

ความชุกและรูปแบบของการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด
ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

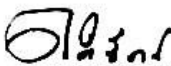
อนชิตา อายุยืน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
กรกฎาคม 2563
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ อนุชิตา อายุยืน ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียววิเศษ)


.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ชนิดดา แนบเกษร)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียววิเศษ)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา คงวัฒนานนท์)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยบูรพา


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)

วันที่..... 3เดือน..... ๗๓ พ.ศ. 2563

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้คงไม่อาจสำเร็จสมบูรณ์ขึ้นมาได้ หากปราศจากความเมตตาจาก รองศาสตราจารย์ ดร. วรณี เดียววิเศษ อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาชี้แนะ ผู้ทำวิทยานิพนธ์ได้หัวข้อในการทำวิทยานิพนธ์ ให้ข้อมูลและคำแนะนำต่าง ๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์เป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการวางเค้าโครง ตลอดจนการกำหนดกรอบเวลา ในการเสนอความคืบหน้าของงาน แนวทางการเขียนเนื้อหาและบทวิเคราะห์ ทั้งยังเสียสละเวลา อันมีค่าในการตรวจสอบงาน ผู้ทำวิทยานิพนธ์รู้สึกสำนึกในพระคุณของอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของท่านอาจารย์เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ชนัดดา แนบเกษร ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร. พวงผกา คงวัฒนานนท์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ ช่วยเหลือ และชี้แนะแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในการดำเนินการจัดทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ บุคลากรในโรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ประกอบด้วย นายแพทย์ภูษงค์ ไชยชิน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสตึก คุณอรีย์ จำภา หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล คุณสังวาล กุลพรม หัวหน้าแผนกสูติกรรม ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้วิชาความรู้ตลอดหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต และขอขอบพระคุณ ฝ่ายบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา ที่คอยแนะนำ ช่วยเหลือ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ ที่ให้ทุนอุดหนุนทุนการศึกษาในระดับมหาบัณฑิตตลอดหลักสูตร ท้ายที่สุดนี้ ขอขอบคุณค่า และประโยชน์จากที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้แต่บุพการีและผู้มีพระคุณทุกท่าน ทั้งในอดีต และปัจจุบันที่ได้อบรมเลี้ยงดู อุปถัมภ์ทั้งทางการศึกษาและให้โอกาสที่ดีกับผู้วิจัยมาโดยตลอด อีกทั้งขอน้อมรำลึกถึงพระคุณของครูอาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาให้จนประสบความสำเร็จได้ในวันนี้

อนุชิตา อายุยืน

58920077: สาขาวิชา: การผดุงครรภ์; พย.ม. (การผดุงครรภ์)

คำสำคัญ: อารมณ์เศร้าหลังคลอด/ มารดาวัยรุ่น/ ความชุก

อนุชิตา อายุยืน: ความชุกและรูปแบบของการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด (PREVALENCE AND PATTERNS OF MATERNITY BLUES IN POSTPARTUM ADOLESCENT MOTHERS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วรณี เดียววิเศษ, Ph.D., ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, Dr.P.H. 64 หน้า. ปี พ.ศ. 2563.

ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดเป็นการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงได้ ความชุกและรูปแบบของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นอาจแตกต่างจากมารดาหลังคลอดวัยผู้ใหญ่ การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและรูปแบบของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ในช่วง 7 วันหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างคือมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่มีอายุตั้งแต่ 10-19 ปี พักพื้นที่แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 115 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้มารดาตอบแบบสอบถามภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดของเคนเนอร์รีและเกท ฉบับภาษาไทย ทุกวันในช่วง 7 วันหลังคลอด ซึ่งแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ

ผลการศึกษาพบว่า ในช่วง 7 วันหลังคลอด มารดา 57 ราย (จากทั้งหมด 115 ราย) มีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด คิดเป็นอัตราความชุกเท่ากับร้อยละ 49.60 ช่วงเวลาที่พบอัตราการเกิดมากที่สุดคือในวันที่ 3 4 และ 5 และจะค่อย ๆ ลดลงในวันที่ 6 และ 7 ตามลำดับ กลุ่มอาการแสดงที่พบมากที่สุดของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด คือ กลุ่มอาการอารมณ์เศร้า พบร้อยละ 21.40 มารดาที่มีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดในระดับความรุนแรง พบเพียงร้อยละ 3 และผลการวิเคราะห์คะแนนความรุนแรงของภาวะอารมณ์เศร้า ในช่วง 7 วัน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 48.551; p < .05$) ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอดวัยรุ่น โดยติดตามคัดกรองภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นเพื่อป้องกันความรุนแรงที่อาจพัฒนาต่อไปเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

58920077: MAJOR: MIDWIFERY; M.N.S. (MIDWIFERY)

KEYWORDS: MATERNITY BLUES/ ADOLESCENT MOTHERS/ PREVALENCE

ANUCHIDA AYUYUEN: PREVALENCE AND PATTERNS OF MATERNITY BLUES IN POSTPARTUM ADOLESCENT MOTHERS. ADVISORY COMMITTEE: WANNEE DEOISRES, Ph.D., TATIRAT TACHASUKSRI, Dr.P.H. 64 P. 2020.

Maternity blues is a transient mood swings during postpartum that may lead to severe postpartum depression and that the prevalence and patterns of maternity blues in adolescent mothers might differ from what have been found in adult postpartum mothers. The purpose of this survey research was to study the prevalence and patterns of maternity blues in adolescent mothers during the first 7 days after delivery. Research participants were 115 adolescent mothers aged 10-19 years at the postpartum ward of Satuek hospital, Buriram province. Adolescent mothers were asked to complete the Thai version of Kennerley and Gaths Maternity Blues Questionnaire on daily basis during the first 7 days postpartum. The reliability of questionnaire was .81. Data were analyzed by using descriptive statistics and One-way Repeated measure ANOVA.

The results showed that 57 adolescent mothers (out of 115) experienced maternity blues during the first 7 days after delivery, resulting in the prevalence of 49.60 %. The time pattern of maternity blues showed a typical peaking on the 3rd, 4th and 5th day postpartum and gradually decreased on day 6th and day 7th. The most cluster of symptoms experienced by adolescent mothers was primary blues (21.40 %). Only 3 % of mothers experienced severe blues. The maternity scores on each 7 days were statistically and significantly differed ($F = 48.551, p < .05$). The results of this study can be used to provide care for postpartum adolescent mothers by screening and monitoring maternity blues of adolescent mothers and provide education which will help to prevent postpartum depression among mothers.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	7
กรอบแนวคิดการวิจัย	7
ขอบเขตของการวิจัย	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
แนวคิดเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหลังคลอด	9
แนวคิดเกี่ยวกับมารดาวัยรุ่น	19
3 วิธีดำเนินการวิจัย	26
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	26
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	27
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย	28
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	28
การเก็บรวบรวมข้อมูล	28
การวิเคราะห์ข้อมูล	29
4 ผลการวิจัย	30
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	30
ส่วนที่ 2 ความชุกของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด	31
ส่วนที่ 3 รูปแบบของภาวะอารมณ์หลังคลอด	32

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 สรุปและอภิปรายผล	39
สรุปผลการวิจัย.....	39
อภิปรายผลการวิจัย	40
ข้อเสนอแนะ.....	42
บรรณานุกรม	43
ภาคผนวก.....	50
ภาคผนวก ก	51
ภาคผนวก ข	55
ประวัติย่อของผู้วิจัย	64

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	31
2	จำนวนและร้อยละ ของเวลาการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น หลังคลอด.....	32
3	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด	33
4	วิเคราะห์ความแปรปรวนของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด.....	34
5	ร้อยละของอาการแสดงภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด.....	35
6	จำนวน ร้อยละ ของความรุนแรงภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด	37

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	ร้อยละของระยะเวลาการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด.....	33
2	กลุ่มอาการอารมณ์เศร้าทั้ง 7 กลุ่มอาการ.....	35
3	กลุ่มอาการอารมณ์เศร้า ที่พบมากที่สุด 3 ลำดับ.....	36
4	กลุ่มอาการอารมณ์เศร้า ที่พบรองลงมาทั้งหมด 4 กลุ่มอาการ.....	36
5	จำนวน ร้อยละ ของความรุนแรงภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด.....	38

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะจิตใจและอารมณ์ภายหลังคลอด เป็นภาวะหนึ่งที่มีความสำคัญไม่น้อยกว่า ภาวะทางกาย เพราะเมื่อกระบวนการคลอดสิ้นสุดลง ร่างกายมารดาหลังคลอดจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วซึ่งส่งผลต่อสภาพจิตใจและอารมณ์หลังคลอดด้วย การเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจ และอารมณ์ภายหลังคลอดที่พบในมารดาหลังคลอดจะพบได้ 3 กลุ่มอาการ คือ ภาวะอารมณ์เศร้า (Maternity blues) ภาวะซึมเศร้า (Postpartum depression) และภาวะอาการทางจิตหลังคลอด (Postpartum psychosis) ซึ่งภาวะที่พบได้บ่อยและมากที่สุด คือ ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดเป็นการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และจิตใจที่ส่วนใหญ่ มักเกิดขึ้นเอง ในสัปดาห์แรกหลังคลอด พบร้อยละ 40-80 (O'Hara & McCabe, 2013) หรือ 2 ใน 3 ของมารดา หลังคลอด อาการที่พบได้บ่อยคือ อารมณ์แปรปรวน ร้องไห้ง่าย หงุดหงิด วิตกกังวล หรือนอน หลับยากขึ้น จะมีอาการไม่เกิน 2 สัปดาห์ และจำนวนร้อยละ 20 ของภาวะนี้ สามารถพัฒนาไปเป็น ภาวะซึมเศร้าและภาวะอาการทางจิตหลังคลอดได้ (O'Hara & McCabe, 2013)

ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด ส่งผลกระทบต่อมารดา คือ มารดามีอาการนอนไม่หลับ หงุดหงิด โมโห อารมณ์แปรปรวน ร้องไห้ง่าย ขาดความมั่นใจในตนเอง ขาดความสนใจในตนเอง และสิ่งแวดล้อม อาจส่งผลต่อความสัมพันธ์กับคู่สมรส ทำให้ชีวิตสมรสไม่ราบรื่นไม่เป็นที่ พึงพอใจของสามี คุณภาพชีวิตต่ำลง (ชวรัตน์ ปรีชล, 2559) และหากไม่ได้รับการดูแล อย่างเหมาะสมอาจพัฒนาไปเป็นภาวะซึมเศร้าและภาวะอาการทางจิตหลังคลอดได้ จากการศึกษา ของ Reck, Stehle, Reinig, and Mundt (2009) พบว่า ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดเป็นตัวทำนายที่ จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและโรควิตกกังวลหลังคลอด โดยพบว่ามารดาที่มีภาวะ ซึมเศร้าหลังคลอด จะมีภาวะอารมณ์เศร้ามาก่อน ร้อยละ 81.8 และในมารดาที่มีโรควิตกกังวล จะมีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดมาก่อน ร้อยละ 82.1 สอดคล้องกับการศึกษาของ Gonidakis, Rabavilas, Varsou, Kreatsas, and Christodoulou (2007) ในประเทศกรีซพบว่า มารดาหลังคลอดมี ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ามารดาหลังคลอดที่มีคะแนนรวมสูง จะมีความสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด ส่วนผลกระทบของอารมณ์เศร้าหลังคลอดต่อบุตร คือ มารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดจะมี ปฏิสัมพันธ์โดยการสัมผัสหรือสร้างสัมพันธ์กับบุตรน้อยกว่ามารดาที่ไม่มีอารมณ์เศร้า หลังคลอด ซึ่งปฏิสัมพันธ์นี้ส่งผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกตลอดจน

การเลี้ยงดูบุตรต่อไป ดังนั้น มารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดจะไม่สามารถแสดงความรักและความผูกพันที่มีต่อบุตรได้เต็มที่ ทำให้บุตรมีพัฒนาการทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ในช่วงขวบปีแรกล่าช้าหรือผิดปกติ และอาจมีผลระยะยาวต่อพัฒนาการด้านความคิดและอารมณ์ของเด็กได้ (ชญานิษฐ์ ธรรมภาสุวรรณ์, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้พยายามศึกษาสาเหตุที่เกิดขึ้นของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด ซึ่งสาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด แต่ส่วนใหญ่เห็นพ้องต้องกันว่าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงร่างกายอย่างรวดเร็วภายหลังคลอด อาการดังกล่าวเกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านกายวิภาคของต่อมไร้ท่อ มีการเปลี่ยนแปลงที่ฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) โพรเจสเตอโรน (Progesterone) ในขณะที่ตั้งครรภ์ฮอร์โมนเอสโตรเจนและโพรเจสเตอโรนจากรกในระยะตั้งครรภ์มีระดับสูงมาก ทำให้สารสื่อประสาทซีโรโทนิน (Serotonin) เพิ่มสูงขึ้น เมื่อระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนและโพรเจสเตอโรนลดลงทันทีหลังคลอด ทำให้ระดับซีโรโทนินลดต่ำลงด้วย และระดับคอร์ติซอล (Cortisol) สูงขึ้น คอร์ติซอลเป็นฮอร์โมนในกลุ่มสเตียรอยด์ (Steroid) ที่สร้างและหลั่งจากต่อมหมวกไต ฮอร์โมนคอร์ติซอลมีหน้าที่สำคัญในการตอบสนองต่อการอักเสบในร่างกาย และการตอบสนองต่อความเครียด หรือเรียกว่า “ฮอร์โมนแห่งความเครียด” โดยตอนเช้าคอร์ติซอลจะหลั่งมากที่สุด เพื่อให้ร่างกายเกิดการตื่นตัว มารดาหลังคลอดจึงมักมีอาการอารมณ์เศร้ามากที่สุดในช่วงเช้าและจะดีขึ้นในตอนเย็นหรือค่ำ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550) ส่งผลให้มารดารู้สึกเบื่อหน่าย มีอาการนอนไม่หลับ ส่งผลให้เกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้ (Harris et al., 1994) นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของกายภาพภายหลังคลอด ยังส่งผลต่อสารสื่อประสาทในสมองให้มีการลดลงของระดับสารในกลุ่มแคททีโคลามีน (Catecholamines) โดยเฉพาะนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ซึ่งมีคุณสมบัติเป็นตัวกระตุ้นเซลล์ประสาทในสมองทำให้เกิดการตื่นตัว โดยสาเหตุการลดลงของนอร์อิพิเนฟรินยังอาจเกิดจากสาเหตุทางพันธุกรรมหรือองค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อมหรือจากกระบวนการภายในร่างกาย เช่น มีประวัติบุคลิกในครอบครัวหรือมารดาหลังคลอดเองมีความผิดปกติทางจิต เคยมีประวัติซึมเศร้าภายหลังจากการคลอดบุตรคนแรก การสูญเสียเลือด น้ำและอิเล็กโทรไลต์ (Electrolyte) เนื่องจากการคลอด้ลำบาก การขาดเจ็บจากการคลอด การได้รับยานอนหลับ ยาแก้ปวดประสาท หรือยาระงับความเจ็บปวดเพื่อทำหัตถการหรือการอดนอนนาน ๆ ในระยะคลอด โดยสาเหตุการลดลงของนอร์อิพิเนฟริน สามารถส่งผลต่อภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่ามารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดจะมีระดับโพรเจสเตอโรนสูงในระยะก่อนคลอด และจะลดต่ำลงมากในระยะหลังคลอดทันทีและยังพบว่าระดับของฮอร์โมนโพรเจสเตอโรนมีระดับต่ำสุดในวันที่มีอาการเศร้าสูงที่สุด จึงสรุปได้ว่า การลดลงของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน โพรเจสเตอโรน ฮอร์โมนเอสโตรเจน ซีโรโทนิน และนอร์อิพิเนฟริน เกี่ยวข้องกับการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด (ชชาติร์)

ปรีชล, 2559)

นอกจากการเปลี่ยนแปลงด้านกายวิภาคของต่อมไร้ท่อแล้ว ยังมีปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่ส่งผลให้เกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้ เช่น สภาวะด้านจิตใจของมารดา มารดาที่มีความกังวลขาดความมั่นใจ คุณค่าการเป็นมารดาของตนเองต่ำเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเป็นอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้เช่นกัน ปัจจัยทางด้านสังคม มารดาที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะทำให้มีอารมณ์เศร้าและมีคุณภาพชีวิตที่ด้อยลง (Elsenbruch et al., 2007) ปัจจัยทางการเจ็บป่วย มีประวัติการเจ็บป่วยขณะตั้งครรภ์หรือมีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด มีโอกาสเกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้ (Gonidakis et al., 2007) ปัจจัยด้านสังคมประชากร ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส การตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา สภาพสังคมและเศรษฐกิจ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550) และยังพบว่ามีความเชื่ออื่น ๆ เช่น ความเชื่อทางด้านวัฒนธรรมในบางประเทศ เนื่องจากมีค่านิยมที่ให้สิทธิพิเศษกับเพศชาย ดังนั้นหากคลอดบุตรคนแรกเป็นเพศหญิงจะถูกกล่าวโทษหรือถูกตำหนิทางสังคม (Adewuya, 2005) หรือในบางประเทศหากเพศหญิงตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อย จะถูกตำหนิและไม่ยอมรับจากคนในครอบครัวและสังคม จากการศึกษาของ Reck et al. (2009) พบว่า ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดเป็นตัวทำนายที่จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และโรควิตกกังวลหลังคลอด โดยพบว่ามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จะมีภาวะอารมณ์เศร้ามาก่อน ร้อยละ 81.8 และในมารดาที่มีโรควิตกกังวล จะมีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดมากกว่า ร้อยละ 82.1 สอดคล้องกับการศึกษาของ Gonidakis and Leonardou (2008) ในกรีกพบว่า หญิงหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าหญิงหลังคลอดที่มีคะแนนรวมสูง จะมีความสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด จากสาเหตุและปัจจัยดังกล่าว ทำให้ในแต่ละประเทศทั่วโลกให้ความสนใจและดำเนินการศึกษาความชุกที่เกิดขึ้นของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด

จากการศึกษาพบว่าความชุกของการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดมักเกิดขึ้นในช่วงเวลา 7 วันแรกหลังคลอด มีการศึกษาในหลายประเทศ โดยใช้แบบสอบถามภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Kennerley and Gath Blues Scales) Kennerley and Gath (1989) มีการศึกษาในมารดาทั่วไปในแถบทวีปยุโรปและอเมริกา โดยประเทศเยอรมันนี้ พบอัตราความชุกร้อยละ 55.2 จากการศึกษามารดาหลังคลอด จำนวน 853 คน ติดตามอาการ 2 สัปดาห์หลังคลอด (Reck et al., 2009) ในประเทศกรีก พบอัตราความชุกร้อยละ 44.5 จากการศึกษาในมารดาหลังคลอดจำนวน 402 คน ติดตามอาการ 3 วันหลังคลอด (Gonidakis et al., 2007) สหรัฐอเมริกาพบร้อยละ 41.8 และยุโรป ร้อยละ 41 จากการศึกษาในมารดาหลังคลอดจำนวน 300 คน ติดตามอาการหลังคลอด 2 สัปดาห์หลังคลอด (Kennerley & Gath, 1989; O'Hara, Schlechte, Lewis, & Wright, 1991) และในประเทศบราซิล พบอัตราความชุกร้อยละ 32.7 จากการศึกษาในมารดาหลังคลอด

จำนวน 113 คน ติดตามอาการ 10 วันหลังคลอด (Faisal-Cury, Menezes, Tedesco, Kahalle, & Zugaib, 2008) ในแถบทวีปแอฟริกา มีการศึกษาในมารดาหลังคลอดทั่วไปในประเทศไนจีเรีย พบอัตราความชุกร้อยละ 31.3 โดยศึกษาในมารดาจำนวน 502 คน และติดตามใน 5 วันหลังคลอด (Adewuya, 2005) และมีการศึกษาในประเทศแคว้นเมอรูน พบอัตราความชุกร้อยละ 33.3 โดยศึกษาในมารดาจำนวน 321 คน และติดตามใน 4 วันหลังคลอด (Ntaouti et al., 2020) ในแถบทวีปเอเชีย มีการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น พบอัตราความชุกร้อยละ 12.8 และในฮ่องกง พบร้อยละ 44.3 จากการศึกษาในมารดาหลังคลอดจำนวน 235 คน ติดตามอาการ 5 วัน 1 เดือน และ 3 เดือน หลังคลอด (Watanabe et al., 2008) และในประเทศไทย พบร้อยละ 47.5 จากการศึกษาในมารดา หลังคลอดทั่วไป จำนวน 385 คน ติดตามอาการ 1 สัปดาห์หลังคลอด (Phuangprasonka, 2016) จะเห็นได้ว่า ความชุกของการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอดแต่ละประเทศแตกต่างกัน ซึ่งอาจขึ้นอยู่กับ ความแตกต่างทางวัฒนธรรม สังคม การดำเนินชีวิต นอกจากนี้สิ่งที่ต้องให้ความสนใจคือรูปแบบ ของการเกิด จากการทบทวนวรรณกรรมได้มีการศึกษารูปแบบการเกิดด้วยเช่นกัน

จากการศึกษารูปแบบการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด Kennerley and Gath (1989) อธิบายการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์เศร้าหลังคลอด แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ระยะเวลา อาการ และความรุนแรง รูปแบบของระยะเวลาการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด คือ วันที่มีอาการ ของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดมากที่สุด เริ่มเกิดขึ้นเมื่อไหร่ สิ้นสุดเมื่อไหร่และเกิดขึ้นมากที่สุด เมื่อไหร่ จากการศึกษาพบว่า นอกจากภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด จะเกิดในช่วงสัปดาห์แรก หลังคลอดแล้ว จากการศึกษาของ O'Hara and McCabe (2013) พบว่า วันที่มีอาการอารมณ์เศร้า หลังคลอดมากที่สุดคือ วันที่ 3 ถึงวันที่ 5 หลังคลอด (O'Hara & McCabe, 2013) ส่วนการศึกษา ของ Rondón (2003) พบว่า วันที่มีอาการอารมณ์เศร้าหลังคลอดมากที่สุดคือ วันที่ 3 ถึงวันที่หลัง คลอด การศึกษาของคุณ Yuki and Katsutoshi (2014) พบว่า วันที่มีอาการอารมณ์เศร้าหลังคลอด มากที่สุดคือวันที่ 3 ถึงวันที่ 4 (Yuki & Katsutoshi, 2014) และมีการศึกษาในประเทศไทย โดย คุณรัชดา พ่วงประสงค์ ในปี ค.ศ. 2016 โดยศึกษาในกลุ่มมารดาทั่วไป ที่โรงพยาบาล สมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า วันที่มีอาการอารมณ์เศร้าหลังคลอดมากที่สุด คือ วันแรกหลังคลอดและค่อย ๆ ลดลงตามระยะเวลา (Phuangprasonka, 2016)

การเปลี่ยนแปลงด้านอาการของอารมณ์เศร้าหลังคลอดจะแบ่งเป็น 2 แบบ แบบที่ 1 คือ อาการอารมณ์ด้านบวก (Positive affect) ได้แก่ อารมณ์ร่าเริงมากกว่าปกติ มั่นใจ อาการผ่อนคลาย แม้จะเป็นอาการด้านบวกแต่จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว แบบที่ 2 คือ อาการอารมณ์ ด้านลบ (Negative affect) จะมีอาการหงุดหงิด วิตกกังวล ทำอะไรไม่ถูก ความรู้สึกเร็วมากกว่าปกติ (Pop et al., 2015) โดย Kennerley and Gath (1989) จะแบ่งกลุ่มอาการออกเป็น 7 กลุ่ม ใน 28 รายการ ประกอบไปด้วยอารมณ์เศร้า การเก็บความรู้สึก ความอ่อนไหวง่าย ภาวะซึมเศร้า

ความท้อแท้สิ้นหวัง อารมณ์ถดถอย และความเชื่อมั่นในตนเองลดลง การศึกษาอาการอารมณ์เศร้าหลังคลอดของมารดาหลังคลอดในประเทศไทย พบว่า กลุ่มอาการที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มอาการความมั่นใจในตนเองลดลง เป็นกลุ่มอาการที่พบได้มากที่สุด และด้านความรุนแรงพบว่าภาวะอารมณ์เศร้าชนิดรุนแรงพบได้มากกว่าภาวะอารมณ์เศร้าชนิดไม่รุนแรง และพบมากที่สุดในวันแรกหลังคลอด และความรุนแรงจะค่อยลดลงในทุกวัน (Phuangprasonka, 2016) โดยการศึกษาความชุกและรูปแบบการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด ที่ผ่านมามีทั้งในประเทศและต่างประเทศ เป็นการศึกษาในมารดาวัยผู้ใหญ่ทั่วไป ยังไม่มีการศึกษาในมารดาหลังคลอดวัยรุ่น โดยเฉพาะ

ในปัจจุบันการตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่นเป็นปัญหาที่สำคัญของทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยที่ทวีความรุนแรง มีการเพิ่มขึ้นของจำนวนการตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง หากวัยรุ่นเกิดการตั้งครรภ์ก่อนวัยที่เหมาะสม หรือก่อนที่จะมีความพร้อมในการเป็นมารดา จากสถิติรายงานสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ปี พ.ศ. 2559 พบว่า อัตราการคลอดในวัยรุ่นเท่ากับร้อยละ 45.5 ต่อประชากร 1,000 คน โดยเฉพาะในแถบจังหวัดที่มีการพัฒนาของเศรษฐกิจการท่องเที่ยว พบว่าในจังหวัดที่เป็นจังหวัดท่องเที่ยว จะมีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูง (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2560) แม้จำนวนจะน้อยกว่าปีที่ผ่านมา แต่ก็ถือเป็นจำนวนที่ค่อนข้างมาก ซึ่งการคลอดในวัยรุ่นนี้ นอกจากส่งผลต่อร่างกายหลายด้าน เกิดภาวะเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตัววัยรุ่นเอง บุตรครอบครัว สังคม รวมทั้งประเทศชาติ ปัจจุบันการดำเนินการด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทยยังพัฒนาแนวทางอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่เป็นที่น่าพอใจมากนัก (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2560) และจังหวัดบุรีรัมย์เป็นจังหวัดที่กำลังมีการเติบโตของเศรษฐกิจการท่องเที่ยวด้านกีฬา ทำให้มีสถานที่ท่องเที่ยวในยามค่ำคืนเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก และในการสำรวจในปี พ.ศ. 2559 พบอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในจังหวัดบุรีรัมย์สูงถึงร้อยละ 18.3 ซึ่งเป้าหมายไม่ควรเกินร้อยละ 10 ในประชากร 1 พันคน มากกว่าจังหวัดนครราชสีมา สุรินทร์ และชัยภูมิ ซึ่งอยู่ในเขตสุขภาพเดียวกัน (กรมอนามัย กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ, 2560) และโรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเครือข่ายสุขภาพ (NODE) ครอบคลุมดูแลในเขตอำเภอสตึกและอำเภอแคนดง มีระยะทางห่างจากตัวเมืองเพียง 30 กิโลเมตร และโรงพยาบาลยังมีอัตราการคลอดเดือนละ 60-70 รายต่อเดือน และมีอัตราการคลอดในมารดาวัยรุ่นคิดเป็นร้อยละ 24.3 (ธัญภา วรสิงห์, 2559) จึงเป็นโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยเลือกในการศึกษาครั้งนี้

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นอกจากจะส่งผลกระทบต่อปัญหาทางด้านร่างกาย ยังส่งผลอย่างมากในด้านจิตใจ โดยในมารดาหลังคลอดวัยรุ่น มีโอกาสอาจเกิดภาวะอารมณ์เศร้าได้มากกว่าหญิงหลังคลอดทั่วไป จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยด้านสังคมประชากร ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส การตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา สภาพสังคมและเศรษฐกิจ มีผลต่อภาวะอารมณ์เศร้า

หลังคลอด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550) และปัจจัยความเชื่อทางด้านวัฒนธรรมในบางประเทศ (Adewuya, 2005) จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า ประเทศที่มีอัตราการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอดมากกว่าประเทศอื่น ส่วนใหญ่จะเป็นประเทศที่ค่อนข้างเคร่งในลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อเกี่ยวกับหญิงหลังคลอดที่สืบต่อกันมา จากการศึกษาของ Adewuya และ Murata พบว่า ประเทศแทนซาเนีย อิหร่าน และอินเดีย (Adewuya, 2005; Murata, Nadaoka, Morioka, Oiji, & Saito, 2003) และในประเทศไทย จากการศึกษาของ รัชดา พ่วงประสงค์ ที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ พบอัตราการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดร้อยละ 45.7 (Phuangprasonka, 2016) จะเห็นได้ว่าประเทศไทยเป็น 1 ในประเทศที่มีอัตราการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดสูง อีกทั้งประเทศไทยเป็นประเทศที่มีชนบทกรรมนิยม วัฒนธรรมทางสังคมเกี่ยวกับการห้ามชิงสุกก่อนห่าม การรักษานวลสงวนตัว ทำให้วัยรุ่นตั้งครรภ์และหลังคลอด ขาดการยอมรับจากครอบครัวและสังคม ส่งผลกระทบต่อจิตใจ การปรับตัวต่อครอบครัวและสังคมมีปัญหา อาจพัฒนาไปเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ส่งผลให้สตรีหลังคลอด เกิดปัญหาครอบครัว การอบรมเลี้ยงดู ทอดทิ้งบุตร เด็กที่เกิดมาขาดการอบรมและใกล้ชิดจากมารดา ขยายตัวเป็นปัญหาสังคม และระดับประเทศ และอาจรุนแรงจนทำให้วัยรุ่นหลังคลอดฆ่าตัวตาย หรือมีภาวะโรคจิต หลังคลอดได้ และจากการศึกษาทั้งหมดยังไม่เคยมีการศึกษาภาวะอารมณ์เศร้าในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

ด้วยเหตุผลนี้ ผู้วิจัยจึงมองเห็นความสำคัญจากแนวโน้มที่มีการเพิ่มขึ้นของการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น และที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาความชุก และรูปแบบของการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอดวัยรุ่น โดยการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดหวังว่าจะสามารถนำข้อมูลที่ได้อไปประเมินและป้องกันกั้นการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น ซึ่งเป็นสิ่งที่พยาบาลผดุงครรภ์ต้องตระหนักและให้ความสำคัญ ในการศึกษาข้อมูลวางแผน ดูแล และป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงจากปัญหาภาวะสุขภาพจิตหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นและสามารถใช้ในการพัฒนางานวิจัยเพื่อต่อยอดและให้การดูแลมารดาหลังคลอดวัยรุ่นอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและนโยบายแผนพัฒนาประเทศของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการลดภาวะแทรกซ้อนในสตรีหลังคลอดวัยรุ่น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดในช่วง 7 วันหลังคลอดในกลุ่มมารดาวัยรุ่น
2. เพื่อศึกษารูปแบบการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าในช่วง 7 วันหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการสำรวจความชุกและรูปแบบของการเกิดภาวะเศร้าหลังคลอดใน มารดาวัยรุ่น โดยใช้ทฤษฎีการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดจากการทบทวนวรรณกรรมที่ เกี่ยวข้องเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Postpartum blues, Maternity blues or Baby blues) โดยสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอดยังไม่ทราบแน่ชัด แต่จากการทบทวน วรรณกรรมส่วนใหญ่เห็นว่า เกิดจากการเปลี่ยนแปลงร่างกายอย่างรวดเร็วภายหลังคลอด จากการเปลี่ยนแปลงด้านกายวิภาคของต่อมไร้ท่อ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วภายหลังคลอด ของฮอร์โมนเอสโตรเจน โปรเจสเตอโรน ทำให้ระดับคอร์ติซอลสูงขึ้น และซีโรโทนินลดต่ำลง คอร์ติซอล มีหน้าที่สำคัญในการตอบสนองต่อความเครียด หรือเรียกว่า “ฮอร์โมนแห่งความเครียด” โดยตอนเช้า คอร์ติซอลจะหลังมากที่สุด เพื่อให้ร่างกายเกิดการตื่นตัว มารดาหลังคลอดจึงมักมี อาการอารมณ์เศร้ามากที่สุดในช่วงเช้าและจะดีขึ้นในตอนเย็นหรือค่ำ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550) นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพภายหลังคลอดยังส่งผลต่อสารสื่อประสาทในสมองให้มีการลดลงของระดับสารในกลุ่มแคททีโคลามีน โดยเฉพาะนอร์อิพิเนฟริน และองค์ประกอบทาง สิ่งแวดล้อมหรือจากกระบวนการภายในร่างกาย เช่น มีประวัติบุคคลในครอบครัวหรือมารดาหลัง คลอดเองมีความผิดปกติทางจิต เคยมีประวัติซึมเศร้าภายหลังจากการคลอดบุตรคนแรก การสูญเสีย เลือด น้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากการคลอดลำบาก การบาดเจ็บจากการคลอด การได้รับยา นอนหลับ ยากล่อมประสาท หรือยาระงับความเจ็บปวดเพื่อทำสูติศาสตร์หัตถการ หรือการอดนอน นาน ๆ ในระยะคลอด โดยสาเหตุการลดลงของนอร์อิพิเนฟริน สามารถส่งผลต่อภาวะอารมณ์เศร้า หลังคลอดได้

รูปแบบการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด หมายถึง ลักษณะการเกิดภาวะอารมณ์เศร้า หลังคลอด ประกอบด้วย ระยะเวลา อาการแสดง และความรุนแรงของอาการ รูปแบบด้าน ระยะเวลา คือ ระยะเวลาการเกิด ซึ่งมักเกิดในช่วงสัปดาห์แรก หรือช่วง 7 วันหลังคลอด ซึ่งการศึกษาในประเทศไทยพบว่า เวลาที่มักเกิดภาวะอารมณ์เศร้ามากที่สุด จะเกิดในวันแรกหลัง คลอดและอาการค่อย ๆ ลดลงตามระยะเวลา (ประเสริฐ ศันสนีย์วิทย์กุล, 2551; Phuangprasonka, 2016) รูปแบบด้านอาการ โดย Kennerley and Gath แบ่งความรู้สึกของหญิงหลังคลอด เป็น 7 กลุ่ม อาการ คือ อารมณ์เศร้า การเก็บความรู้สึก ความอ่อนไหวง่าย ภาวะซึมเศร้า ความท้อแท้สิ้นหวัง อารมณ์ถดถอย และความเชื่อมั่นในตนเองลดลง (Kennerley & Gath, 1989) อารมณ์จะแบ่งเป็น 2 แบบ แบบที่ 1 คือ อาการอารมณ์ด้านบวก (Positive affect) ได้แก่ อารมณ์ร่าเริงมากกว่าปกติ มั่นใจ อาการผ่อนคลาย แม้จะเป็นอาการด้านบวกแต่จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว แบบที่ 2 คือ อาการอารมณ์ด้านลบ (Negative affect) จะมีอาการหงุดหงิด วิตกกังวล ทำอะไรไม่ถูก ความรู้สึกอ่อนไหวมากกว่าปกติ (Pop et al., 2015) รูปแบบด้านความรุนแรงของอาการ

ความรุนแรงของอาการมักมีอาการรุนแรงในช่วง 7 วันแรกหลังคลอด ผู้วิจัยจึงใช้กรอบแนวคิดนี้ในการศึกษาความชุกและรูปแบบการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

ขอบเขตของการวิจัย

วิจัยนี้เป็นการศึกษาความชุกและรูปแบบของการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นที่พักฟื้นที่หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม 2 โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562

นิยามศัพท์เฉพาะ

มารดาวัยรุ่นหลังคลอด หมายถึง มารดาหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี โดยถืออายุ ณ วันที่คลอดบุตร โดยคลอดทางช่องคลอด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด

ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น หมายถึง ภาวะความผิดปกติของอารมณ์ในระยะหลังคลอดภายใน 7 วันหลังคลอด ในมารดาวัยรุ่น ประเมินโดยแบบสอบถามอารมณ์เศร้าหลังคลอดของ Kennerley and Gath (1989) (Kennerley's Blues Questionnaire) ฉบับแปลภาษาไทยโดย รัชดา พ่วงประสงค์ (Phuangprasonka, 2016)

รูปแบบของภาวะเศร้าใน 7 วันหลังคลอด หมายถึง ลักษณะการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น ในช่วง 7 วันแรก ซึ่งประกอบด้วย ระยะเวลา อาการแสดง และความรุนแรงของอาการ ประเมินโดยแบบสอบถามอารมณ์เศร้าหลังคลอดของ Kennerley and Gath (1989) (Kennerley's Blues Questionnaire) ฉบับแปลภาษาไทยโดย รัชดา พ่วงประสงค์ (Phuangprasonka, 2016) ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

ระยะเวลา หมายถึง วันที่เริ่มเกิดภาวะอารมณ์เศร้า วันที่มีภาวะอารมณ์เศร้าเกิดขึ้นมากที่สุด และวันที่มีภาวะอารมณ์เศร้าเกิดขึ้นน้อยที่สุด

อาการแสดง หมายถึง อาการของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดที่มีพบมากที่สุดในระยะ 7 วันแรกหลังคลอด

ความรุนแรง หมายถึง วันที่มีระดับความรุนแรงของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดสูงที่สุด โดยแบ่งค่าความรุนแรงของระดับคะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 0-140 คะแนน กลุ่มภาวะอารมณ์เศร้าชนิดไม่รุนแรง คะแนนรวมอยู่ที่ 0-106 กลุ่มที่มีอารมณ์เศร้ารุนแรง คะแนนรวมสูงเกิน 107

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการสำรวจความชุกและรูปแบบของการเกิดภาวะอารมณ์เศร้า หลังคลอดในสตรีวัยรุ่น ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหลังคลอด
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด
 - 1.3 ลักษณะอาการทางคลินิก
 - 1.4 ผลกระทบของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด
 - 1.5 การประเมินภาวะอารมณ์เศร้ามารดาหลังคลอด
 - 1.6 ความชุกของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด
 - 1.7 รูปแบบเกี่ยวกับภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด
2. แนวคิดเกี่ยวกับมารดาวัยรุ่น
 - 2.1 นิยามมารดาวัยรุ่น
 - 2.2 สถานการณ์การตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่น
 - 2.3 ผลกระทบในมารดาวัยรุ่น
 - 2.4 ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น
 - 2.5 ความชุกและรูปแบบของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

แนวคิดเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหลังคลอด

1. ความหมาย

อารมณ์เศร้าหลังคลอด (Postpartum blues, Maternity blues or Baby blues) หมายถึง กลุ่มอาการที่พบได้บ่อยที่สุด 1 ใน 6 ของคุณแม่หลังคลอด ซึ่งจะเกิดขึ้นเองในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ซึ่งจะมีอาการตั้งแต่วันแรกหลังคลอด โดยทั่วไปมักพบในช่วง 24-72 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และเป็นภาวะที่พบได้บ่อยที่สุด คือ พบร้อยละ 40-80 (O'Hara & McCabe, 2013) หรือ 2 ใน 3 ของมารดาหลังคลอด จะมีอาการซึมเศร้าเพียงเล็กน้อย ๆ เท่านั้น เกิดจากความไม่สมดุลทางอารมณ์ ซึ่งมีหลักฐานว่าอาจเกิดจากการมีการหมดไปของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน ที่ลดระดับลงอย่างรวดเร็วจนตรวจไม่พบในกระแสเลือด ซึ่งส่งผลต่ออารมณ์มารดา (จิราภรณ์ ศิริพันธ์, ปริศนา

พานิชกุล, สุธี พานิชกุล และพงศธร เนตราคม, 2548) ซึ่งจะมีความรุนแรงมากขึ้นหากมารดาต้องรับประทานยาคุมกำเนิดเพียงลำพัง (อานนท์ นัทรทอง, 2560) ซึ่งเป็นชนิดฮอร์โมนแปรปรวนหลังคลอดที่พบได้บ่อยที่สุด ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่อาจมีสาเหตุเสริมบางอย่าง เช่น การเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนในร่างกายอย่างรวดเร็วหลังคลอด ความเครียดทางร่างกายที่เกิดจากการคลอด หรือความเครียดทางจิตใจจากการปรับตัว เปลี่ยนแปลงบทบาทเป็นมารดา หรือจากสังคมรอบข้าง (พงศธร เนตราคม, 2550)

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดเป็นภาวะที่มีความไม่สมดุลทางอารมณ์ จะมีอาการในช่วงสัปดาห์แรกหลังคลอด สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด แต่ส่วนใหญ่เห็นตรงกันว่าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนอย่างรวดเร็ว ภายหลังจากคลอดทำให้มีผลต่ออารมณ์

2. สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด

2.1 สาเหตุของการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด

สาเหตุที่แท้จริงของการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอดยังไม่ทราบแน่ชัด แต่จากการทบทวนวรรณกรรมส่วนใหญ่เห็นว่า เกิดจากการเปลี่ยนแปลงร่างกายอย่างรวดเร็วภายหลังจากคลอด เมื่อระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนลดลงทันทีหลังคลอด ทำให้ระดับคอร์ติซอลสูงขึ้นและซีโรโทนินลดต่ำลง คอร์ติซอลเป็นฮอร์โมนในกลุ่มสเตียรอยด์ ที่สร้างและหลั่งจากต่อมหมวกไต ฮอร์โมนคอร์ติซอลมีหน้าที่สำคัญในการตอบสนองต่อการอักเสบในร่างกาย และการตอบสนองต่อความเครียด หรือเรียกว่า “ฮอร์โมนแห่งความเครียด” โดยตอนเช้าคอร์ติซอลจะหลั่งมากที่สุด เพื่อให้ร่างกายเกิดการตื่นตัว มารดาหลังคลอดจึงมักมีอาการอารมณ์เศร้ามากที่สุด ในช่วงเช้าและจะดีขึ้นในตอนเย็นหรือค่ำ (สมภพ เรืองตระกูล, 2550)

Harris et al. (1994) ให้ความเห็นว่า อาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านกายวิภาคของต่อมไร้ท่อ มีการเปลี่ยนแปลงที่ฮอร์โมนเอสโตรเจน โปรเจสเตอโรน ในขณะที่ตั้งครรภ์ฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนจากรก ในระยะตั้งครรภ์มีระดับสูงมาก ทำให้สารสื่อประสาทซีโรโทนิน เพิ่มสูงขึ้น เมื่อระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนลดลงทันทีหลังคลอด ทำให้ระดับซีโรโทนินลดต่ำลงด้วย ส่งผลให้มารดา รู้สึกเบื่อหน่าย มีอาการนอนไม่หลับ ส่งผลให้เกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้ นอกจากนั้นยังส่งผลต่อ สารสื่อประสาทในสมองให้มีการลดลงของระดับสารในกลุ่มแคททีโคลามีน โดยเฉพาะนอร์อิพิเนพริน ซึ่งมีคุณสมบัติเป็นตัวกระตุ้นเซลล์ประสาทในสมอง ทำให้เกิดการตื่นตัว โดยสาเหตุการลดลงของนอร์อิพิเนพรินยังอาจเกิดจากสาเหตุทางพันธุกรรม หรือองค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อมหรือจากกระบวนการภายในร่างกาย เช่น มีประวัติบุคลิกในครอบครัวหรือมารดาหลังคลอดเองมีความผิดปกติทางจิต

เคยมีประวัติซึมเศร้าภายหลังจากการคลอดบุตรคนแรก การสูญเสียเลือด น้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากการคลอด้ลำบาก การบาดเจ็บจากการคลอด การได้รับยานอนหลับ ยากล่อมประสาท หรือยาระงับความเจ็บปวดเพื่อทำสูติศาสตร์หัตถการ หรือการอดนอนนาน ๆ ในระยะคลอด โดยสาเหตุการลดลงของนอร์อิพิเนเฟริน สามารถส่งผลต่อภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้

คชารัตน์ ปรีชล (2559) ซึ่งให้ความเห็นว่า มารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด จะมีระดับโปรเจสเทอโรนสูงในระยะก่อนคลอด และจะลดต่ำลงมากในระยะหลังคลอดทันที และยังพบว่าระดับของฮอร์โมนโปรเจสเทอโรนมีระดับต่ำสุดในวันที่มีอารมณ์เศร้าสูงที่สุด จึงสรุปได้ว่า การลดลงของระดับฮอร์โมนโปรเจสเทอโรน เอสโตรเจน ซีโรโทนิน และนอร์อิพิเนเฟริน เกี่ยวข้องกับการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด อย่างไรก็ตามมารดาหลังคลอดจำนวนมากที่มีการปรับสมดุลของสารสื่อประสาทในสมองและฮอร์โมนหลังการคลอดได้ดี ผู้คนจำนวนนี้จะไม่เกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรม ได้มีผู้พยายามอธิบาย ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด โดยได้มีการแบ่งเป็นปัจจัยแต่ละด้านได้แก่ ปัจจัยทางด้านจิตใจ ปัจจัยทางด้านสังคม ปัจจัยทางการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านความแตกต่างของประชากร ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors)

สภาวะด้านจิตใจของมารดา มักเป็นสาเหตุของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด เช่น การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์หรือมีอารมณ์เศร้าเกิดขึ้นในเดือนสุดท้ายก่อนการคลอด และการมีความกังวลในวันที่คลอด (Adewuya, 2005; Gonidakis et al., 2007) มีความกลัว ความกังวล จากการขาดความรู้ การมีความเครียด ความกังวลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร (Lanehart et al., 2012) รวมทั้งมีความรู้สึกไม่มั่นใจในตนเองต่อบทบาทการเป็นมารดา โดยเฉพาะครรภ์แรก ซึ่งการขาดความมั่นใจจะทำให้มีความระแวงต่อคำแนะนำ ตลอดจนการเห็นคุณค่า การเป็นมารดาของตนเองต่ำ เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเป็นอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้เช่นกัน (Lanehart et al., 2012) และยังมีสาเหตุทางพันธุกรรมที่ส่งผลต่อจิตใจ เช่น มีประวัติบุคคลใน ครอบครัวหรือมารดาหลังคลอดเองมีความผิดปกติทางจิต เคยมีประวัติซึมเศร้าภายหลังจากการคลอดบุตรคนแรก ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ ส่งผลต่อการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้

2.2.2 ปัจจัยทางด้านสังคม (Social factors)

การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม โดยมารดาที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ

จะทำให้มีอาการเศร้า และมีคุณภาพชีวิตที่ด้อยลง การขาดแรงสนับสนุนจากสามี หรือการแยกทางจากสามี ต้องรับผิดชอบเลี้ยงดูบุตรคนเดียว ต่างเป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดภาวะอารมณ์เศร้า หลังคลอดได้เช่นกัน (Adewuya, 2005) และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า สถานะภาพสมรส เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Séjourné, Callahan, & Chabrol, 2011) การขาดแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น การไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสามี สามีหรือครอบครัวของสามีไม่ยอมรับบุตร การมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันในครอบครัวเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร การขาดแรงสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของและการให้ความช่วยเหลือ เช่น มารดาไม่ได้รับประทานอาหารเช้าอย่างเพียงพอ ไม่มีคนช่วยดูแลบุตร ไม่มีคนช่วยทำงานบ้าน เป็นต้น (Afzal & Khalid, 2014)

2.2.3 ปัจจัยทางการเจ็บป่วย (Disease factors)

ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดของครรภ์ปัจจุบัน เช่น มีประวัติการเจ็บป่วยขณะตั้งครรภ์จำเป็นต้องเข้ารับการนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลหรือมีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด (Adewuya, 2005) หรือจะต้องสิ้นสุดการคลอดโดยต้องผ่าตัดทางหน้าท้อง เด็กเสียชีวิตในครรภ์ ปัจจัยดังกล่าวนี้ทำให้มารดามีโอกาสเกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้ถึงร้อยละ 47 (Gonidakis et al., 2007) การสูญเสียเลือด น้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากการคลอดลำบาก การบาดเจ็บจากการคลอด การได้รับยานอนหลับ ยากล่อมประสาท หรือยาระงับความเจ็บปวดเพื่อทำสูติศาสตร์หัตถการ หรือการอดนอนนาน ๆ ในระยะหลังคลอด สามารถส่งผลต่อภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้

2.2.4 ปัจจัยด้านความแตกต่างของประชากร (Population factors)

ความแตกต่างของสถิติประชากร ได้มีการศึกษา Postpartum blues และ Postpartum depression ในผู้ที่มีความแตกต่างกันตามสถิติสังคมประชากร (Demography) จากการทบทวนวรรณกรรมของ Yuki and Katsutoshi (2014) ซึ่งการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะอารมณ์ในมารดาหลังคลอดชาวญี่ปุ่นจำนวน 100 คน พบว่า อายุ สถานะภาพสมรส มีผลต่อภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด ($p < 0.1$) แต่มีประจักษ์พยานเพียงเล็กน้อยที่จะชี้ว่าปัจจัยทางสถิติประชากรเกี่ยวกับ ลำดับการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา สภาพสังคมและเศรษฐกิจ เป็นสาเหตุชัดเจนของโรคทางจิตเวชหลังคลอด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550) สาเหตุอื่น ๆ เช่น ความเชื่อทางด้านวัฒนธรรมในบางประเทศ เนื่องจากมีค่านิยมที่ให้สิทธิพิเศษกับเพศชาย ดังนั้นหากคลอดบุตรคนแรกเป็นเพศหญิงจะถูกกล่าวโทษ หรือถูกตำหนิทางสังคม (Adewuya, 2005) หรือในบางประเทศหากเพศหญิงตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อย จะถูกตำหนิและไม่ยอมรับจากคนในครอบครัวและสังคม

3. ลักษณะอาการทางคลินิก

อารมณ์เศร้าหลังคลอด เป็นภาวะที่พบได้บ่อยประมาณ 2 ใน 3 ของมารดาหลังคลอด (Nourollahpour Shiadeh, Kariman, Bakhtiari, Mansouri, & Mehravar, 2016) ซึ่งอาการของภาวะอารมณ์เศร้า มักชัดเจนในช่วงเช้าหลังตื่นนอนส่วนมากผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้ามากที่สุดในช่วงเช้า และจะดีขึ้นในช่วงเย็นหรือค่ำ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550) มีผู้อธิบายลักษณะของอาการไว้ ดังนี้

Kennerley and Gath (1989) อธิบายว่า มารดาหลังคลอดที่มีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด จะมีอารมณ์แปรปรวน ร้องไห้ง่าย หงุดหงิด วิตกกังวลหรือนอนหลับยากขึ้น จะมีอาการไม่เกิน 2 สัปดาห์ สามารถแบ่งความรู้สึกของหญิงหลังคลอด เป็น 7 กลุ่มอาการ คือ อารมณ์เศร้า การเก็บความรู้สึก ความอ่อนไหวง่าย ภาวะเศร้า ความท้อแท้สิ้นหวัง อารมณ์ถดถอยและความเชื่อมั่นในตนเองลดลง อาการมักจะปรากฏให้เห็นในช่วง 7 วันแรกหลังคลอด

พงศธร เนตราคม (2550) อธิบายว่า มารดาหลังคลอดที่มีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด จะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด ขี้รำคาญ รู้สึกเศร้า บางครั้งอยู่ ๆ ก็ร้องไห้ออกมา โดยไม่ทราบสาเหตุวิตกกังวลไปเสียทุกอย่าง กินไม่ได้ นอนไม่หลับ รู้สึกอ่อนเพลีย บางรายที่มีอาการมากกว่า 2 สัปดาห์ ควรปรึกษาแพทย์ เนื่องจากร้อยละ 20 ของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum Blues [PPB]) สามารถพัฒนาไปเป็นโรคซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Postpartum Depression [PPD]) อาการมักเกิดในวันที่ 4 หรือ 5 หลังคลอด

อานนท์ นัทรทอง (2560) อธิบายว่า มารดาหลังคลอดที่มีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด จะรู้สึกสับสนอารมณ์แปรปรวน มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิดง่าย วิตกกังวล จิตใจอ่อนไหว นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เบื่ออาหารแต่ไม่ถึงกับกินอะไรไม่ได้เลย มีอาการเศร้า หงา และอาจถึงกับร้องไห้ออกมาโดยไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งอาการเหล่านี้จะมีมากขึ้นหากคุณแม่ต้องรับภาระเลี้ยงดูลูกน้อยเพียงลำพัง อาการมักจะปรากฏให้เห็นในช่วง 2-5 วันแรกหลังคลอด

สมภพ เรื่องตระกูล (2550) อธิบายว่า มารดาหลังคลอดที่มีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด จะมีอารมณ์อ่อนไหว เศร้า หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย วิตกกังวลและนอนไม่หลับ อาการดังกล่าวจะเป็นวันที่ 4-5 หลังคลอด

กัลพร ยังดี และชุติมา หุุ่มเรื่องวงษ์ (2559) อธิบายว่า มารดาหลังคลอดที่มีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด จะมีอาการอารมณ์แปรปรวน ร้องไห้ง่ายขึ้นหงุดหงิด วิตกกังวลเล็กน้อยหรือนอนหลับยากขึ้นเท่านั้น โดยอาการจะเกิดขึ้นตั้งแต่วันแรกหลังคลอด

จิราภรณ์ ศิริพันธ์ และคณะ (2548) อธิบายว่า มารดาหลังคลอดที่มีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด จะมีอาการนอนไม่หลับ ซึมเศร้า วิตกกังวล ความสนใจต่ำ หงุดหงิดง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย อาการมักจะปรากฏให้เห็นในช่วง 2-5 วันแรกหลังคลอด

มานี ปิยะอนันต์ (2543) อธิบายว่า มารดาหลังคลอดที่มีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด

จะมีความวิตกกังวล กระสับกระส่าย กระวนกระวาย เครียด หดหู่ ไม่สดชื่น อารมณ์แปรปรวนง่าย สับสน หลงลืม ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ และมีความรู้สึกทางด้านลบต่อการเลี้ยงดูบุตร อาการมักเกิดขึ้นในสัปดาห์แรกหลังคลอด

ประเสริฐ ศันสนียวิทย์กุล (2551) อธิบายว่า มารดาหลังคลอดที่มีภาวะอารมณ์เศร้า หลังคลอดจะมีอารมณ์แปรปรวน ทำให้ร้องไห้ บ้างครั้งอาจร้องไห้โดยไม่มีสาเหตุ หรือหงุดหงิดง่าย รู้สึกหดหู่ เศร้า วิตกกังวล นอนไม่หลับ ไม่สดชื่น สับสน หลงลืม อาการมักเกิดในวันที่ 3-5 หลังคลอด

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า ลักษณะอาการทางคลินิกที่พบได้ของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด จะมีอาการวิตกกังวล อารมณ์อ่อนไหวง่าย อารมณ์แปรปรวน ร้องไห้โดยไม่มีสาเหตุ ความมั่นใจในตนเองลดลง รู้สึกหดหู่ เศร้า วิตกกังวล ความท้อแท้สิ้นหวัง มักมีอาการในช่วงสัปดาห์แรกหลังคลอด หากอาการคงอยู่มากกว่า 2 สัปดาห์ มีโอกาสพัฒนาไปเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้

4. ผลกระทบของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด

ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดจะส่งผลกระทบต่อร่างกายของมารดา คือ มารดามีอาการนอนไม่หลับ หงุดหงิด โมโห อารมณ์แปรปรวน ร้องไห้ง่าย ขาดความสนใจในตนเองและสิ่งแวดล้อม อาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับคู่สมรส ทำให้ชีวิตสมรสไม่ราบรื่นไม่เป็นที่พึงพอใจของสามี คุณภาพชีวิตต่ำลง (Letourneau et al., 2011) และหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจพัฒนาไปเป็นภาวะซึมเศร้าและภาวะอาการทางจิตหลังคลอดได้ นอกจากนี้ ยังระบุว่า ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมารดาหลังคลอดต่ำลง ซึ่งภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด สามารถพัฒนารุนแรงมากยิ่งขึ้น จากการศึกษาของ O'Hara and McCabe (2013) อธิบายว่า ร้อยละ 20 ของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด สามารถพัฒนาไปเป็นโรคซึมเศร้าและมีอาการทางจิตหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Reck et al. (2009) ได้อธิบายว่า ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดเป็นตัวทำนายที่จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และโรควิตกกังวลหลังคลอด โดยพบว่ามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จะมีภาวะอารมณ์เศร้ามาก่อนร้อยละ 81.8 มีความเชื่อมั่นทางสถิติที่ $p = 0.0098$ และในมารดาที่มีโรควิตกกังวล จะมีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดมาก่อนร้อยละ 82.1 ความเชื่อมั่นทางสถิติที่ $p = 0.0168$

โรคซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum depression) เป็นผลกระทบที่รุนแรงและเป็นภาวะที่พบได้ค่อนข้างบ่อย คือประมาณร้อยละ 10-15 ของผู้ป่วยบางรายเริ่มมีอาการตั้งแต่ยังไม่คลอด แต่ส่วนใหญ่จะมีอาการในช่วง 2-3 เดือนแรก อาการต่าง ๆ จะเหมือนโรคซึมเศร้าทั่วไป ที่จะมีอาการทุกวันและเกือบทั้งวัน คือ ด้านอารมณ์ มีอารมณ์ซึมเศร้า หงุดหงิดง่าย เบื่อหน่ายไปหมด ไม่มีจิตใจจะทำอะไร ทั้งเรื่องทั่ว ๆ ไป เช่น การดูแลตัวเอง หรือสิ่งที่เคยชอบทำ รู้สึกว่าตัวเอง

เป็นแม่ที่ดีไม่พอ ไร้ค่า ไม่มีความสามารถ ไม่อยากเข้าใกล้ดูแลลูก ทำให้รู้สึกผิด ร้องไห้ง่าย
 อย่างไม่มีเหตุผล ด้านความคิด ไม่มีสมาธิ ทำให้หลง ๆ ลืม ๆ ตัดสินใจไม่ได้แม้จะเป็นเรื่องเล็ก ๆ
 น้อย ๆ มีความคิดเกี่ยวกับเรื่องความตายหรือความคิอยากฆ่าตัวตาย และอาจจะมีความคิดกังวล
 แปลก ๆ โพล่ขึ้นมา เช่น คิดกลัวว่าตัวเองจะทำร้ายลูก ด้านร่างกาย อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง
 นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป เบื่ออาหารหรือทานมากผิดปกติ เคลื่อนไหวเชื่องช้า เชื่องซึม
 หรือกระสับกระส่ายอยู่ไม่สุข และอาการทางกายอื่น ๆ เช่น ปวดหัว ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม มือเท้าชา
 เป็นต้น สิ่งที่แตกต่างกันจากภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Postpartum blue) ก็คือ อาการจะรุนแรงกว่า
 อาจจะมีความคิดอยากตาย คงอยู่นานกว่า 2 สัปดาห์ และมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน
 และการเลี้ยงดูทารก หากรุนแรง ไม่ได้รับการดูแลหรือรักษาอย่างถูกวิธี อาจเกิดเป็นภาวะโรคจิต
 หลังคลอด

โรคจิตหลังคลอด (Postpartum psychosis) เป็นผลกระทบที่รุนแรงที่สุด เป็นโรคที่พบได้
 น้อยคือประมาณร้อยละ 0.1-0.2 แต่อาการมักรุนแรง อาการมักเริ่มใน 2-3 วันแรกหลังคลอด
 น้อยรายมากที่มีอาการหลัง 2 สัปดาห์แรกไปแล้ว อาการเริ่มแรกคือผุดลุกผุดนั่ง หงุดหงิด
 นอนไม่หลับ หลังจากนั้น ผู้ป่วยอาจมีอาการซึมเศร้าหรืออารมณ์ดีแบบไม่สมเหตุสมผลก็ได้
 อารมณ์จะเปลี่ยนแปลงเร็ว มีพฤติกรรมวุ่นวายแปลกประหลาด มีความคิดหลงผิด (Delusion) เช่น
 คิดว่าลูกไม่ใช่ลูกของตนเอง มีความคิดหลงผิดเกี่ยวกับไสยศาสตร์ หวาดระแวง ประสาทหลอน
 (Hallucination) เช่น มีหูแว่ว (Auditory hallucination) เป็นเสียงสั่งให้ทำร้ายลูกตัวเอง ผู้ป่วยที่มี
 โรคจิตหลังคลอดต้องพบแพทย์ทันที จัดว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช มักจำเป็นต้องรับการรักษา
 เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลเนื่องจากอาการค่อนข้างรุนแรง มีความเสี่ยงสูงในการทำร้ายตัวเอง
 และ/หรือผู้อื่น กลุ่มโรคทางจิตใจหลังคลอด เป็นโรคที่สามารถรักษาหายขาดได้ แต่คนส่วนใหญ่
 ยังไม่มีความรู้เรื่องนี้เท่าที่ควร ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา ซึ่งอาการของโรคย่อมจะส่งผลเสีย
 ในหลาย ๆ ด้าน ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ต่อพัฒนาการของเด็ก ความสัมพันธ์ระหว่างแม่-ลูก และชีวิตคู่
 ทำให้เกิดปัญหาครอบครัว การหย่าร้าง

ส่วนผลกระทบของ อารมณ์เศร้าหลังคลอดต่อบุตร คือ มารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด
 จะมีปฏิสัมพันธ์โดยการสัมผัส หรือสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุตรน้อยกว่ามารดาที่ไม่มีอารมณ์เศร้า
 หลังคลอด ซึ่งปฏิสัมพันธ์นี้ส่งผล ต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ตลอดจน
 การเลี้ยงดูบุตรต่อไป ดังนั้นมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดจะไม่สามารถแสดงความรัก
 และความผูกพันที่มีต่อบุตร ได้เต็มที่ ทำให้บุตรมีพัฒนาการทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม
 ในช่วงขวบปีแรกล่าช้าหรือผิดปกติ และอาจมีผลระยะยาวต่อพัฒนาการด้านความคิดและอารมณ์
 ของเด็กได้ (ชญาพัฒน์ ธรรมภาสุวรรณ, 2555) โดยการสัมผัสหรือสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุตร

น้อยกว่ามารดาที่ไม่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด ซึ่งปฏิสัมพันธ์นี้ส่งผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกตลอดจนการเลี้ยงดูบุตรต่อไป ดังนั้นมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดจะไม่สามารถแสดงความรักและความผูกพันที่มีต่อบุตรได้เต็มที่ คือทำให้บุตรมีพัฒนาการทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมในช่วงขวบปีแรกล่าช้าหรือผิดปกติ และอาจมีผลระยะยาวต่อพัฒนาการด้านความคิดและอารมณ์ของเด็กได้ (ชญาพัฒน์ ธรรมภาสุวรรณ์, 2555)

5. การประเมินภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด

มีแบบประเมินอารมณ์เศร้าในหญิงหลังคลอดที่นิยมใช้ มี 2 แบบประเมิน คือ

1. แบบวัดอารมณ์เศร้าหลังคลอดของ Stein (Stein's maternity blues scale) แบบวัดอารมณ์เศร้าหลังคลอดของ Stein (1980) เป็นการให้มารดาตอบแบบสอบถาม 13 ข้อ ถามเกี่ยวกับความรู้สึกหรืออาการ 13 อย่าง ได้แก่ ความรู้สึกหดหู่ อยากร้องไห้ วิตกกังวล เครียด กระวนกระวาย เหนื่อยล้า ผื่น อยากรับประทานอาหาร ปวดหัว หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ หลงลืม และสับสน แบบสอบถาม 8 ข้อแรกมีตัวเลือก 2 ถึง 4 ข้อ ให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 2, 3 หรือ 4 คะแนน ส่วนแบบสอบถาม 5 ข้อหลัง เป็นแบบสอบถามให้ตอบว่า "มี" หรือ "ไม่มี" ความรู้สึกหรืออาการต่าง ๆ ถ้าตอบว่า "มี" ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบว่า "ไม่มี" ให้ 0 คะแนน แบบสอบถามมีคะแนนรวม 26 คะแนน คะแนนที่ 0 ถึง 2 บ่งบอกถึงการมีอยู่เล็กน้อยของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด 3 ถึง 8 หมายถึง มีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดระดับปานกลางและ 9 หรือสูงกว่า หมายถึง ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดที่มีความรุนแรง (Stein, 1980) คะแนนที่ได้จะบ่งบอกว่า มารดาหลังคลอดมีอารมณ์เศร้าได้จากค่าเฉลี่ยของคะแนน 7 วันแรกหลังคลอด แบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่น 0.75 (Adewuya, 2005) แต่เนื่องจากการศึกษาวิจัยนี้ เป็นการศึกษาเพื่อดูรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของภาวะอารมณ์เศร้าในเรื่องของระยะเวลาของอาการ ซึ่งวิเคราะห์ตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงสุดอาการ และวันที่มีอาการมากที่สุด ซึ่งจะวิเคราะห์ในแต่ละวัน ไม่ได้ศึกษาเป็นค่าเฉลี่ย เครื่องมือนี้จึงไม่สามารถตอบ โจทย์งานวิจัยได้ และไม่เหมาะสมกับงานวิจัยชิ้นนี้

2. แบบสอบถามอารมณ์เศร้าหลังคลอดของ Kennerley and Gath (Kennerley's blues questionnaire) แบบสอบถามอารมณ์เศร้าหลังคลอดของ Kennerley and Gath (1989) มีข้อคำถาม 28 ข้อ แบบสอบถามจะถามความรู้สึกของหญิงหลังคลอดใน 7 กลุ่มอาการ คือ อารมณ์เศร้า การเก็บความรู้สึก ความอ่อนไหวง่าย ภาวะซึมเศร้า ความท้อแท้สิ้นหวัง อารมณ์ถดถอย และความเชื่อมั่นในตนเองลดลง แบบสอบถามนี้มี 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ให้ตอบว่า "ไม่มีอาการ" (0 คะแนน) หรือ "มีอาการ" (1 คะแนน) ใช้ในการคัดกรองหามารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด คือ ได้ค่าคะแนนรวม ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไปจาก 28 คะแนน (Kennerley & Gath, 1989)

ส่วนที่ 2 หากตอบว่า “มีอาการ” (1 คะแนน) ให้บอกระดับของอาการที่มีจาก “มีน้อยกว่าปกติมาก” (1 คะแนน) ถึง “มีมากกว่าปกติมาก” (5 คะแนน) มีช่วงคะแนนรวมทั้งตั้งแต่ 0-140 คะแนน คะแนนรวมได้เท่ากับ 107 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีอารมณ์เศร้าสูง

แบบสอบถามอารมณ์เศร้าหลังคลอดของ Kennerley and Gath (1989) นี้ ได้แปลเป็นไทยโดย รัชดา พ่วงประสงค์ (Phuangprasonka, 2016) และทดสอบหาความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.90

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามอารมณ์เศร้าหลังคลอดของ Kennerley and Gath (1989) ฉบับภาษาไทย เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ตรงไปตรงมา เข้าใจง่าย สะดวกในการตอบ และสามารถใช้ประเมินในอาการแสดง เวลา และความรุนแรงแต่ละวันหลังคลอดได้ จึงเหมาะที่จะนำมาใช้เพื่อหาความชุกและรูปแบบการเกิดอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอดวัยรุ่น ในระยะหลังคลอด 7 วันแรก

6. ความชุกของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาในมารดาทั่วไปในแถบทวีปยุโรปและอเมริกา โดยประเทศเยอรมันนี้พบอัตราความชุก ร้อยละ 55.2 จากการศึกษาในมารดาหลังคลอดจำนวน 853 คน ติดตามอาการ 2 สัปดาห์หลังคลอด (Reck et al., 2009) ในประเทศกรีก พบอัตราความชุก ร้อยละ 44.5 จากการศึกษาในมารดาหลังคลอดจำนวน 402 คน ติดตามอาการ 3 วันหลังคลอด (Gonidakis et al., 2007) สหรัฐอเมริกา พบร้อยละ 41.8 จากการศึกษาในมารดาหลังคลอดจำนวน 300 คน ติดตามอาการหลังคลอด 2 สัปดาห์หลังคลอดและยุโรปร้อยละ 41 จากการศึกษาในมารดาหลังคลอดจำนวน 300 คน ติดตามอาการหลังคลอด 2 สัปดาห์หลังคลอด (Kennerley & Gath, 1989; O’Hara et al., 1991) และในประเทศบราซิลพบอัตราความชุกร้อยละ 32.7 จากการศึกษาในมารดาหลังคลอด จำนวน 113 คน ติดตามอาการ 10 วันหลังคลอด (Faisal-Cury et al., 2008)

ในแถบทวีปแอฟริกา มีการศึกษาในมารดาหลังคลอดทั่วไปในประเทศไนจีเรีย พบอัตราความชุกร้อยละ 31.3 โดยศึกษาในมารดาจำนวน 502 คน และติดตามใน 5 วันหลังคลอด (Adewuya, 2005) และมีการศึกษาในประเทศแคว้นเมอรูน พบอัตราความชุกร้อยละ 33.3 โดยศึกษาในมารดาจำนวน 321 คน และติดตามใน 4 วันหลังคลอด (Moyo, 2020)

ในแถบทวีปเอเชีย มีการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น พบอัตราความชุกร้อยละ 12.8 จากการศึกษาในมารดาหลังคลอดจำนวน 235 คน ติดตามอาการ 5 วัน 1 เดือน และ 3 เดือน หลังคลอด และในฮ่องกงพบร้อยละ 44.3 จากการศึกษาในมารดาหลังคลอดจำนวน 235 คน ติดตามอาการ 5 วัน 1 เดือน และ 3 เดือนหลังคลอด (Watanabe et al., 2008) และในประเทศไทย พบร้อยละ 47.5 จากการศึกษาในมารดาหลังคลอดทั่วไปจำนวน 385 คน ติดตามอาการ 1 สัปดาห์หลังคลอด (Phuangprasonka, 2016)

โดยมีการศึกษาความชุกของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด จากการศึกษารวบรวมทั้งหมด 26 การศึกษา (Meta-analysis) พบว่าในมารดาหลังคลอดจำนวน 5,667 คน มีความชุกของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดอยู่ที่ร้อยละ 39 (95% CI, 32.3-45.6; I2 = 96.6%) (Rezaie-Keikhaie et al., 2020) จะเห็นได้ว่า ความชุกของการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอดแต่ละประเทศแตกต่างกัน ซึ่งอาจขึ้นอยู่กับความแตกต่างทางวัฒนธรรม สังคม การดำเนินชีวิต นอกจากนี้สิ่งที่ต้องให้ความสนใจคือรูปแบบของการเกิด จากการทบทวนวรรณกรรม ได้มีการศึกษารูปแบบการเกิดด้วยเช่นกัน

7. รูปแบบเกี่ยวกับภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด

รูปแบบการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด โดยจะมีการการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์หลังคลอด แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ระยะเวลา อาการแสดง และความรุนแรงของอาการ

รูปแบบของระยะเวลา เป็นการศึกษาการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดในมารดาว่าเริ่มเกิดขึ้นเมื่อไหร่ (วันที่เท่าไรหลังคลอด) สิ้นสุดเมื่อไหร่ และเกิดขึ้นมากที่สุดเมื่อไหร่ จากการศึกษาพบว่านอกจากภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด จะเกิดในช่วง 7 วันแรกหลังคลอด จากการศึกษาของ O'Hara และ McCabe ปี ค.ศ. 2013 พบว่า วันที่มีอาการอารมณ์เศร้าหลังคลอดมากที่สุด คือ วันที่ 3 ถึงวันที่ 5 หลังคลอด (O'Hara & McCabe, 2013) ส่วนการศึกษาของ Rondón ปี ค.ศ. 2003 พบว่า วันที่มีอาการอารมณ์เศร้าหลังคลอดมากที่สุดคือวันที่ 3 ถึงวันที่ หลังคลอด (Rondón, 2003) การศึกษาของ Yuki และ Katsutoshi ปี ค.ศ. 2014 พบว่า วันที่มีอาการอารมณ์เศร้าหลังคลอดมากที่สุดคือวันที่ 3 ถึงวันที่ 4 (Yuki & Katsutoshi, 2014) และมีการศึกษาในประเทศไทยโดยคุณรัชดา พ่วงประสงค์ ในปี พ.ศ. 2559 โดยศึกษาที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าวันที่มีอาการอารมณ์เศร้าหลังคลอดมากที่สุดคือวันแรกหลังคลอดและค่อยๆลดลงตามระยะเวลา (Phuangprasonka, 2016)

การเปลี่ยนแปลงด้านอาการแสดงของอารมณ์เศร้าหลังคลอดจะแบ่งเป็น 2 แบบ แบบที่ 1 คืออาการอารมณ์ด้านบวก (Positive affect) ได้แก่ อารมณ์ร่าเริงมากกว่าปกติ มั่นใจ อาการผ่อนคลาย แม้จะเป็นอาการด้านบวกแต่จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว แบบที่ 2 คืออาการอารมณ์ด้านลบ (Negative affect) จะมีอาการหงุดหงิด วิตกกังวล ทำอะไรไม่ถูก ความรู้สึกเร็วมากกว่าปกติ (Pop et al., 2015) โดย Kennerley and Gath (1989) จะแบ่งกลุ่มอาการ ออกเป็น 7 กลุ่ม ใน 28 รายการ ประกอบไปด้วยอารมณ์เศร้า การเก็บความรู้สึก ความอ่อนไหวง่าย ภาวะซึมเศร้า ความท้อแท้สิ้นหวัง อารมณ์ถดถอย และความเชื่อมั่นในตนเองลดลง

รูปแบบด้านความรุนแรง คือ วันที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 107 ขึ้นไป ถือว่ามีความรุนแรงของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดซึ่งความรุนแรงที่เกิดขึ้นนี้เองจะสามารถพัฒนาไปสู่ภาวะทางจิตอื่น ๆ

จากการศึกษาในประเทศไทยโดย คุณรัชดา พ่วงประสงค์ ในปี ค.ศ. 2016 โดยศึกษาในกลุ่มมารดาทั่วไป ที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าวันที่มีอาการอารมณ์เศร้าหลังคลอดมากที่สุดคือวันแรกหลังคลอดและค่อย ๆ ลดลงตามระยะเวลา รูปแบบด้านอาการพบว่ากลุ่มอาการที่พบมากที่สุด คือกลุ่มอาการความมั่นใจในตนเองลดลงเป็นกลุ่มอาการที่พบได้มากที่สุด รูปแบบด้านความรุนแรง พบว่า ภาวะอารมณ์เศร้าชนิดรุนแรงพบได้มากกว่าภาวะอารมณ์เศร้าชนิดไม่รุนแรง และพบมากที่สุดในวันแรกหลังคลอด และความรุนแรงจะค่อยลดลงในทุกวัน (Phuangprasonka, 2016)

แนวคิดเกี่ยวกับมารดาวัยรุ่น

1. นิยามมารดาวัยรุ่น

มารดาวัยรุ่น (Teenage pregnancy/ Adolescent pregnancy) คือ การตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นในสตรีที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี เมื่อนับถึงกำหนดคลอด (World Health Organization [WHO], 2010) ซึ่งสอดคล้องกับนิยามของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ที่กล่าวว่า มารดาวัยรุ่น หมายถึงหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 20 ปีโดยนับอายุถึงวันคะเนกำหนดคลอด (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2560)

2. สถานการณ์การตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยของการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เช่น มีอารมณ์รุนแรง มีความอยากรู้อยากทดลอง สิ่งใหม่ ๆ มีพัฒนาการทางเพศ มีความต้องการทางเพศและเริ่มมีเพศสัมพันธ์ อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เศรษฐกิจ เทคโนโลยีการสื่อสารที่รวดเร็วเข้าถึงง่าย ทำให้วัยรุ่นมีทัศนคติและพฤติกรรมทางเพศเสี่ยงสูง ข้อมูลจากรายงานการคลอดในประเทศไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2559 มีจำนวนเด็กที่คลอดจากแม่วัยรุ่น อายุ 10-19 ปี จำนวน 666,207 คน คิดเป็นร้อยละ 15 ของการคลอดทั้งหมด สูงเป็นอันดับ 2 ในภูมิภาคอาเซียน คิดเป็น 13 เท่าของสิงคโปร์ จากสถิติรายงานสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ปี พ.ศ. 2560 พบว่า อัตราการคลอดในวัยรุ่นเท่ากับร้อยละ 45.5 ต่อประชากร 1,000 คน แม้จำนวนจะน้อยกว่าปีที่ผ่านมา แต่ก็ถือเป็นจำนวนที่ค่อนข้างมาก ซึ่งจำนวนการคลอดในแม่วัยรุ่นที่สูงขึ้นสวนทางกับการเกิดในหญิงวัยอื่นในประเทศไทยที่ลดต่ำลงทุกปี รวมถึงสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงเป็นที่คาดการณ์ว่าในอนาคตอีก 10-20 ปีข้างหน้า ประชากรไทยจะมีปัญหาเกิดน้อย ค่อยคุณภาพ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเนื่องในหลายด้าน (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2560)

ปัจจุบันมีการจัดทำแนวทาง มาตรการต่าง ๆ เพื่อดูแล ป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แต่แนวโน้มการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในแถบจังหวัดที่มีการพัฒนาของ

เศรษฐกิจการท่องเที่ยว พบว่าในจังหวัดที่เป็นจังหวัดท่องเที่ยวจะมีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูง (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2560) และจังหวัดบุรีรัมย์เป็นจังหวัดที่กำลังมีการเติบโตของเศรษฐกิจการท่องเที่ยวด้านกีฬา ทำให้มีสถานที่ท่องเที่ยวในยามค่ำคืนเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก และในการสำรวจในปี พ.ศ. 2559 พบอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในจังหวัดบุรีรัมย์สูงถึงร้อยละ 18.3 ตามเกณฑ์ของกรมอนามัยไม่ควรเกินร้อยละ 10 มากกว่าจังหวัดนครราชสีมา สุรินทร์ ชัยภูมิ ซึ่งอยู่ในเขตสุขภาพเดียวกัน (กรมอนามัย กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ, 2560) และในโรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ มีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นคิดเป็น ร้อยละ 24.3 (ชัยภา วรสิงห์, 2559) และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนี้สามารถส่งผลกระทบต่อมากมาย ทั้งต่อร่างกายและจิตใจของมารดา วัยรุ่น

3. ผลกระทบเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่น

3.1 ผลกระทบต่อตนเอง

มารดาวัยรุ่นมีสภาวะจิตใจและอารมณ์ไม่มั่นคง ในระยะหลังคลอดมารดาวัยรุ่นต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เพื่อฟื้นฟู เข้าสู่ภาวะปกติ และด้านจิตสังคม ในการสร้างสัมพันธภาพกับทารกและครอบครัว อีกทั้งยังต้องเผชิญกับ เข้าสู่บทบาทมารดา และภรรยาทั้งที่ต้องมีการปรับตัวเป็นอย่างมาก ขาดทักษะในการเลี้ยงบุตร มีข้อจำกัดในด้าน การศึกษาและการประกอบอาชีพ ดังนั้น การเป็นมารดาวัยรุ่นจึงส่งผลกระทบต่อมารดาวัยรุ่น บุตร ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ ดังต่อไปนี้

3.1.1 ด้านร่างกาย มารดาวัยรุ่นมีการเจริญเติบโตด้านร่างกายไม่เต็มที่ การตั้งครรภ์ที่ เกิดขึ้นภายใน 5 ปี หลังจากการมีประจำเดือนครั้งแรกจะส่งผลให้ฮอร์โมน หลังออกมามากเกินไป กระดูกจึงปิดเร็วขึ้น ทำให้การเจริญเติบโตของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับ ความสูงน้อยกว่าปกติ นอกจากนี้ร่างกายของมารดาวัยรุ่นอาจได้รับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อน ที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะโลหิตจาง ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นต้น ในระยะคลอด มารดาวัยรุ่น อาจต้องพบเจอกับภาวะคลอดยาก เนื่องจากกระดูกเชิงกรานยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ ส่งผลให้เกิดการผ่าตัดคลอด และในระยะหลังคลอดมารดาวัยรุ่นอาจเกิดภาวะตกเลือดเพิ่มขึ้น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด ล้วนส่งผลกระทบต่อร่างกาย ของมารดาวัยรุ่น มารดาวัยรุ่นในบางรายงาน พบว่า มีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์สูง เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ การคลอดก่อนกำหนด และถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด อัตราตายและทุพพลภาพ จากการตั้งครรภ์ การคลอดและการแท้งมีมากกว่าการตั้งครรภ์ในวัยผู้ใหญ่

3.1.2 ด้านจิตใจ พบว่า ภายหลังจากคลอดมารดาวัยรุ่นหลังคลอด มีโอกาสเกิด ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ภายหลังจากคลอดนั้น สาเหตุหลักมาจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของระดับฮอร์โมน

ภายหลังคลอด โดยมีการเปลี่ยนแปลงที่ฮอร์โมนเอสโตรเจน โปรเจสเตอโรน ในขณะที่ตั้งครรภ์ ฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน จากรกจะมีระดับสูงมาก ทำให้สารสื่อประสาท ซีโรโทนินเพิ่มสูงขึ้น เมื่อระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนลดลงทันทีหลังคลอด ทำให้ระดับซีโรโทนินลดต่ำและคอร์ติซอลเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้มารดารู้สึกเบื่อหน่าย มีอาการนอนไม่หลับเกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้ บวกกับปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่จะสนับสนุนให้เกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Harris et al., 1994) จากการทบทวนวรรณกรรมของ Yuki and Katsutoshi (2014) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะอารมณ์ในมารดาหลังคลอดชาวญี่ปุ่นจำนวน 100 คน พบว่า อายุ สถานภาพสมรส มีผลต่อภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด ($p < 0.1$) ซึ่งทั้งหมดเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้ นอกจากนี้ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดยังสามารถพัฒนาความรุนแรงมากขึ้น โดยพบว่ามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จะมีภาวะอารมณ์เศร้ามาก่อน ร้อยละ 81.8 มีความเชื่อมั่นทางสถิติที่ $p = 0.0098$ และในมารดาที่มีโรควิตกกังวล จะมีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดมาก่อน ร้อยละ 82.1 ความเชื่อมั่นทางสถิติที่ $p = 0.0168$ (Reck et al., 2009) และการศึกษาพบอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดด้วยรุ่นร้อยละ 6.80-20.6 ซึ่งมากกว่ามารดาหลังคลอดทั่วไป (รุ่งทิพย์ กาศักดิ์, เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร และยุพา จิวพัฒนกุล, 2558) จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีโอกาสเกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้มากกว่ามารดาทั่วไป

3.1.3 ด้านเศรษฐกิจและสังคม มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ตั้งครุภักโดยไม่ได้วางแผน จึงขาดประสบการณ์ชีวิต สูญเสียอนาคตทางการศึกษา และโอกาสในการประกอบอาชีพที่ดี ทำให้มีรายได้ไม่แน่นอน ส่งผลให้ครอบครัวของมารดาวัยรุ่นต้องพบเจอกับปัญหา รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย (ขวัญตา ตุ่มหิรัญ และจิตตินันท์ เดชะคุปต์, 2553) เนื่องจากการเป็นมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นในขณะที่ยังไม่จบการศึกษา และมักกลับเข้าสู่ระบบการศึกษาได้ยาก จึงไม่สามารถศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้นได้ ทำให้ขาดความรู้และวุฒิทางการศึกษา เกิดปัญหาการไม่มีอาชีพ (บุญยังมานะบริบูรณ์, 2553) หรือประกอบอาชีพในระดับใช้แรงงาน ส่งผลให้มีรายได้ต่ำ ทำให้มารดาวัยรุ่นจำนวนมากว่าครึ่งหนึ่งมีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ ซึ่งรายได้เฉลี่ยของครอบครัวมารดาวัยรุ่นอยู่ในช่วงระหว่าง 1,000-5,000 บาทต่อเดือน จำนวนสูงถึงร้อยละ 55 (วิริภรณ์ชัยเศรษฐสัมพันธ์, 2551) ปัญหาด้านเศรษฐกิจจึงเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด นอกจากนี้การเป็นมารดาทำให้วัยรุ่นต้องแยกออกจากกลุ่มเพื่อน ถูกตัดขาดจากเพื่อนและมีโอกาสน้อยที่จะเข้าร่วมสังคมนอกบ้าน ซึ่งสำหรับวัยรุ่นสังคมนอกบ้านมีอิทธิพลอย่างมากและเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต เนื่องจากวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่ต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน เพื่อให้ตนเองรู้สึกถึงความมั่นคง ปลอดภัยและมีคุณค่า การเปลี่ยนแปลงที่ต้องแยกออกจากกลุ่มเพื่อน ทำให้มารดาวัยรุ่นรู้สึกว่า ตนเองแตกต่างจากเพื่อนในวัยเดียวกัน

ไม่เป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อน จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่กล่าวอ้างมาทั้งหมด ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจฐานะ และความเป็นอยู่ของมารดาวัยรุ่น รวมถึงยังทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตด้านการเข้าสังคมกับเพื่อนเป็นอย่างมาก

3.2 ผลกระทบต่อบุตร

เนื่องจากมารดาวัยรุ่นมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ไม่มั่นคง ขาดทักษะในการดูแล และอบรม สั่งสอนบุตร ส่งผลให้บุตรที่เกิดจากมารดาวัยรุ่น มีโอกาสที่จะถูกทอดทิ้งหรือไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม (บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, 2553) มารดาวัยรุ่นจะไม่สามารถแสดงความรัก และความผูกพันที่มีต่อบุตรได้เต็มที่ ทำให้บุตรมีพัฒนาการทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ในช่วงขวบปีแรกล่าช้าหรือผิดปกติ และอาจมีผลกระทบระยะยาวต่อพัฒนาการด้านความคิดและอารมณ์ของเด็กได้ (ชญาพัฒน์ ธรรมภาสุวรรณ, 2555) การเลี้ยงดูของมารดาวัยรุ่น จะส่งผลให้บุตรมีปัญหา ด้านการศึกษา แสดงพฤติกรรมที่รุนแรง ทำผิดกฎ และมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ บุตรอาจมีปัญหาด้านจิตสังคม กล่าวคือ ในวัยทารกจะมีพัฒนาการล่าช้า ถูกทำร้ายให้ได้รับบาดเจ็บ ในวัยเด็กมีปัญหาด้านพฤติกรรม หนีโรงเรียน การเรียนตกต่ำ และในวัยรุ่นจะมีปัญหาด้านจิตใจ ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม ทำผิดกฎหมายหรือถูกจำคุก (Stevens-Simon & Sheeder, 2011) และมีปัญหาการใช้สารเสพติด ซึ่งผลกระทบต่อบุตรที่ได้รับจากการดูแลของมารดาวัยรุ่น จะส่งผลต่อการใช้ชีวิตในอนาคตต่อไป

3.3 ผลกระทบต่อครอบครัว

การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของมารดาวัยรุ่นขณะกำลังศึกษาและไม่ได้รับการยอมรับจากบิดาของทารก ทำให้บิดามารดาของมารดาวัยรุ่นเกิดความอับอาย ผิดหวังและเกิดความเครียด (มาลี เกื้อนพกุล, 2554) นอกจากนี้มารดาวัยรุ่นยังประสงค์ให้บิดามารดาของตนเองเลี้ยงดูบุตร เนื่องจากต้องการศึกษาต่อ ประกอบอาชีพ หรือไม่มีความชำนาญ ไม่มั่นใจในการเลี้ยงดูบุตร ครอบครัวจึงมีความจำเป็นต้องรับภาระจากการเป็นมารดาวัยรุ่นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร สิมคำ (2553) ที่พบว่า เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่น ทำให้ครอบครัวต้องรับภาระด้านการเงิน ช่วยเลี้ยงบุตรและสนับสนุนเกี่ยวกับการศึกษาต่อ เป็นได้ว่า การดำเนินชีวิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดส่วนใหญ่ ต้องได้รับการสนับสนุนจากมารดา หรือญาติซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นบิดา มารดาตนเอง ทั้งในด้านการเงินและการดูแลบุตร การเป็นมารดาวัยรุ่นจึงส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งด้านจิตใจ เศรษฐกิจและเพิ่มภาระในการรับผิดชอบให้แก่ครอบครัว

3.4 ผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ

การเป็นมารดาวัยรุ่นทำให้ประเทศกลายเป็นสังคม เนื่องจากการตั้งครรภ์ และการคลอดบุตรส่งผลให้มารดาวัยรุ่นต้องออกจากสถานศึกษา จึงไม่มีโอกาสในการพัฒนา

ศักยภาพด้านการเรียนอย่างเต็มที่ ทำให้มีรายได้ในการจุนเจือครอบครัวไม่สูงนัก นอกจากนี้เมื่อสังคมและประเทศชาติมีมารดาวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้อาณาเขตของประเทศขาดบุคลากรที่มีความสามารถในการประกอบอาชีพ เพื่อรับภาระในการดูแล้วยังชีพ ซึ่งได้แก่ ผู้สูงอายุและเด็ก ทำให้ประเทศไม่สามารถพัฒนาเพื่อแข่งขันกับนานาชาติได้ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย, 2556) จะเห็นได้ว่า การศึกษาที่หยุดชะงักลง ทำให้มารดาวัยรุ่นมีระดับการศึกษาต่ำ ส่งผลให้มีรายได้น้อย เนื่องจากระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับรายได้ ทำให้เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจและการพัฒนาของประเทศ (มาลี เกื้อนพกุล, 2554) นอกจากนี้การเป็นมารดาวัยรุ่นทำให้ประเทศต้องสูญเสียรายได้ทางภาษี ที่มารดาวัยรุ่นขาดความสามารถในการชำระให้กับรัฐ และยังต้องจัดสวัสดิการทางสังคมให้กับมารดาวัยรุ่น รวมถึงความจำเป็นที่ต้องรับภาระด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลบุตรของมารดาวัยรุ่น (ศรีเพ็ญ ดันติเวสส และคณะ, 2556) การเป็นมารดาวัยรุ่นส่งผลให้ประเทศต้องสูญเสียทรัพยากร โดยรวมที่สำคัญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นอกจากนี้บุตรที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นด้วยที่ไม่ได้รับการดูแลใส่ใจเกี่ยวกับการตั้งครรถ์ ทำให้ทารกมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน มีความพิการ ทูพผลภาพ และได้รับการเลี้ยงดูจากมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มีปัญหาการใช้สารเสพติด จึงอาจกลายเป็นอาชญากรส่งผลกระทบต่ออนาคตของประเทศ และการตั้งครรถ์ที่ไม่พร้อมของมารดาวัยรุ่น ยังส่งผลให้เกิดการหย่าร้าง ทำให้บุตรถูกทอดทิ้งกลายเป็นภาระของครอบครัวและสังคมต้องรับผิดชอบ ซึ่งเป็นปัญหาที่ยากจะแก้ไข ดังนั้น การตั้งครรถ์และการคลอดในวัยรุ่นจึงส่งผลกระทบต่อการพัฒนาของประเทศชาติและสังคม จะเห็นได้ว่า การเป็นมารดาวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมของมารดาวัยรุ่นเอง ครอบครัวต้องรับภาระด้านเศรษฐกิจและการเลี้ยงดูทารก โดยผลกระทบ ดังกล่าวเกิดขึ้นทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก การได้เข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด อาจทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการบริการทางสุขภาพให้เหมาะสมสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของมารดาวัยรุ่น และลดผลกระทบดังกล่าวที่จะเกิดขึ้นได้

4. ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

ปัจจุบันปัญหาการตั้งครรถ์ในวัยรุ่น เป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรง โดยเฉพาะการตั้งครรถ์ในวัยรุ่น ส่วนใหญ่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรถ์มาก่อน เมื่อตั้งครรถ์จึงขัดแย้งกับการดำเนินชีวิตทั้งต่อตนเอง ครอบครัว การศึกษา และหน้าที่การงาน เกิดความรู้สึกคับข้องใจ ลำบากใจที่จะยอมรับการตั้งครรถ์ส่วนหนึ่งจึงตัดสินใจทำแท้ง และหากเลือกที่จะตั้งครรถ์ต่อไป ก็จะส่งผลให้มีความวิตกกังวลมาก เกี่ยวกับสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์กลัวการคลอดบุตร กังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย กลัวว่าจะทำหน้าที่แม่ที่ดีได้ไม่สมบูรณ์ กังวลเกี่ยวกับร่างกายที่อู้อายไม่คล่องตัว และมีความสุขน้อยลง นอกจากนี้ยังมีแรงกดดันทางสังคม เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย

และจิตใจ โดยแสดงออกถึงความกลัว วิดก กังวล และซึมเศร้าสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาภาวะอารมณ์เศร้าในมารดาวัยรุ่น และยังไม่มีการศึกษาในมารดาหลังคลอดวัยรุ่นในประเทศอื่น มีเพียงการศึกษาของ Laursen, Little, and Card (2012) ในสหรัฐอเมริกา โดยศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออารมณ์เศร้าหลังคลอด ในสตรีหลังคลอดที่อายุต่ำกว่า 19 ปี จำนวน 100 คน พบว่า มารดาวัยรุ่นที่มีการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ มีคะแนนของภาวะอารมณ์เศร้ามากกว่า จึงสรุปได้ว่าการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

5. ความชุกและรูปแบบของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

จากการวิจัยที่ผ่านมาซึ่งการศึกษาภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดในวัยรุ่น ทั้งในเรื่องความชุกและรูปแบบของการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าในมารดาวัยรุ่นยังมีน้อยมาก และจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบเพียงการประชุมจิตแพทย์ยุโรปครั้งที่ 20 มหาวิทยาลัยอิสลามอาซาดสำหรับอิหร่าน ได้มีการนำเสนอหัวข้อในการประชุมเกี่ยวกับภาวะอารมณ์เศร้าในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โดยมีการเก็บข้อมูลจากมารดาหลังคลอดวัยรุ่นจำนวน 100 คน ในการศึกษาได้แบ่งวัยรุ่นเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์และกลุ่มที่ไม่ได้มีการวางแผนการตั้งครรภ์ โดยติดตามในวันที่ 3 และวันที่ 10 หลังคลอด ผลการศึกษาพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด และพบว่ากลุ่มที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ มีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดมากกว่ากลุ่มที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ (Aghamohammadi & Rajabi, 2012) นอกนั้นส่วนใหญ่จะมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าหรือ โรคซึมเศร้าในวัยรุ่นเท่านั้น ทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย ดังนี้

การศึกษาของ นพพรชัย พุ่มมณี (2556) ที่ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ณ โรงพยาบาลสิรินธร จำนวน 147 ราย โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Edinburgh Postnatal Depression Scales [EPDS]) พบว่า ในช่วง 1-2 สัปดาห์แรกหลังคลอด มีความชุกคิดเป็นร้อยละ 29.9 ในขณะที่การศึกษาของ วรณี นวลฉวี (2561) ได้ทำการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดทั่วไป ณ โรงพยาบาลตากสิน ในมารดา 143 ราย โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (EPDS) ผลการศึกษาพบว่า มีความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 18.8 ซึ่งต่างกับการศึกษาของ เกียรติยุทธ ก้อนทอง (2548) ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดทั่วไป ณ โรงพยาบาลน่าน ศึกษาในมารดา 315 ราย โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (EPDS) ผลการศึกษาพบว่า ไม่พบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก มารดาส่วนใหญ่มีอายุ 20-35 ปี มีบุตร 1-2 คน สภาพเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง มีความต้องการมีบุตร ได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมที่ดี ทำให้สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม จึงไม่เกิดภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดวัยรุ่น พบได้มากกว่ามารดาทั่วไป โดยอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดวัยรุ่น สูงสุดอยู่ที่ ร้อยละ 29.9 ซึ่งมากกว่ามารดาหลังคลอดทั่วไป ในขณะที่มารดาทั่วไป พบความชุกของการเกิด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงสุดอยู่ที่ร้อยละ 18.8 และจากการศึกษาของ Reck et al. (2009) พบว่า มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จะมีภาวะอารมณ์เศร้ามาก่อน ร้อยละ 81. และภาวะอารมณ์เศร้า มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Odds ratio = 3.8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษา ดังกล่าว ทำให้คาดการณ์ได้ว่าภาวะอารมณ์เศร้าในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดน่าจะพบได้มากกว่า มารดาทั่วไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจ ความชุกและรูปแบบของการเกิดภาวะเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นในระยะเวลาหลังคลอด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่คลอดเองทางช่องคลอด พักพื้นที่แผนก หลังคลอด โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่มีอายุตั้งแต่ 10-19 ปี พักพื้นที่แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 และมี คุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมศึกษา (Inclusion criteria)

1. มารดาหลังคลอดที่มีอายุ 10-19 ปี
2. คลอดปกติ
3. สื่อสารภาษาไทยได้
4. มีโทรศัพท์มือถือและใช้แอปพลิเคชันไลน์
5. มารดาและทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายในระยะตั้งครรภ์ ระยะเวลาคลอด

และหลังคลอด

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

หลังเข้าร่วมงานวิจัยมารดาหลังคลอดและบุตร มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม อายุน้อยกว่า หรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่นรุนแรงในช่วง 7 วันหลังคลอด

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ร้อยละ 25 ของประชากร โดยในปี พ.ศ. 2561 โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ มีมารดาหลังคลอดวัยรุ่นเท่ากับ 412 ราย ดังนั้นจึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 103 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง 12 ราย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 115 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าร่วมวิจัยทุกราย ในช่วงเวลาที่มีการเก็บข้อมูล โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) โดยผู้วิจัยติดต่อ

มารดาวัยรุ่นหลังคลอดแผนกหลังคลอด โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียด การชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย แก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอด และชี้แจงแก่ผู้ปกครอง ในกรณีมารดาวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี สอบถามความสมัครใจ หลังจากนั้นให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอด และผู้ปกครองลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามอารมณ์เศร้าหลังคลอด มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานะ การตั้งครรภ์ บุคคลที่ให้การดูแลช่วยเหลือ หรือสนับสนุน

2. แบบสอบถามอารมณ์เศร้าหลังคลอด แบบสอบถามอารมณ์เศร้าหลังคลอดของ Kennerley and Gath (1989) (Kennerley's Blues Questionnaire) ฉบับแปลภาษาไทยโดย รัชดา พ่วงประสงค์ (Phuangprasonka, 2016) มีข้อคำถาม 28 ข้อ ถามมารดาหลังคลอดถึงอารมณ์ ความรู้สึก 7 กลุ่มอาการ คือ อารมณ์เศร้า (7 ข้อ: ข้อ 1, 4, 9, 10, 17, 20, 21) การเก็บความรู้สึก (3 ข้อ: ข้อ 7, 11, 15) ความอ่อนไหวง่าย (4 ข้อ: ข้อ 2, 25, 26, 27) ภาวะซึมเศร้า (5 ข้อ: ข้อ 13, 14, 16, 22, 23) ความท้อแท้สิ้นหวัง (3 ข้อ: ข้อ 5, 6, 18) อารมณ์ถดถอย (3 ข้อ: ข้อ 3, 8, 24) และความ เชื่อมั่นใจในตนเองลดลง (3 ข้อ: ข้อ 12, 19, 28) เป็นข้อคำถามมีความหมายด้านลบ 20 ข้อ (ข้อ 1, 2, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27) เป็นข้อคำถาม มีความหมายด้านบวก 8 ข้อ (ข้อ 3, 5, 8, 12, 18, 19, 24, 28) ข้อคำถามมีความหมายด้านบวก ให้คะแนนกลับกันกับข้อคำถามมีความหมายความด้านลบ แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ใช้ในการคัดกรองผู้มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด ตอบว่า “ไม่มีอาการ” (0 คะแนน) หรือ “มีอาการ” (1 คะแนน) 28 อาการ มีช่วงคะแนนรวมตั้งแต่ 0-28 คะแนน ถ้ามีคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Kennerley & Gath, 1989) และติดตามในเรื่องของ เวลาที่เกิด เกิดขึ้นเมื่อใด สิ้นสุดเมื่อใด และ อาการใดที่พบมากที่สุด

ส่วนที่ 2 เป็นส่วนขยายของส่วนที่ 1 ถามถึงความรุนแรงของอาการที่มี หาก ตอบว่า “ไม่มีอาการ” (0 คะแนน) ถ้ามีอาการให้บอกระดับของอาการที่มีจาก “มีน้อยกว่าปกติมาก” (1 คะแนน) ถึง “มีมากกว่าปกติมาก” (5 คะแนน) ในส่วนที่ 2 มีช่วงคะแนนรวมตั้งแต่ 0-140 คะแนน (Kennerley & Gath, 1989) หากคะแนนสูงเกิน 107 ถือว่ามีภาวะอารมณ์เศร้ารุนแรง (Glangeaud-Freudenthal, Crost, & Kaminski, 1999)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามอารมณ์เศร้าหลังคลอด เนื่องจากการศึกษานี้ใช้แบบสอบถามภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดฉบับแปลภาษาไทย โดย รัชดา พ่วงประสงค์ (Phuangprasonka, 2016) และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วผู้วิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามอารมณ์เศร้าหลังคลอด

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปใช้ในผู้ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจริง เป็นมารดาวัยรุ่นหลังคลอดจำนวน 30 ราย ณ หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ โดยข้อมูลส่วนที่ 1 วิเคราะห์โดยใช้ KR-20 มีค่าความเชื่อมั่น .82 ข้อมูลส่วนที่ 2 วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่น .81 โดยแบบสอบถามที่มีอยู่แล้วควรมีค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ .80 เป็นต้นไป (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (03-06-2562) และคณะกรรมการส่งเสริมการวิจัย โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยติดต่อมารดาหลังคลอดที่มีลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับรายละเอียดการวิจัย การนำเสนอผลงานวิจัย เป็นการนำเสนอในภาพรวม ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับมีเฉพาะผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเข้าถึงข้อมูลได้ ข้อมูลจะถูกทำลายภายหลังการเผยแพร่ผลงานวิจัย มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย หากเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย ไม่มีผลต่อการดูแลรักษาพยาบาล หากมารดาหลังคลอดสมัครใจเข้าร่วมวิจัยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในกรณีขณะดำเนินการวิจัยพบว่ามารดาหลังคลอดมีอาการทางจิตชัดเจน (เช่น ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองและบุตร) ผู้วิจัยจะส่งต่อมารดาแก่สูติแพทย์และจิตแพทย์ให้ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันทีป้องกันความเสี่ยงต่ออันตรายของสุขภาพมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็นขั้นเตรียมการและขั้นการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการ เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของ

มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสจริยธรรมการวิจัย 03-06-2562 และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์แล้ว ผู้วิจัยติดต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. ขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัยแก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอด และชี้แจงแก่ผู้ปกครองในกรณีมารดาวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี สอบถามความสมัครใจหลังจากนั้นให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดและผู้ปกครองลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย แจกสมุดเล่มเล็กซึ่งเนื้อหาประกอบไปด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลมารดาวัยรุ่นหลังคลอดโดยทำแค่เพียงวันแรก 1 ครั้ง และแบบประเมินความชุกและรูปแบบของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดใน 7 วันหลังคลอด โดยให้มารดาบันทึกครั้งแรกภายใน 12 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และครั้งถัดไปบันทึกในช่วงเช้าหลังตื่นนอน ในช่วงเวลา 7.00-9.00 น. ตลอด 7 วันหลังคลอด

3. ผู้วิจัยให้มารดาวัยรุ่นส่งข้อมูลรูปภาพแบบประเมินความชุกและรูปแบบของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดมาทางแอปพลิเคชันไลน์ทุกวัน จนครบ 7 วันหลังคลอด ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ .05 โดยใช้สถิติดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา
2. ความชุกวิเคราะห์โดยการหาอัตราความชุกและรูปแบบของภาวะอารมณ์เศร้า

หลังคลอด One-way Repeated measure ANOVA

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและรูปแบบของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดมารดาหลังคลอดด้วยรุ่น ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ โดยเสนอผลงานวิจัยเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความชุกของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด

ส่วนที่ 3 รูปแบบของภาวะอารมณ์หลังคลอด

3.1 อาการแสดงของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด

3.2 ระยะเวลาของการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด

3.3 ความชุกของความรุนแรงของการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 16.86 ปี ($SD = 1.54$) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด (ร้อยละ 80.90) สถานภาพการสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพไม่ได้จดทะเบียน แต่อยู่ร่วมกับสามี (ร้อยละ 67.0) เกือบทั้งหมด ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 83.50) ส่วนบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนส่วนใหญ่เป็น บิดา มารดาของตนเอง (ร้อยละ 46.10) รองลงมา คือ มีสามีเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุน (ร้อยละ 38.30) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
($n = 115$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
10-14 ปี	17	16.5
15-19 ปี	98	83.5
$(M = 16.86, SD = 1.54, Max = 19, Min = 12)$		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	14	12.10
มัธยมศึกษาตอนต้น	92	79.30
มัธยมศึกษาตอนปลาย	9	7.80
สถานภาพสมรส		
ไม่ได้จดทะเบียน ไม่ได้อยู่ร่วมกับสามี	38	33.00
ไม่ได้จดทะเบียน แต่อยู่ร่วมกับสามี	77	67.00
สถานะการณืตั้งครรภ์		
มีการวางแผนการตั้งครรภ์	19	16.50
ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์	96	83.50
บุคคลที่ให้การช่วยเหลือสนับสนุนช่วงหลังคลอด		
สามี	44	38.30
บิดา/ มารดาสามี	17	14.80
บิดา/ มารดาตนเอง	53	46.10
ยังไม่ทราบ	1	0.90

ส่วนที่ 2 ความชุกของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เป็นมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ($n = 115$) มีการคัดกรองผู้มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด ในระยะเวลา 7 วันหลังคลอด โดยใช้แบบประเมินภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Kennerley & Gath, 1989) หากมีคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความผิดปกติหลังคลอด โดยมีความชุกของผู้ที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดทั้งหมด 57 ราย ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด 115 ราย คิดเป็นร้อยละ 49.60

ส่วนที่ 3 รูปแบบของภาวะอารมณ์หลังคลอด

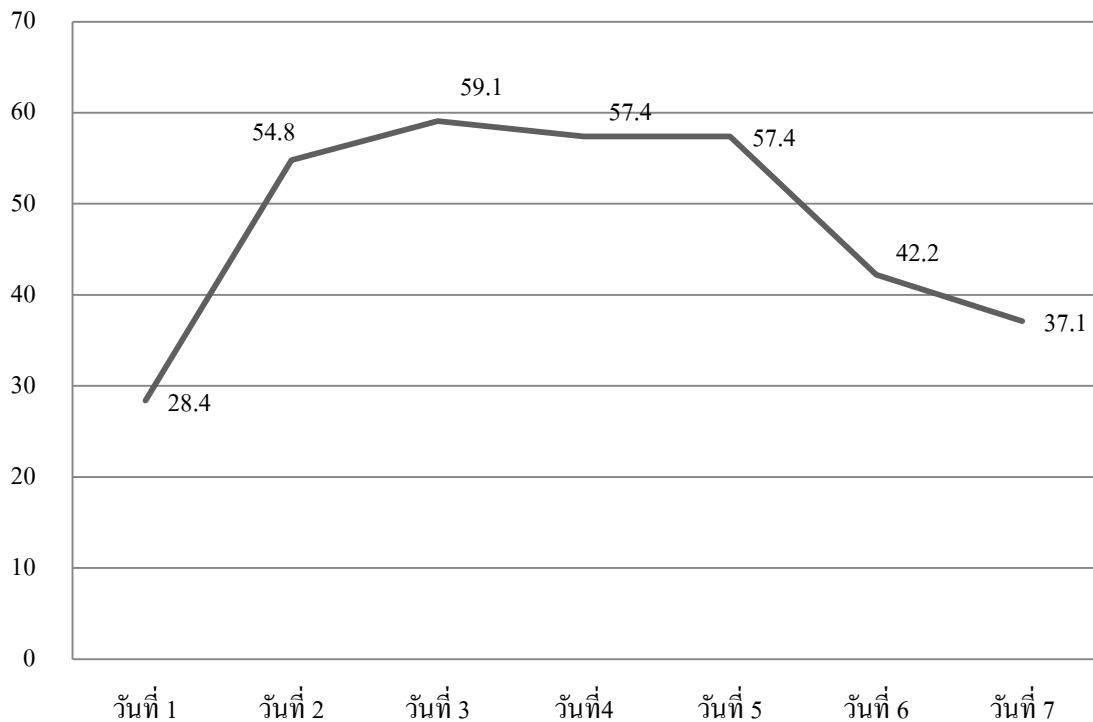
รูปแบบของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด สามารถแบ่งได้ 3 ส่วน คือ

1. ระยะเวลาการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด

จากการติดตามภาวะอารมณ์เศร้าในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ตลอด 7 วันหลังคลอด พบว่า ในวันแรกหลังคลอด มารดาวัยรุ่นหลังคลอด มีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด 33 ราย (ร้อยละ 28.40) ในวันที่สองหลังคลอด พบมารดาวัยรุ่นที่มีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด 52 ราย (ร้อยละ 54.80) ในวันที่สามหลังคลอด พบมารดาวัยรุ่นที่มีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด 57 ราย (ร้อยละ 59.10) ในวันที่สี่หลังคลอด พบมารดาวัยรุ่นที่มีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด 55 ราย (ร้อยละ 57.40) ในวันที่ห้าหลังคลอด พบมารดาวัยรุ่นที่มีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด 55 ราย (ร้อยละ 57.40) ในวันที่หก หลังคลอด พบมารดาวัยรุ่นที่มีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด 49 ราย (ร้อยละ 42.20) และในวันที่เจ็ดหลังคลอด พบมารดาวัยรุ่นที่มีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด 43 ราย (ร้อยละ 37.10) จากข้อมูลทั้งหมด จะเห็นได้ว่า ระยะเวลาการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด จะค่อย ๆ เกิดขึ้น ในวันแรกและเพิ่มสูงขึ้นในวันที่สอง มีระยะเวลาการเกิดมากที่สุดในวันที่ 3, 4 และ 5 และจะค่อย ๆ ลดลงในวันที่ 6 และ 7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ของเวลาการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ($n = 115$)

จำนวนวันหลังคลอด	เวลาของการเกิดภาวะอารมณ์เศร้า	
	จำนวน	ร้อยละ (%)
วันที่ 1 หลังคลอด	33	28.40
วันที่ 2 หลังคลอด	52	54.80
วันที่ 3 หลังคลอด	57	59.10
วันที่ 4 หลังคลอด	55	57.40
วันที่ 5 หลังคลอด	55	57.40
วันที่ 6 หลังคลอด	49	42.20
วันที่ 7 หลังคลอด	43	37.10



ภาพที่ 1 ร้อยละของระยะเวลาการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด

จากการติดตามภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ผลการวิเคราะห์ ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA) พบว่า ในช่วง 7 วันหลังคลอด คะแนนของภาวะอารมณ์เศร้ามีความแตกต่างกัน โดยคะแนนจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นจากวันแรก และจะเพิ่มขึ้นสูงสุดในช่วงวันที่ 3, 4 และ 5 และจะค่อยๆ ลดลง จากคะแนนเฉลี่ยของ ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด สามารถสรุปค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานได้ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด

	Day 1	Day 2	Day 3	Day 4	Day 5	Day 6	Day 7
Mean	9.06	17.39	23.24	26.17	22.28	16.61	13.31
SD	16.176	26.548	30.746	34.782	30.970	24.429	22.283

จากการเปลี่ยนแปลงภาวะอารมณ์เศร้าในช่วง 7 วันหลังคลอด และทำการใช้สถิติ Repeated measure ANOVA เพื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนของภาวะอารมณ์เศร้าคลอด โดยใช้คะแนนร่วมของภาวะอารมณ์เศร้า โดยพบว่าคะแนนของภาวะอารมณ์เศร้ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 48.551; p < .01$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 วิเคราะห์ความแปรปรวนของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด

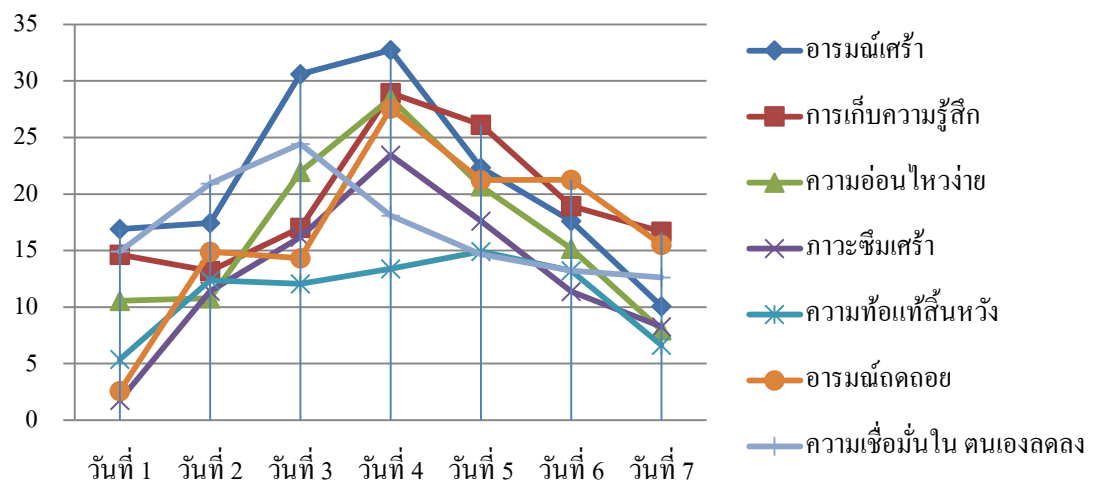
Source	SS	df	MS	F	Sig
Maternity blues	24822.999	6.000	4140.833	48.551	.000
Error	58336.167	684.000	85.288		

2. อาการที่มักเกิดขึ้นของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด

จากการใช้แบบสอบถามอารมณ์เศร้าหลังคลอดของ Kennerley and Gath (1989) (Kennerley's Blues Questionnaire) ฉบับแปลภาษาไทยโดย รัชดา พ่วงประสงค์ (Phuangprasonka, 2016) มีข้อคำถาม 28 ข้อ ถามมารดาหลังคลอดถึงอารมณ์ความรู้สึก 7 กลุ่ม อาการ พบว่า อาการแสดงที่พบมากที่สุดใภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด คือ กลุ่มอาการอารมณ์เศร้า พบร้อยละ 21.40 รองลงมาคือ กลุ่มอาการเก็บความรู้สึก พบได้ร้อยละ 19.36 รองลงมาคือ กลุ่มอาการความเชื่อมั่นในตนเองลดลง ร้อยละ 16.99 ต่อมาคือ กลุ่มอาการอารมณ์ถดถอย กลุ่มอาการอารมณ์อ่อนไหวง่าย กลุ่มอาการภาวะซึมเศร้าและกลุ่มอาการท้อแท้สิ้นหวัง คิดเป็นร้อยละ 16.77, 16.59, 12.86 และ 11.14 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

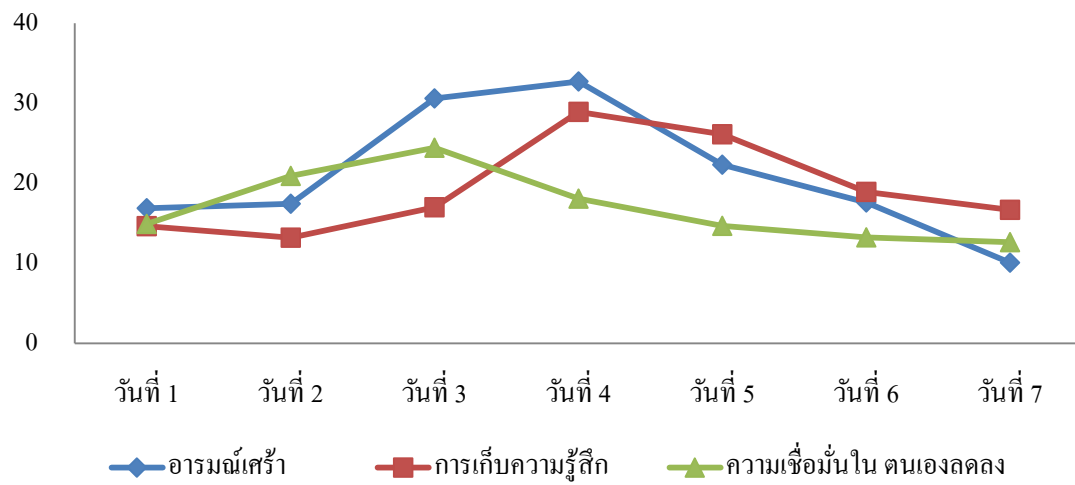
ตารางที่ 5 ร้อยละของอาการแสดงภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด ($n = 115$)

กลุ่มอาการแสดง/ อารมณ์ความรู้สึก	ร้อยละของอาการแสดง/ อารมณ์ความรู้สึก						
	วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3	วันที่ 4	วันที่ 5	วันที่ 6	วันที่ 7
1. อารมณ์เศร้า	16.89	18.43	30.61	32.74	22.33	17.61	10.07
2. การเก็บความรู้สึก	14.63	13.20	17.00	28.93	26.13	18.97	16.67
3. ความอ่อนไหวง่าย	10.55	10.78	21.98	28.45	20.70	15.70	7.95
4. ภาวะซึมเศร้า	1.74	11.40	16.20	23.44	17.60	11.38	8.26
5. ความท้อแท้สิ้นหวัง	5.37	12.37	12.07	13.40	14.93	13.23	6.63
6. อารมณ์ถดถอย	2.57	14.90	14.33	27.57	21.23	21.27	15.50
7. ความเชื่อมั่นในตนเอง ลดลง	14.93	20.93	24.43	18.10	14.67	13.23	12.63

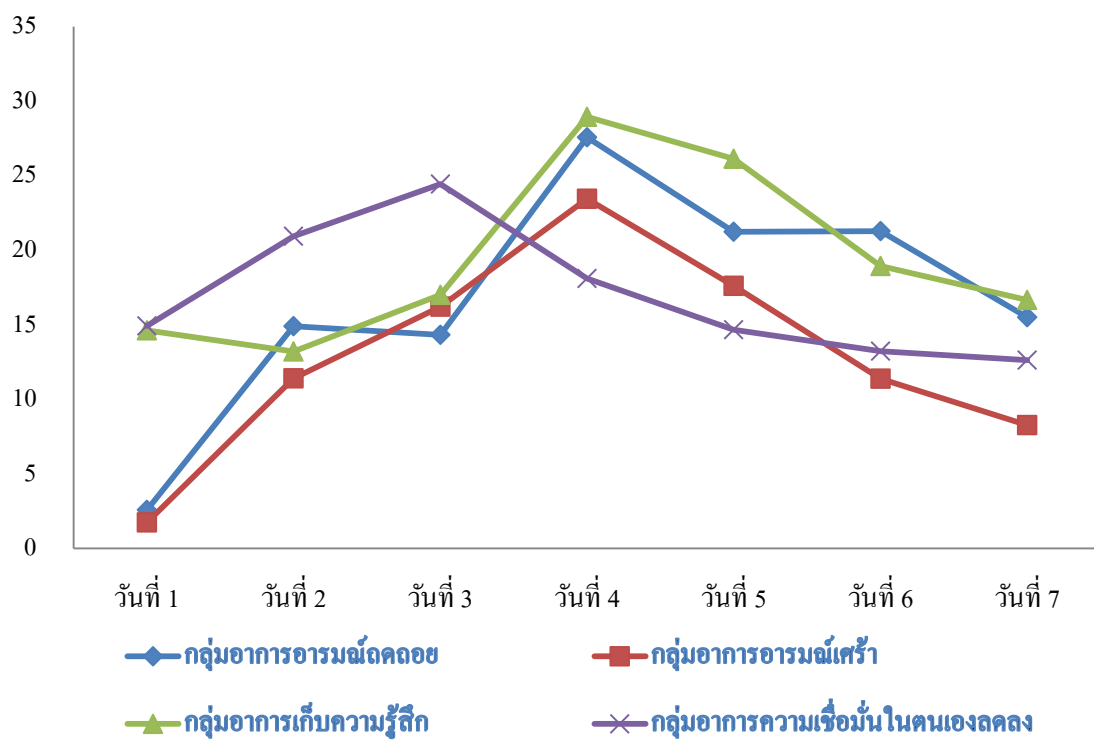


ภาพที่ 2 กลุ่มอาการอารมณ์เศร้าทั้ง 7 กลุ่มอาการ

พบว่าอาการแสดงที่พบมากที่สุดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด คือ กลุ่มอาการอารมณ์เศร้า พบรองลงมาคือ กลุ่มอาการเก็บความรู้สึก รองลงมาคือ กลุ่มอาการความเชื่อมั่นในตนเองลดลง ต่อมาคือ กลุ่มอาการอารมณ์ถดถอย กลุ่มอาการอารมณ์อ่อนไหวง่าย กลุ่มอาการภาวะซึมเศร้า และกลุ่มอาการท้อแท้สิ้นหวัง ตามลำดับ



ภาพที่ 3 กลุ่มอาการอารมณ์เศร้า ที่พบมากที่สุด 3 ลำดับ



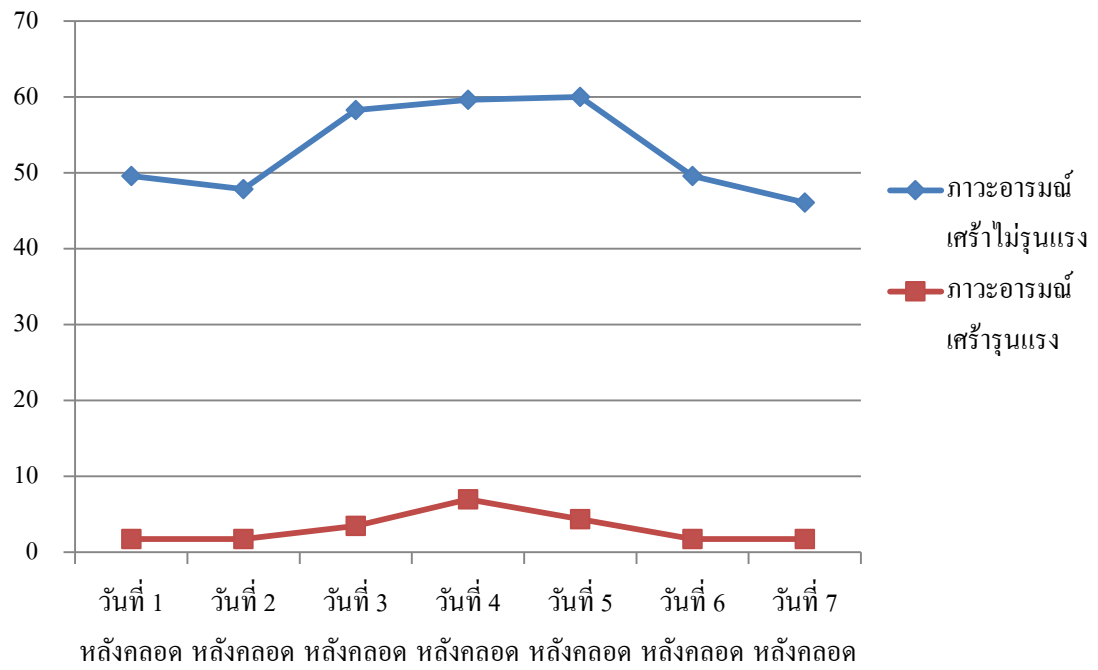
ภาพที่ 4 กลุ่มอาการอารมณ์เศร้า ที่พบรองลงมาทั้งหมด 4 กลุ่มอาการ

3. ความรุนแรงของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดด้วยรุ่น

จากการติดตามความรุนแรงของภาวะอารมณ์เศร้า 7 วันหลังคลอด ซึ่งความรุนแรงมีช่วงคะแนนรวมทั้งตั้งแต่ 0-140 คะแนน กลุ่มภาวะอารมณ์เศร้าชนิดไม่รุนแรงคะแนนรวมอยู่ที่ 0-106 (Blues 2) พบ 53 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.09 และกลุ่มที่มีคะแนนรวมสูงเกิน 107 ถือว่ามีภาวะอารมณ์เศร้ารุนแรง (Blues 1) พบ 4 ราย ร้อยละ 3.48 โดยในวันที่ 1 หลังคลอด พบมารดาหลังคลอดภาวะอารมณ์เศร้าไม่รุนแรง 28 ราย ร้อยละ 24.34 และไม่พบผู้ที่มีภาวะอารมณ์เศร้ารุนแรง ในวันที่ 2 หลังคลอด พบมารดาหลังคลอดภาวะอารมณ์เศร้าไม่รุนแรง 31 ราย ร้อยละ 26.95 และผู้ที่มีภาวะอารมณ์เศร้ารุนแรง พบ 1 ราย ร้อยละ 0.87 ในวันที่ 3 หลังคลอด พบมารดาหลังคลอดภาวะอารมณ์เศร้าไม่รุนแรง 43 ราย ร้อยละ 37.39 และผู้ที่มีภาวะอารมณ์เศร้ารุนแรง พบ 2 ราย ร้อยละ 1.74 ในวันที่ 4 หลังคลอด พบมารดาหลังคลอดภาวะอารมณ์เศร้าไม่รุนแรง 53 ราย ร้อยละ 46.06 และผู้ที่มีภาวะอารมณ์เศร้ารุนแรง พบ 4 ราย ร้อยละ 3.48 ในวันที่ 5 หลังคลอด พบมารดาหลังคลอดภาวะอารมณ์เศร้าไม่รุนแรง 49 ราย ร้อยละ 42.60 และผู้ที่มีภาวะอารมณ์เศร้ารุนแรง พบ 3 ราย ร้อยละ 2.61 ในวันที่ 6 หลังคลอด พบมารดาหลังคลอดภาวะอารมณ์เศร้าไม่รุนแรง 37 ราย ร้อยละ 32.17 และผู้ที่มีภาวะอารมณ์เศร้ารุนแรง พบ 1 ราย ร้อยละ 0.87 และในวันที่ 7 หลังคลอด พบมารดาหลังคลอดภาวะอารมณ์เศร้าไม่รุนแรง 28 ราย ร้อยละ 46.09 และผู้ที่มีภาวะอารมณ์เศร้ารุนแรง พบ 1 ราย ร้อยละ 0.87 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ของความรุนแรงภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด ($n = 115$)

จำนวนวัน หลังคลอด	ภาวะอารมณ์เศร้าไม่รุนแรง (Blues 2)		ภาวะอารมณ์เศร้ารุนแรง (Blues 1)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
วันที่ 1 หลังคลอด	28	24.34	0	0
วันที่ 2 หลังคลอด	31	26.95	1	0.87
วันที่ 3 หลังคลอด	43	37.39	2	1.74
วันที่ 4 หลังคลอด	53	46.09	4	3.48
วันที่ 5 หลังคลอด	49	42.60	3	2.61
วันที่ 6 หลังคลอด	37	32.17	1	0.87
วันที่ 7 หลังคลอด	28	24.34	1	0.87



ภาพที่ 5 จำนวน ร้อยละ ของความรุนแรงภาวะอารมณ์เส้าหลังกลอด

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและรูปแบบของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดมารดาหลังคลอดวัยรุ่น ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ โดยนำทฤษฎีอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Postpartum blues, Maternity blues or Baby blues) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่มีอายุตั้งแต่ 10-19 ปี พักพื้นที่แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 จำนวนทั้งสิ้น 115 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามอารมณ์เศร้าหลังคลอด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและความชุกวิเคราะห์โดยการหาอัตราความชุกและรูปแบบของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด One-way Repeated measure ANOVA

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาสรุปเป็นประเด็นสำคัญได้ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอดวัยรุ่น พบว่า ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 15-19 ปี (ร้อยละ 83.50) เกือบทั้งหมด มีระดับการศึกษาที่ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 79.30) สถานะภาพสมรส ส่วนมากมีประวัติไม่ได้จดทะเบียนแต่อยู่ร่วมกันกับสามี (ร้อยละ 67) สถานการณ์ตั้งครรถ์ส่วนใหญ่ไม่มีการวางแผนการตั้งครรถ์ (ร้อยละ 83.50) บุคคลที่ให้การช่วยเหลือหรือสนับสนุนช่วงหลังคลอด ส่วนใหญ่คือ บิดา มารดาตนเอง (ร้อยละ 46.10) รองลงมาคือ สามี (ร้อยละ 38.30)
2. ความชุกของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดในช่วง 7 วันแรกหลังคลอด พบ ความชุกของภาวะอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอดวัยรุ่น เท่ากับ 57 ราย ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด 115 ราย (ร้อยละ 49.60)
3. ระยะเวลาการเกิดภาวะอารมณ์หลังคลอด พบว่า ในวันแรกหลังคลอด มารดาวัยรุ่นหลังคลอด มีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด 33 ราย (ร้อยละ 28.40) วันที่สามหลังคลอด พบมารดาวัยรุ่นที่มีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดสูงสุดจำนวน 57 ราย (ร้อยละ 59.10) ในวันที่สี่หลังคลอด พบมารดาวัยรุ่นที่มีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด 55 ราย (ร้อยละ 57.40) ในวันที่ห้าหลังคลอด พบมารดาวัยรุ่นที่มีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด 55 ราย (ร้อยละ 57.40) ในวันที่หกหลังคลอด

พบมารดาวัยรุ่นที่มีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด 49 ราย (ร้อยละ 42.20) และในวันที่เจ็ดหลังคลอด พบมารดาวัยรุ่นที่มีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด 43 ราย (ร้อยละ 37.10) จากข้อมูลทั้งหมด จะเห็นได้ว่า ระยะเวลาการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด จะค่อย ๆ เกิดขึ้นในวันแรกและเพิ่มสูงขึ้นในวันที่สอง มีระยะเวลาการเกิดมากที่สุดในวันที่สาม สี่ และห้า และจะค่อย ๆ ลดลงในวันที่หกและเจ็ดตามลำดับ

4. อาการที่มักเกิดขึ้นของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด พบว่า อาการแสดงที่พบมากที่สุด ในภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด คือ กลุ่มอาการอารมณ์เศร้า พบร้อยละ 21.40 รองลงมาคือ กลุ่มอาการเก็บความรู้สึก พบได้ร้อยละ 19.36 รองลงมาคือ กลุ่มอาการความเชื่อมั่นในตนเองลดลง ร้อยละ 16.99 ต่อมาคือ กลุ่มอาการอารมณ์ถดถอย กลุ่มอาการอารมณ์อ่อนไหวง่าย กลุ่มอาการภาวะซึมเศร้าและกลุ่มอาการท้อแท้สิ้นหวัง คิดเป็นร้อยละ 16.77, 16.59, 12.86 และ 11.14 ตามลำดับ

5. ความรุนแรงของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดวันรุ่ง พบว่า คะแนนที่อยู่ในช่วงภาวะอารมณ์เศร้าชนิดไม่รุนแรง ร้อยละ 59.43 และกลุ่มที่มีคะแนนรวมสูงเกิน 107 ถือว่ามีภาวะอารมณ์เศร้ารุนแรง พบร้อยละ 3

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความชุกของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดวัยรุ่น จะเกิดขึ้นในช่วงเวลา 7 วันแรก หลังคลอด โดยในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด พบอยู่ที่ร้อยละ 49.60 ซึ่งไม่แตกต่างจากการศึกษาในประเทศไทย ในมารดาหลังคลอดวัยผู้ใหญ่ พบร้อยละ 47.5 (Phuangprasonka, 2016) สอดคล้องกับการการศึกษาภาวะอารมณ์เศร้าในมารดาวัยผู้ใหญ่ในแถบทวีปเอเชีย โดยในฮ่องกง พบร้อยละ 44.3 ในอิหร่าน พบร้อยละ 55.3 (Moslemi, Tabari, Montazeri, & Tadayon, 2012) ในอินเดีย พบร้อยละ 58.5 (Manjunath, Venkatesh, & Rajanna, 2011) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับประเทศในแถบยุโรปและอเมริกา ได้แก่ เยอรมันนี พบความชุกร้อยละ 55.2 (Reck et al., 2009) ประเทศกรีซ พบอัตราความชุกร้อยละ 44.5 (Gonidakis et al., 2007) สหรัฐอเมริกา พบร้อยละ 41.8 (Kennerley & Gath, 1989; O'Hara et al., 1991) ถือว่าเป็นภาวะที่พบบ่อยในมารดาหลังคลอดทั่วไปและรวมถึงมารดาวัยรุ่นด้วย

2. ระยะเวลาการเกิดภาวะอารมณ์หลังคลอด จะเริ่มมีอาการเล็กน้อยในวันแรก หลังคลอด อาการจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และมีอาการมากที่สุดในวันที่ 3, 4 และ 5 และอาการจะค่อย ๆ ลดลงในวันที่ 6 และ 7 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ O'Hara และ McCabe ปี ค.ศ. 2013 พบว่า วันที่มีอาการอารมณ์เศร้าหลังคลอดมากที่สุดคือวันที่ 3 ถึงวันที่ 5 หลังคลอดและจะค่อย ๆ ลดลง (O'Hara & McCabe, 2013) และการศึกษาของ Rondón ปี ค.ศ. 2003 พบว่า วันที่มีอาการอารมณ์เศร้าหลังคลอดมากที่สุดคือวันที่ 3 ถึงวันที่ 6 หลังคลอด (Rondón, 2003) การศึกษาของคุณ

Yuki ปี ค.ศ. 2014 พบว่า วันที่มีอาการอารมณ์เศร้าหลังคลอดมากที่สุดคือวันที่ 3 ถึงวันที่ 4 (Yuki & Katsutoshi, 2014) แต่แตกต่างจากการศึกษาในมารดาทั่วไปในประเทศไทย ในมารดาหลังคลอดทั่วไปพบว่า จะมีอาการมากที่สุดในวันแรกหลังคลอดและจะค่อย ๆ ลดลงตามระยะเวลา (Phuangprasonka, 2016)

3. อาการที่เกิดขึ้นของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด เป็นกลุ่มอาการอารมณ์เศร้า ซึ่งประกอบไปด้วยอาการ ร้องไห้ รู้สึกจิตตก อาการซึม กระทบกระวายเป็น อารมณ์แปรปรวนง่าย ไม่มีจุดยืน และอาการเหน็ดเหนื่อย เช่นเดียวกับการศึกษาของ กัลพร ยงดี และชุติมา หุ่มเรื่องวงษ์ พบว่า มารดาหลังคลอดที่มีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด จะมีอาการอารมณ์แปรปรวน ร้องไห้ง่ายขึ้น หงุดหงิด วิตกกังวลเล็กน้อยหรือนอนหลับยากขึ้นเท่านั้น โดยอาการจะเกิดขึ้นตั้งแต่วันแรกหลังคลอด (กัลพร ยงดี และชุติมา หุ่มเรื่องวงษ์, 2559) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประเสริฐ ศันสนีย์วิทย์กุล ซึ่งอธิบายว่า มารดาหลังคลอดที่มีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด จะมีอารมณ์แปรปรวน ทำให้ร้องไห้ บางครั้งอาจร้องไห้โดยไม่มีสาเหตุ หรือหงุดหงิดง่าย รู้สึกหุดหู่ เศร้า วิตกกังวล นอนไม่หลับ ไม่สดชื่น สับสน หลงลืม (ประเสริฐ ศันสนีย์วิทย์กุล, 2551) แตกต่างกับการศึกษาของ รัชดา พ่วงประสงค์ ซึ่งได้อธิบายไว้ว่า มารดาหลังคลอดที่มีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด จะมีอาการที่พบได้มากที่สุด คือ ความมั่นใจในตนเองลดลง ความท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกหุดหู่ (Phuangprasonka, 2016)

4. ความรุนแรงของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดวันรุ่ง พบว่า ภาวะอารมณ์เศร้าชนิดไม่รุนแรงมีมากกว่า พบ 53 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.09 และกลุ่มที่มีคะแนนรวมสูงเกิน 107 ถือว่ามีภาวะอารมณ์เศร้ารุนแรง พบ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.48 สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชดา พ่วงประสงค์ ซึ่งได้อธิบายว่า ภาวะอารมณ์เศร้าชนิดไม่รุนแรงพบได้มากกว่า ภาวะอารมณ์เศร้าชนิดรุนแรง โดยภาวะอารมณ์เศร้าชนิดไม่รุนแรงพบร้อยละ 26.80 ภาวะอารมณ์ชนิดรุนแรง พบได้ร้อยละ 19 (Phuangprasonka, 2016) โดยพบว่า มารดาหลังคลอดด้วยรุ่นที่มีอารมณ์เศร้ารุนแรงจนถึงวันที่ 7 หลังคลอดจำนวน 1 ราย ผู้วิจัยได้ติดตามอาการและส่งต่อข้อมูลให้แก่เจ้าหน้าที่ แพทย์ได้วินิจฉัยเป็น โรคซึมเศร้าและได้รับยารักษาการซึมเศร้า ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 25 ของภาวะอารมณ์เศร้ารุนแรง (4 ราย) สอดคล้องกับการศึกษาของ O'Hara และ McCabe ปี ค.ศ. 2013 ที่ได้ศึกษาไว้ว่า มารดาหลังคลอดที่มีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดรุนแรง มีจำนวนร้อยละ 20 ที่สามารถพัฒนาไปเป็นโรคซึมเศร้าและมีอาการทางจิตหลังคลอด (O'Hara & McCabe, 2013) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Reck et al. (2009) พบว่า ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดเป็นตัวทำนายที่จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและโรคจิตหลังคลอด โดยพบว่ามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จะมีภาวะอารมณ์เศ้ามาก่อน ร้อยละ 81.8

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลมารดา หลังคลอดวัยรุ่น โดยติดตามประเมิน-คัดกรองภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น โดยเฉพาะช่วงวันที่ 3, 4 และ 5 หลังคลอด และนำข้อมูลไปใช้ในการให้คำแนะนำครอบครัว หากมารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีอาการร้องไห้ กระทบกระวายเป็นระยะ อารมณ์แปรปรวนง่าย ควรเฝ้าระวัง และแจ้งเมื่อมาตรวจหลังคลอดตามนัด เพื่อป้องกันความรุนแรงที่อาจพัฒนาต่อไปเป็น ภาวะซึมเศร้า อาการทางจิตหลังคลอด สามารถนำข้อมูลการศึกษาครั้งนี้ไปพัฒนาโปรแกรม การดูแลมารดาหลังคลอดวัยรุ่นทั้งที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อให้การดูแลมารดา วัยรุ่นหลังคลอดอย่างเหมาะสมในด้านจิตใจ

2. ด้านการศึกษาการพยาบาล

สามารถนำผลจากการศึกษาครั้งนี้มาใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการบูรณาการ การเรียนการสอน เพื่อให้นักศึกษาเข้าใจในรูปแบบของการเกิดอารมณ์เศร้า และเห็นความสำคัญ ของการประเมินภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปพัฒนางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอารมณ์เศร้า ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้ ดังนี้

1. เป็นแนวทางศึกษาวิจัยประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะอารมณ์เศร้าในมารดาวัยรุ่น หลังคลอด เช่น ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด
2. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทั้งในด้านความชุกและรูปแบบของการเกิดภาวะอารมณ์ เศร้าหลังคลอด ทั้งด้านอาการแสดง ระยะเวลา และความรุนแรงของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด ในมารดาวัยรุ่น โดยการนำไปพัฒนาโปรแกรมการติดตามอาการของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด โปรแกรมการให้คำแนะนำหรือ โปรแกรมการให้ความช่วยเหลือเพื่อป้องกันการภาวะซึมเศร้า และอาการทางจิตหลังคลอดในผู้ที่มีภาวะอารมณ์หลังคลอดเพื่อลดความรุนแรงของอาการ และเพื่อให้มารดาหลังคลอดวัยรุ่นสามารถดำรงชีวิตและเลี้ยงดูบุตรได้อย่างมีคุณภาพต่อไป
3. สามารถศึกษาความชุกและรูปแบบของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด ในกลุ่มตัวอย่าง ที่เพิ่มมากขึ้น ศึกษาในพื้นที่อื่นที่มีอัตราการคลอดในวัยรุ่นหลังคลอดจำนวนมาก หรือศึกษาใน ระดับประเทศ

บรรณานุกรม

- กรมอนามัย กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ. (2560). *สถานการณ์การป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 9. นครราชสีมา: ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา.*
- กัลพร ยงค์ดี และชุติมา หุ่มเรืองวงษ์. (2559). ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่มี ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 60(5), 561-574.*
- เกรียงยุทธ ก้อนทอง. (2548). *ภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลน่าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- ขวัญตา ตุ่มหิรัญ และจิตตินันท์ เฉชะคุปต์. (2553). สภาพการดำเนินชีวิตครอบครัวพ่อแม่ วัยรุ่น และบริการทางสังคมสำหรับครอบครัว. ใน *เอกสารนำเสนอในการประชุม เรื่อง วิชาการครอบครัวศึกษา ปี 2553 (หน้า 67-68).* กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- คชารัตน์ ปรีชล. (2559). ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด: การป้องกันและการดูแล. *วารสารพยาบาล สภากาชาดไทย, 9(2), 24-35.*
- จิราภรณ์ ศิริพันธ์, ปริศนา พานิชกุล, สุธี พานิชกุล และพงศธร เนตราคม. (2548). ความชุก ของภาวะผิดปกติของสุขภาพจิตในผู้ป่วย 48 ชั่วโมงหลังคลอดในโรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า. *เวชสารแพทย์ทหารบก, 58(3), 203-212.*
- ชญานิษฐ์ ธรรมภาสุวรรณ. (2555). *ผลของโปรแกรมการดูแลมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษา ในหออภิบาลทารกแรกเกิดต่อความวิตกกังวลและสัมพันธภาพระหว่างมารดา และทารก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการการผดุงครรภ์ ชั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- ชญภา วรสิงห์. (2559). การศึกษาเปรียบเทียบผลการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่. *วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 31(2), 61-69.*
- นพพรช พุ่มมณี. (2556). *ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดบุตรในมารดาวัยรุ่น โรงพยาบาลสิรินธร สำนักการแพทย์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*

- บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์. (2553). การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: บทบาทของผู้ให้บริการทางสุขภาพ. ใน
 วิทยา ธิฐาพันธ์, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์ และธราธิป โคละทัต (บรรณาธิการ),
วัยรุ่นตั้งครรภ์และทารกเกิดก่อนกำหนด: ปัญหาที่ท้าทาย (หน้า 113-118).
 กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์* (พิมพ์ครั้งที่ 5).
 กรุงเทพฯ: ยู แอนด์ ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- ประเสริฐ ศันสนียวิทย์กุล. (2551). ภาวะหลังคลอดบุตร. ใน มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย
 วันทนศิริ, สิงห์เพชร สุขสมปอง และมงคล เบญจาทิบาล (บรรณาธิการ),
สูติศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 295-302). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย.
- พงศธร เนตราคม. (2550). กลุ่มโรคทางจิตหลังคลอด. *วิจัยยุทธศาสตร์*, 37, 84-87.
 เข้าถึงได้จาก <http://www.vichaiyut.co.th>
- มานี ปิยะอนันต์. (2543). *สูติศาสตร์*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- มาลี เกื้อนพกุล. (2554). Teenage pregnancy. ใน เอกชัย โควาวิสารัช, ปัทมา พรหมสนธิ
 และบุญศรี จันทร์รัชชกุล (บรรณาธิการ), *การตั้งครรภ์ในมารดาวัยเสี่ยง*
 (หน้า 35-54). กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น.
- รุ่งทิพย์ กาศักดิ์, เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร และยุพา จิวพัฒน์กุล. (2558). ปัจจัยทำนาย
 การปรับตัวในชีวิตสมรสของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 27(1), 133-146.
- วรรณ นวลฉวี. (2561). ความสุขของภาวะซิมเซร่าหลังคลอดและปัจจัยทำนายภาวะ
 ซิมเซร่าหลังคลอดในมารดาหลังคลอด. *มหาวิทยาลัยหัวเฉียว
 เฉลิมพระเกียรติ*, 21(42), 65-78.
- วีรภรณ์ ชัยเศรษฐสัมพันธ์. (2551). การทบทวนงานวิจัยทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับ
 มารดาวัยรุ่นหลังคลอดในประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2538-2548.
การพยาบาลและการศึกษา, 1(1), 44-49.
- ศรินันท์ กิตติสุขสถิต, นพวรรณ มาคาร์ตัน, วาที สิทธิ, แครี ริคเตอร์ และอุไรวรรณ
 คะนิงสุขเกษม. (2554). *หญิงไม่ยอมเป็นแม่: เส้นทางชีวิตที่น่าห่วงใยของแม่
 วัยเด็กในสังคมไทย*. เข้าถึงได้จาก [http://www.teenpath.net/data/r-research/00008/
 tpfile00001.pdf](http://www.teenpath.net/data/r-research/00008/tpfile00001.pdf)

- ศศิธร สิมคำ. (2553). *ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยในวัยรุ่นหญิง*.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน,
 บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, ทรงยศ พิลาสันต์, อินทิรา ยมาภัย, สมสมัย ตีระวัฒนานนท์, ชลัญชร
 โยธาสมุทร, อภิญญา มัดเดช และวณัฐจรัส เองมหัสสกุล. (2556). *สถานการณ์
 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย*. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
 สมภพ เรืองตระกูล. (2550). *การตั้งครรภ์ โรคทางจิตเวชและการรักษา*. กรุงเทพฯ:
 เรือนแก้วการพิมพ์.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และกองทุนประชากรแห่ง
 สหประชาชาติประจำประเทศไทย. (2556). *แม่วัยใสความท้าทายการตั้งครรภ์
 ในวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: แอดวานซ์ พรินติ้ง เซอร์วิส.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (2560). *สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน*.
 เข้าถึงได้จาก <http://rh.anamai.moph.go.th/main.php?filename=index>
- อานนท์ ฉัตรทอง. (2560). *แม่ซิมเศร้า...เราช่วยได้*. เข้าถึงได้จาก [http://www.prdmh.com/
 สารสุขภาพจิต/886](http://www.prdmh.com/สารสุขภาพจิต/886)
- Adewuya, A. O. (2005). The maternity blues in western Nigerian women: Prevalence and
 risk factors. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193(4),
 1522-1525. doi: 10.1016/j.ajog.2005.02.085
- Afzal, S., & Khalid, R. (2014). Social support and postnatal depression in Pakistani
 context. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology*, 12(1), 34-38.
- Aghamohammadi, A., & Rajabi, A. (2012). P-465-relation between unintended pregnancy
 among teenagers and post-partum blues. *European Psychiatry*, 27(1), 1.
 doi: 10.1016/S0924-9338(12)74632-1
- Elsenbruch, S., Benson, S., Rucke, M., Rose, M., Dudenhausen, J., Pincus-Knackstedt,
 M. K., Klapp, B. F., & Arck, P. C. (2007). Social support during pregnancy:
 Effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy
 outcome. *Human Reproduction*, 22(3), 869-877. doi: 10.1093/humrep/del432
- Faisal-Cury, A., Menezes, P. R., Tedesco, J. J. A., Kahalle, S., & Zugaib, M. (2008).
 Maternity "blues": Prevalence and risk factors. *The Spanish Journal of
 Psychology*, 11(2), 593-599.

- Glangeaud-Freudenthal, N., Crost, M., & Kaminski, M. (1999). Severe post-delivery blues: Associated factors. *Archives of Women's Mental Health, 2*(1), 37-44. doi: 10.1007/s007370050033
- Gonidakis, F., & Leonardou, A. (2008). Maternity blues and post-partum depression- findings from Greece. *European Psychiatric Review, 1*(2), 21-23.
- Gonidakis, F., Rabavilas, A. D., Varsou, E., Kreatsas, G., & Christodoulou, G. N. (2007). Maternity blues in Athens, Greece: A study during the first 3 days after delivery. *Journal of Affective Disorders, 99*(1-3), 107-115. doi: 10.1016/j.jad.2006.08.028
- Harris, B., Lovett, L., Newcombe, R. G., Read, G. F., Walker, R., & Riad-Fahmy, D. (1994). Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study II. *British Medical Journal, 308*(6934), 949-953. doi: 10.1136/bmj.308.6934.949
- Kennerley, H., & Gath, D. (1986). Maternity blues reassessed. *Psychiatric Developments, 4*(1), 1-17.
- Kennerley, H., & Gath, D. (1989). Maternity blues: I. Detection and measurement by questionnaire. *British Journal of Psychiatry, 155*(3), 356-362. doi: 10.1192/bjp.155.3.356
- Lanehart, R. E., De Gil, P. R., Kim, E. S., Bellara, A. P., Kromrey, J. D., & Lee, R. S. (2012). Propensity score analysis and assessment of propensity score approaches using SAS procedures. In *Proceedings of the SAS global forum 2012 conference* (pp. 22-25). Cary, North Carolina: SAS Institute.
- Laursen, B. P., Little, T. D., & Card, N. A. (Eds.). (2012). *Handbook of developmental research methods*. New York: Guilford Press.
- Letourneau, N., Stewart, M., Dennis, C. L., Hegadoren, K., Duffett-Leger, L., & Watson, B. (2011). Effect of home-based peer support on maternal-infant interactions among women with postpartum depression: A randomized, controlled trial. *International Journal of Mental Health Nursing, 20*(5), 345-357. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00736.x

- Manjunath, N. G., Venkatesh, G., & Rajanna. (2011). Postpartum blue is common in socially and economically insecure mothers. *Indian Journal of Community Medicine, 36*(3), 231-233. doi: 10.4103/0970-0218.86527
- Moslemi, L., Tabari, M. G., Montazeri, S., & Tadayon, M. (2012). The frequency and several effective factors on baby blues. *Journal of Society for Development in New Net Environment in B & H, 6*(12), 4004-4008.
- Moyo, G. P. K. (2020). Epidemio-clinical profile of the baby blues in Cameroonian women. *Journal of Family Medicine and Health Care, 6*(1), 20-23. doi: 10.11648/j.jfmhc.20200601.14
- Murata, A., Nadaoka, T., Morioka, Y., Oiji, A., & Saito, H. (2003). Prevalence and background factors of maternity blues. *Gynecologic Obstetric Investigation, 46*(2), 99-104. doi: 10.1159/000010011
- Nourollahpour Shiadeh, M., Kariman, N., Bakhtiari, M., Mansouri, S., & Mehravar, S. (2016). Unwanted pregnancy and its risk factors among pregnant women in Tehran, Iran. *Nursing and Midwifery Studies, 5*(3), 1-7.
- Ntaouti, E., Gonidakis, F., Nikaina, E., Varelas, D., Creatsas, G., Chrousos, G., & Siahianidou, T. (2020). Maternity blues: Risk factors in Greek population and validity of the Greek version of kennerley and gath's blues questionnaire. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 33*(13), 2253-2262. doi: 10.1080/14767058.2018.1548594
- O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*(1), 379-407. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612
- O'Hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A., & Wright, E. J. (1991). Prospective study of postpartum blues: Biologic and psychosocial factors. *Archives of General Psychiatry, 48*(9), 801-806. doi: 10.1001/archpsyc.1991.01810330025004
- Phuangprasonka, R. (2016). *Maternity blues and management strategies of Thai postpartum women*. Doctoral dissertation, Nursing Science, Faculty of Nursing, Burapha University.

- Pop, V. J. M., Truijens, S. E. M., Spek, V., Wijnen, H. A., Van Son, M. J. M., & Bergink, V. (2015). A new concept of maternity blues: Is there a subgroup of women with rapid cycling mood symptoms?. *Journal of Affective Disorders*, 2015(177), 74-79. doi: 10.1016/j.jad.2015.02.015
- 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.
- Rezaie-Keikhaie, K., Arbabshastan, M. E., Rafiemanesh, H., Amirshahi, M., Ostadkelayeh, S. M., & Arbabisarjou, A. (2020). Systematic review and meta-analysis of the prevalence of the maternity blues in the postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 49(2), 127-136.
doi: 10.1016/j.jogn.2020.01.001
- Rondón, M. B. (2003). Maternity blues: Cross-cultural variations and emotional changes. *Primary Care Update for OB/ GYNs*, 10(4), 167-171.
doi: 10.1016/S1068-607X(03)00029-5
- Séjourné, N., Callahan, S., & Chabrol, H. (2011). The efficiency of a brief support intervention for anxiety, depression and stress after miscarriage. *Journal de Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction*, 40(5), 437-443.
doi: 10.1016/j.jgyn.2011.01.015
- Stein, G. S. (1980). The pattern of mental change and body weight change in the first postpartum week. *Journal of Psychosomatic Research*, 24(3-4), 165-171.
doi: 10.1016/0022-3999(80)90038-0
- Stevens-Simon, C., & Sheeder, J. (2011). Adolescent pregnancy. In M. M. Fisher, E. M. Alderman, R. K. Kreipe, & W. D. Rosenfeld (Eds.), *Textbook adolescent health care* (19th ed., pp. 506-517). Washington: The Donohue group.
- Watanabe, M., Wada, K., Sakata, Y., Aratake, Y., Kato, N., Ohta, H., & Tanaka, K. (2008). Maternity blues as predictor of postpartum depression: A prospective cohort study among Japanese women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(3), 211-217. doi: 10.1080/01674820801990577

- World Health Organization [WHO]. (2010). *Adolescent pregnancy*. Retrieved from http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/adolescent_pregnancy/en/print.html
- Yuki, T., & Katsutoshi, T. (2014). Factors associated with early postpartum maternity blues and depression tendency among Japanese mothers with full-term healthy infants. *Nagoya Journal of Medical Science*, 76(1-2), 129-138.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง ความชุกและรูปแบบของการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

คำชี้แจง: การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด และ รูปแบบการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าใน 7 วันหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดซึ่งแบบสอบถามข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามอารมณ์เศร้าหลังคลอด

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือ

อนุชิตา आयูยืน

นิติคปริญญามหาบัณฑิต ภาควิชาการผดุงครรภ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอด

1. อายุอยู่ในช่วง
2. ระดับการศึกษา
3. สถานภาพสมรส
4. สถานะการตั้งครรภ์
5. บุคคลที่ให้การดูแลช่วยเหลือ หรือสนับสนุนท่านปัจจุบันถึงช่วงหลังคลอด

ภาคผนวก ข

เอกสารรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและเอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ความชุกและรูปแบบของการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด
Prevalence and Patterns of Maternity Blues in Postpartum Adolescent Mothers

ชื่อนิติ นางสาวอนุชิตา อายุยืน

รหัสประจำตัวนิสิต 58920077 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 03 - 06 - 2562

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ มารดาวัยรุ่นหลังคลอด ที่มีอายุ 10-19 ปี จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 115 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม 2 โรงพยาบาลบุรีรัมย์


2) วิธีการที่เหมาะสมในการ ได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 17 มิถุนายน พ.ศ. 2563

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 17 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2562

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

WESTERN UNIVERSITY

๖๐๐ ตำบลสระลงเรือ อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี ๗๑๑๗๐
600 SRA LONG RUEA , HUAI KRACHAO , KANCHANABURI 71170
TEL.0-3565-1000 FAX.0-3565-1144 http://www.western.ac.th

คพป(ป) ๑๙๐๐/๑๔๑/๒๕๖๒

๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บข้อมูลเพื่อทดสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสตึก

สิ่งที่ส่งมาด้วย คำโครงการวิทยานิพนธ์และแบบสอบถามภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด

ด้วยนางสาวอนุชิตา อายุยี่สิบ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น กำลังศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขณะนี้อยู่ระหว่างการได้ทำการศึกษา วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความชุกและรูปแบบของการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด” ซึ่งอยู่ระหว่างขั้นตอนการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น จึงขอความอนุเคราะห์ให้นางสาวอนุชิตา อายุยี่สิบ เข้าเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ในวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๒ ณ สตึกหลังคลอด เพื่อเป็นข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าว

เวรการโรงพยาบาลสงขลียงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง
เพื่อโปรดทราบ เพื่อโปรดสั่งการ

บ

วงศ์กรแพทย์ กลุ่มการพยาบาล (หัวหน้า) ขอแสดงความนับถือ
กลุ่มงานเวชศาสตร์ กลุ่มงานทันตกรรม
กลุ่มงานเภรียกรรม กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์
กลุ่มงานการจัดการ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
กลุ่มงานประพันสุขภาพ กลุ่มงานแพทย์แผนไทยฯ (อาจารย์รณันต์นิภา ภัคคุชณิวิวัฒน์)
กลุ่มงานรังสีวิทยา กลุ่มงานโภชนศาสตร์

..... /s/ ๒๙๓๓๒ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์

คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์

มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

โทร ๐๘๘-๕๘๕-๒๐๖๘, ๐๙๕-๗๗๓๔๒๕๙

ทราบ
 ชอบ
 เห็นการมอบ.....



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความชุกและรูปแบบของการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าในมารดา
วัยรุ่นหลังคลอด PREVALENCE AND PATTERNS OF MATERNITY BLUES IN
POSTPARTUM ADOLESCENT MOTHERS

วันที่ทำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและ มีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิ ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยใน ภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรม (เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง.....)

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/

ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัย เรื่อง ความชุกและรูปแบบของการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

รหัสจริยธรรมการวิจัย 03-06-2562

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอนุชิตา आयูยืน

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ เพื่อศึกษาความชุกและรูปแบบของภาวะอารมณ์หลังคลอดใน 7 วันหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นมารดาหลังคลอดที่มีอายุอยู่ในช่วง 10-19 ปี เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง แบบสอบถาม ประกอบไปด้วยข้อมูล 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ให้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล โดยให้ลงข้อมูลตามความเป็นจริงโดยตัวท่านเอง โดยทำแค่เพียงวันแรก 1 ครั้ง

ชุดที่ 2) แบบสอบถามภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ใช้ในการคัดกรองผู้มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด ตอบว่า “ไม่มีอาการ” หรือ “มีอาการ” ทั้งหมด 28 อาการ โดยมีการลงบันทึกลงผลในตารางทุกวัน และลงบันทึกในช่วงเช้าหลังตื่นนอน ในช่วงเวลา 7.00-9.00 น. ของทุกวันจนกว่าจะครบ 7 วัน และหลังลงบันทึกให้มารดาถ่ายรูปและส่งข้อมูลให้ผู้วิจัยทางแอปพลิเคชันไลน์ทุกวัน

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับ คือ ประโยชน์ทางอ้อม ผู้วิจัยสามารถนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปเผยแพร่ เพื่อเป็นประโยชน์และเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับพยาบาลผดุงครรภ์ เพื่อติดตาม ประเมิน และให้การช่วยเหลือมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระหนาบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชัน และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจ

ตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์และโทรศัพท์มือถือของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวอนุชิตา आयูสิน หมายเลขโทรศัพท์ 095-7934259 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ์ เดียววิเศษศ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102858

นางสาวอนุชิตา आयูสิน
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
(เอกสารชี้แจงผู้ปกครอง/ ผู้แทนโดยชอบธรรม)

การวิจัย เรื่อง ความชุกและรูปแบบของการเกิดภาวะอารมณ์เศร้าในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

รหัสจริยธรรมการวิจัย 03-06-2562

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอนชิตา อายุยืน

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ เพื่อศึกษาความชุกและรูปแบบของภาวะอารมณ์หลังคลอดใน 7 วันหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด มารดาหลังคลอดในปกครองของท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากมารดาหลังคลอดในปกครองของท่านเป็นมารดาหลังคลอดที่มีอายุอยู่ในช่วง 10-19 ปี เมื่อมารดาหลังคลอดในปกครองของท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่มารดาหลังคลอดในปกครองของท่านจะต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง แบบสอบถาม ประกอบไปด้วยข้อมูล 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ให้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล โดยให้ลงข้อมูลตามความเป็นจริงโดยตัวท่านเอง โดยทำแค่เพียงวันแรก 1 ครั้ง

ชุดที่ 2) แบบสอบถามภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด ประกอบด้วย ข้อมูล 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ใช้ในการคัดกรองผู้มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด ตอบว่า “ไม่มีอาการ” หรือ “มีอาการ” ทั้งหมด 28 อาการ โดยมีการลงบันทึกลงผลในตารางทุกวัน และลงบันทึกในช่วงเช้าหลังตื่นนอน ในช่วงเวลา 7.00-9.00 น. ของทุกวันจนกว่าจะครบ 7 วัน และหลังลงบันทึกให้มารดาถ่ายรูปและส่งข้อมูลให้ผู้วิจัยทางแอปพลิเคชันไลน์ทุกวัน

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับ คือ ประโยชน์ทางอ้อม ผู้วิจัยสามารถนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปเพื่อแพร่ เพื่อเป็นประโยชน์และเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับพยาบาลผดุงครรภ์ เพื่อติดตาม ประเมิน และให้การช่วยเหลือมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

การเข้าร่วมการวิจัยของมารดาหลังคลอดในปกครองของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ มารดาหลังคลอดในปกครองของท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า

ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของมารดาหลังคลอดในปกครองของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของมารดาหลังคลอดในปกครองของท่าน ข้อมูลของมารดาหลังคลอดในปกครองของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ และโทรศัพท์มือถือของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอดในปกครองของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางสาวอนุชิตา อายุยืน หมายเลขโทรศัพท์ 095-7934259 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิเดียววิเศษ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102858

นางสาวอนุชิตา อายุยืน
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823