้าทาย โดยใช้ศักยภาพภายในตนเองและแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ ซึ่งแบบแผนการเผชิญความเครียดนั้นขึ้นอยู่กับประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้น กล่าวคือ ในสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าสามารถแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ได้ บุคคลมักจะใช้แบบแผนการเผชิญความเครียดโดยมุ่งจัดการกับปัญหาโดยตรง แต่หากสถานการณ์นั้นถูกประเมินว่ารุนแรงเกินความสามารถของตนและแหล่งประโยชน์ที่ตนมีอยู่ บุคคลอาจรับรู้ว่าคุณสมบัติของตนเองไม่สามารถควบคุม แก้ไข หรือจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้นได้ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ไร้คุณค่า ไม่มีศักยภาพที่จะแก้ปัญหาได้ ทำให้บุคคลยิ่งเกิดความเครียดมากขึ้น ความเครียดที่เพิ่มขึ้นและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ยิ่งทำให้บุคคลมุ่งจัดการอารมณ์มากกว่ามุ่งแก้ปัญหาโดยตรง ความล้มเหลวในกระบวนการเผชิญความเครียดที่ดำเนินมาอย่างต่อเนื่องแต่ยังไม่สามารถจัดการได้ บุคคล

จึงเกิดความเครียดสะสม จนไม่สามารถรักษาสมดุลทางด้านร่างกาย จิตใจและการทำหน้าที่ในสังคม ได้จึงเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (เชาวนิษฐ์ ล่องชูผล, 2554; Lazarus & Folkman, 1984)

นักวิจัยหลายท่านได้นำทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เช่น Honey และคณะ (2003) ที่ศึกษารูปแบบการเผชิญความเครียดต่อการทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ผลการวิจัยพบว่าการประเมินปัญหาในระยะตั้งครรภ์ วิธีการเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ร้อยละ 21 ($R^2 = .21, p < .05$) สำหรับ Faisal-Cury และคณะ (2004) ศึกษาหาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดกับเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตและรูปแบบการเผชิญความเครียดของมารดา ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการเผชิญความเครียดโดยใช้การปลีกตัว ($OR = 6.69, 95\% CI = 1.18-37.89, p = .001$) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ Ngi และ Chan (2012) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความเครียดกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านทางความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและสามารถร่วมกันทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าที่ระยะ 6 สัปดาห์และ 6 เดือนหลังคลอดได้ร้อยละ 31 ($R^2 = .31, p < .01$) และร้อยละ 41 ($R^2 = .41, p < .01$) ตามลำดับ

จากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าทั้ง 3 ทฤษฎีข้างต้น ทฤษฎีเหล่านี้มีความแตกต่างกันในการใช้เป็นกรอบแนวคิดหรืออธิบายสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ ทฤษฎีชีวภาพอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า จึงมักนำมาใช้เป็นประโยชน์ในการรักษาอาการซึมเศร้า สำหรับทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านนั้นกล่าวถึงปัจจัยด้านบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม และระบบการบริการสุขภาพที่มีผลต่อการปรับตัวในการเปลี่ยนผ่านของชีวิต ในขณะที่ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดนั้น กล่าวถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียดและเผชิญความเครียดตามศักยภาพของตนเองและการสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ เพื่อคงสภาวะสมดุลของสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นมารดาวัยรุ่นนั้นไม่ได้เป็นเพียงการเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการเท่านั้น แต่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านกับสถานการณ์ต่างๆ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดอีกด้วย ซึ่งธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่านมักจะมีปัจจัยที่เป็นเงื่อนไขในการยับยั้งหรือส่งเสริมการเปลี่ยนผ่าน (Im, 2010) การอธิบายปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นนั้นจึงต้องครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม และสถานการณ์ต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อชีวิต ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้

3. ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

การเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นมารดานั้นนับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของมารดาวัยรุ่น รวมถึงพัฒนาการและบทบาทหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบมากขึ้นทั้งการเป็น มารดา ภรรยาและบุตร จึงเกิดความรู้สึกขัดแย้งกับบทบาทตามวัยของตนเอง (Birkeland, Thompson, & Phares, 2005) มารดาวัยรุ่นจึงมักเกิดความวิตกกังวลสูง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีความลำบากในการเข้าถึงการสนับสนุนทางการเงิน จิตใจ และสิ่งของจากผู้ปกครองหรือสามี (Kaye, 2008) เนื่องด้วยมารดาวัยรุ่นเป็นวัยที่จิตใจอ่อนไหวง่าย เกิดอารมณ์แปรปรวนได้ง่าย มีความรับผิดชอบและความสามารถในการเป็นมารดาต่ำ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ จึงทำให้มีความสามารถในการปรับตัวและเผชิญกับความเครียดต่ำ (DeVito, 2007; Gee & Rhodes, 2003; Mercer, 2004) มารดาวัยรุ่นที่มีความล้มเหลวในการเผชิญกับความเครียดหรือสถานการณ์ต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อความเป็นมารดาอย่างต่อเนื่อง จึงมีความรู้สึกทางลบที่สะสมภายในจิตใจมากขึ้น และเมื่อไม่สามารถกำจัดความรู้สึกนั้นได้จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามมา

ในต่างประเทศพบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นร้อยละ 32-60 (Skowron et al., 2013; Stunder, 2011) สำหรับประเทศไทยมีการวิจัยเกี่ยวกับเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น ได้แก่ การวิจัยของพัชกรวิไล ศรีแสง (Srisaeng, 2003) ที่ศึกษาในมารดาวัยรุ่นที่มีอายุ 13-19 ปี ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 119 ราย พบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 54.6 การวิจัยของมยุรี นิรัทธราดร และคณะ (Niratttharadorn et al., 2005) ศึกษาในมารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลจำนวน 340 ราย พบร้อยละ 54.7 และการวิจัยของกนิรี ชัยสวรรค์ และคณะ (2554) ศึกษาในมารดาวัยรุ่นที่มีอายุไม่เกิน 19 ปี ในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 84 ราย พบร้อยละ 41.6 ตามลำดับ

นอกจากนี้การวิจัยของ Schmidt, Wiemann, Rickert และ Smith (2006) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในมารดาวัยรุ่นที่มีอายุ 13-18 ปี จำนวน 623 ราย โดยติดตามเป็นระยะๆ ตั้งแต่ 3, 12, 24 และ 48 เดือนหลังคลอด ผลการวิจัยพบว่า มารดาวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าในระยะ 3 เดือนหลังคลอดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.7 และมีอาการซึมเศร้าในระยะ 12, 24 และ 48 เดือน คิดเป็นร้อยละ 28.4, 23.6 และ 21 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในระยะ 3 เดือนแรกหลังคลอดเป็นช่วงที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มากกว่าระยะอื่นๆ ที่กล่าวมาข้างต้น (กมลรัตน์ วัชรภรณ์ และ จารุรินทร์ ปีตานุพงศ์, 2546)

4. ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดนับว่าเป็นปัญหาทางสุขภาพที่นอกจากจะส่งผลกระทบต่อมารดา บุตร และครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมซึ่งจะส่งผลกระทบทั้งระยะสั้นและระยะยาวแตกต่างกัน ดังจะกล่าวต่อไปนี้

ผลกระทบต่อมารดา

1. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดากับบุตร ในระยะหลังคลอดเป็นช่วงเวลาที่มารดาจะเริ่มมีปฏิสัมพันธ์กับบุตร โดยแสดงออกทางการสัมผัส ประสานสายตากับบุตรและให้นมบุตร (มณีภรณ์ โสมานุสรณ์, 2554) หากมารดามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะทำให้มารดามีปฏิสัมพันธ์กับบุตรลดลงขาดความสนใจในบุตร (Grace & Sansom, 2003) ดังเช่นการวิจัยของ Boyd และคณะ (2006) ที่ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปฏิสัมพันธ์ของมารดาและบุตรกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาและบุตรที่อยู่ในระยะ 3 เดือนหลังคลอด จำนวน 89 คู่ โดยสังเกตพฤติกรรมจากวิดีโอเทปที่บ้านที่กไว้ ผลการวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีผลทำให้มารดามีปฏิสัมพันธ์กับบุตรต่ำลงร้อยละ 25 ($R^2 = .25, p < .01$) และยังมีผลต่อการแสดงบทบาทของการเป็นมารดาอีกด้วย

2. การแสดงบทบาทการเป็นมารดา มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมักจะมีปฏิสัมพันธ์กับบุตรลดลง ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการแสดงบทบาทการเป็นมารดา (Logsdon, Wisner, & Pinto-Foltz, 2006) โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดาวัยรุ่นที่ไม่มีความสามารถในการเลี้ยงดูบุตรและขาดแหล่งช่วยเหลือ ดังเช่นงานวิจัยของ Cox และคณะ (2008) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการเป็นมารดาและการสนับสนุนทางสังคมในมารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 19 ปี จำนวน 168 ราย ผลการวิจัยพบว่า มารดาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะมีความสามารถในการเลี้ยงดูบุตรต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. การเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะมีระยะเวลาการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ลดลงอย่างรวดเร็ว นับตั้งแต่ระยะ 2 เดือนหลังคลอด จนถึง 6 เดือนหลังคลอด และมารดาเหล่านี้ยังมีความเสี่ยงต่อการยุติการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่เร็วถึง 1.25 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Hazard Ratio = 1.25, 95% CI = 1.03-1.52, $p = .025$) (Henderson et al., 2003)

4. การส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการของบุตร มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะมีความสามารถในการส่งเสริมพัฒนาการของบุตรต่ำ ดังผลการวิจัยระยะยาวของ Knoche และคณะ (2007) ที่ศึกษาผลของภาวะซึมเศร้าและความสามารถของมารดาต่อผลลัพธ์ทางสติปัญญาของบุตรในมารดาวัยรุ่นที่มีอายุ 14-21 ปี จำนวน 49 ราย โดยติดตามตั้งแต่หลังคลอดจนถึงบุตรอายุ 5 ปี

ผลการวิจัยพบว่า มารดาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความสามารถในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการทางด้านร่างกายและจิตอารมณ์ของบุตรต่ำ และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดยังทำนายว่าบุตรจะมีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ปกติได้ร้อยละ 38 ($R^2 = .38, p < .01$)

5. การฆ่าตัวตาย มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดหากมีอาการรุนแรงจนไม่สามารถแก้ไขได้นั้น มักจะนำไปสู่ความคิดที่จะฆ่าตัวตาย เห็นได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยของ Lindahl และคณะ (2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับอัตราความชุกของการฆ่าตัวตายของมารดาในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด ผลการวิจัยพบว่า มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายมีอัตราการฆ่าตัวตายมากถึงร้อยละ 20 ส่วนงานวิจัยของ Howard, Flach, Mehay, Sharp และ Tylee (2011) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความชุกของมารดาที่มีความคิดฆ่าตัวตาย โดยประเมินจากคะแนนซึมเศร้าหลังคลอดและลักษณะส่วนบุคคล ผลการวิจัยพบว่า อัตราความชุกของมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและมีความคิดฆ่าตัวตายอยู่ที่ร้อยละ 9 โดยมารดาที่มีอายุน้อยและระดับคะแนนซึมเศร้าหลังคลอดสูงจะมีความเสี่ยงต่อการมีความคิดฆ่าตัวตาย 0.94 เท่า และ 1.49 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่มีอายุมากและไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ตามลำดับ (อายุ OR = 0.94, 95 % CI = 0.8-1.0, $p = .023$, อาการซึมเศร้าหลังคลอด (OR = 1.49, 95% CI = 1.32-1.68, $p < .001$)

ผลกระทบต่อบุตร

1. บุตรเสี่ยงต่อการได้รับอันตราย เนื่องจากรมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะมีสัมพันธภาพกับบุตรลดลง การที่มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าปฏิเสธบุตรของตนเอง ทำให้บุตรมีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากการที่มารดาไม่สนใจที่จะดูแลและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับบุตร หรือมีพฤติกรรมทำร้ายบุตรเพิ่มขึ้น (Wong et al., 2006)

2. ระดับสติปัญญาและพัฒนาการของบุตร บุตรที่เกิดจากรมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะมีระดับสติปัญญา (IQ) ต่ำร่วมกับมีปัญหาด้านสมาธิ มีพัฒนาการด้านการเรียนรู้ที่ล่าช้า อารมณ์แปรปรวนได้ง่าย (Grace, Evindar, & Stewart, 2003) นอกจากนี้ การวิจัยระยะยาวของ Hay และคณะ (2001) ที่ศึกษาปัญหาในการเรียนรู้ของบุตรที่มารดาซึมเศร้าหลังคลอดเมื่อบุตรอายุ 11 ปี ผลการวิจัยพบว่าบุตรเหล่านี้มีการเรียนรู้เกี่ยวกับหลักการทางคณิตศาสตร์ได้ยากกว่าเด็กที่มารดาไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดยังสามารถทำนายการเกิดปัญหาด้านสติปัญญาของบุตรได้ร้อยละ 34 ($R^2 = .34, p < .001$)

3. บุตรมีพฤติกรรมใช้ความรุนแรง บุตรที่เกิดจากการดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เมื่อโตขึ้นจะมีพฤติกรรมใช้ความรุนแรง เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว พุดจาเสียงดังหรือมีทักษะทางสังคมไม่ดี การติดต่อสื่อสารผิดปกติ และไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ (Hay, Pawlby, Angold, Harold, & Sharp, 2003; Logsdon et al., 2006)

4. บุตรมีภาวะซึมเศร้า มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะส่งผลให้บุตรมีอาการซึมเศร้า แยกตัว ไม่สนทนากับบุคคลรอบข้างและแสดงความคิดเห็นลดลง (Hay et al., 2003) ผลการวิจัยระยะยาวของ Halligan, Murray, Martins และ Cooper (2007) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพัฒนาการของเด็กที่เกิดจากการดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและมารดาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยติดตามเป็นระยะเวลา 13 ปีหลังคลอดจนกระทั่งอยู่ในช่วงวัยรุ่นพบว่า วัยรุ่นที่มีมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตได้ถึง 2.75 เท่า ($OR = 2.75, 95\% CI = 1.07-7.05, p = .035$) และมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นที่มีมารดาไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงถึง 3.75 เท่า ($OR = 3.75, 95\% CI = 0.96-14.9, p = .058$) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าในมารดา เพศ และภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไทยที่มีอายุ 15-19 ปี จำนวน 460 ราย ที่ผลการวิจัยพบว่า มารดาที่มีภาวะซึมเศร้ามีอิทธิพลทางบวกต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในบุตรเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นอีกด้วย ($\beta = .095, p < .01$) (Vongsirimas, Sitthimongkol, Beeber, Wiratchai, & Sangon, 2009)

ผลกระทบต่อครอบครัว

1. สัมพันธภาพกับสามีและบุตร มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะมีการติดต่อสื่อสารภายในครอบครัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ เกิดความรู้สึกขัดแย้งกับสามี ไม่ต้องการบุตรและสามี ทำให้สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวไม่ดีโดยเฉพาะกับสามีจนเกิดปัญหาครอบครัวตามมาได้ (Hanley & Long, 2006; Murray, Mckinney, & Gorrie, 2002) เห็นได้จากผลการวิจัยของ Goodman (2008) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสามารถทำนายการเกิดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างมารดาหลังคลอดกับสามีและบุตรได้ร้อยละ 27.7 ($R^2 = .277, p < .001$)

2. สามีเกิดภาวะซึมเศร้า นอกจากมารดาจะเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดแล้วยังพบว่าสามีที่มีภรรยามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วยเช่นกัน ซึ่ง Goodman (2004) ที่ศึกษาอิทธิพลของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดต่อคู่สมรสและบุตร พบว่า สามีที่ภรรยามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะมีอัตราความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 1.2-25.5 และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าของสามีในช่วงหลังคลอด

5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นหลายประการ ซึ่งสามารถจัดกลุ่มได้ทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ (1) ปัจจัยด้านบุคคล (2) ปัจจัยด้านครอบครัว (3) ปัจจัยด้านการใช้สารเสพติด (4) ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์และการคลอด (5) ปัจจัยด้านจิตสังคม และ (6) ปัจจัยด้านความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา เศรษฐฐานะทางสังคม ดังต่อไปนี้

1.1 อายุ จะเห็นได้ว่ามารดาที่มีอายุน้อยจะมีความอ่อนไหวทางด้านอารมณ์และจิตใจได้ง่าย เมื่อต้องเผชิญกับการเป็นมารดาก่อนวัยอันควรจึงทำให้เกิดอารมณ์แปรปรวนได้ง่ายและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Larson, 2004) ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของ Figueiredo และคณะ (2007) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าทั้งในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นและวัยรุ่นผู้ใหญ่ในประเทศโปรตุเกส ผลการวิจัยพบว่า มารดาวัยรุ่นมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่ามารดาผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้มีนักวิจัยหลายท่านที่ได้ทบทวนวรรณกรรมและสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบว่ามารดาที่มีอายุน้อยหรือมารดาวัยรุ่นเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Robertson et al., 2004; Stunder, 2011; Yozwiak, 2010)

1.2 สถานภาพสมรส มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดและเป็นมารดาเลี้ยงเดี่ยว (Quinlivan, Tan, Steele, & Black, 2004b) การมีสถานภาพโสด หย่าร้าง หรือเลิกกันส่งผลให้ไม่มีความมั่นคงในสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ เช่น การวิจัยของ Nunes และ Phipps (2013) ที่เปรียบเทียบปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดระหว่างมารดาวัยรุ่นกับมารดาผู้ใหญ่ พบว่า มารดาวัยรุ่นที่มีสถานภาพโสดหรือเลิกกันจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 2.86 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาผู้ใหญ่ที่มีสถานภาพเหมือนกัน ($OR = 2.86, 95\% CI = 1.32-6.20, p < .05$)

1.3 ระดับการศึกษา การที่มารดาวัยรุ่นมีการตั้งครรภ์และการคลอดในวัยที่กำลังศึกษาอยู่นั้น จึงจำเป็นต้องหยุดเรียนและไม่ได้เรียนต่อจนจบตามเกณฑ์ปกติ (Stunder, 2011) ผลการวิจัยของ Kheirabadi และคณะ (2009) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่มีอายุ 13-50 ปี พบว่า มารดาที่ไม่ได้เรียนหนังสือแต่อ่านและเขียนหนังสือได้เล็กน้อยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 2 เท่า ($OR = 2.0, 95\% CI = 1.41-2.84, p < .001$) ส่วน

มารดาที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษา มีความเสี่ยง 1.72 เท่า ($OR = 1.72$, $95\% \text{ CI} = 1.21-2.45$, $p = .003$) ในขณะที่มารดาที่มีการศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษาไม่พบความเสี่ยงดังกล่าว สอดคล้องกับการวิจัยของ วรรณ คณสุริยะนาวัน และคณะ (2553) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของมารดาที่มีอายุ 13 ปีขึ้นไป ผลการวิจัยพบว่าระดับการศึกษา มีผลต่ออาการซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่มีระดับการศึกษาน้อย โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษาใดๆ มาก่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$)

1.4 เศรษฐฐานะทางสังคม พบว่าอาชีพและรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เนื่องจากการมีบุตรในวัยเรียนทำให้มารดาวัยรุ่นได้รับการศึกษาน้อยไม่ได้ ประกอบอาชีพหรือประกอบอาชีพที่มีรายได้น้อย จึงต้องพึ่งพารายได้ของครอบครัวเป็นหลัก (Figueiredo et al., 2007) โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดาวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่ฐานะยากจนจะพบว่ามี ความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มากกว่ามารดาที่มีเศรษฐฐานะดี (Stunder, 2011) เห็นจากการวิจัยของ Secco และคณะ (2007) ที่พบว่า เศรษฐฐานะทางสังคมต่ำสามารถทำนายอาการซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้ร้อยละ 7 ($R^2 = .07$, $p < .05$)

2. ปัจจัยด้านครอบครัว ในที่นี้หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ความขัดแย้งในครอบครัว ดังต่อไปนี้

2.1 สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มารดาที่มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับคู่สมรสหรือคู่รักทั้งในขณะตั้งครรภ์หรือหลังคลอดจะมีปัญหาทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ มักจะเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามมา เห็นได้จากการวิจัยของ Robertson และคณะ (2004) ที่สังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดพบว่า มารดาที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสไม่ดีจะมีอำนาจระดับปานกลาง (moderate effect size (d) = .39) ในการทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สอดคล้องกับการวิจัยของ Dennis และ Ross (2006) ที่ศึกษาอิทธิพลของการรับรู้การสนับสนุนและความขัดแย้งของคู่รักต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่มีอายุ 16 ปีขึ้นไป ผลการวิจัยพบว่า ความขัดแย้งระหว่างมารดากับคู่รักสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ร้อยละ 8 ($R^2 = .08$, $p < .001$) ผลการศึกษานี้เป็นไปทำนองเดียวกันกับการวิจัยของ Jones และ Coast (2013) ที่สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับสัมพันธภาพทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในภูมิภาคเอเชียใต้ โดยทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูล 5 แหล่ง พบการศึกษาจำนวน 9 งาน ที่ผลการวิจัยพบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดถึงแม้ว่าจะมีอำนาจในการทำนายต่ำก็ตาม

อย่างไรก็ตาม การวิจัยของ Fagan และ Lee (2010) ที่ศึกษาการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น มีผลการวิจัยที่มีความแตกต่างออกไป โดยพบว่าความขัดแย้งระหว่างคู่สมรสหรือคู่รักไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยตรง แต่การมีส่วนร่วมของคู่สมรสหรือการช่วยเหลือสนับสนุนจากคู่สมรสในระดับต่ำเท่านั้นที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($\beta = -.23, p < .05$) ซึ่งผลการวิจัยของ Jones และ Coast (2013) ยังกล่าวอีกว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่างๆ ที่มารดามีปฏิสัมพันธ์ด้วยมากกว่าความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แต่ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าหลังคลอดกับการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่างๆ ยังไม่มีความชัดเจนมากนัก

2.2 ความขัดแย้งในครอบครัว มารดาวัยรุ่นที่มีสัมพันธภาพกับครอบครัวต่ำมักจะมีความขัดแย้งกับบิดา-มารดาหรือบุคคลในครอบครัวและเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ง่าย เห็นได้จากการวิจัยของ Quinlivan และคณะ (2004a) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินเครือข่ายทางสังคมของมารดาวัยรุ่นและการสนับสนุนทางสังคมต่อการทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ผลการวิจัยพบว่า มารดาวัยรุ่นที่มีความขัดแย้งกับผู้ปกครองจะเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มากกว่ามารดาวัยรุ่นที่ไม่มีความขัดแย้ง สอดคล้องกับการวิจัยของ Reid และ Meadows-Oliver (2007) ที่ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นพบว่า มารดาวัยรุ่นที่มีความขัดแย้งในครอบครัวจะเกิดการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มากกว่ามารดาวัยรุ่นที่ไม่มีความขัดแย้งในครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่าความขัดแย้งในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสัมพันธภาพของมารดาวัยรุ่นกับเครือข่ายทางสังคมที่จะเป็นแหล่งในการช่วยเหลือและให้คุณค่ากับมารดาวัยรุ่น รวมทั้งยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะจิตสังคมของมารดาวัยรุ่นอีกด้วย (Wong et al., 2006)

3. ปัจจัยด้านการใช้สารเสพติด มารดาวัยรุ่นมักจะมีประวัติการใช้สารเสพติดต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์จนถึงระยะตั้งครรภ์มากกว่ามารดาวัยอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Quinlivan et al., 2004b) โดยอาจมีสาเหตุมาจากการอยากรู้ อยากลอง เพื่อต้องการที่พึงพอใจ เมื่อไม่สามารถเผชิญกับความเครียดในชีวิตได้หรือเมื่อเกิดความขัดแย้งกับบิดา-มารดาและต้องการหลีกเลี่ยงปัญหา เป็นต้น (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2553) มารดาวัยรุ่นที่มีประวัติการใช้สารเสพติดตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์จึงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตใจและบุคลิกภาพ เช่น อาการซึมเศร้า เหม่อลอย แยกตัว (De Genna, Cornelius, & Donovan et al., 2009; Espada, Sussman, Medina, & Alfonso, 2011) และมักจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้สูง (Robertson et al., 2004) เห็นได้จากการวิจัยของ Nunes และ Phipps (2013) ที่ศึกษาการเปรียบเทียบ

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นและมารดาผู้ใหญ่ ผลการวิจัยพบว่ามารดาวัยรุ่นที่ใช้เครื่องมือที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดประมาณ 2 เท่าของมารดาวัยรุ่นที่ไม่เสพสารเสพติดใดๆ (แอลกอฮอล์ $OR = 2.04$, 95% $CI = 1.08-3.86$, $p < .05$, บุหรี่ $OR = 2.01$, 95% $CI = 1.03-3.93$, $p < .05$) ส่วนในรายที่ใช้สารเสพติดอื่นๆ รวมด้วยจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 2.85 เท่า ($OR = 2.85$, 95% $CI = 1.33-6.09$, $p < .05$)

4. ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์และการคลอด ในที่นี้พบว่าปัจจัยทางสูติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะอาเจียนไม่สงบ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด เช่น การผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน การตกเลือด เป็นต้น รวมถึงการมีประวัติสูญเสียบุตรขณะตั้งครรภ์ ปัจจัยเหล่านี้เป็นภาวะที่เกิดขึ้นในระยะเจ็บครรภ์และเป็นภาวะที่มีผลกระทบต่อทั้งสภาพร่างกายและจิตใจที่มีส่วนทำให้มารดาเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Klainin & Arthur, 2009; Verdoux et al., 2002) มีการวิจัยที่พบว่าปัจจัยด้านการตั้งครรภ์และการคลอดมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ตัวอย่างเช่น การวิจัยของ Josefsson และคณะ (2002) ที่ศึกษาปัจจัยทางสูติกรรม สุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยทางสูติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดนั้น ได้แก่ ภาวะอาเจียนไม่สงบ ($OR = 4.49$, 95% $CI = 1.41-14.29$, $p < .05$) เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ($OR = 2.93$, 95% $CI = 1.53-5.59$, $p < .05$) การได้รับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ($OR = 2.85$, 95% $CI = 1.12-7.28$, $p < .05$) สอดคล้องกับการวิจัยของ Blom และคณะ (2010) ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ผลการวิจัยพบว่าภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ($OR 2.58$, 95% $CI = 1.30-5.14$, $p = .005$) การได้รับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ($OR = 1.53$, 95% $CI = 1.02-2.31$, $p = .02$) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยผลการวิจัยที่ผ่านมาทำให้เห็นว่าปัจจัยด้านการตั้งครรภ์และการคลอดเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพมารดาที่จะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มากกว่ามารดาที่ตั้งครรภ์และคลอดปกติ

5. ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นมีหลายประการ ตัวอย่างเช่น ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นอย่างยิ่ง โดยจะกล่าวดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.1 ความเครียด

มารดาวัยรุ่นที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเปลี่ยนบทบาทจากวัยรุ่นสู่การเป็นมารดาและการปรับตัวต่อบทบาทใหม่ทั้งที่ยังไม่มีความพร้อม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม มารดาวัยรุ่นที่ไม่สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงอาจทำให้เกิดความเครียดได้ Larson (2004) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความเครียดของการเป็นมารดาใน มารดาวัยรุ่นซึ่งมีอายุต่ำกว่า 18 ปีที่ไม่ได้แต่งงาน จำนวน 187 ราย ผลการวิจัยพบว่า ความรู้สึก ขัดแย้งในการเลี้ยงดูบุตรทำให้เกิดความเครียดได้สูง ($\beta = .31, p < .001$) เนื่องจากรดาวัยรุ่น ต้องรับผิดชอบต่อพัฒนาการเป็นมารดา ก่อนวัยอันควรตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด เป็น เหตุให้มารดาวัยรุ่นเกิดความเครียดสะสมเป็นเวลานาน ความเครียดที่เรื้อรังทำให้มีการกระตุ้นการ หลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) จากต่อมหมวกไต (adrenal gland) ออกมาอย่างต่อเนื่องจนมี ปริมาณสูงกว่าปกติ จึงเป็นสาเหตุให้เกิดการยับยั้งการทำงานของระบบสารสื่อประสาทซีโรโตนิน (serotonin) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่ควบคุมอารมณ์และความรู้สึก (Cowen, 2002) โดยเกิดการ ย้อนกลับของสารซีโรโตนินเข้าสู่รีบริลคอร์เท็กซ์ (cerebral cortex) มากขึ้นและมีปริมาณของสารซี โรโตนินในช่องว่างระหว่างการเชื่อมต่อระบบประสาท (synaptic cleft) ลดลง (สายฝน เอกวางกูร, 2554) บุคคลที่มีภาวะเครียดจึงมีอาการเศร้า หดหู่ เบื่อหน่าย ไร้ความสุข สิ้นหวัง ประสิทธิภาพใน การทำงานลดลงจนเกิดเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ได้ในที่สุด (Jylha et al., 2009) ดังนั้น มารดาวัยรุ่นที่ไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จึงมีความเครียดสะสม มากยิ่งขึ้น จนกลายเป็นความผิดปกติทางด้านอารมณ์และเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดได้ (Mollborn & Morningstar, 2009)

ผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ความเครียดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถทำนาย การเกิดภาวะเศร้าหลังคลอดได้โดยเฉพาะในมารดาวัยรุ่น (Dennis, Janssen, & Singer, 2004; Leigh & Milgrom, 2008) เห็นได้จากการวิจัยของ Venkatesh, Phipps, Triche และ Zlotnick (2014) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นที่มี อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 17 ปี จำนวน 106 ราย พบว่า มารดาที่มีความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรจะ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 1.05 เท่า ($OR = 1.05, 95\% CI: 1.03-1.08, p < .001$) การวิจัย ของพัศตร์วิไล ศรีแสง (Srisaeng, 2003) ที่ศึกษาการทำนายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียดและการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นที่มีอายุ 13-19 ปี จำนวน 119 ราย พบว่า ความเครียดสูงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มาก ($\beta = .451, p < .001$) และความเครียดในระดับสูงร่วมกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำสามารถทำนายการเกิดภาวะ ซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้ถึงร้อยละ 43 ($R^2 = .434, p < .001$) และกนิรี ชัยสวรรค์ และ

คณะ (2554) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นไทยที่มีอายุไม่เกิน 19 ปี จำนวน 84 ราย ผลการวิจัยพบว่า ความเครียดสูงจากการเลี้ยงดูบุตรทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ ($\beta = .41, p < .001$) นอกจากนี้ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรและการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาต่ำยังร่วมกันทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ถึงร้อยละ 50 ($R^2 = .50, p < .001$) นั่นคือ มารดาวัยรุ่นที่มีความเครียดสูงร่วมกับมีความรู้สึกด้านลบต่อตนเองจะเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มาก เนื่องจากความเครียดที่เกิดขึ้นในระยะหลังคลอดเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านฮอร์โมนและจิตใจหรืออารมณ์ (Brummelte & Galea, 2010) หากมารดาวัยรุ่นไม่สามารถเผชิญกับความเครียดได้ก็จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ง่ายมากขึ้น

5.2 การสนับสนุนทางสังคม

มารดาวัยรุ่นที่ต้องเผชิญกับความเครียดมักจะแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง เช่น ครอบครัว เพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิด (Logsdon, Cross, Williams, & Simpson, 2004) ตามกลไกการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต หากบุคคลประเมินแล้วว่าศักยภาพของตนเองไม่สามารถเผชิญปัญหานั้นได้ จะแสวงหาการช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่มีอยู่ทั้งด้านบุคคล สิ่งของ ความรัก ความเอาใจใส่ และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้เผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เมื่อมารดาวัยรุ่นประเมินตนเองแล้วพบว่าไม่มีศักยภาพเพียงพอที่จะเผชิญกับการเป็นมารดาได้ตามลำพัง จึงต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดในด้านต่างๆ เช่น การเลี้ยงดูบุตร การรับผิชอบ ค่าใช้จ่าย การสนับสนุนทางด้านจิตใจจากคนในครอบครัวโดยเฉพาะสามี รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองและบุตรที่ถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์ (Logsdon et al., 2004; Quinlivan et al., 2004a) แต่มารดาวัยรุ่นมักได้รับการช่วยเหลือน้อยหรือไม่ได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวหรือสามี รวมทั้งยังถูกตีตราจากสังคมรอบข้างเนื่องจากการมีบุตรก่อนวัยอันควร จึงอาจทำให้มารดาวัยรุ่นรู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่ได้รับความรักและความเข้าใจจากบุคคลรอบข้างและแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Kaye, 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Hudson et al., 2000; Logsdon, Birkimer, Simpson, & Looney, 2005) แต่ผลการศึกษาเกี่ยวกับอำนาจในการทำนายของการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดยังมีความขัดแย้งกัน กล่าวคือ มยุรี นิรัทธาธร และคณะ (Niratttharadorn et al., 2005) ศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นไทยที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 340 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางลบและทางตรงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($\beta = -.24, p < .001$) และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดผ่านความรู้สึกมีคุณค่า

ในตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Cox และคณะ (2008) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้า ในมารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 19 ปี จำนวน 168 ราย ในระยะ 2 สัปดาห์หลังคลอด พบว่า การสนับสนุนทางสังคมต่ำสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ร้อยละ 35 ($R^2 = .35, p < .001$) แต่การวิจัยของกินรี ชัยสวรรค์ และคณะ (2554) ซึ่งศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 ปี จำนวน 89 ราย การวิจัยของ Logsdon, Hertweck, Ziegler และ Pinto-Foltz (2008) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดที่มีอายุ 13-18 ปี จำนวน 85 ราย และการวิจัยของ Secco และคณะ (2007) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดที่มีอายุน้อยกว่า 19 ปี จำนวน 168 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น จากผลการวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นและยังเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นอีกด้วย

5.3 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยทางจิตสังคมอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นเช่นเดียวกับการสนับสนุนทางสังคมดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น มารดาวัยรุ่นเป็นวัยที่ยังต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว อีกทั้งยังเป็นวัยที่กำลังสร้างเอกลักษณ์ของตนเองและต้องการการยอมรับจากสังคมสูง (อรพรรณ ลือบุญชัย, 2549) การที่มารดาวัยรุ่นต้องเผชิญกับบทบาทการเป็นมารดาก่อนวัยอันควรอาจเกิดความรู้สึกขัดแย้งกับพัฒนาการตามวัยและบทบาทของตนเองที่เกินความสามารถ เนื่องจากมีความสามารถในการเลี้ยงบุตรต่ำ จึงต้องอยู่ในภาวะที่จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ประกอบกับการเป็นมารดาวัยรุ่นอาจยังไม่ได้รับการยอมรับในสังคมไทย ระบบการศึกษาเองก็ยังไม่เอื้อต่อวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ให้สามารถศึกษาต่อได้เช่นเดียวกับวัยรุ่นทั่วไป (สิรินันท์ กิตติสุขสถิต, นพวรรณ มาดารัตน์, วาที สิทธิ, แครี ริคเตอร์ และ อุไรวรรณ คะนิงสุขเกษม, 2554) การปรับตัวอยู่ในสังคมจึงเป็นไปได้ยาก มารดาวัยรุ่นเหล่านี้จึงเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ หากมารดาวัยรุ่นยังไม่สามารถปรับตัวได้และยังคงหมกมุ่นกับความรู้สึกทางลบนั้นเป็นเวลานาน ความรู้สึกที่สะสมนั้นอาจพัฒนาไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามมาได้ (Reid & Meadows-Oliver, 2007)

การวิจัยของ McVeigh และ Smith (2000) ได้ศึกษาการเปรียบเทียบระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระหว่างมารดาวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 72 ราย กับมารดาผู้ใหญ่ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 173 ราย ในระยะ 6 สัปดาห์ และ 6 เดือนหลังคลอด ผลการวิจัยพบว่า มารดาผู้ใหญ่มีระดับของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ามารดาวัยรุ่นทั้งในระยะ 6 สัปดาห์และ 6 เดือนหลังคลอด นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำมีอิทธิพลต่อการ

เกิดภาวะซึมเศร้าทั้งในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด (Jomeen & Martin, 2005) เห็นได้จากการวิจัยของมยุรี นิรัทธารอด และคณะ (Niratttharadorn et al., 2005) ที่ศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นไทยที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 340 ราย ผลการวิจัยพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มาก ($\beta = -.81, p < .001$) และการวิจัยของ Cox และคณะ (2008) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในมารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 19 ปี จำนวน 168 ราย พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้ร้อยละ 27 ($R^2 = .27, p < .01$) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำและการสนับสนุนทางสังคมต่ำสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้ร้อยละ 37 ($R^2 = .37, p < .001$) สอดคล้องกับการวิจัยของพัทศรีวิไล ศรีแสง (Srisaeng, 2003) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียดและการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่มีอายุ 13-19 ปี จำนวน 119 ราย ผลการวิจัยพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำและการสนับสนุนทางสังคมต่ำสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้ร้อยละ 30 ($R^2 = .30, p < .001$) นั่นคือ มารดาวัยรุ่นที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะมีความเสี่ยงต่อเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

6. ด้านความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส

ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส หมายถึง การใช้ความรุนแรงในรูปแบบต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์/จิตใจ และทางเพศ โดยผู้กระทำอาจเป็นสามีหรือคู่นอนของตน การจัดรูปแบบของความรุนแรงมี 3 รูปแบบ คือ ความรุนแรงทางกาย ทางเพศ และทางจิตใจ/อารมณ์ โดยให้คำนิยามตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2010) และศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (Centers for Disease Control and Prevention, 2014) (นันทนา ธนาโนวรรณ, 2555) ดังนี้

1) ความรุนแรงทางกาย หมายถึง ความรุนแรงที่เกิดจากการทำร้ายร่างกายโดยตั้งใจหรือเจตนา และส่งผลทำให้เกิดการบาดเจ็บ ทุพพลภาพจนเป็นอันตรายถึงชีวิต รูปแบบของความรุนแรงทางกาย ได้แก่ ตบ ตี เตะ ต่อย ผลัก ชีดข่วน ขว้างปาสิ่งของ กัด เผลอ กักขัง หน่วงเหนี่ยว และใช้อาวุธต่างๆ เป็นต้น

2) ความรุนแรงทางเพศ หมายถึง ความรุนแรงที่เกิดจากการทำร้ายทางเพศ แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่

2.1 การใช้กำลังบังคับข่มขืนบุคคลอื่นโดยไม่สมัครใจ ซึ่งอาจสำเร็จความใคร่หรือไม่สำเร็จความใคร่

2.2 การพยายามข่มขืนบุคคลอื่นโดยที่บุคคลนั้นไม่สามารถรับรู้หรือเข้าใจการกระทำดังกล่าว เนื่องจากไม่เข้าใจในการกระทำนั้นๆ

2.3 การมีเพศสัมพันธ์ที่รุนแรงผิดปกติ ที่อาจรวมถึงการใช้วัตถุสิ่งของสอดใส่เข้าไปในช่องคลอด เพื่อช่วยในการสำเร็จความใคร่

3) ความรุนแรงทางจิตใจ/อารมณ์ หมายถึง ความรุนแรงที่ก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ/อารมณ์ ได้แก่ การพูดจาเยาะเย้ยถากถางให้อาย การบังคับขู่เข็ญ การกีดกันไม่ให้ได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น การกระทำที่ทำให้ได้รับความอับอาย การปฏิเสธความช่วยเหลือด้านการเงินหรืออื่นๆ การเฝ้าติดตามหรือคุกคามให้เกิดความหวาดกลัวหรือให้เป็นอันตราย

มารดาวัยรุ่นที่มีประสบการณ์การได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส จัดว่าเป็นสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้และก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต (Martinez-Torteya et al., 2009; Mitchell et al., 2010) เนื่องจากเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลที่มีความสัมพันธ์ที่เกิดจากความรักและความผูกพัน อีกทั้งยังมีการแบ่งปันและพึ่งพาทุกสิ่งร่วมกันตั้งแต่ที่อยู่อาศัย การเงิน บุตรและญาติ รวมถึงข้อผูกมัดทางกฎหมายที่ทำให้ยุติความสัมพันธ์ได้ยาก (อูมานน พวงทอง, 2551) ประกอบกับมารดาวัยรุ่นรู้สึกว่าการได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสเป็นสิ่งที่น่าอับอาย และเป็นปัญหาภายในครอบครัว ทำให้ไม่กล้าที่จะเปิดเผยและขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นจึงเป็นเหตุให้ต้องทนเผชิญกับการได้รับความรุนแรงอยู่อย่างต่อเนื่อง (Chalfin et al., 2012) มารดาวัยรุ่นเหล่านี้จึงรู้สึกเครียด หาทาทางออกได้ยาก จนเกิดเป็นความอึดอัด ท้อแท้ เก็บกด ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์และต่อเนื่องจนถึงหลังคลอดจนเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Gavin et al., 2011; Lindhorst & Oxford, 2008)

ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($\beta = .271, p < .001$) (Holden, McKenzie, Pruitt, Aaron, & Hall, 2012) หากพิจารณาตามช่วงวัยแล้วมารดาวัยรุ่นที่ได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มากกว่ามารดาผู้ใหญ่ที่ได้รับความรุนแรง เห็นได้จากการวิจัยของ Beydoun, Al-Sahab, Beydoun และ Tamim (2010) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 6,421 ราย เมื่อทำการวิเคราะห์

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับช่วงอายุแล้ว ผลการวิจัยพบว่า มารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปีที่ได้รับ ความรุนแรงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า 20 ปี ($OR = 1.98, CI = 1.01-3.88, p < .05$) กล่าวคือ มารดาวัยรุ่นที่ได้รับ ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่ามารดาผู้ใหญ่ที่ได้รับ ความรุนแรง

ถึงแม้ว่ามารดาวัยรุ่นที่ได้รับ ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มากกว่ามารดาผู้ใหญ่ แต่จากการศึกษาการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับอิทธิพลของความรุนแรงที่ เกิดจากคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบว่า การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในมารดาที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป (Beydoun, Beydoun, Kaufman, & Zonderman, 2012) สำหรับการวิจัยในมารดาวัยรุ่น นั้นพบได้น้อยและเป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่ง Sussex และ Corcoran (2005) ได้ศึกษาผลของ ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี จำนวน 286 ราย ผลการวิจัยพบว่า มารดาวัยรุ่นที่ได้รับ ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสจะเกิดภาวะ ซึมเศร้าหลังคลอดได้มากกว่ามารดาวัยรุ่นที่ไม่ได้รับ ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ และมารดาวัยรุ่นที่ได้รับ ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสรวมกับได้รับการสนับสนุนทาง สังคมต่ำจะเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงกว่ามารดาวัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง เป็น ต้น สำหรับในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น การศึกษาที่พบเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความรุนแรงที่เกิดจาก คู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์ผู้ใหญ่ (นันทนา ธนาโนวรรณ และพวงเพชร เกษรสมุทร, 2553; Thananowan & Leelacharas, 2011) ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่น่าสนใจ ศึกษาว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นไทยหรือไม่

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลัง คลอดในมารดาวัยรุ่นพบว่า การวิจัยที่กล่าวถึงปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านการ ใช้สารเสพติด และปัจจัยด้านการตั้งครรภ์และการคลอด มีจำนวนมากพอสมควรและมีผลการวิจัยที่ สอดคล้องกันแล้วทั้งในและต่างประเทศว่า ปัจจัยดังกล่าวมีอิทธิพลหรือสามารถทำนายการเกิดภาวะ ซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้ ในขณะที่การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยความเครียด การสนับสนุน ทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ และยังไม่พบ การศึกษาอำนาจในการทำนายของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นทั้งในและต่างประเทศ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational design) เพื่อศึกษาอิทธิพลของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น วิธีดำเนินการวิจัยประกอบด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และการวิเคราะห์ข้อมูล รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร มารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มาตรวจสุขภาพหลังคลอดหรือพาบุตรมาฉีดวัคซีน ณ โรงพยาบาลกำแพงเพชร โรงพยาบาลพิจิตร โรงพยาบาลพุทธชินราช และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ 1) รพ.สต.วังน้ำคู้ 2) รพ.สต.วัดพริก 3) รพ.สต.บ้านเสาหิน 4) รพ.สต.ท่าทอง 5) รพ.สต.ท่าโพธิ์

กลุ่มตัวอย่าง มารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มาตรวจสุขภาพหลังคลอดหรือพาบุตรมาฉีดวัคซีนในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด โดยคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. คลอดเมื่ออายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ ทารกสุขภาพแข็งแรง ไม่มีความพิการแต่กำเนิด
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น ตกเลือด ล้วงรก แผลฝีเย็บแยก เป็นต้น
3. ไม่มีประวัติเจ็บป่วยทางจิตหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชมาก่อน
4. มีความสามารถในการฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้เป็นอย่างดี
5. ไม่มีประวัติใช้สารเสพติดทั้งในขณะตั้งครรภ์และ/หรือหลังคลอด

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)

มารดาที่ไม่สามารถให้สัมภาษณ์ตามลำพังได้

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Termination criteria)

ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถตอบแบบสอบถามต่อภายหลังจากที่ได้เข้าร่วมการวิจัยแล้ว และมีอาการแสดงต่างๆ เช่น แสดงสีหน้าวิตกกังวล คิ้วขมวด ไม่มีสมาธิ เจ็บซึม ไม่สบาย ไม่แสดงออกหรือได้ตอบเหมือนก่อนเข้าร่วมการวิจัย เป็นต้น ผู้วิจัยจะสอบถามความสนใจในตอบแบบสอบถามต่อ หากผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องการยุติ ผู้วิจัยจะสอบถามและเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยระบายความรู้สึก หากผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องการขอคำแนะนำหรือความช่วยเหลือใดๆ ผู้วิจัยจะแจ้งกับพยาบาลประจำการหรือสูติแพทย์ทราบ จากนั้นจึงขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำการในการคัดเลือกรุ่นตัวอย่างใหม่เพื่อทดแทนกลุ่มตัวอย่างเดิม

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สูตรของ Pedhazur และ Kerlinger (1973) ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเป็นสูตรที่ใช้หาความสัมพันธ์เชิงทำนายและวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple linear regression) การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างขึ้นกับจำนวนตัวแปรอิสระที่ต้องการศึกษา ทั้งนี้จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากพอเพื่อให้มีอิทธิพลต่อการทำนายของตัวแปร (Knofczynski & Mundform, 2008) ขนาดกลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อย 10 เท่า หรืออย่างมาก 50 เท่าของตัวแปรอิสระ 1 ตัว (อรุณ จิรวัดนกุล, 2553) ซึ่งส่วนใหญ่นิยมกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 30 เท่าของตัวแปรอิสระ 1 ตัว ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 30 เท่าของตัวแปรอิสระ 1 ตัว โดยใช้สูตรของ Pedhazur และ Kerlinger ดังนี้

$$n/k \geq 30$$

n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

k คือ จำนวนตัวแปรอิสระ

เมื่อแทนค่าในสมการ $n \geq 30 k$

$$n \geq (30 \times 4) = 120$$

ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คิดเป็น 120 คน

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของหน่วยสุติกรรมหลังคลอดและคลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลกำแพงเพชร โรงพยาบาลพิจิตร โรงพยาบาลพุทธชินราช และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 5 แห่ง ในจังหวัดพิษณุโลก ได้แก่ 1) รพ.สต.วังน้ำคู้ 2) รพ.สต.วัดพริก 3) รพ.สต.บ้านเสาหิน 4) รพ.สต.ท่าทอง 5) รพ.สต.ท่าโพธิ์ มีดังนี้

1) โรงพยาบาลกำแพงเพชร เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ขนาด 334 เตียง ให้บริการการฝากครรภ์ การคลอด และดูแลสุขภาพหลังคลอด สำหรับหน่วยสุติกรรมหลังคลอด (OPD) ให้บริการตรวจสุขภาพมารดาในระยะ 4 สัปดาห์หลังคลอด ทุกวันอังคาร เวลา 13.00-15.00 น. ซึ่งมีมารดาหลังคลอดมารับบริการทั้งหมดประมาณ 20 รายต่อเดือน เป็นมารดาวัยรุ่นประมาณ 10 รายต่อเดือน มีห้องบริการตรวจสุขภาพมารดาหลังคลอด 1 ห้อง เตียงตรวจภายใน จำนวน 1 เตียง และห้องให้คำปรึกษา 1 ห้อง โดยทางโรงพยาบาลจะมีแฟ้มประวัติที่มีข้อมูลการตั้งครรภ์ การคลอด ภาวะสุขภาพหลังคลอดและข้อมูลการเจ็บป่วยอื่นๆ ของมารดาวัยรุ่นที่มารับบริการทุกราย และคลินิกเด็กสุขภาพดีให้บริการฉีดวัคซีนทารกในระยะ 4 สัปดาห์หลังคลอด ในวันพฤหัสบดี เวลา 13.00-16.00 น. ให้บริการไม่เกิน 50 รายต่อวัน ซึ่งคลินิกจะมีแฟ้มประวัติของทารกที่มีข้อมูลการคลอด ภาวะสุขภาพของมารดาและทารกทั้งในระยะคลอดและหลังคลอด และประวัติภาวะสุขภาพขณะตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่นในสมุดบันทึกการฝากครรภ์ที่มารดาทุกรายต้องนำมาแสดงทุกครั้งที่เข้ารับบริการ

2) โรงพยาบาลพิจิตร เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ขนาด 405 เตียง ให้บริการการฝากครรภ์ การคลอด และดูแลสุขภาพหลังคลอด สำหรับหน่วยสุติกรรมหลังคลอดให้บริการตรวจสุขภาพมารดาหลังคลอดในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด ทุกวันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 8.00-12.00 น. มีมารดาหลังคลอดมารับบริการทั้งหมดประมาณ 30 รายต่อเดือน เป็นมารดาวัยรุ่นประมาณ 5-10 รายต่อเดือน มีห้องบริการตรวจสุขภาพมารดาหลังคลอด 1 ห้อง มีเตียงตรวจภายใน จำนวน 1 เตียง และห้องให้คำปรึกษา 1 ห้อง โดยทางโรงพยาบาลจะมีแฟ้มประวัติที่มีข้อมูลการตั้งครรภ์ การคลอด ภาวะสุขภาพหลังคลอดและข้อมูลการเจ็บป่วยอื่นๆ ของมารดาวัยรุ่นที่มารับบริการทุกราย

3) โรงพยาบาลพุทธชินราช เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 904 เตียง ให้บริการการฝากครรภ์ การคลอด และดูแลสุขภาพหลังคลอด สำหรับหน่วยสุติกรรมให้บริการตรวจสุขภาพมารดาหลังคลอดในระยะ 4 สัปดาห์หลังคลอด ในวันอังคาร เวลา 13.00-15.30 น. มีผู้มารับบริการทั้งหมดประมาณ 30 รายต่อเดือน เป็นมารดาวัยรุ่นประมาณ 10 รายต่อเดือน มีห้องบริการตรวจสุขภาพมารดาหลังคลอด 1 ห้อง มีเตียงตรวจภายใน จำนวน 1 เตียง และห้องให้คำปรึกษา 1 ห้อง โดยทางโรงพยาบาลจะมีแฟ้มประวัติที่มีข้อมูลการตั้งครรภ์ การคลอด ภาวะสุขภาพหลังคลอดและข้อมูลการเจ็บป่วยอื่นๆ ของมารดาวัยรุ่นที่มารับบริการทุกราย และคลินิกเด็กสุขภาพดีให้บริการฉีด

วัคซีนทารกในระยะ 4 สัปดาห์หลังคลอดในวันอังคารและวันพฤหัสบดี เวลา 13.00-16.00 น มีห้องบริการจำนวน 1 ห้อง ให้บริการไม่เกิน 60 รายต่อวัน ซึ่งมีประวัติของมารดาวัยรุ่นที่พาบุตรมาฉีดวัคซีนจากแฟ้มประวัติของทารกที่มีข้อมูลการคลอด ภาวะสุขภาพของมารดาและทารกทั้งในระยะคลอดและหลังคลอด และประวัติภาวะสุขภาพขณะตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่นในสมุดบันทึกการฝากครรภ์ที่มารดาทุกรายต้องนำมาแสดงทุกครั้งที่ได้รับบริการ

4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ 1) รพ.สต.วังน้ำคู 2) รพ.สต.วัดพริก 3) รพ.สต.บ้านเสาหิน 4) รพ.สต.ท่าทอง 5) รพ.สต.ท่าโพธิ์ เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้บริการตรวจสุขภาพมารดาหลังคลอดในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอดและฉีดวัคซีนทารกในระยะ 4 สัปดาห์หลังคลอด โดยโรงพยาบาลจะส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการตั้งครรภ์ การคลอดและภาวะสุขภาพของมารดาและบุตรหลังคลอดไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลล่วงหน้า เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้วางแผนการพยาบาลและติดตามให้การดูแลมารดาและบุตรอย่างต่อเนื่อง ในแต่ละหน่วยบริการจะนัดตรวจสัปดาห์ละ 1 วัน สลับกันในแต่ละหน่วยงาน ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.00-15.00 น แต่ละหน่วยงานมีห้องตรวจสุขภาพจำนวน 2 ห้อง ห้องสอนสุขศึกษาหรือห้องให้คำปรึกษาจำนวน 1 ห้อง มีผู้มารับบริการประมาณ 5 รายต่อเดือนต่อหน่วยงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 6 ชุด รวม 68 ข้อ ใช้เวลาตอบคำถามประมาณ 40 นาที ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบวัดความรู้สึกเครียด (3) แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (4) แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (5) แบบคัดกรองความรุนแรง และ (6) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยมีรายละเอียดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (The Personal Data questionnaire)

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นข้อคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ อายุของผู้เข้าร่วมวิจัยและสามี สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาของผู้เข้าร่วมวิจัยและสามี อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (ในที่นี้รวมถึงสามี บิดา มารดา หรือสมาชิกในครอบครัวที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ด้วยและพึงพารายได้) ลักษณะครอบครัว จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การคลอด และการแท้ง

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้สึกละเครียด (The Perceived Stress Scale-10: PSS-10)

แบบวัดนี้สร้างโดย Cohen และ Williamson (1988) เป็นแบบสอบถามใช้วัดการรับรู้ความเครียดในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเชิงบวก 6 ข้อ (ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 6, 9, 10) คำถามเชิงลบ 4 ข้อ (ได้แก่ ข้อที่ 4, 5, 7, 8) แบบวัดนี้ประเมินโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่เคย) ถึง 4 (บ่อยมาก) โดยมีรายละเอียดดังนี้

0 = ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เคยเกิดความรู้สึกนั้นเลย
1 = เกือบไม่เคย	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นประมาณ 1-3 ครั้งใน 1 เดือน
2 = บางครั้ง	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้น 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
3 = ค่อนข้างบ่อย	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้น 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์
4 = บ่อยมาก	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นเป็นประจำทุกวัน

เกณฑ์การให้คะแนน

	คำถามเชิงบวก			คำถามเชิงลบ	
ไม่เคย	0	คะแนน		4	คะแนน
เกือบไม่เคย	1	คะแนน		3	คะแนน
บางครั้ง	2	คะแนน		2	คะแนน
ค่อนข้างบ่อย	3	คะแนน		1	คะแนน
บ่อยมาก	4	คะแนน		0	คะแนน

การแปลผลคิดจากคะแนนรวมทั้งหมด โดยมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-40 คะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความเครียดน้อย คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความเครียดมาก

Cohen และ Williamson (1988) ได้นำแบบวัดนี้ไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) กับชาวอเมริกันจำนวน 2,387 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .78 ต่อมา Lesser และ Koniak-Griffin (2000) ได้นำแบบวัดนี้ไปใช้ในการประเมินความเครียดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่มีอายุ 14-19 ปี จำนวน 95 ราย โดยทำการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .77 จากนั้นณัทย วงศ์ปารันย์ และทินกร วงศ์ปารันย์ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2010) ได้นำแบบวัดนี้มาแปลเป็นภาษาไทยโดยกระบวนการแปลแบบย้อนกลับ (Back translation) และทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) กับกลุ่มนักเรียนแพทย์ จำนวน 368 ราย และกลุ่มผู้ป่วยทางคลินิกจำนวน 111 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน

บาก (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .84 และ .80 ตามลำดับ สำหรับการวิจัยครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาก (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .64

ชุดที่ 3 แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (The Multidimension Scale of Perceived Social Support: MSPSS)

แบบวัดนี้สร้างขึ้นโดย Zimet และคณะ (1988) เป็นแบบสอบถามใช้วัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งสนับสนุน 3 ด้าน คือ ด้านบุคคลสำคัญ 4 ข้อ (ข้อ 1, 2, 5, 10) ด้านครอบครัว 4 ข้อ (ข้อ 3, 4, 8 และ 11) และด้านเพื่อน 4 ข้อ (ข้อ 6, 7, 9, 12) รวมเป็น 12 ข้อ แบบวัดนี้ประเมินโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 7 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) โดยมีรายละเอียดดังนี้

- 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยที่สุด
- 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
- 3 หมายถึง ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย
- 4 หมายถึง มีความเห็นเป็นกลาง
- 5 หมายถึง เห็นด้วยเล็กน้อย
- 6 หมายถึง เห็นด้วยอย่างมาก
- 7 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

การแปลผลคิดจากคะแนนรวมทั้งหมด โดยมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 12-84 คะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนนรวมสูง หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

Zimet และคณะ (1988) ได้นำแบบสอบถามนี้ไปทดสอบความเที่ยง (Reliability) ในกลุ่มที่มีอายุ 17-22 ปี พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาก (Cronbach's alpha coefficients) ด้านบุคคลสำคัญเท่ากับ .91 ด้านครอบครัวเท่ากับ .87 และด้านเพื่อนเท่ากับ .85 ส่วนค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ .88 ตามลำดับ ในเวลาต่อมา Zimet, Powell, Farley, Werkman และ Berkoff (1990) ได้นำแบบวัดนี้ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลาย ได้แก่ กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุระหว่าง 16-42 ปี จำนวน 265 ราย กลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี จำนวน 74 ราย และกลุ่มกุมารแพทย์ที่มีอายุระหว่าง 24-38 ปี จำนวน 55 ราย เมื่อทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีการหาความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาก (Cronbach's alpha coefficients) ด้านบุคคลสำคัญเท่ากับ .83-.98 ด้านครอบครัวเท่ากับ .81-.90 ด้านเพื่อนเท่ากับ .90-.94 ส่วนค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .84-.92 ตามลำดับ

แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยกระบวนการแปลแบบย้อนกลับ (Back translation) โดยพิทักษ์พล บุญยมาลิก (Boonyamalik, 2005) เพื่อให้เนื้อหาของแบบสอบถามมีความถูกต้องและตรงกับต้นฉบับมากที่สุด เมื่อนำไปใช้กับวัยรุ่นไทยที่มีอายุ 15-17 ปี จำนวน 1,130 ราย และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .89 เช่นเดียวกับการวิจัยของนพพร ว่องสิริมาส และคณะ (Vongsirimas et al., 2009) ที่นำแบบวัดนี้ไปใช้ในกลุ่มวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-19 ปี ที่มารดามีอาการซึมเศร้าจำนวน 460 ราย เมื่อทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .89 ใกล้เคียงกับ วาริรัตน์ ถาน้อย, กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, รุ่งนภา พาณิชย์รัตน์, Thompson และเดชาวุธ นิตยสุทธ (Thanoi, Phanchaoenworakul, Thompson, Panitrat, & Nityasuddhi, 2010) ที่นำแบบวัดนี้ไปใช้ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงของการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 14-19 ปี จำนวน 1,417 ราย ของโรงเรียนมัธยมจำนวน 12 แห่งในกรุงเทพมหานคร ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .88 สำหรับการวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นนั้น พบว่า กิณี ชัยสวรรค์ และคณะ (2554) ได้นำแบบวัดนี้ไปใช้ในมารดาวัยรุ่นจำนวน 79 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .88 สำหรับการวิจัยครั้งนี้มีความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .94

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (The Rosenberg's Self-Esteem Scale: RSE)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นโดย Rosenberg (1965) เป็นแบบสอบถามที่ประเมินระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเชิงบวกจำนวน 5 ข้อ (ข้อ 1, 3, 4, 7, 10) และคำถามเชิงลบจำนวน 5 ข้อ (ข้อ 2, 5, 6, 8, 9) แบบสอบถามนี้ประเมินโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 4 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) โดยมีรายละเอียดดังนี้

- | | | |
|--------------------------|---------|-----------------------|
| 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง | ไม่เคยเกิดขึ้นเลย |
| 2 = ไม่เห็นด้วย | หมายถึง | นานๆ ครั้ง |
| 3 = เห็นด้วย | หมายถึง | บ่อยครั้ง |
| 4 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง | เกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา |

เกณฑ์การให้คะแนน

	คำถามเชิงบวก		คำถามเชิงลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	คะแนน	1	คะแนน
เห็นด้วย	3	คะแนน	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	คะแนน	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	คะแนน	4	คะแนน

การแปลผลคิดจากคะแนนรวมทั้งหมด โดยมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึง มีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อย คะแนนสูง หมายถึง มีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมาก

Rosenberg (1965) ได้นำแบบสอบถามนี้ไปใช้กับนักเรียนวัยรุ่นอเมริกันที่มีอายุระหว่าง 13-18 ปี จำนวน 5,024 ราย และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) อยู่ในช่วง .77-.88 จากนั้นเมื่อ พัทธวีโล ศรีแสง (Srisaeng, 2003) ได้นำแบบสอบถามนี้มาแปลเป็นภาษาไทยโดยกระบวนการแปลแบบย้อนกลับ (Back translation) และนำไปใช้กับมารดาวัยรุ่นที่มีอายุ 14-19 ปี จำนวน 119 ราย เมื่อทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยวิธีการหาความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) อยู่ในช่วง .82-.86 ต่อมา มยุรี นิรัตธราดรณ์ และคณะ (Niratttharadorn et al., 2005) ได้นำแบบสอบถามนี้ไปใช้ในมารดาวัยรุ่นที่มีอายุ 14-19 ปี จำนวน 340 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .79 สำหรับการวิจัยครั้งนี้มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .77

ชุดที่ 5 แบบคัดกรองความรุนแรง (The Abuse Assessment Screen: AAS)

แบบคัดกรองความรุนแรงนี้สร้างขึ้นโดย McFarlane และคณะ (1992) ใช้สำหรับประเมินความรุนแรงต่อสตรี ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ลักษณะการตอบคำถามเป็นแบบเลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” หากมารดาตอบคำถาม “ใช่” ในข้อคำถามใดข้อหนึ่ง ให้ถือว่ามารดาผู้นั้นได้รับความรุนแรง

McFarlane และคณะ (1992) นำแบบคัดกรองนี้ไปทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีการวัดซ้ำ (test-retest reliability) ในสตรีตั้งครรภ์ชาวแอฟริกัน-อเมริกัน ชาวพื้นเมืองและชาวอเมริกันที่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี จำนวน 691 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 (Basile, Hertz, & Back, 2007) นันทนา ธนาโนวรรณ (Thananowan, 2004) ได้นำแบบคัดกรองนี้มาแปลเป็นภาษาไทยโดยกระบวนการแปลแบบย้อนกลับ (back translation) เพื่อให้เนื้อหาของเครื่องมือมีความถูกต้อง

และตรงกับต้นฉบับมากที่สุดและนำไปใช้ในสตริตั้งครรภ์ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 475 ราย เมื่อทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .94 ต่อมา น้ำฝน ไวทยวงศ์กร, เอมพร รตินธร, เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร และนิศยา สินสุกใส (Waithayawongkorn, Ratinthorn, Serisathien & Sinsuksai, 2009) ได้นำแบบคัดกรองนี้ไปใช้ในสตริตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 18 ปี จำนวน 300 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .74 เครื่องมือนี้ได้นำไปใช้อย่างแพร่หลายทั้งในสตรีทั่วไปและสตริตั้งครรภ์ โดยความเที่ยงของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) อยู่ในเกณฑ์ที่ดี สำหรับการวิจัยครั้งนี้มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .78

ชุดที่ 6 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale: CES-D)

แบบคัดกรองนี้สร้างขึ้นโดย Radloff (1977) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเชิงบวกจำนวน 4 ข้อ (ข้อ 4, 8, 12, 16) และคำถามเชิงลบจำนวน 16 ข้อ (ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20) แบบสอบถามนี้ประเมินโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่เลย) ถึง 3 (ตลอดเวลา) และให้คะแนนตามความถี่ของอาการซึมเศร้า ดังนี้

0 = ไม่เลย	หมายถึง	ความรู้สึกที่ไม่เคยเกิดขึ้นเลยใน 1 สัปดาห์
1 = นานๆ ครั้ง	หมายถึง	ความรู้สึกที่เกิดขึ้น 1 - 2 วันต่อสัปดาห์
2 = บ่อยๆ	หมายถึง	ความรู้สึกที่เกิดขึ้น 3 - 4 วันต่อสัปดาห์
3 = ตลอดเวลา	หมายถึง	ความรู้สึกที่เกิดขึ้น 5 - 7 วันต่อสัปดาห์

เกณฑ์การให้คะแนน

	คำถามเชิงบวก		คำถามเชิงลบ	
ไม่เลย	0	คะแนน	3	คะแนน
นานๆ ครั้ง	1	คะแนน	2	คะแนน
บ่อยๆ	2	คะแนน	1	คะแนน
ตลอดเวลา	3	คะแนน	0	คะแนน

การแปลผลคิดจากคะแนนรวมทั้งหมด โดยคะแนนอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน กำหนดให้คะแนนรวมเท่ากับหรือมากกว่า 16 เป็นจุดตัดของคะแนนที่บ่งบอกว่ามีภาวะซึมเศร้า

Radloff (1977) ได้ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยวิธีการหาความสอดคล้องภายในของกลุ่มประชากรทั่วไปที่มีอายุมากกว่า 18 ปี จำนวน 2,846 ราย และกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 105 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .85 และ .90 ตามลำดับ อุมพร ตรังคสมบัติ และคณะ (2540) ได้แปลแบบคัดกรองนี้เป็นภาษาไทยและนำไปใช้กับวัยรุ่นไทยที่มีอายุ 15-18 ปี จำนวน 125 คน เมื่อทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .86 ในขณะที่ วิไล คุปต์นิรัตศัยกุล และ พนม เกตุมาน (2540) ได้นำแบบคัดกรองนี้ไปใช้กับกลุ่มประชากรทั่วไป จำนวน 69 คน เปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเวช 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .91 นอกจากนี้ยังพบว่าการนำแบบคัดกรองนี้ไปใช้ในการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในกลุ่มมารดาวัยรุ่นเมื่อทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) อยู่ในช่วง .75 ถึง .88 (กนิรี ชัยสวรรค์ และคณะ, 2554; สายลม เกิดประเสริฐ, 2542; Niratttharadorn et al., 2005) สำหรับการวิจัยครั้งนี้มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .87

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม ไปตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ภายหลังจากที่โครงร่างวิจัยได้รับการอนุมัติในการเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปเก็บข้อมูลในมารดาวัยรุ่นมีอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจภาษาและทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยวิธีการหาความสอดคล้องภายในเป็นค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อโครงร่างการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลที่ออกโดยบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล โครงร่างการวิจัย และหนังสือรับรองทางจริยธรรมการวิจัยในคนไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร โรงพยาบาลพิจิตร โรงพยาบาลพุทธชินราชและนายแพทย์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

2. เมื่อได้รับการอนุมัติการเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล กำแพงเพชร โรงพยาบาลพิจิตร โรงพยาบาลพุทธชินราชและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลที่ออกโดยบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล โครงร่างการวิจัย และหนังสือรับรองทางจริยธรรมการวิจัยในคนทั้งของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อแนะนำตัวและขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย

3. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหน่วยสูติกรรมหลังคลอด (ผู้ป่วยนอก) หัวหน้าคลินิกเด็กสุขภาพดีของ โรงพยาบาลกำแพงเพชร โรงพยาบาลพิจิตร โรงพยาบาลพุทธชินราช และหัวหน้างานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 5 แห่ง เพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ห้องตรวจสุขภาพหลังคลอด (ผู้ป่วยนอก) และ/หรือคลินิกเด็กสุขภาพดีของแหล่งเก็บข้อมูลข้างต้นในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.00-16.00 น. โดยจะแบ่งวันและเวลาในการเก็บข้อมูลตามช่วงเวลาที่เหมาะสมในแต่ละสถานที่เก็บข้อมูล (โรงพยาบาลพุทธชินราช เก็บข้อมูลวันอังคาร และวันพฤหัสบดี, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เก็บข้อมูลวันจันทร์ วันพุธ วันพฤหัสบดี และวันศุกร์ โดยแบ่งเก็บข้อมูลวันละ 1 แห่ง, โรงพยาบาลกำแพงเพชร เก็บข้อมูลวันอังคารและวันพฤหัสบดี และโรงพยาบาลพิจิตร เก็บข้อมูลวันจันทร์ถึงวันศุกร์ โดยแบ่งเก็บแต่ละสถานที่ตามช่วงเวลาเป็นรายเดือน)

5. ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างนั้น พยาบาลประจำหน่วยหลังคลอดของแต่ละแหล่งเก็บข้อมูลจะทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าให้แก่ผู้วิจัยทีละราย ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างรอเข้ารับบริการหรือภายหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างรายนั้นๆ ได้รับการตรวจสุขภาพหลังคลอด และ/หรือบุตรได้รับการฉีดวัคซีนเรียบร้อยแล้ว โดยพยาบาลจะคัดเลือกจากแฟ้มประวัติผู้รับบริการ สมุดบันทึกการฝากครรภ์ ซึ่งประกอบด้วยประวัติการตั้งครรภ์ การคลอดที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลและพยาบาลซีกประวัติเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด จากนั้นพยาบาลประจำหน่วยจะเป็นผู้แนะนำโครงการวิจัยให้แก่มารดาวัยรุ่น หากมารดาวัยรุ่นสนใจที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย พยาบาลจะให้ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง

6. ผู้วิจัยแนะนำตัวและขอเชิญมารดาวัยรุ่นไปยังที่เตรียมไว้ เพื่อแนะนำโครงการวิจัย ซึ่งห้องดังกล่าวมีความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยจะชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย เช่น วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย ความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น การรักษาความลับ การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย เพื่อขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

7. ในการวิจัยครั้งนี้ หากมารดาวัยรุ่นรายใดยินยอมเข้าร่วมโครงการการวิจัย มารดาวัยรุ่นจะแสดงความยินยอมด้วยวาจา (verbal consent) และหากตอบแบบสอบถามจะถือว่าเป็นการแสดงความยินยอม เนื่องจากหัวข้อของการวิจัยเป็นเรื่องละเอียดอ่อนและต้องรักษาความลับ และความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมการวิจัยและข้อมูล

8. ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดและวิธีการตอบแบบสอบถามให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบ โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยจะทำการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองทั้งหมดจำนวน 6 ชุด รวมข้อคำถาม 68 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 40 นาที ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สะดวกในการอ่านหรือตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านและทำเครื่องหมายเลือกคำตอบที่ตรงกับคำตอบของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยในขณะที่ตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถซักถามเกี่ยวกับข้อคำถามได้ตลอดเวลา

9. ในระหว่างเก็บข้อมูล หากผู้เข้าร่วมการวิจัยรู้สึกอึดอัดหรือไม่สบายใจเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามหรือต้องการถอนตัวออกจากการเข้าร่วมการวิจัยก็สามารถทำได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาและการพยาบาลที่ได้รับตามปกติของหน่วยงาน

10. ภายหลังจากผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยรวบรวมเอกสารชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัยและแบบสอบถามจากผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละราย หากผู้วิจัยประเมินคะแนนรวมในแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าแล้วพบว่า มีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนนขึ้นไป ซึ่งหมายความว่ามีความเสี่ยงสูง ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยระบายความรู้สึกและประเมินปัญหาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องการความช่วยเหลือ จากนั้นผู้วิจัยจะแจ้งผลการประเมินให้พยาบาลประจำหน่วยงานรับทราบ เพื่อให้หน่วยงานติดตามเรื่องอาการซึมเศร้าต่อไป สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยรายใดที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงและจำเป็นต้องได้รับการดูแลและให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ผู้วิจัยจะแจ้งและติดต่อประสานงานกับพยาบาลประจำการหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของหน่วยงาน เพื่อให้การดูแลและช่วยเหลือต่อไปอย่างเหมาะสม เช่น การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าเพิ่มเติมโดยแพทย์ การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การให้สุขภาพจิตศึกษาหรือให้คำปรึกษา การส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาในรายที่เป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรงไปยังโรงพยาบาลศูนย์ในเครือข่าย (กรณีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) หรือส่งต่อไปยังจิตแพทย์ (กรณี โรงพยาบาลกำแพงเพชร โรงพยาบาลพิจิตร และโรงพยาบาลพุทธชินราช) เพื่อให้การรักษาต่อไป นอกจากนี้ผู้วิจัยยังแจกแผ่นพับที่มีข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือสตรีที่ได้รับความรุนแรงให้กับผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายทั้งที่ได้รับและไม่ได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อไปอีกด้วย

11. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามใส่กล่องกระดาษที่ปิดมิดชิด ซึ่งมีช่องสำหรับหย่อนแบบสอบถามที่ตั้งอยู่ในห้องพยาบาลหรือห้องสอนสุขศึกษาที่จัดไว้ข้างต้น เพื่อเป็นการรักษาความลับและป้องกันการเชื่อมโยงของข้อมูลไปยังผู้เข้าร่วมการวิจัยได้
12. หลังการเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้และรวบรวมแบบสอบถามที่เก็บได้ในแต่ละวันไปทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยดำเนินการตามขั้นตอนที่ได้รับการพิจารณาความเห็นชอบในการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (IRB-NS) จากนั้นผู้วิจัยจะนำผลการพิจารณาโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน No.IRB-NS2013/179.2706 เสนอต่อคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาลกำแพงเพชร โรงพยาบาลพิจิตร โรงพยาบาลพุทธชินราชและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยและผู้ปกครองทุกรายทราบวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย ความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น การรักษาความลับ การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย การถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลตามปกติ หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยระหว่างกรเก็บข้อมูล สามารถซักถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา การเก็บข้อมูลจะกระทำในช่วงเวลาที่ไม่มีรบกวนการเข้ารับบริการของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยจะกระทำในช่วงที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยอยู่ระหว่างรอเข้ารับบริการก่อนเวลาทำการและหลังจากที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการตรวจสุขภาพหลังคลอดแล้ว หรือผู้เข้าร่วมการวิจัยได้นำบุตรมารับการฉีดวัคซีนเรียบร้อยแล้ว เพื่อเป็นการรักษาสีทธิในการเข้ารับบริการของผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ แบบสอบถามทุกชุดจะใช้หมายเลขแทนการระบุชื่อ-นามสกุลของผู้เข้าร่วมการวิจัย มีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาหลักเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงฐานข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามใส่กล่องกระดาษที่ปิดมิดชิด ซึ่งมีช่องสำหรับหย่อนแบบสอบถามที่ตั้งอยู่ในห้องพยาบาลหรือห้องสอนสุขศึกษาที่จัดไว้ซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับผู้วิจัยตลอดเวลา เพื่อเป็นการรักษาความลับและป้องกันการเชื่อมโยงของข้อมูลไปยังผู้เข้าร่วมการวิจัย เมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละ

ละวัน เอกสารทั้งหมดข้างต้นจะถูกเก็บไว้ในตู้เก็บเอกสารส่วนตัวของผู้วิจัยซึ่งมีกุญแจเปิดล็อกไว้ตลอดเวลา โดยตู้เอกสารนี้จัดตั้งอยู่ในห้องทำงานส่วนตัวของผู้วิจัย ชั้น 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ซึ่งมีพนักงานรักษาความปลอดภัยดูแลตลอด 24 ชั่วโมง สำหรับผลการวิจัยจะมีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม โดยไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุลของผู้เข้าร่วมการวิจัย เพื่อรักษาความลับและป้องกันการเชื่อมโยงข้อมูลไปยังผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้จะทำลายแบบสอบถามและเอกสารต่างๆ ที่สามารถเชื่อมโยงถึงผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ด้วยเครื่องทำลายเอกสารไฟฟ้า ภายหลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยและผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรที่ศึกษา โดยสถิติการหาค่าสัมประสิทธิ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation)
3. วิเคราะห์อำนาจการทำนายของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational design) เพื่อศึกษาอิทธิพลของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มาตรวจสุขภาพหลังคลอดหรือพาบุตรมาฉีดวัคซีนในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด ณ โรงพยาบาลกำแพงเพชร โรงพยาบาลพิจิตร โรงพยาบาลพุทธชินราชและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 5 แห่งโดยการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย จากนั้นทำการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลแล้วจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ได้ผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation)

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression)

**ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)**

ตาราง 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว การตั้งครรภ์ การคลอด และการแท้ง (n = 120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
14-17	53	44.2
18-19	67	55.8
Mean = 17.48, S.D = 1.315, Min = 14 , Max =19		
อายุสามี (ปี)		
15-19	43	35.8
20-25	57	47.5
26-30	15	12.5
31-35	2	1.7
≥ 35	3	2.5
Mean = 22.22, S.D = 5.430, Min = 15, Max = 50		
สถานภาพสมรส		
คู่	105	87.5
แยกกันอยู่	15	12.5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	4.2
ประถมศึกษา (ป.1-ป.6)	20	16.7
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-ม.3)	67	55.8

ตาราง 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว การตั้งครรภ์ การคลอด และการแท้ง (n = 120) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษาของสามี		
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-ม.6) / ปวช.	25	20.8
อนุปริญญา / ปวส.	3	2.5
ไม่ได้เรียนหนังสือ	6	5
ประถมศึกษา (ป.1-ป.6)	30	25
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-ม.3)	52	43.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-ม.6) / ปวช.	24	20
อนุปริญญา/ปวส./ปริญญาตรี	8	6.7
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	29	24.2
นักเรียน/นักศึกษา	16	13.3
รับจ้างทั่วไป	75	62.5
รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ย/เดือน (บาท)		
≤ 5,000	37	30.8
5,001 - 10,000	57	47.5
10,001 - 15,000	14	11.7
≥ 15,001	12	10
Mean = 9,825.83, S.D = 8,525.87, Min = 2,000, Max = 75,000		
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	50	41.7
ครอบครัวขยาย	70	58.3
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์		
1	101	84.2
≥ 2	19	15.8

ตาราง 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว การตั้งครรภ์ การคลอด และการแท้ง (n = 120) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการคลอด		
1	110	91.7
≥ 2	10	8.3
จำนวนครั้งของการแท้ง		
ไม่เคยแท้ง	109	90.8
เคยแท้ง	11	9.2

จากตารางที่ 4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 14-19 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 17.48 ปี (S.D. = 1.315) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีอายุ 18-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.8 ส่วนสามของกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 15-50 ปี อายุเฉลี่ย 22.22 ปี (S.D. = 5.34) โดยประมาณหนึ่งในสามอยู่ในช่วงวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.8 และเกือบครึ่งหนึ่งมีอายุ 20-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่กับสามี คิดเป็นร้อยละ 87.5 และแยกกันอยู่ ร้อยละ 12.5

กลุ่มตัวอย่างและสามีของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 55.8 และร้อยละ 43.3 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีอาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 62.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 24.2 และเป็นนักเรียนหรือนักศึกษา ร้อยละ 13.3 รายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 2,000-75,000 บาท/เดือน เฉลี่ย 9,825.83 บาท/เดือน (S.D. = 8,525.87) และลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่งหนึ่งเป็นครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 58.3 และครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 41.7

สำหรับผลการวิจัยด้านการตั้งครรภ์และการคลอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตั้งครรภ์และคลอดเป็นครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 84.2 และ 91.7 ตามลำดับ ไม่เคยทำแท้ง ร้อยละ 90.8 และเคยทำแท้ง คิดเป็นร้อยละ 9.2

ตาราง 4.2 คะแนนรวม ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (n = 120)

ตัวแปรที่ศึกษา	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	$\bar{x}$	S.D.
ความเครียด	10	32	19.90	4.17
การสนับสนุนทางสังคม	12	84	61.58	12.92
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	18	38	28.11	3.50
ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	3	39	15.26	7.38

จากตารางที่ 4.2 ผลการวิเคราะห์คะแนนรวมของความเครียดที่ได้จากการประเมินโดยใช้แบบวัดความรู้สึกเครียด (PSS-10) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 10-32 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยของความเครียดเท่ากับ 19.90 คะแนน (S.D. = 4.17) ส่วนคะแนนรวมของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้จากการประเมินโดยใช้แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (MSPSS) พบว่า อยู่ในช่วง 12-84 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 61.58 คะแนน (S.D. = 12.92) สำหรับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ได้จากการประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (RSE) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 18-38 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเท่ากับ 28.11 คะแนน (S.D. = 3.50) และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่ได้จากการประเมินโดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (CES-D) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 3-39 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเท่ากับ 15.26 คะแนน (S.D. = 7.38)

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (n = 120)

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีภาวะซึมเศร้า (CES-D $\geq$ 16)	54	45
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (CES-D < 16)	66	55

จากตารางที่ 4.3 ผลการจำแนกกลุ่มของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 45 และไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 55

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสจำแนกตามชนิดของความรุนแรง (n = 120)

ชนิดของความรุนแรง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรุนแรงทางกายหรือจิตใจ (AAS1)	37	30.8
ความรุนแรงทางกายเมื่อ 1 ปีก่อนตั้งครรภ์ (AAS2)	17	14.2
ความรุนแรงทางกายขณะตั้งครรภ์ (AAS3)	10	8.3
ความรุนแรงทางเพศเมื่อ 1 ปีก่อน (AAS4)	6	5
ความรู้สึกลัวกลัวสามีขณะตั้งครรภ์ (AAS5)	17	14.2

หมายเหตุ: กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบข้อคำถามได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 4.4 ผลการวิเคราะห์คะแนนความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 120 ราย มารดาหลังคลอดที่ตอบข้อคำถามของแบบประเมินคัดกรองความรุนแรง (AAS) ที่ตอบ “ใช่” ในข้อใดข้อหนึ่งให้ถือว่ามารดาหลังคลอดรายนั้นได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส ผลการวิจัยพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสจำนวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.67 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ดังแสดงในตารางที่ 4.4 กล่าวคือ มารดาหลังคลอดที่ได้รับความรุนแรงทางกายหรือจิตใจมาก่อน (AAS1) จำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.8 ได้รับความรุนแรงทางกายในช่วงระยะเวลา 1 ปีก่อนตั้งครรภ์ (AAS2) จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.2 ได้รับความรุนแรงทางกายในขณะตั้งครรภ์ (AAS3) จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.3 ได้รับความรุนแรงทางเพศในช่วงระยะเวลา 1 ปีก่อน (AAS4) จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 และได้รับความรุนแรงทางจิตใจในขณะตั้งครรภ์ (AAS5) จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.2 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส และภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation)

ตาราง 4.5 ค่าความสัมพันธ์ของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation) (n = 120)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5
1. ความเครียด	1				
2. การสนับสนุนทางสังคม	-.14	1			
3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	-.12	.23*	1		
4. ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส	.16	-.23*	-.32**	1	
5. ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	.33**	-.26**	-.66**	.34**	1

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

จากตารางที่ 4.5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation) พบว่า ความเครียด ($r = .33, p < .05$) และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส ($r = .34, p < .05$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ส่วนการสนับสนุนทางสังคม ($r = -.26, p < .05$) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($r = -.66, p < .05$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression)

ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression) โดยตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยวิธี Kolmogorov-Sminov test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็น โค้งปกติ (normal distribution) ตรวจสอบค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยพิจารณาจากค่า Dubin-Watson มีค่าเท่ากับ 2.2 พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยพิจารณาจากค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันมีค่าความสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ -.12 ถึง .32 ซึ่งไม่เกิน .80 และค่า tolerance มีค่าเท่ากับ .86-.96 ซึ่งมีค่าเข้าใกล้ 1 ตัวแปรที่ศึกษาจึงไม่มีปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (multicollinearity) และตรวจสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการทำนายของตัวแปรที่ศึกษา โดยพิจารณาจากแผนภาพกระจาย (scatter plot) พบว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดกระจายอยู่บริเวณศูนย์ นั่นคือ ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรที่ศึกษาทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) ผลการตรวจสอบข้อมูล พบว่า ลักษณะของข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น (บุญใจ ศรีสถิตยัณฺธรงกูร, 2553) จึงนำตัวแปรทั้งหมดได้แก่ ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมาเข้าสมการถดถอยพหุคูณแบบเข้าพร้อมกันทั้งหมด (Enter) เพื่อหาอำนาจในการทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

ตารางที่ 4.6 ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression) ($n = 120$)

ตัวแปรที่ศึกษา	B	SE _B	β	t	p
1. ความเครียด	.422	.116	.239	3.637	.000
2. การสนับสนุนทางสังคม	-.041	.038	-.071	-1.059	.292
3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	-1.240	.145	-.589	-8.550	.000
4. ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส	1.525	1.056	.100	1.444	.151
R = .72, R ² = 0.524 , Overall F = 31.59 , Sig F = .000					

จากตารางที่ 4.6 ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression) พบว่า ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 52.4 ($R^2 = .524, p < .05$) โดยมีเพียงความเครียดและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเรียงจากค่ามากไปน้อย คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($\beta = -.589, p < .05$) และความเครียด ($\beta = .239, p < .05$) ตามลำดับ ส่วนการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .239, p > .05$) และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส ($\beta = .100, p > .05$) ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาไว้รุ่นได้

บทที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น โดยมีรายละเอียดของการอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัยดังต่อไปนี้

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า มารดาวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 45 ซึ่งนับว่าเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูง เมื่อเทียบกับมารดาผู้ใหญ่ที่พบอยู่ระหว่างร้อยละ 14.3-16.8 (วรรณาคง สุริยนาวัน และคณะ, 2553; Limlomwongse & Liabsuetrakul, 2006) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการดาวัยรุ่นมักจะมีอารมณ์อ่อนไหว เปลี่ยนแปลงง่าย ควบคุมอารมณ์ได้ไม่ค่อยดี โดยจะแสดงอารมณ์ออกมาให้เห็นชัดเจนไม่ว่าจะอารมณ์ใด ซึ่งลักษณะอารมณ์ของวัยรุ่นจะเป็นแบบพายุบูแคม (storm and stress) (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2553) อาจมีศักยภาพไม่เพียงพอและอาจใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ จึงทำให้ไม่สามารถจัดการทั้งภาวะคุกคามและอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้นได้ (Honey et al., 2003) ลักษณะเหล่านี้อาจทำให้มารดาวัยรุ่นเกิดความเครียดสูง อาจรู้สึกด้อยค่าในตนเอง จึงเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มาก

นอกจากนี้มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาน้อยและมีรายได้ต่ำ ในรายที่สามมีอายุใกล้เคียงกันก็อาจจะประสบปัญหาในทำนองเดียวกัน จึงทำให้มีรายได้น้อย ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย จึงอาจส่งผลให้มารดาวัยรุ่นเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ง่าย ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า มารดาวัยรุ่นร้อยละ 62.5 มีอาชีพรับจ้างและมีรายได้เฉลี่ย 9,825.83 บาทต่อเดือน (ดังแสดงในตารางที่ 4.1) จึงอาจมีปัญหาด้านเศรษฐกิจซึ่งจะกลายเป็นภาระของมารดาวัยรุ่นและครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า (Secco et al., 2007) อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในการศึกษาครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของกินรี ชัยสวรรค์ และคณะ (2554) พัทธวีวิไล ศรีแสง (Sriseang, 2003) มยุรี นิรัตธราคร และคณะ (Niratttharadorn et al., 2005) ซึ่งพบมารดาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 41.6, 54.6 และ 54.71 ตามลำดับ

สมมติฐานการวิจัย ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้ร้อยละ 52.4 ($R^2 = .524, p < .05$) ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีเพียงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความเครียด ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.589, p < .05$) หมายความว่า เมื่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเปลี่ยนไป 1 หน่วย จะทำให้ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดลดลง .589 หน่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความคิด ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง ให้การยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกนี้ทำให้บุคคลมีความอดทนในงาน มีการปรับตัว มีการรับรู้ความสามารถในงาน ควบคุมการทำงานได้ และมีความพึงพอใจได้นาน (Sowislo & Orth, 2013) ดังนั้น มารดาวัยรุ่นที่รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จึงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับแนวคิดของ Watson, Suls และ Haig (2002) ที่กล่าวว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งมารดาวัยรุ่นที่ต้องเผชิญกับการทำหน้าที่มารดา ก่อนวัยอันควร ไม่มีความพร้อมทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม แต่ถ้ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะสามารถช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าลงได้ โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเต็มที่จากบุคคลรอบข้าง แต่ถ้าสถานการณ์ต่างๆ ที่มารดาวัยรุ่นต้องเผชิญในระหว่างตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด เป็นสถานการณ์ที่ถูกคามต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะทำให้มารดาเกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ความสามารถ ไม่สามารถควบคุมหรือจัดการสิ่งต่างๆ ได้ เกิดความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ สิ้นหวัง มีความคิด ความรู้สึกทางลบต่อตนเองและบุคคลรอบข้าง ความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเองและความคิดในทางลบเหล่านี้จะสะสมมากขึ้น จนเกิดความไม่สมดุลทางจิตใจ กลายเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามมา (Honey et al., 2003; Kendall-Tackett, 2010; Skowron et al., 2013) ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับพัคตร์วิไล ศรีแสง (Srisaeng, 2003) Logsdon และคณะ (2008) และ Cox และคณะ (2008) ที่พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลทางลบต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด หมายความว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้

ความเครียด

ความเครียดสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .239, p < .05$) หมายความว่า เมื่อความเครียดเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพิ่มขึ้น .239 หน่วย ความเครียดเป็นความรู้สึกที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลเป็นผู้ที่ประเมินผ่านความรู้สึกนึกคิดว่าเกินความสามารถที่ตนเองจะต่อต้านได้ และรู้สึกว่าถูกคุกคามหรือเป็นอันตรายต่อความเป็นอยู่ที่ดี (Lazarus & Folkman, 1984) ความเครียดที่เกิดขึ้นอาจเป็นความเครียดในระยะสั้นที่กระตุ้นให้บุคคลตื่นตัวและมีพลังในการทำงานหรือเป็นความเครียดเรื้อรังซึ่งจะทำให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลสูงกว่าปกติจนยับยั้งการทำงานของสารสื่อประสาทซีโรโตนินที่ทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์และความรู้สึก (Cowen, 2002) บุคคลที่มีภาวะเครียดสูงจึงมีอารมณ์เศร้า หดหู่ ไร้ความสุข ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงจนเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (สายฝน เอกวรังกูร, 2554, Jylha et al., 2009)

ความเครียดที่เกิดขึ้นกับมารดาวัยรุ่นมักเกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูบุตร การเผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความยุ่งยากในชีวิต (Milan et al., 2004) ในระยะแรกมารดาวัยรุ่นอาจจะประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย ทำให้เกิดแรงกระตุ้นให้มีความพยายามในการเผชิญปัญหา ซึ่งแต่ละรายอาจใช้วิธีการเผชิญกับสถานการณ์แตกต่างกัน มารดาวัยรุ่นที่ใช้ความพยายามอย่างเต็มที่แล้วแต่ยังไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้จะเกิดความเครียดมากขึ้น ความล้มเหลวจากการเผชิญปัญหาย่อยครั้งและปัญหาต่างๆ ยังทับถมมากขึ้นจนไม่สามารถเผชิญได้ มารดาจะประเมินสถานการณ์ดังกล่าวเป็นภาวะคุกคามแทน ความเครียดที่สะสมอย่างต่อเนื่องจึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Faisal-Cury, Savoia, & Menezes, 2012; Honey et al., 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ Venkatesh และคณะ (2014) พบว่าความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า มารดาที่มีความเครียดอาจจะรู้สึกว่าตนมีสมรรถนะต่ำ วิตกกังวล ความเครียดลดความสามารถในการปรับตัว ปรับอารมณ์ นำมาซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นไปได้ว่าความเครียดและภาวะซึมเศร้าอาจเป็นสาเหตุซึ่งกันและกันได้ และการศึกษาของกินรี ชัยสวรรค์ และคณะ (2554) ที่พบว่า มารดาวัยรุ่นที่มีความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรสูงจะเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มาก

สำหรับตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้ คือ การสนับสนุนทางสังคมและความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้ อาจเนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมที่มารดาวัยรุ่นคาดหวังจากสังคมรอบข้างนั้นมีทั้งการช่วยเหลือในการเลี้ยงดูบุตร การรับผิดชอบค่าใช้จ่าย และการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากคนในครอบครัว (Logsdon et al., 2004) ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น (Logsdon et al., 2005) แต่จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้พบว่า มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มักได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน การจัดหาวัตถุสิ่งของสำหรับทารก คำแนะนำและความช่วยเหลือในการเลี้ยงดูบุตรจากมารดาของตนและครอบครัวของสามี แต่การสนับสนุนทางด้านจิตใจไม่เด่นชัดมากนัก จึงมีความเป็นไปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมจะไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้โดยตรง แต่อาจมีอิทธิพลทางอ้อมผ่านตัวแปรอื่น เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นั่นหมายความว่า นอกจากมารดาวัยรุ่นจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุ การเงิน ความรู้และการช่วยเหลือเลี้ยงดูบุตรแล้ว ยังต้องได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจมากพอที่จะทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อการเป็นมารดาและรักษาสมดุลทางจิตใจได้ การสนับสนุนทางสังคมที่มารดาวัยรุ่นได้รับจึงอาจไม่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้

ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกินรี ชัยสวรรค์ และคณะ (2554) Logsdon และคณะ (2008) และ Secco และคณะ (2007) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของมยุรี นิรัตธาดร และคณะ (Nirattharadorn et al., 2005) อย่างไรก็ตาม มารดาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม ($\bar{x} = 58.48$, S.D. = 13.66) ต่ำกว่ามารดาวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($\bar{x} = 64.12$, S.D. = 11.78) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.26$, $p < .05$) (ดังแสดงในตารางที่ 4.5) แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มากพอที่จะมีอิทธิพลทางตรงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

สำหรับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสที่ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้ อาจเป็นเพราะความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในการวิจัยครั้งนี้เป็นความรุนแรงในรูปแบบใดๆ ก็ตามที่มารดาวัยรุ่นได้รับอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิตอาจได้รับความรุนแรงเพียงครั้งเดียวหรือมากกว่าหนึ่งครั้งก็ได้ ส่วนระดับความรุนแรงของผลกระทบของความรุนแรงนั้นขึ้นอยู่กับ การประเมินและวิธีการเผชิญของมารดาวัยรุ่น หากมารดาประเมินว่า สถานการณ์ดังกล่าวมีความรุนแรงมาก ลูกถามการดำเนินชีวิตและก่อให้เกิดอันตรายหรือความสูญเสีย บุคคลยังมีความเครียดสูงและหากความเครียดนั้นไม่สามารถจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความเครียดสะสม จึงส่งผล

ให้บุคคลเสียสมดุลและเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้าตามมา หากมารดาประเมินว่า ความรุนแรงไม่มีผลต่อการดำเนินชีวิตและสามารถรักษาสมดุลได้ ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสจึงไม่ส่งผลโดยตรงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สอดคล้องกับผลการวิจัยของนันทนา ธนา โนวรรณ และคณะ (2556) ที่พบว่า ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แต่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดผ่านความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การที่ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้

การศึกษาอิทธิพลของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นในครั้งนี้ สรุปได้ว่า ความเครียดและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมและความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสนั้นไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้ ผลการวิจัยในครั้งนี้จึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยเพียงบางส่วนเท่านั้น นั่นคือ มารดาวัยรุ่นที่มีความเครียดสูงและมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ดังนั้น ในการเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จึงควรมีการประเมินความเครียดและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของมารดาวัยรุ่น เพื่อหาแนวทางในการป้องกันและลดการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational design) เพื่อศึกษาอิทธิพลของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มาตรวจสุขภาพหลังคลอดหรือพาบุตรมาฉีดวัคซีนในระย 4-6 สัปดาห์หลังคลอด ณ โรงพยาบาลกำแพงเพชร โรงพยาบาลพิจิตร โรงพยาบาลพุทธชินราช และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 5 แห่ง โดยการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเครียด (The Perceived Stress Scale-10: PSS-10) แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (The Multidimension Scale of Perceived Social Support: MSPSS) แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (The Rosenberg's Self-Esteem Scale: RSE) แบบคัดกรองความรุนแรง (The Abuse Assessment Screen: AAS) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale: CES-D) โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและคะแนนรวมความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation) และวิเคราะห์ตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression) ซึ่งสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 14-19 ปี อายุเฉลี่ย 17.48 ปี ส่วนใหญ่อยู่กับสามี (87.5%) สามีมีอายุอยู่ในช่วง 15-50 ปี อายุเฉลี่ย 22.22 ปี กลุ่มตัวอย่างและสามีประมาณครึ่งหนึ่งจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 55.8 และร้อยละ 43.3 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีอาชีพรับจ้างทั่วไป (62.5%) รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2,000-75,000 บาทต่อเดือน ($\bar{X}$ = 9,825.83) กลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่งหนึ่งอยู่ในครอบครัวขยาย (58.3%) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แต่งงานครั้งแรก (84.2%) และคลอดเป็นครั้งแรก (91.7%)

2. ข้อมูลความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบว่า ค่าเฉลี่ยของความเครียดเท่ากับ 19.90 คะแนน (ค่าต่ำสุด-สูงสุด = 1-32, S.D. = 4.17) การสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 61.58 คะแนน (ค่าต่ำสุด-สูงสุด = 12-84, S.D. = 12.92) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเท่ากับ 28.11 คะแนน (ค่าต่ำสุด-สูงสุด = 18-38, S.D. = 3.50) และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเท่ากับ 15.26 คะแนน (ค่าต่ำสุด-สูงสุด = 3-19, S.D. = 7.38) มารดาวัยรุ่นได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส 44 ราย (37.67%) และมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 54 ราย (45%)

3. อำนาจในการทำนายของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น ผลการวิจัยพบว่า ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้ร้อยละ 52.4 ($R^2 = .524, p < .05$) ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มีเพียง 2 ปัจจัย โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุด คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความเครียด ตามลำดับ โดยที่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลทางลบ ($\beta = -.589, p < .05$) ต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและความเครียดมีอิทธิพลทางบวก ($\beta = .239, p < .05$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมและความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยเพียงบางส่วน

ข้อจำกัดของการทำวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในมารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อย ระดับการศึกษาและรายได้ น้อย ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดพิจิตร จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งอยู่ในเขตภาคเหนือตอนล่าง จึงมีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลการวิจัยไปสู่ประชากรกลุ่มอื่น การนำผลการวิจัยไปอ้างอิงจึงควรเลือกใช้ในบริบทที่คล้ายคลึงกัน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. ควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โดยใช้แบบประเมินความเครียดและความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ เพราะภาวะที่มีความเครียดสูงและมีความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองต่ำเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้
2. ควรมีการจัดทำโปรแกรมการลดความเครียดและส่งเสริมความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองให้กับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายที่มุ่งศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น จึงควรนำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนาเป็นการวิจัยเชิงทดลองแล้วนำไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติ เพื่อลดการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นต่อไป

อิทธิพลของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

INFLUENCE OF STRESS, SOCIAL SUPPORT, SELF-ESTEEM, AND INTIMATE PARTNER VIOLENCE ON POSTPARTUM DEPRESSION IN ADOLESCENT MOTHERS

พรพรรณ อินตะ 5337326 NSAM/M

พย.ม. (การผดุงครรภ์ชั้นสูง)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : นันทนา ธนาโนวรรณ, Ph.D. (NURSING),
วรรณภา พาหุวัฒน์กร, Ph.D. (NURSING), พวงเพชร เกษรสมุทร, ปร.ด. (การพยาบาล),

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นภาวะที่พบบ่อยในมารดามารดาวัยรุ่น ในต่างประเทศพบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นร้อยละ 32-60 (Skowron, Clark, Sadovsky, & Wisner, 2013; Stunder, 2011) ส่วนในมารดาวัยรุ่นไทยพบอยู่ที่ร้อยละ 41.64-55 (กนิรี ชัยสวรรค์, เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร, จวีวรรณ อยู่สำราญ และ นพพร ว่องสิริมาศ, 2554; Niratttharadorn, Phancharoenworakul, Gennaro, Vorapongsathorn, & Sitthimongkol, 2005; Srisaeng, 2003) ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นภาวะที่มารดามีความผิดปกติทางอารมณ์และจิตใจ ที่ไม่เพียงแต่จะส่งผลกระทบต่อตัวมารดาเอง ยังส่งผลกระทบต่อบุตร และสังคมรอบข้างด้วย มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมักจะไม่สนใจตนเองและบุคคลรอบข้าง (Cox, Buman, Valenzuela, Joseph, Mitchell, & Woods, 2008) บทพร่องในการแสดงบทบาทการเป็นมารดาจนส่งผลให้บุตรมีพัฒนาการล่าช้า และระดับสติปัญญาต่ำกว่าเด็กคนอื่น (Grace, Evindar, & Stewart, 2003) อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพและภาวะทางสุขภาพจิตของบุตรและสามีอีกด้วย (Goodman, 2004)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นมีหลากหลายปัจจัย แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยทางจิตสังคมน่าจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า

หลังคลอดในมารดาวัยรุ่น เนื่องจากมารดาวัยรุ่นเป็นวัยที่มีจิตใจอ่อนไหว เมื่อต้องมารับบทบาทการเป็นมารดา ก่อนวัยอันควรจึงทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย ทนเผชิญกับความเครียดได้น้อยกว่ามารดาผู้ใหญ่ (Gee & Rhodes, 2003) และมารดาวัยรุ่นที่มีความเครียดสูงจะเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มาก (กินรี ชัยสวรรค์ และคณะ, 2554; Niratttharadorn et al., 2005) ประกอบกับการเป็นมารดาวัยรุ่นต้องพึ่งพาการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดในการเผชิญกับการเป็นมารดา มารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำจึงทำให้ไม่สามารถเผชิญกับการเป็นมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความรู้สึกท้อถอยตนเองได้ และยังมีผลการวิจัยพบว่า มารดาวัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำจะเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มากอีกด้วย (Cox et al., 2008; Niratttharadorn et al., 2005) มารดาวัยรุ่นที่มีความสามารถในการเป็นมารดาต่ำ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ย่อมเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ รู้สึกท้อถอยกับตนเองมากขึ้นจนสะสมเป็นภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งมีผลการวิจัยพบว่า มารดาวัยรุ่นที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มาก (APA, 2000; Niratttharadorn et al., 2005; Srisaeng, 2003) นอกจากนี้มารดาวัยรุ่นบางรายที่ได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสจะได้รับผลกระทบโดยตรงทั้งทางร่างกายและจิตใจและมีความสัมพันธ์กับเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงกว่ามารดาวัยรุ่นที่ไม่ได้รับความรุนแรง (Sussex & Corcoran, 2005) และยังมีอิทธิพลต่อปัจจัยทางจิตสังคมและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอีกด้วย (นันทนา ธนาโนวรรณ นพพร ว่องสิริมาศ เดช เกตุฉ่ำ และพวงเพชร เกษรสมุทร, 2555)

อย่างไรก็ตาม ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสเป็นปัจจัยที่ประเมินได้ยาก ประกอบกับการศึกษาเกี่ยวกับการทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นไทยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยังพบได้น้อย (กินรี ชัยสวรรค์ และคณะ, 2554; Niratttharadorn et al., 2005; Srisaeng, 2003) และยังไม่มีการศึกษาใดที่ทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นมาก่อน การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในการทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นไทย เพื่อคาดว่าจะนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยมาใช้ในการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นและนำไปปรับปรุงรูปแบบการดูแลมารดาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดต่อไป

คำถามการวิจัย

ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

สมมติฐานการวิจัย

ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational design) กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มาตรวจสุขภาพหลังคลอดหรือพานบุตรมาฉีดวัคซีนในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด ณ โรงพยาบาลกำแพงเพชร โรงพยาบาลพิจิตร โรงพยาบาลพุทธชินราชและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 5 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ คลอดครบกำหนด คลอดทารกสุขภาพแข็งแรงและไม่มีความพิการแต่กำเนิด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ไม่มีประวัติเจ็บป่วยทางจิตหรือได้รับการวินิจฉัยทางจิตเวชมาก่อน มีความสามารถในการฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้เป็นอย่างดี ไม่มีประวัติใช้สารเสพติดทั้งในขณะตั้งครรภ์และ/หรือหลังคลอดกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของเคอร์ลิงเจอร์และเพ็ดฮาซัวร์ (Pedhazur & Kerlinger, 1973) คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 30 เท่าของตัวแปรอิสระ 1 ตัว การศึกษานี้มีจำนวนตัวแปรอิสระ 4 ตัว จึงคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 120 ราย

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ อายุของกลุ่มตัวอย่างและสามี สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างและสามี อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ลักษณะครอบครัว จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การคลอดและการแท้ง

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้สึกเครียด (Perceived Stress Scale-10: PSS-10) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยณัทธ วงศ์ปาริณย์ และทินกร วงศ์ปาริณย์ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2010) มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะการตอบคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่เคย) ถึง 4 (บ่อยมาก) ผู้ที่ได้คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีความเครียดมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมต่ำ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .64

ชุดที่ 3 แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (The Multidimension Scale of Perceived Social Support) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยพิทักษ์พล บุญมาลิก (Boonyamalik, 2005) มีจำนวน 12 ข้อ ลักษณะการตอบคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 7 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ผู้ที่ได้คะแนนรวมสูงแสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมต่ำ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .94

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (The Rosenberg's Self-Esteem Scale) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย พัทธวีไธ ศรีแสง (Srisaeng, 2003) มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะการตอบคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ระดับตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 4 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ผู้ที่ได้คะแนนรวมสูงแสดงว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมต่ำ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .77

ชุดที่ 5 แบบคัดกรองความรุนแรง (The Abuse Assessment Screen) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยนันทนา ธนาโนวรรณ (Thananowan, 2004) มีจำนวน 5 ข้อ ลักษณะการตอบคำถามเป็นแบบเลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” หากตอบ “ใช่” ในข้อคำถามใดข้อหนึ่ง ให้ถือว่ามารดาเรานั้นได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .78

ชุดที่ 6 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย อุมพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และปิยลัมพร หะวานนท์ (2540) มีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะการตอบคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่เคย) ถึง 3 (ตลอดเวลา) กำหนดให้คะแนนรวม ≥ 16 คะแนน เป็นจุดตัดของคะแนนที่บ่งชี้ว่ามีภาวะซึมเศร้า ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .87

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานและขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพประจำแหล่งเก็บข้อมูลในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แล้วผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย ตลอดจนขอความยินยอม และเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถามจำนวน 6 ชุด ใช้เวลาประมาณ 40 นาที จากนั้นผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมแบบสอบถามทั้งหมดไว้อย่างมีคิติด ผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2556 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนนรวมความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกลึกซึ้งค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์อำนาจการทำนายของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกลึกซึ้งค่าในตนเองและความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple linear regression analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 14-19 ปี ($\bar{X} = 17.48$) ส่วนใหญ่อยู่กับสามี โดยไม่ได้จดทะเบียนสมรส (82.5%) สามีมีอายุอยู่ในช่วง 15-50 ปี ($\bar{X} = 22.22$) กลุ่มตัวอย่างและสามีประมาณครึ่งหนึ่งจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 55.8 และร้อยละ 43.3 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีอาชีพรับจ้างทั่วไป (62.5%) รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2,000-75,000 บาท ($\bar{X} = 9,825.83$) และกลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่งหนึ่งเป็นครอบครัวขยาย (58.3%) ด้านการตั้งครรภ์และการคลอดพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ (84.2%) และคลอดเป็นครั้งแรก (91.7%)
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความเครียดเท่ากับ 19.90 คะแนน การสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 61.58 ความรู้สึกลึกซึ้งค่าในตนเองเท่ากับ 28.11 และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเท่ากับ 5.26 โดยพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนน ≥ 16 คะแนนหรือมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 45 นอกจากนี้ยังพบกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสร้อยละ 36.4 อีกด้วย

3. ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบว่า ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสิ้น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (n = 120)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5
1. ความเครียด	1				
2. การสนับสนุนทางสังคม	-.138	1			
3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	-.115	.227*	1		
4. ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส	.160	-.225*	-.316**	1	
5. ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	.332**	-.260**	-.664**	.340**	1

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

4. ผลการวิเคราะห์อำนาจในการทำนาย พบว่า ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส ร่วมกันอธิบายความผันแปรของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้ร้อยละ 52.4 ($R^2 = .524$, $p < .05$) ซึ่งมีเพียงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($\beta = -.589$, $p < .05$) และความเครียด ($\beta = .239$, $p < .05$) เท่านั้นที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ โดยที่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (n = 120)

ตัวแปรที่ศึกษา	B	SE _B	β	t	p
1. Stress	.422	.116	.239	3.637	.000
2. Social support	-.041	.038	-.071	-1.059	.292
3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	-1.240	.145	-.589	-8.550	.000
4. ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส	1.525	1.056	.100	1.444	.151

R = .72, $R^2 = 0.524$, Overall F = 31.59 , Sig F = .000

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้ร้อยละ 52.4 ($R^2 = 0.524$, $p < .05$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีเพียง 2 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความเครียด ส่วนการสนับสนุนทางสังคมและความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยเพียงบางส่วน ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังต่อไปนี้

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลทางลบต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด นั่นคือ มารดาวัยรุ่นที่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มากกว่ามารดาวัยรุ่นที่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา (Cox et al., 2008; Logsdon, Ziegler, & Pinto-Foltz, 2008; Srisaeng, 2003) อาจเป็นเพราะความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำเป็นความคิดหรือความรู้สึกทางลบที่มารดาวัยรุ่นมีต่อตนเอง ซึ่งเกิดจากการประเมินศักยภาพของตนเองในการจัดการกับสถานการณ์ที่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต เมื่อไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่คุกคามได้ และได้พยายามอย่างเต็มที่แล้วแต่ยังไม่สามารถจัดการได้ ความรู้สึกทางลบที่มีต่อตนเองจึงเกิดสะสมมากขึ้นเป็นภาวะซึมเศร้าได้ (Lazarus & Folkman, 1984) สำหรับมารดาวัยรุ่นที่ไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่คุกคามและความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นได้เมื่อเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจึงทำให้ความรู้สึกนี้กลายเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ง่าย (Kendall-Tackett, 2010)

ความเครียดมีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด นั่นคือ มารดาวัยรุ่นที่มีความเครียดสูงจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มาก ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ได้สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา (กินรี ชัยสวรรค์ และคณะ, 2554; Logsdon et al., 2008; Srisaeng, 2003) โดยความเครียดในที่นี้หมายถึง ความรู้สึกเครียดของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอดที่เกิดจากการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่กระทบต่อการดำเนินชีวิตแล้วไม่สามารถควบคุมหรือจัดการได้ เมื่อมารดาวัยรุ่นได้พยายามประเมินถึงปัญหาและวิธีการเผชิญปัญหาอย่างเต็มที่แล้ว แต่ยังไม่สามารถจัดการกับความเครียดนี้ได้ ความล้มเหลวจากการปรับตัวและเผชิญกับปัญหามั้ย่อยครั้ง จึงทำให้ความเครียดสูงเรื้อรังและส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามมาได้ในที่สุด (Honey, Morgan, & Bennett, 2003; Mollborn & Morningstar, 2009)

ส่วนการสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า

หลังคลอดในมารดาวัยรุ่น (กินรี ชัยสวรรค์ และคณะ, 2554; Logsdon et al., 2008; Secco et al., 2007; Srisaeng, 2003) จากที่ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ทั้งในมารดาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดไม่แตกต่างกัน การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจึงอาจเกี่ยวข้องกับ ความเชื่อ ความสามารถ และรูปแบบในการเผชิญกับสถานการณ์ของมารดาวัยรุ่นเอง หรือปัจจัยอื่นๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง (Faisal-Cury, Savoia, & Menezes, 2012; Kleiber & Dimidjian, 2014)

สำหรับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสนั้นไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ อาจเป็นเพราะความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสที่พบในการวิจัยครั้งนี้พบข้อมูลการได้รับความรุนแรงทั้งในรายที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในที่นี้จะกล่าวถึงการได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในรูปแบบใดก็ตามอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต ที่รวมทั้งระยะก่อนตั้งครรภ์ ในขณะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด ซึ่งมารดาวัยรุ่นอาจได้รับความรุนแรงในช่วงใดช่วงหนึ่งเพียงหนึ่งครั้งหรือมากกว่า โดยประเมินผลกระทบของความรุนแรงและมีวิธีการเผชิญที่แตกต่างกัน ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่พบจึงไม่ได้มีอิทธิพลจากความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสโดยตรงแต่อาจมีอิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆ

ดังนั้น การวิจัยเพื่อศึกษาอิทธิพลของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นในครั้งนี้ ผลการวิจัยที่ได้จึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยเพียงบางส่วนเท่านั้น นั่นคือ มารดาวัยรุ่นที่มีความเครียดสูงและมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ดังนั้น ในการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น จึงควรมีการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความเครียด เพื่อหาแนวทางในการป้องกันและลดการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

ข้อจำกัดของการทำวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในมารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อย ระดับการศึกษาและรายได้ น้อย ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดพิจิตร จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งอยู่ในเขตภาคเหนือตอนล่าง จึงมีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลการวิจัยไปสู่ประชากรกลุ่มอื่น การนำผลการวิจัยไปอ้างอิงจึงควรเลือกใช้ในบริบทที่คล้ายคลึงกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. ควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โดยใช้แบบประเมินความเครียดและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ เพราะภาวะที่มีความเครียดสูงและมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นได้
2. ควรมีการจัดทำโปรแกรมการลดความเครียดและส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้กับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายที่มุ่งศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น จึงควรนำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนาเป็นการวิจัยเชิงทดลองแล้วนำไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติ เพื่อลดการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นต่อไป

INFLUENCE OF STRESS, SOCIAL SUPPORT, SELF-ESTEEM AND INTIMATE
PARTNER VIOLENCE ON PSTPARTUM DEPRESSION IN ADOLESCENT
MOTHERS

PORNPAN INTA 5337326 NSAM/M

M.N.S. (ADVANCED MIDWIFERY)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NANTHANA THANANOWAN, Ph.D.
(NURSING), WANNA PHAHUWATANAKORN, Ph.D. (NURSING),
PHUANGPHET KAESORNSAMUT, Ph.D. (NURSING).

EXTENDED SUMMARY

Background and significance of the problem

Postpartum depression is a frequently encountered condition in adolescent mothers. The incidence of postpartum depression in adolescent mothers has been found to 32-60 (Skowron, Clark, Sadovsky, & Wisner, 2013; Stunder, 2011) while Thai adolescent mothers have been found to have postpartum depression at 41.64-55% (Chaisawan, Serisatian, Yusamran, & Wongsisirimat, 2011; Nirattharadorn, Phancharoenworakul, Gennaro, Vorapongsathorn & Sitthimongkol, 2005; Srisaeng, 2003). Postpartum depression is a condition where mothers have emotional and psychological impairments that, in addition to causing impacts on mothers, also cause impacts on children and society in general. Mothers with postpartum depression usually show no interest in themselves or the people around the people around them (Cox, Buman, Valenzuela, Joseph, Mitchell & Woods, 2008) with errors in maternal roles causing delayed child development and lower levels of intelligence than other children (Grace, Evindar & Stewart, 2003). Additional impacts affect the relationships and mental health conditions of children and husbands (Goodman, 2004).

Many factors are correlated with postpartum depression in adolescent mothers. According to the literature review, however, psychosocial factors are likely to influence postpartum depression in adolescent mothers because adolescent mothers are at a sensitive age and susceptible to stress from having to assume maternal roles prematurely with a lower threshold for coping with stress than adult mothers (Gee & Rhodes, 2003). Furthermore, mothers with high stress levels will have high incidence of postpartum depression (Chaisawan et al., 2011; Nirattharadorn et al., 2005). Moreover, the fact that mothers are adolescents makes them dependent on support from people who are close to them in coping with motherhood. Therefore, mothers with low social support are unable to effectively confront motherhood and have negative feelings about themselves. Research findings have revealed mothers with low social support to also have high levels of postpartum depression (Cox et al., 2008; Nirattharadorn et al., 2005). Adolescent mothers with low maternal capabilities and low social support also have low self-esteem and feel more negatively about themselves, which can lead to depression with previous findings showing many adolescent mothers with low self-esteem to also suffer postpartum depression (APA, 2000; Nirattharadorn et al., 2005; Srisaeng, 2003). Furthermore, some adolescent mothers who are victims of intimate partner violence will have direct physical and psychological impacts are more closely correlated with postpartum depression than adolescent mothers who are not victims of intimate partner violence (Sussex & Corcoran, 2005). Intimate partner violence also has impacts on psychosocial factors and postpartum depression (Thananowan, Wongsirimat, Ketcham, & Kesornsamut, 2012).

Nevertheless, stress, social support, self-esteem and intimate partner violence are difficult factors to assess. Furthermore, studies concerning the prediction of postpartum depression in adolescent mothers in relation to stress, social support and self-esteem remain scarce (Chaisawan et al., 2011; Nirattharadorn et al., 2005; Srisaeng, 2003) and no studies have been able to predict the effects of intimate partner violence on postpartum depression in adolescent mothers. Therefore, the researcher studied stress, social support, self-esteem and intimate partner violence in predicting postpartum depression among Thai adolescent mothers with the expectations of

obtaining research data for implementation in screening risk factors for the incidence of postpartum depression in adolescent mothers and modifying future care models for adolescent mothers with postpartum depression.

Research question

Can stress, social support, self-esteem and intimate partner violence predict postpartum depression in adolescent mothers?

Research objective

To study the predictive power of stress, social support, self-esteem and intimate partner violence for postpartum depression in adolescent mothers.

Research hypothesis

Stress, social support, self-esteem and intimate partner violence are predictive factors for postpartum depression in adolescent mothers.

Methodology

This study used a predictive correlational design. The sample group comprised adolescent mothers aged less than 20 years who came to receive postpartum health examinations or brought infants to be vaccinated in the period of 4-6 weeks after birth at Kamphaeng Phet Hospital, Phichit Hospital, Buddhachinaraj Hospital and 5 Tambon Health Promoting Hospitals in Phitsanulok province. The samples were selected according to the following inclusion criteria: Term labor; infants born healthy without congenital disabilities, postpartum complications, history of mental illness or psychiatric diagnoses; mothers with good listening, speaking, reading and writing literacy in Thai without antenatal or postpartum history of substance abuse. The sample size was determined by using Pedhazur & Kerlinger (1973) formula at 30

times 1 independent variable. Because this study involved 4 independent variables, the sample group size was calculated at 120 samples.

Instrument

1. The Personal data questionnaire was created by the researcher with 11 questions concerning the age of the subjects and husbands, marital status, educational attainment for the subjects and husbands, occupation, mean family income, family characteristics, parity, delivery and abortion.

2. The Perceived Stress Scale-10 (PSS-10) was translated into Thai by Wongpakaran & Wongpakaran (2010) with 10 questions and 5 Likert scale ranging from 0 (Never) to 4 (Very Frequently). High overall scores meant higher stress than low overall scores. Instrument validity was equal to .64.

3. The Multi-dimension Scale of Perceived Social Support was translated into Thai by Boonyamalik (2005) and contained 12 questions with 7 Likert scale ranging from 1 (Completely Disagree) to 7 (Completely Agree). High overall scores meant higher social support than low overall scores. Instrument validity was .94

4. Rosenberg's Self-Esteem Scale was translated into Thai by Srisaeng (2003) and contained 10 questions with 4 Likert scale ranging from 1 (Completely Disagree) to 4 (Completely Agree). High overall scores meant higher self-esteem than low overall scores. Instrument validity was .77.

5. The Abuse Assessment Screen was translated into Thai by Tananowan (2004) and contained 5 questions with "Yes" or "No" answers. "Yes" answers to any question indicated the mother to have been a victim of intimate partner violence. Instrument validity was .78.

6. The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale was translated into Thai by Umaporn Trangkasombat, Wachira Lapboonsap and Piyalamporn Hawanon (1997) and contained 20 questions with 4 Likert scale ranging from 0 (Never) to 3 (Always). A total score of ≥ 16 points was considered the point indicating depression. Instrument validity was .87.

Data Collection

The researcher coordinated and requested cooperation from professional nurses at the data collection source for sample selection. The researcher then explained the details of the research, requested consent and collected data in person by using the 6 sets of questionnaires over a period of approximately 40 minutes. Next, the researcher securely collected all questionnaires. The researcher collected data from July 2013 to February 2014.

Data Analysis

1. Demographic data were analyzed by using descriptive statistics to determine frequency, percentage, mean and standard deviation.
2. Overall scores on stress, social support, self-esteem and postpartum depression were analyzed by using descriptive statistics to determine frequency, percentage, mean and standard deviation.
3. The predictive power of stress, social support, self-esteem and intimate partner violence on postpartum depression was analyzed by using Multiple Linear Regression.

Research Findings

1. Most of the samples cohabited with husbands, but had not registered the marriages (82.5%). The husbands were aged 15-50 years ($\bar{x} = 22.22$). Approximately half of the sample group and their husbands had graduated from junior high school

(55.8% and 43.3%), respectively. Over half of the sample group had freelance occupations (82.5%) with a mean family income of 2,000-75,000 baht ($\bar{x} = 9,825.83$) and over half of the sample group lived in extended families (58.3%). In terms of pregnancy and delivery, most of the sample group was found to be primiparous (84.2%) with first-time deliveries (91.7%).

2. Mean overall stress was equal to 19.90 points; mean overall social support was equal to 61.58 points, self-esteem was equal to 28.11 points and postpartum depression was equal to 5.26 points. The sample group (45%) was found to have a score of ≥ 16 points for postpartum depression. Furthermore, the sample group (36.4%) was found to have been victimized of intimate partner violence.

3. With regard to relationships between the variables and postpartum depression, stress, social support, self-esteem and intimate partner violence were found to be correlated with postpartum depression with statistical significance as shown in Table 1.

Table 1. Correlation of variables by Pearson's correlation statistic. (n = 120)

Predictive factors	1	2	3	4	5
1. Stress	1				
2. Social support	-.138	1			
3. Self-esteem	-.115	.227*	1		
4. Intimate partner violence	.160	-.225*	-.316**	1	
5. Postpartum depression	.332**	-.260**	-.664**	.340**	1

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

4. According to the outcomes of the predictive power analysis. stress, social support, self-esteem, and intimate partner violence correlated with postpartum depression at 52.4 % ($R^2 = .524$, $p < .05$). On the other hand, stress ($\beta = .239$, $p < .05$) and self-esteem ($\beta = -.589$, $p < .05$) factors can predict postpartum depression in adolescent mothers significantly. Self-esteem having the greatest influence on postpartum depression as shown in Table 2.

Table 2. Multiple regression analysis of the predictive power of factors on postpartum depression in adolescent mothers (n = 120)

Predictive factors	B	SE _b	β	t	p
1. Stress	.422	.116	.239	3.637	.000
2. Social support	-.041	.038	-.071	-1.059	.292
3. Self-esteem	-1.240	.145	-.589	-8.550	.000
4. Intimate partner violence	1.525	1.056	.100	1.444	.151
R = .72, R ² = 0.524 , Overall F = 31.59 , Sig F = .000					

Discussion

According to the findings, stress, social support, self-esteem and intimate partner violence were found to be capable of jointly explaining fluctuations in postpartum depression in adolescent mothers at 52.4% ($R^2 = 0.524$, $p < .05$). Only 2 variables were able to explain postpartum depression in adolescent mothers with statistical significance, namely, self-esteem and stress. Social support and intimate partner violence were not able to predict postpartum depression. Hence, the findings of this study partially supported the research hypothesis, which can be explained as follows:

Self-esteem was negatively correlated with postpartum depression in that more adolescent mothers with low self-esteem have postpartum depression than adolescent mothers with high self-esteem, which concurred with previous findings (Cox et al., 2008; Logsdon et al., 2008; Srisaeng, 2003), possibly because low self-esteem involves the negative thoughts or feelings adolescent mothers had towards themselves. Low self-esteem is caused by self-assessment of capabilities in managing situations that threaten lifestyles. When a person is unable to manage threatening situations after exerting maximum effort, negative feelings towards himself/herself can accumulate and become depression (Lazarus & Folkman, 1984). Adolescent mothers who are unable to manage threatening situations and negative feelings can easily have

postpartum depression when adolescent mothers have low self-esteem (Kendall-Tackett, 2010).

Stress was found to positively influence postpartum depression, meaning many adolescent mothers with high levels of stress had postpartum depression. The findings of this study concurred with previous studies (Chaisawan et al., 2011; Logsdon et al., 2008; Srisaeng, 2003). Stress means the postpartum stress of adolescent mothers after confronting various situations affecting lifestyles with inability to control or manage situations. After adolescent mothers had assessed problems and methods for confronting stress with ability to manage stress, failure from adaptation and frequent confrontation with problems caused chronic high stress and postpartum depression (Honey, Morgan & Bennett, 2003; Mollborn & Morningstar, 2009).

Social support was unable to predict postpartum depression in adolescent mothers, which concurred with previous findings indicating social support to have no influence on postpartum depression in adolescent mothers (Chaisawan et al., 2011; Logsdon et al., 2008; Secco et al., 2007; Srisaeng, 2003). According to the findings, social support was found to have a mean score within good criteria for both adolescent mothers and a score of less social support, and most of the teenage mothers with postpartum depression and postpartum depression is no different. The occurrence of postpartum depression may be related to the belief, ability and style in the face of the teenage mothers themselves. Or other factors are involved. (Faisal-Cury, Savoia & Menezes, 2012; Kleiber & Dimidjian, 2014).

Intimate partner violence was unable to predict postpartum depression, because the intimate partner violence encountered this study was found in both adolescent mothers with postpartum depression and adolescent mothers without postpartum depression. Intimate partner violence in this study means violence from spouses in any form occurring at least once in life before pregnancy, during pregnancy and or following delivery. Adolescent mothers may have been violent during any one period one or more times. Assessment of the impact of violence and have different coping strategies. Postpartum depression and may not be influenced by intimate partner violence but may be influenced by other factors

Thus, the findings of this study on the influence of stress, social support, self-esteem and intimate partner violence on postpartum depression in adolescent mothers partially supported the research hypothesis in that high stress and low self-esteem in adolescent mothers did influence postpartum depression. Therefore, in screening risk factors for postpartum depression in adolescent mothers, self-esteem and stress should be assessed to determine guidelines for preventing and reducing postpartum depression in adolescent mothers.

Limitations of the study

1. The research was studied in Adolescent mothers are low level of education and income living in Kampong Phet, Pichit and Phitsanulok, Is limited in reference to the findings of other population groups. According to the results of the study should be used in a similar context.

Recommendations

Recommendations from this study

1. Should be screened for postpartum depression in pregnant women, teenage pregnancy and adolescent mothers. By the assessment of stress and self-esteem since during pregnancy. Because of the high stress and low self-esteem are important factors that could predict postpartum depression in adolescent mothers.
2. Should be made program to reduce stress and promote self-esteem of teenage pregnancy and adolescent mothers for prevent postpartum depression.

Recommendations for future studies

1. The research is descriptive research that aims to identify the factors that can predict postpartum depression in adolescent mothers. Should the results of the research was to develop an experimental research and to develop guidelines. To reduce the incidence of postpartum depression in adolescent mothers continue.

บรรณานุกรม

- กมลรัตน์ วัชรภรณ์ และ จารุรินทร์ ปีตานพวงศ์. (2546). โรคซึมเศร้าหลังคลอด. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 11(2), 111-120.
- กฤตยา อาชวนิจกุล, ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา, วาสนา อิ่มเอม และ อุษา เลิศศรีสันต์. (2546). *ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิณี ชัยสวรรค์, เขวลักษณ์ เสรีเสถียร, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และ นพพร ว่องสิทธิมาส. (2554). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(4), 61-69.
- เชาวนิษฐ์ ล่องชูผล. (2554). การพยาบาลบุคคลที่มีภาวะเครียด. *วารสารสวนปรุง*, 27(1), 59-70.
- นันทนา ธนาโนวรรณ. (2555). *ความรุนแรงต่อสตรีตั้งครรภ์*. กรุงเทพฯ: วี. พรีเมี่ยม (1991) จำกัด.
- นันทนา ธนาโนวรรณ และ พวงเพชร เกษรสมุทร. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงทางกาย ทางจิตใจ และทางเพศ และภาวะจิตสังคมของสตรีตั้งครรภ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 28(1), 28-37.
- นันทนา ธนาโนวรรณ, นพพร ว่องสิทธิมาส, เดช เกตุจำ, และ พวงเพชร เกษรสมุทร. (2556). ผลของตัวแปรส่งผ่านจากความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส และปัจจัยทางจิตสังคมต่อภาวะซึมเศร้าก่อนคลอดและหลังคลอดในสตรีไทย. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 30(4), 28-36.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- บุญทิ สุทรถัมศิริ, ศรีสมร ภูมณสกุล และ อรพินธ์ เจริญผล. (2552). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอดต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครั้งแรก. *รามารับดีพยาบาลสาร*, 15(3), 361-372.
- ปราโมทย์ สุคนิชย์ และ มาโนช หล่อตระกูล. (2541). *เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10)* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- พัทรวีไล ศรีแสง. (2549). ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด: สิ่งที่ยาบาลควรรู้. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 29(1), 46-54.

- พิชัย อัญญสกุล. (2555). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. ใน มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (บรรณาธิการ.). *โรคอารมณ์ผิดปกติ* (พิมพ์ครั้งที่ 3) (น. 148-161). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มณีกรรณ์ โสมานุสรณ์. (2554). *การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 9). นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2555). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณภา คงสุริยะนาวัน, เบญจวรรณ คุณรัตนภรณ์ และ กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของหญิงหลังคลอด. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(1), 88-99.
- วิไล คุปต์นิรันดร์ชัยกุล และ พนม เกตุมาน. (2540). การศึกษาแบบสอบถามวัดความซึมเศร้าโดยเครื่องมือ The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale CES-D ในคนไทย. *สารศิริราช*, 49(5), 442-448.
- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2554). *การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3* (พิมพ์ครั้งที่ 11). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันบรมราชชนก.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2553). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย: เล่ม 2 วัยรุ่น-วัยผู้ใหญ่* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สามลดา จำกัด.
- สิรินันท์ กิตติสุขสถิต, นพวรรณ มาดาร์ตัน, วาที สิทธิ, แครี ริกเตอร์ และ อุไรวรรณ คะนิงสุขเกษม. (2554). หนูยังไม่อยากเป็นแม่: เส้นทางชีวิตที่น่าห่วงใยของแม่วัยเด็กในสังคมไทย. ใน สุรีย์พร พันพั่ง และ มาลี สันภูวรรณ (บรรณาธิการ). *ประชากรและสังคม*. (น. 181-197). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2550). *การตั้งครรภ์: โรคทางจิตเวชและการรักษา*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สายฝน เอกวางกูร. (2554). *รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายลม เกิดประเสริฐ. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนจากคู่สมรส การเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดาและอาการซึมเศร้าภายหลังคลอด. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 6(3), 201-211.
- อรพรรณ ลือบุญชัย. (2549). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัทด้านสุขภาพการพิมพ์ จำกัด.

- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2553). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท วิทย์พัฒน์ จำกัด.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และ ปิยลัมพร หะวานนท์. (2540). การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42(1), 2-13.
- อุมามน พวงทอง. (2551). ความรุนแรงในครอบครัวระหว่างคู่สมรสและผลกระทบต่อด้านจิตเวช. ใน *รณชัย คงสกนธ์ และ นฤมล โพธิ์แจ่ม (บรรณาธิการ). ความรุนแรงในครอบครัว ทฤษฎีผลกระทบ กฎหมาย* (หน้า. 127-134). กรุงเทพฯ: สหประชาพาณิชย์.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV TR)* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, 50(5), 275-285.
- Beck, C. T., & Driscoll, J. W. (2006). *Postpartum mood and anxiety disorders: A clinician's guide*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Beydoun, H. A., Al-Sahab, B., Beydoun, M. A., & Tamim, H. (2010). Intimate partner violence as a risk factor for postpartum depression among Canadian women in the maternity experience survey. *Annals of Epidemiology*, 20(8), 575-583.
- Beydoun, H. A., Beydoun, M. A., Kaufman, J. S., Lo, B., & Zonderman, A. B. (2012). Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 75(6), 959-975.
- Birkeland, R., Thompson, J. K., & Phares, V. (2005). Adolescent motherhood and postpartum depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34(2), 292-300.
- Blom, E. A., Jansen, P. W., Verhulst, F. C., Hofman, A., Raat, H., Jaddoe, V. W. V., et al. (2010). Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 117(11), 1390-1398.
- Boonyamalik, P. (2005). *Epidemiology of adolescent suicidal ideation roles of perceived life stress, depressive symptoms, and substance use*. Doctoral dissertation, Johns Hopkins University, USA.

- Boyd, R., Zayas, L., & McKee, M. (2006). Mother-infant interaction, life events and prenatal and postpartum depressive symptoms among urban minority women in primary care. *Maternal and Child Health Journal*, 10(2), 139-148.
- Brummelte, S., & Galea, L. A. (2010). Depression during pregnancy and postpartum: Contribution of stress and ovarian hormones. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 34(5), 766-776.
- Canadian Mental Health Association. (2006). *Postpartum depression*. Retrieved on December 6, 2011, from <http://download.cmha.ab.ca/Edmonton/Postpartum%20Depression.pdf>.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *Intimate Partner Violence: Definitions*. Retrieved on November 10, 2014, from <http://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/definitions.html>.
- Chalfin, S. F., Burke, P., & Tonelli, M. (2012). Intimate partner violence and adolescent mothers. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 25(2), 158-159.
- Chaudron., L. H. (2003). Postpartum depression: What pediatricians need to know. *Pediatrics in Review*, 24(5), 154-161.
- Chick, N., & Meleis, A.I. (1986). Transitions: A nursing concern. In P. L. Chinn (Ed.), *Nursing research methodology*, (pp. 237-257). Boulder, CO: Aspen Publication.
- Cleare, A. J. (2004). Biological model of unipolar depression. In M. Power (Ed.), *Mood disorders: A handbook of science and practice* (pp. 29-44). Chichester, England: Wiley.
- Cohen, S., & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The Social psychology of health: Claremont symposium on applied social psychology*. (pp. 31-67). Newbury Park, CA: Sage Publication.
- Cowen, P. J. (2002). Cortisol, serotonin and depression: All stressed out?. *British Journal of Psychiatry*, 180(2), 99-100.
- Cox, J. E., Buman, M., Valenzuela, J., Joseph, N. P., Mitchell, A., & Woods, E. R. (2008). Depression, parenting attributes, and social support among adolescent mothers attending a teen TOT program. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 21(5), 275-281.

- De Genna, N. M., Cornelius, M. D., & Donovan, J. E. (2009). Risk factors for young adult substance use among women who were teenage mothers. *Addictive Behaviors*, 34(5), 463-470.
- Dennis, C.L., & Ross, L. (2006). Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing*, 56(6), 588-599.
- Dennis, C. L. E., Janssen, P. A., & Singer, J. (2004). Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(5), 338-346.
- DeVito, J. (2007). Self-perceptions of parenting among adolescent mothers. *Journal of Perinatal Education*, 6(1), 16-23.
- Espada, J. P., Sussman, S., Medina, T. B. H., & Alfonso, J. P. (2011). Relation between substance use and depression among Spanish adolescents. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(1), 79-90.
- Faisal-Cury, A., Savoia, M. G., & Menezes, P. R. (2012). Coping style and depressive symptomatology during pregnancy in a private setting sample. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(1), 295-305.
- Faisal-Cury, A., Tedesco, J. J., Kahhale, S., Menezes, P. R., & Zugaib, M. (2004). Postpartum depression: In relation to life events and patterns of coping. *Archives of Women's Mental Health*, 7(2), 123-131.
- Fagan, J., & Lee, Y. (2010). Perception and satisfaction with father involvement and adolescent mothers' postpartum depression symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(9), 1109-1121.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., & Costa, R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 10(3), 103-109.
- Fox, J. K., Halpern, L. F., Ryan, J. L., & Lowe, K. A. (2010). Stressful life events and the tripartite model: Relations to anxiety and depression in adolescent females. *Journal of Adolescence*, 33(1), 43-54.

- Gavin, A. R., Lindhorst, T., & Lohr, M. J. (2011). The prevalence and correlates of depressive symptoms among adolescent mothers: Results from a 17-year longitudinal study. *Women & Health, 51*(6), 525-545.
- Gee, C. B., & Rhodes, J. E. (2003). Adolescent mothers' relationship with their children's biological fathers: Social support, social strain, and relationship continuity. *Journal of Family Psychology, 17*(3), 370-383.
- Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing, 45*(1), 26-35.
- Goodman, J. H. (2008). Influences of maternal postpartum depression on fathers and on father-infant interaction. *Infant Mental Health Journal, 29*(6), 624-643.
- Grace, S. L., & Sansom, S. (2003). The effect of postpartum depression on the mother-infant relationship and child growth and development. In D. E. Stewart, C. L. Robertson, S. L. Grace, & S. Sansom. *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*. Toronto: University Health Network Women's Health Program for Toronto Public Health.
- Grace, S. L., Evindar, A., & Stewart, D. E. (2003). The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Archives of Women's Mental Health, 6*(4), 263-274.
- Halligan, S. L., Murray, L., Martins, C., & Cooper, P. J. (2007). Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent offspring: A 13-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders, 97*(1-3), 145-154.
- Hanley, J., & Long, B. (2006). A study of Welsh mothers' experiences of postnatal depression. *Midwifery, 22*(2), 147-157.
- Hay, D. F., Pawlby, S., Angold, A., Harold, G. T., & Sharp, D. (2003). Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Developmental Psychology, 39*(6), 1083-1094.
- Hay, D. F., Pawlby, S., Sharp, D., Asten, P., Mills, A., & Kumar, R. (2001). Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*(7), 871-889.

- Henderson, J. J., Evans, S. F., Straton, J. A., Priest, S. R., & Hagan, R. (2003). Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth*, 30(3), 175-180.
- Henshaw, C. (2003). Mood disturbance in the early puerperium: A review. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 33-42.
- Heron, J. C., Craddock, N.J., & Jones, I. (2005). Postnatal euphoria: Are 'the highs' an indicator of bipolarity?. *Bipolar Disorders*, 7(2), 103-110.
- Herrick H. (2000). *The effect of stressful life events on postpartum depression: Results from the 1997-1998 North Carolina pregnancy risk assessment monitoring system*. (Vol. 121, pp. 1-9). Studies Raleigh, NC: State Center for Health Statistics.
- Holden, K. B., McKenzie, R., Pruitt, V., Aaron, K., & Hall, S. (2012). Depressive symptoms, substance abuse, and intimate partner violence among pregnant women of diverse ethnicities. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 23(1), 226-241.
- Honey, K. L., Morgan, M., & Bennett, P. (2003). A stress-coping transactional model of low mood following childbirth. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 21(2), 129-143.
- Howard, L., Flach, C., Mehay, A., Sharp, D., & Tylee, A. (2011). The prevalence of suicidal ideation identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale in postpartum women in primary care: findings from the RESPOND trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11(57), 1-10.
- Hudson, D. B., Elek, S. M., & Campbell-Grossman, C. (2000). Depression, self-esteem, loneliness, and social support among adolescent mothers participating in the new parents project. *Adolescence*, 35(139), 445-453.
- Im, E.O. (2010). Afaf Ibrahim Meleis: Transition theory. In M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.), *Nursing theorists and their work* (7th ed., pp. 416-432). Maryland Heights, MO: Masby Elsevier.
- Jomeen, J., & Martin, C. R. (2005). Self-esteem and mental health during early pregnancy. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 9(1-2), 92-95.
- Jones, E., & Coast, E. (2013). Social relationships and postpartum depression in South Asia: A systematic review. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(7), 690-700.

- Josefsson, A., Angelsioo, L., Berg, G., Ekstrom, C.-M., Gunnervik, C., Nordin, C., et al. (2002). Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstetrics & Gynecology*, 99(2), 223-228.
- Jylha, P., Melartin, T., & Isometsa, E. (2009). Relationships of neuroticism and extraversion with axis I and II comorbidity among patients with DSM-IV major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 114(1-3), 110-121.
- Kaye, D. K. (2008). Negotiating the transition from adolescence to motherhood: Coping with prenatal and parenting stress in teenage mothers in Mulago hospital, Uganda. *BMC Public Health*, 8(83), 1-6.
- Kendall-Tackett, K. A. (2010). *Depression in new mother: Causes, consequences, and treatment alternatives* (2nd ed). New Zealand: Taylor & Francis.
- Kheirabadi, G. R., Maracy, M. R., Barekatin, M., Salehi, M., Sadri, G. H., Kelishadi, M., et al. (2009). Risk factors of postpartum depression in rural areas of Isfahan Province, Iran. *Archives of Iranian Medicine* 12(5), 461-467.
- Klainin, P., & Arthur, D. G. (2009). Postpartum depression in Asian cultures: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(10), 1355-1373.
- Kleiber, B. V., & Dimidjian, S. (2014). Postpartum Depression Among Adolescent Mothers: A comprehensive review of prevalence, course, correlates, consequences, and interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(1), 48-66.
- Knoche, L., Givens, J., & Sheridan, S. (2007). Risk and protective factors for children of adolescents: Maternal depression and parental sense of competence. *Journal of Child and Family Studies*, 16(5), 684-695.
- Knofczynski, G. T. & Mundfrom, D. (2008). Sample sizes when using multiple linear regression for prediction. *Educational and Psychological Measurement*, 68(3), 431-442.
- Larson, N. (2004). Parenting stress among adolescent mothers in the transition to adulthood. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21(5), 457-476.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44(1), 1-21.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing.

- Leahy-Warren, P., McCarthy, G., & Corcoran, P. (2012). First-time mothers: Social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3-4), 388-397.
- Leigh, B., & Milgrom, J. (2008). Risk factor for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 8, 24-34.
- Lesser, J., & Koniak-Griffin, D. (2000). The impact of physical or sexual abuse on chronic depression in adolescent mothers. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(6), 378-387.
- 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(3), 131-138.
- Lindahl, V., Pearson, J. L., & Colpe, L. (2005). Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 8(2), 77-87.
- Lindhorst, T., & Oxford, M. (2008). The long-term effects of intimate partner violence on adolescent mothers' depressive symptoms. *Social Science & Medicine*, 66(6), 1322-1333.
- Logsdon, M. C., Wisner, K. L., & Pinto-Foltz, M. D. (2006). The Impact of postpartum depression on mothering. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35(5), 652-658.
- Logsdon, M. C., Birkimer, J. C., Simpson, T., & Looney, S. (2005). Postpartum depression and social support in adolescents. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(1), 46-54.
- Logsdon, M. C., Cross, R., Williams, B., & Simpson, T. (2004). Prediction of postpartum social support and symptoms of depression in pregnant adolescents: A pilot study. *Journal of School Nursing*, 20(1), 36-42.
- Logsdon, M. C., Ziegler, C., Hertweck, P., & Pinto-Foltz, M. (2008). Testing a bioecological model to examine social support in postpartum adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(2), 116- 123.
- Mann, R., Gilbody, S., & Adamson, J. (2010). Prevalence and incidence of postnatal depression: What can systematic reviews tell us. *Archives of Women's Mental Health*, 13(4), 295-305.

- Martinez-Torteya, C., Bogat, G. A., Von Eye, A., Levendosky, A. A., & Davidson, W. S. (2009). Women's appraisals of intimate partner violence stressfulness and their relationship to depressive and posttraumatic stress disorder symptoms. *Violence and Victims, 24*(6), 707-722.
- McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K., & Bullock, L. (1992). Assessing for abuse during pregnancy. *Journal of the American Medical Association, 267*(23), 3176-3178.
- McVeigh, C., & Smith, M. (2000). A comparison of adult and teenage mother's self-esteem and satisfaction with social support. *Midwifery, 16*, 269-276.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship, 36*(3), 226-232.
- Mitchell, S. J., Lewin, A., Horn, I. B., Valentine, D., Sanders-Phillips, K., & Joseph, J. G. (2010). How does violence exposure affect the psychological health and parenting of young African-American mothers?. *Social Science & Medicine, 70*(4), 526-533.
- Milan, S., Ickovics, J. R., Kershaw, T., Lewis, J., Meade, C., & Ethier, K. (2004). Prevalence, course, and predictors of emotional distress in pregnant and parenting adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(2), 328-340.
- Mollborn, S., & Morningstar, E. (2009). Investigating the relationship between teenage childbearing and psychological distress using longitudinal evidence. *Journal of Health and Social Behavior, 50*(3), 310-326.
- Murray, S. S., McKinney, E. S., & Gorrie, T. M. (Eds.). (2002). *Foundation of maternal-newborn nursing* (3rd ed., pp. 468-474). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Ngi, F. W., & Chan, S. W. C. (2012). Learned resourcefulness, social support, and perinatal depression in Chinese mothers. *Nursing Research, 61*(2), 78-85.
- Nirattharadorn, M., Phanchaoenworakul, K., Gennaro, S., Vorapongsathorn, T., & Sitthimongkol, Y. (2005). Self-Esteem, social support and depression in Thai adolescent mothers. *Thai Journal of Nursing Research, 9*(1), 63-75.
- Nunes, A., & Phipps, M. (2013). Postpartum Depression in Adolescent and Adult Mothers: Comparing prenatal risk factors and predictive models. *Maternal and Child Health Journal, 17*(6), 1071-1079.

- Orth, U., Robins, R. W., & Roberts, B. W. (2008). Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology, 95*(3), 695-708.
- Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A., & Zlotnick, C. (2009). Postpartum depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 200*(4), 357-364.
- Pedhazur, E. J., & Kerlinger, F. N. (1973). *Multiple regression in behavioral research*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Quinlivan, J. A., Luehr, B., & Evans, S. F. (2004a). Teenage mother's predictions of their support levels before and actual support levels after having a child. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 17*(4), 273-278.
- Quinlivan, J. A., Tan, L. H., Steele, A., & Black, K. (2004b). Impact of demographic factors, early family relationships and depressive symptomatology in teenage pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38*(4), 197-203.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*(3), 385-401.
- Reck, C., Stehle, E., Reinig, K., & Mundt, C. (2009). Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *Journal of Affective Disorders, 113*(1-2), 77-87.
- Reid, V., & Meadows-Oliver, M. (2007). Postpartum depression in adolescent mothers: An integrative review of the literature. *Journal of Pediatric Health Care, 21*(5), 289-298.
- Righetti-Veltema, M., Conne-Perreard, E., Bousquet, A., & Manzano, J. (2002). Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *Journal of Affective Disorders, 70*(3), 291-306.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry, 26*(4), 289-295.
- Robinson, G. E., & Stewart, D. E. (1986). Postpartum psychiatric disorders. *Canadian Medical Association Journal, 134*(1), 31-37.

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Saramolee, W. (2003). *Personal factors, self-esteem, marital relationship and depression of pregnant women*. Master thesis, Mahidol university, Bangkok, Thailand.
- Schildkraut, J. J. (1965). The catecholamine hypothesis of affective disorders: A review of supporting evidence. *American Journal of Psychiatry*, 122(5), 609-622.
- Schmidt, R. M., Wiemann, C. M., Rickert, V. I., & Smith, E. O. (2006). Moderate to severe depressive symptoms among adolescent mothers followed four years postpartum. *Journal of Adolescent Health*, 38(6), 712-718.
- Secco, M. L., Profit, S., Kennedy, E., Walsh, A., Letourneau, N., & Stewart, M. (2007). Factors affecting postpartum depressive symptoms of adolescent mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36(1), 47-54.
- Sit, D., Rothschild, A. J., & Wisner, K. L. (2006). A review of postpartum psychosis. *Journal of Women's Health*, 15(4), 352-368.
- Skowron, A., Clark, C. , Sadovsky, N. & Wisner, K. (2013). Giving voice to adolescent mothers' challenges. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 3, 27-34.
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety?: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213-240.
- Srisaeng, P. (2003). *Self-esteem, stressful life events, social support, and postpartum depression in adolescent mothers in Thailand*. Doctoral dissertation. Case Western Reserve University, USA.
- Stunder, B. (2011). Postpartum depression in adolescent mothers and the developmental impact on their babies. *Journal of Psychology*, 5, 1-7.
- Sussex, B., & Corcoran, K. (2005). The impact of domestic violence on depression in teen mothers: Is the fear or threat of violence sufficient?. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5(1), 109-120.
- Thananowan, N. (2004). *Intimate partner violence (IPV) among Thai pregnant women: The correlation of violence with maternal characteristics, health practices during pregnancy, and maternal health*. Doctoral dissertation, University of Wisconsin-Madison, USA.

- Thananowan, N., & Leelacharas, S. (2011). Factors and psychosocial profiles of intimate partner violence among pregnant women. *Journal of Nursing science*, 29(1), 37-44.
- Thanoi, W., Phanchaoenworakul, K., Thompson, E. A., Panitrat, R., & Nityasuddhi, D. (2010). Thai adolescent suicide risk behaviors: Testing a model of negative life events, rumination, emotional distress, resilience and social support. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 14(3), 187-202.
- Venkatesh, K., Phipps, M., Triche, E., & Zlotnick, C. (2014). The Relationship Between Parental Stress and Postpartum Depression Among Adolescent Mothers Enrolled in a Randomized Controlled Prevention Trial. *Maternal and Child Health Journal*, 18(6), 1532-1539.
- Verdoux, H., Sutter, A. L., Glatigny-Dallay, E., & Minisini, A. (2002). Obstetrical complications and the development of postpartum depressive symptoms: A prospective survey of the MATQUID cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(3), 212-219.
- Vongsirimas, N., Sitthimongkol, Y., Beeber, L. S., Wiratchai, N., & Sangon, S. (2009). Relationship among maternal depressive symptoms, gender differences and depressive symptoms in Thai adolescents. *Thai Journal of Nursing Research*, 13(3), 181-198.
- Waithayawongkorn, N., Ratinthorn, A., Serisathien, Y., & Sinsuksai, N. (2009). Violence during pregnancy, related factors and help seeking of abused pregnant women. *Journal of Nursing Science*, 27(3), 17-26.
- Watson, D., Suls, J., & Haig, J. (2002). Global self-esteem in relation to structural models of personality and affectivity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 185–197.
- Wong, D. L., Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (Eds.). (2006). *Maternal child nursing care*. (3rd ed., pp. 629-649). St. Louis: Mosby.
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2010). The Thai version of the PSS-10: An Investigation of its psychometric properties. *BioPsychoSocial Medicine*, 4, 1-6.
- World Health Organization. (2010). Understanding and Addressing Violence Against Women: Intimate Partner Violence. Retrieved on November 10, 2014 from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77432/1/WHO_RHR_12.36_eng.pdf.

- Yozwiak, J. A. (2010). Postpartum depression and adolescent mothers: A review of assessment and treatment approaches. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 23(3), 172-178.
- Zhang, Z. J., Chen, H. Y., Yip, K. C., Ng, R., & Wong, V. T. (2010). The effectiveness and safety of acupuncture therapy in depressive disorders: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 124(1), 9-21.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.
- Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S., & Berkoff, K. A. (1990). Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 55(3-4), 610-617.



ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

คำชี้แจง แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้มีจำนวน 6 ชุด โดยมีข้อคำถามรวมทั้งหมด 68 ข้อ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ชุดที่ 1	แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 11 ข้อ
ชุดที่ 2	แบบวัดความรู้สึกความเครียด	จำนวน 10 ข้อ
ชุดที่ 3	แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ	จำนวน 12 ข้อ
ชุดที่ 4	แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก	จำนวน 10 ข้อ
ชุดที่ 5	แบบคัดกรองความรุนแรง	จำนวน 5 ข้อ
ชุดที่ 6	แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า	จำนวน 20 ข้อ

ชุดที่ 1

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความหรือใส่เครื่องหมายถูก ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงกับความเป็นจริงในช่องว่างต่อไปนี้

1. ปัจจุบันคุณอายุ.....ปี
2. ปัจจุบันสามีอายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
☐ แยกกันอยู่
☐ อยู่ด้วยกันฉันท์สามี-ภรรยาและจดทะเบียนสมรส
☐ อยู่ด้วยกันฉันท์สามี-ภรรยาแต่ไม่ได้จดทะเบียนสมรส
4. ระดับการศึกษา
☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ ประถมศึกษา (ป.1-ป.6)
☐ มัธยมศึกษาตอนต้น(ม.1-ม.3) ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย(ม.4-ม.6) /ปวช.
☐ อนุปริญญา / ปวส. ☐ ปริญญาตรี
☐ อื่นๆ ระบุ.....
5. ระดับการศึกษาของสามี....
6. อาชีพ....
7. รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน.....
8. ลักษณะครอบครัว
☐ ครอบครัวเดี่ยว ☐ ครอบครัวขยาย
9. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์.....ครั้ง
10. จำนวนครั้งของการคลอด.....ครั้ง
11. จำนวนครั้งของการแท้ง.....ครั้ง

ชุดที่ 2

แบบวัดความรู้สึกเครียด

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกของคุณ ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา โปรดทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด

- 0 = ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยเกิดความรู้สึกนั้นเลย
- 1 = เกือบไม่เคย หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้นประมาณ 1-3 ครั้งใน 1 เดือน
- 2 = บางครั้ง หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้น 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
- 3 = ค่อนข้างบ่อย หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้น 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์
- 4 = บ่อยมาก หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้นเป็นประจำทุกวัน

ข้อความ	ไม่เคย (0)	เกือบ ไม่เคย (1)	บางครั้ง (2)	ค่อนข้างบ่อย (3)	บ่อย มาก (4)
1. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่คุณรู้สึกไม่สบายใจเพราะมีสิ่งเกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิด ?					
2. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาบ่อยแค่ไหนที่คุณรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมเรื่องสำคัญๆในชีวิตของคุณได้ ?					
3. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหน.. . . .					
10. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา คุณไม่สามารถแก้ไขได้หมด ?					

ชุดที่ 3

แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วใส่เครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับ
ความเห็นของคุณมากที่สุด

- | | | |
|---|---------|---------------------|
| 1 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยที่สุด |
| 2 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยอย่างมาก |
| 3 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย |
| 4 | หมายถึง | มีความเห็นเป็นกลาง |
| 5 | หมายถึง | เห็นด้วยเล็กน้อย |
| 6 | หมายถึง | เห็นด้วยอย่างมาก |
| 7 | หมายถึง | เห็นด้วยมากที่สุด |

ข้อความ	1	2	3	4	5	6	7
1. คุณมีคนสำคัญที่คอยให้ความช่วยเหลือ เมื่อยามที่ คุณต้องการ							
2. คุณมีคนสำคัญที่คุณสามารถแบ่งปันความสุขและ ความทุกข์ได้							
3..... . .							
12. คุณสามารถพูดปัญหาของคุณกับเพื่อนของคุณ ได้							

ชุดที่ 4

แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบอร์ก

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมายถูก ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด

- | | | |
|--------------------------|---------|-----------------------|
| 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง | ไม่เคยเกิดขึ้นเลย |
| 2 = ไม่เห็นด้วย | หมายถึง | นานๆครั้ง |
| 3 = เห็นด้วย | หมายถึง | บ่อยครั้ง |
| 4 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง | เกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา |

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็น ด้วย (2)	เห็นด้วย (3)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (4)
1. โดยทั่วไปแล้ว คุณมีความพึงพอใจในตัวเอง				
2. บางครั้ง คุณรู้สึกว่าคุณไม่มีอะไรดีเลย				
3.....				
10. คุณมีความรู้สึกในด้านดีต่อตัวเอง				

ชุดที่ 5

แบบคัดกรองการได้รับความรุนแรง

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นกับคุณ โปรดทำเครื่องหมายถูก
✓ ใน ☐ ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. คุณเคยถูกสามีหรือคู่รัก ทำร้ายร่างกายหรือจิตใจมาก่อนหรือไม่
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
2. ในช่วงระยะเวลา 1 ปีก่อนตั้งครรภ์ คุณเคยถูกตี ตบ ตะ หรือทำร้ายร่างกายให้ได้รับบาดเจ็บ
โดยวิธีใดๆ ก็ตามโดยสามีหรือคู่รัก หรือไม่
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3. ในขณะที่คุณตั้งครรภ์ คุณเคยถูกตี ตบ ตะ หรือทำร้ายร่างกายให้ได้รับบาดเจ็บโดยวิธีใดๆ
ก็ตามโดยสามีหรือคู่รัก หรือไม่
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
4. ในช่วงระยะเวลา 1 ปีก่อน คุณเคยถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์หรือมีความสัมพันธ์ทางเพศ
จากสามีหรือคู่รักโดยไม่สมัครใจหรือไม่
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
5. ในขณะที่คุณตั้งครรภ์ คุณรู้สึกหวาดกลัวสามีหรือคู่รัก หรือไม่
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ชุดที่ 6

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด
ในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

0 = ไม่เลย หมายถึง ความรู้สึกที่ไม่เคยเกิดขึ้นเลยใน 1 สัปดาห์
1 = นานๆ ครั้ง หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้น 1 - 2 วันต่อสัปดาห์
2 = บ่อยๆ หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้น 3 - 4 วันต่อสัปดาห์
3 = ตลอดเวลา หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้น 5 - 7 วันต่อสัปดาห์

ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย (<1 วัน)	นานๆ ครั้ง (1-2 วัน)	บ่อยๆ (3-4 วัน)	ตลอดเวลา (5-7 วัน)
1. คุณรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. คุณรู้สึกเบื่ออาหาร				
9. คุณรู้สึกว่าชีวิตมีแต่สิ่งล้มเหลว				
11.				
20. คุณรู้สึกท้อถอยในชีวิต				

ภาคผนวก ข

การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



COA No. IRB-NS2013/179.2706

Documentary Proof of Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University

Title of Project: INFLUENCE OF STRESS, SOCIAL SUPPORT, SELF-ESTEEM AND INTIMATE PARTNER VIOLENCE ON POSTPARTUM DEPRESSION IN ADOLESCENT MOTHERS

Project Number: IRB-NS2013/17.0204

Principle Investigator: Miss Pornpan Inta

Name of Institution: Faculty of Nursing Mahidol University

Approval includes

- 1) IRB-NS Submission form version received date 24 June 2013
- 2) Participant Information sheet version date 30 May 2013
- 3) Questionnaire version received date 24 June 2013

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

Date of Approval: 27 June 2013

Date of Expiration: 26 June 2014

Signature of Chair: *Pornpan Sriusadaporn*
(Associate Professor Pornpan Sriusadaporn)
Chair

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

Copyright by Mahidol University

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

การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลกำแพงเพชร



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลกำแพงเพชร
ที่ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๖
เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร

สรุปเรื่อง

เนื่องด้วย นางสาวพรพรรณ อินตะ เป็นนักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ในหลักสูตรปริญญาโท สาขาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ จะขออนุญาตเก็บข้อมูลด้วย แบบสอบถามจากมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ๔ - ๖ สัปดาห์ ที่มีอายุระหว่าง ๑๓-๑๙ ปี ที่มาตรวจ สุขภาพหลังคลอดหรือพาบุตรมารับวัคซีนตามนัด ที่หอผู้ป่วยหลังคลอดและคลินิกเด็กสุขภาพดี เพื่อนำข้อมูลไปประกอบการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ อิทธิพลของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดา วัยรุ่น ”

ในการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้พิจารณาโครงร่าง วิจัยแล้ว เห็นควรอนุญาตให้นักศึกษาศึกษาบัณฑิตวิทยาลัยดังกล่าวเข้ามาเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยใน โรงพยาบาลกำแพงเพชรได้

กฎ / ระเบียบ / ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

เหตุผลประกอบการพิจารณาอนุญาตยินยอมให้เก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ คือ

๑. อ้างถึงหนังสือสำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย สาขาคณะแพทยศาสตร์ศิริราช พยาบาล ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ (ศร)/๒๐๖๒ ลงวันที่ ๓ กันยายน ๒๕๕๖ เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษามาเก็บข้อมูล
- ๒) การวิจัยเรื่องนี้มีประโยชน์ต่อผู้ที่มีส่วนในการดูแลมารดาหลังคลอดในวัยรุ่นเพื่อ ลดความเครียดและป้องกันความรุนแรงในครอบครัวที่มีผลต่อการเจริญเติบโตของเด็กทารก
- ๓) งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการรับรองและพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยมหิดลแล้วตามสำเนาเอกสารรับรองที่แนบมา

ข้อเสนอเพื่อพิจารณา

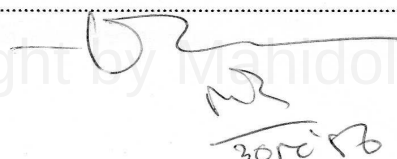
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้ผู้วิจัยดังกล่าวเข้าทำการเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการ ทำวิทยานิพนธ์ต่อไป


(นายสมเพ็ง โชคเฉลิมวงศ์)

นายแพทย์ชำนาญการ

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลกำแพงเพชร

คำสั่ง/ ข้อคิดเห็น


นายพันชนะนันท์ วงศ์แสนสี

นายพันชนะนันท์ วงศ์แสนสี

การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพุทธชินราช

	เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ คณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก	71/56
ชื่อโครงการ	อิทธิพลของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น	
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวพรพรรณ อินตะ	
เลขที่โครงการ/รหัส	-	
สังกัดหน่วยงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
การรับรอง	ขอรับรองโครงการวิจัยดังกล่าวข้างบนนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เมื่อวันที่ 26 ธ.ค. 2556	
ลงนาม	 (นายแพทย์ธีระ ศิริวิชาวัฒน์) ประธานคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ พิษณุโลก	

ภาคผนวก ค

หนังสืออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

โรงพยาบาลกำแพงเพชร



คุณพิมพ์พิมพ์

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

เลขรับที่... ๔๓๑๖

วันที่ ๑๐ ก.ย. ๒๕๕๖

เวลา ๑๔.๕๗

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย สาขาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
อาคารรักษาสังแวดล้อม ชั้น ๓ เลขที่ ๒ ถนนพราณอก
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร. ๐-๒๔๑๑-๒๐๐๒ โทรสาร ๐-๒๔๑๔-๔๔๘๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ (คร)/ ๒๐๖๒
วันที่ ๓ กันยายน ๒๕๕๖
เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้มาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร
สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวพรพรรณ อินตะ นักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการดูแลคนไข้สูง คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังเขียนโครงร่างวิทยานิพนธ์ เรื่อง “อิทธิพลของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดใน มารดาวัยรุ่น” อยู่ในความควบคุมของ รองศาสตราจารย์ ดร.นันทนา ธนาโนวรรณ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นักศึกษา มีความประสงค์จะเก็บข้อมูลจากมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ๔-๖ สัปดาห์ มีอายุ ๑๓-๑๙ ปี ที่มาตรวจสุขภาพหลังคลอด หรือพบคุณหมอด้วยตัวคุณ ณ หน่วยสูติกรรมหลังคลอด (OPD) และคลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลกำแพงเพชร โดยใช้วิธีแจกแบบสอบถามด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ ๖ กันยายน ๒๕๕๖ ถึงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๕๗

บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านโปรดอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้เก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ตามที่เห็นสมควรด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร

เรียนคุณแจ่ม

ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ติดต่ออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ รศ.ดร.นันทนา ธนาโนวรรณ
โทรศัพท์ ๐๘๕-๐๘๘-๔๒๒๓

ขอแสดงความนับถือ

Ann H

(ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โรงพยาบาลพิจิตร

	แผนกกิจกรรมพัฒนาระบบบริการคนไข้ เลขที่รับ 2097 วันที่ 10 ก.ย. 2556 หน้า 15-03	โรงพยาบาลพิจิตร เลขที่รับ 10181 วันที่ 9.9.56 หน้า 09.10
สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย สาขาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล อาคารรักษาสีงแวดล้อม ชั้น 3 เลขที่ 2 ถนนพวานนิก เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700 โทร. 0-2411-2002 โทรสาร 0-2411-5454		
ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ (ศธ)/๒๐๖๓ วันที่ ๓ กันยายน ๒๕๕๖ เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้มาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์		
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิจิตร สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๑ ชุด → <i>ให้กลุ่มกรณีพิเศษ, ที่ไม่ใช่กรณีพิเศษ</i>		
ด้วย นางสาวพรพรรณ อินตะ นักศึกษบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพัฒนาระบบบริการคนไข้ คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังเขียนโครงร่างวิทยานิพนธ์ เรื่อง “อิทธิพลของความคิดเห็น การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดใน มารดาวัยรุ่น” อยู่ในความควบคุมของ รองศาสตราจารย์ ดร.นันทนา ธนาโนวรรณ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นักศึกษา มีความประสงค์จะเก็บข้อมูลจากมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ๔-๖ สัปดาห์ มีอายุ ๑๓-๑๘ ปี ที่มาตรวจสุขภาพหลังคลอด หรือพบบุตรมาฉีดวัคซีน ณ หน่วยสูติกรรมหลังคลอด (OPD) และคลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลพิจิตร โดยใช้วิธี แจกแบบสอบถามด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ ๖ กันยายน ๒๕๕๖ ถึงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๕๗		
บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านโปรดอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้เก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ตามที่เห็นสมควรด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง เรียน ทน.พรบส.		
เรียน ผู้อำนวยการ — เพื่อโปรดพิจารณา — มอบกลุ่มงาน พย.ม. / อภิเชษฐ 9 ก.ย. 56 9 ก.ย. 56	ขอแสดงความนับถือ (ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ) คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย 10 ก.ย. 56 10 ก.ย. 56	เพื่อพิจารณา เห็นควร อนุมัติ 10 ก.ย. 2556 11 ก.ย. 56 11 ก.ย. 56
ติดต่ออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ รศ.ดร.นันทนา ธนาโนวรรณ โทรศัพท์ ๐๘๕-๐๘๘-๙๒๒๓ (นายประจวบ มงคลศิริ) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิจิตร		

โรงพยาบาลพุทธชินราช

	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เลขที่ 14272 วันที่ 2 ก.ค. 2556 เวลา
สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย สาขาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล อาคารรักษาสีงแวดล้อม ชั้น ๓ เลขที่ ๒ ถนนพราณนก เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐ โทร. ๐-๒๔๑๑-๒๐๐๒ โทรสาร ๐-๒๔๑๙-๙๔๘๔	
ที่ ศธ. ๐๕๑๓.๐๒ (ศร)/ ๐๙/๖๕ วันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๕๖ เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้มาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์	
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธชินราช สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๑ ชุด	
ด้วย นางสาวพรพรรณ อินต๊ะ นักศึกษบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังเขียนโครงร่างวิทยานิพนธ์ เรื่อง “อิทธิพลของความคิด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดใน มารดาวัยรุ่น” อยู่ในความควบคุมของ รองศาสตราจารย์ ดร.นันทนา ธนาโนวรรณ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นักศึกษามีความประสงค์จะเก็บข้อมูลจากการดาวยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๙ ปี ที่มารับบริการตรวจสุขภาพ หลังคลอดหรือพบบุตรมาฉีดวัคซีนในระยะ ๔-๖ สัปดาห์หลังคลอด ณ หน่วยสูติกรรมหลังคลอด และ คลินิกเด็ก สุขภาพดี โรงพยาบาลพุทธชินราช โดยใช้วิธีแจกแบบสอบถามให้ตอบด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๕๖ ถึงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๕๗	
บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านโปรดอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้เก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ตามที่เห็นสมควรด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง	
๑) เรียน ผ.ช.ผอ.ด้านการศึกษาศาสตร์และวิจัย เพื่อโปรดเกล้าฯ	๒) เรียน ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตร์ - สมควรแจ้งเลขาธิการกรรมการจริยธรรม เกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ ๑๕ ก.ค. ๒๕๕๖
(นางสาวพัชราภา ล้วนโค)	(นางสาวพัชราภา ล้วนโค)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ) ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าฝ่ายบริหารทั่วไป	คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
พรพรรณ อินต๊ะ ๐๙๘-๖๐๘๖๒๖ 2 ก.ค. ๒๕๕๖ คณะพยาบาลศาสตร์ ม.มหิดล ๑๓ ม.๑ ต.ท่าโพธิ์ อ.เมือง จ.พิษณุโลก ๕๕๖๐๐	สันติพัฒน์ เทพวิกรม (15 ก.ค. ๒๕๕๖) - วนรวิมล เทพวิกรม - วนรวิมล เทพวิกรม
ติดต่ออาจารย์ผดุงครรภ์วิทยานิพนธ์ รศ.ดร.นันทนา ธนาโนวรรณ	

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

ด่วนมาก
ที่ พล ๐๐๓๒.๐๐๓/ ๒๕๕๖



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
ถนนอาทิตย์วงศ์ พล ๖๕๐๐๐

๒๕ กรกฎาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายอำเภอเมือง

ตามที่ นางสาวพรพรรณ อินต๊ะ นักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการปกครองระดับชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ ได้ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลมารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๙ ปี ที่มารับบริการตรวจสุขภาพหลังคลอดหรือพาบุตรมาฉีดวัคซีนในระยะ ๔-๖ สัปดาห์ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยวิธีแจกแบบสอบถามด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๕๖ ถึงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๕๗ โดยจะประสานวันเวลาในการลงเก็บข้อมูลกับพื้นที่โดยตรง

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก จึงขอความร่วมมือจากหน่วยงานท่าน ดำเนินการแจ้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก ให้ความร่วมมืออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ


 (นายบุญเติม ต้นสุรัตน์)
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก



e-Office
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
โทร. ๐ ๕๕๒๕ ๒๐๕๒ ต่อ ๖๑๐-๖๑๓
โทรสาร ๐ ๕๕๒๕ ๕๐๘๘
สำเนาเรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองพิษณุโลก

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล นางสาวพรพรรณ อินตะ
 วัน เดือน ปีเกิด วันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2528
 สถานที่เกิด จังหวัดพะเยา ประเทศไทย
 วุฒิการศึกษา มหาวิทยาลัยนเรศวร พ.ศ. 2550
 พยาบาลศาสตรบัณฑิต
 มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2557
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)
 ที่อยู่ปัจจุบัน มหาวิทยาลัยนเรศวร 99 ม. 9 ต. ท่าโพธิ์ อ.เมือง จ.พิษณุโลก
 โทรศัพท์ 085-9090101
 E-mail: anne_nursza@hotmail.com
 ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ
 สถานที่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
 99 ม. 9 ต. ท่าโพธิ์ อ.เมือง จ. พิษณุโลก
 โทรศัพท์ 055-966760