

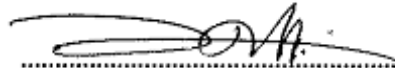
ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนของครอบครัว
ต่ออารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด

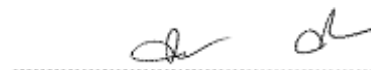
วราภรณ์ ปฏิสังข์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สิงหาคม 2560
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

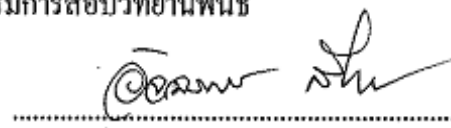
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ วราภรณ์ ปฏิสังข์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

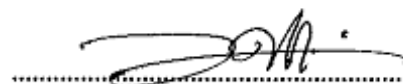
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

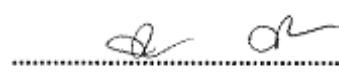
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ดร.วรรณทนา สุขสีมานนท์)

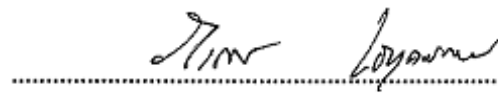
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

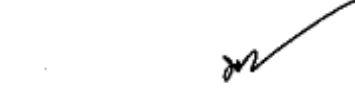
.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์)

.....กรรมการ
(ดร.วรรณทนา สุขสีมานนท์)

.....กรรมการ
(ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุคมทรัพย์)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง ของมหาวิทยาลัยบูรพา

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ ๒3 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒56๐

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยความกรุณาจาก ดร.วรรณทนา ศุภสีมานนท์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และ ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้ความรู้ให้คำปรึกษาแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ และให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ นอกจากนี้ยังได้รับความอนุเคราะห์จากท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ บุคลากรหอผู้ป่วย สูตินรีเวชกรรม ตลอดจนมารดาหลังคลอดและครอบครัวทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และเพื่อนร่วมหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตทุกคนที่ให้กำลังใจและสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

วราภรณ์ ปฏิสังข์

53920039:สาขาวิชา: การผดุงครรภ์ขั้นสูง; พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนของครอบครัว/ อารมณ์เศร้าหลังคลอด/
มารดาหลังคลอด

วราภรณ์ ปฏิสังข์: ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนของครอบครัวต่อ
อารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด (EFFECT OF EDUCATION AND FAMILY SUPPORT
PROGRAM ON MATERNITY BLUES) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วรรณทนา
ศุภสีมานนท์, Ph.D., สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, Ph.D. 66 หน้า. ปี พ.ศ. 2560.

ถ้าอารมณ์เศร้าหลังคลอดไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจทำให้อาการรุนแรง
กลายเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและ
หลังทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนของครอบครัวต่ออารมณ์
เศร้าในมารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด มีคุณสมบัติเป็นไปตาม
เกณฑ์คัดเข้า พักฟื้นหลังคลอดในหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์
ชลบุรี เลือกกุ่มตัวอย่างแบบสะดวกจำนวน 60 ราย โดย 30 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุม 30 รายหลัง
เป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาล
ตามปกติและโปรแกรม เครื่องมือรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของ
มารดาหลังคลอดและครอบครัว และอารมณ์เศร้าหลังคลอดของ Kennerley แบบสอบถามอารมณ์
เศร้า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเป็น .85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Fisher exact, chi-square, Mann-Whitney U และ t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอารมณ์เศร้าหลังคลอดหลังทดลองน้อยกว่า
ก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{29} = -5.87, p < .001$) หลังทดลองกลุ่มทดลองมีสัดส่วนของ
ผู้มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = -4.34, df = 1,$
 $p = .04$; กลุ่มทดลอง: $n = 9$, กลุ่มควบคุม: $n = 17$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของ
คะแนนอารมณ์เศร้าก่อนและหลังทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{58} = -2.57,$
 $p = .01$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอารมณ์เศร้าหลังคลอดลดลง 15.23 คะแนน (SD = 14.22)
ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยลดลง 6.50 คะแนน (SD = 11.97)

จากผลการวิจัย พบว่ามารดาที่ดูแลมารดาหลังคลอดควรคัดกรองหาอารมณ์เศร้าในมารดา
หลังคลอด และประยุกต์โปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนของครอบครัวไปใช้ในมารดา
หลังคลอด เพื่อป้องกันหรือลดอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด

53920039: MAJOR IN ADVANCED MIDWIFERY, M.N.S. (ADVANCED MIDWIFERY)

KEYWORDS: EDUCATION AND FAMILY SUPPORT PROGRAM/ MATERNITY BLUES/
POSTPARTUM WOMEN

WARAOPRN PATISANG: EFFECT OF EDUCATION AND FAMILY SUPPORT
PROGRAM ON MATERNITY BLUES. ADVISORY COMMITTEE: WANTANA
SUPPASEEMANONT, Ph.D., SUPIT SIRIARUNRAT, Ph.D. 66 P. 2017.

If maternity blues do not receive appropriate care, it might deteriorate into postpartum depression. This quasi-experimental with pre-pottest of two group study aimed to investigate effect of education and family support program on postpartum women with blues. Participants were 60 postpartum women with blues who met inclusion criteria and stayed in an obstetrical/gynecological in-patient department, Somdej Phranangchaosirikit Hospital, Chonburi province. They were selected by convenience sampling. The first 30 cases were in control group while the latter 30 were in experimental group. Control group received routine nursing care, experimental received both routine nursing care and the program. Data were collected by questionnaires of demographics and Kennerley's Blues. Blues questionnaire had Cronbach's alpha coefficient as .85. Data were analyzed by frequency, percentage, range, mean, standard deviation, Fisher-exact, chi-square, Mann-Whitney U, and t-tests

Results revealed that experimental group had maternity blues mean score after experiment lesser than before experiment ($t_{29} = -5.87, p < .001$). After experiment, experimental group had lesser proportion of women with postpartum blues than control group ($\chi^2 = -4.34, df = 1, p = .04$; experimental: $n = 9$, control: $n = 17$). Experimental group had higher pre-posttest difference mean score than control group ($t_{58} = -2.57, p = .01$) for which experimental group had decreased blues mean score as 15.23 ($SD = 14.22$), control group had decreased mean score as 6.50 ($SD = 11.97$).

Findings recommend that nurses responsible to care for postpartum women would screen for maternity blues. Also, they would apply education and family support program to take care of postpartum women in order to prevent or decrease maternity blues.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
สมมติฐานของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
แนวคิดเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด	8
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด.....	10
การประเมินอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด	12
แนวทางการลดอารมณ์เศร้าหลังคลอด	13
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	18
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	18
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	19
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย	21
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	22
การดำเนินการวิจัย	22
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	25
4 ผลการวิจัย.....	27
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างละครอบครัว	27

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ตอนที่ 2 ข้อมูลเชิงพรรณนาคะแนนอารมณ์เศร้าหลังคลอดของกลุ่มตัวอย่าง	31
ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอารมณ์เศร้าหลังคลอดก่อน และหลังทดลองในกลุ่มทดลอง	32
ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนผู้มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดหลัง ทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	33
ตอนที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนอารมณ์เศร้าหลังคลอดก่อน และหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	34
5 สรุปและอภิปรายผลการวิจัย	36
สรุปผลการวิจัย	36
การอภิปรายผล	37
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล	39
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	40
บรรณานุกรม	41
ภาคผนวก	46
ภาคผนวก ก	47
ภาคผนวก ข	49
ภาคผนวก ค	59
ประวัติย่อของผู้วิจัย	66

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบ ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	28
2	จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบ ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว	30
3	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนอารมณ์เศร้าหลังคลอด คะแนนส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 ของแบบสอบถามในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	32
4	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอารมณ์เศร้าหลังคลอด (คะแนนส่วนที่ 2 ของแบบสอบถาม) ก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลองด้วย Paired <i>t</i> -test.....	33
5	จำนวน ร้อยละ ของผู้มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด (คะแนนส่วนที่ 1 ของแบบสอบถาม) ก่อนและหลังทดลอง และเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดหลัง ทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดย Chi-square test	33
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนอารมณ์เศร้าหลังคลอด (คะแนนส่วนที่ 2 ของแบบสอบถาม) ก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Independent <i>t</i> -test	35

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	7
2	ขั้นตอนการทดลอง	25

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระยะหลังคลอดเป็นช่วงเวลาที่สตรีมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อาจทำให้มีอาการแปรปรวนหลังคลอดที่พบได้บ่อย คือ อารมณ์เศร้าหลังคลอด (Postpartum blues) ซึ่งมารดาจะมีอาการหงุดหงิดง่าย วิตกกังวล อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ อาการเหล่านี้เกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่เชื่อว่าสาเหตุหลักน่าจะเกิดจากการลดลงของระดับฮอร์โมน Estrogen และ Progesterone ทันทีหลังคลอดบุตร (Doombos, Fekkes, Tanke De Jonge, & Korf, 2008) โดยทั่วไปมักพบในช่วง 24-72 ชั่วโมงหลังคลอด (Mokhtaryan, Ghodrati, & Akbarzadeh, 2016) มารดาหลังคลอดที่มีอารมณ์เศร้า มักไม่ค่อยได้รับการวินิจฉัยจึงไม่ได้รับการรักษา นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ มีรายงานพบว่ามารดาหลังคลอดมีอารมณ์เศร้าถึงร้อยละ 50-85 หรือ 2 ใน 3 ของมารดาหลังคลอดทั้งหมด (Kariman, Harimi, Shiadeh, Shams, & Nasiri, 2016) โดยมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดร้อยละ 20 มีอาการรุนแรงขึ้นกลายเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum depression) ในช่วงปีแรกหลังคลอด (Mokhtaryan et al., 2016; Reck, Stehle, Reinig, & Mundt, 2009) ซึ่งภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ทำให้มารดาที่มีอารมณ์เศร้า วิตกกังวล สิ้นหวัง นอนไม่หลับ หงุดหงิด โมโห ขาดความสนใจในตนเองและสิ่งแวดล้อม ทำให้มีผลกระทบต่อมารดาและทารก ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม (ชารัตน์ ปรีชล, 2559; Zadeh, Khajehei, Sharif, & Hadzic, 2012)

อารมณ์เศร้าหลังคลอดมีผลกระทบต่อทั้งมารดา ครอบครัว และบุตร ผลกระทบของอารมณ์เศร้าหลังคลอดต่อมารดา คือ มารดามีอาการนอนไม่หลับ หงุดหงิด โมโห ขาดความสนใจในตนเองและสิ่งแวดล้อม ทำให้เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร คุณภาพชีวิตต่ำลง ผลกระทบของอารมณ์เศร้าหลังคลอดต่อครอบครัว คือ มารดาขาดความสนใจในครอบครัว ส่งผลต่อความสัมพันธ์กับคู่สมรส ทำให้ชีวิตสมรสไม่ราบรื่น ไม่เป็นที่พึงพอใจของสามี (ชารัตน์ ปรีชล, 2559; Letoumeau et al., 2011) ส่วนผลกระทบของอารมณ์เศร้าหลังคลอดต่อบุตร คือ มารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดมักจะสัมผัสหรือสร้างสัมพันธภาพกับบุตรน้อยกว่ามารดาที่ไม่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด ทำให้มารดาพูดคุยกับลูกน้อยลง ส่งผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและบุตร อันจะมีผลต่อการเลี้ยงดูบุตรต่อไป ทำให้ทารกมีพัฒนาการทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมที่ล่าช้าหรือผิดปกติ (ชญ่าพัฒน์ ธรรมภาสุวรรณ, 2555; Lonstein, 2007) การเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอดมีอุบัติการณ์แตกต่างกันไปในแต่ละภูมิภาค และในแต่ละระยะหลังคลอด

อุบัติการณ์การเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอดแต่ละประเทศแตกต่างกัน ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย เยอรมนี ฮังการี มีอุบัติการณ์การเกิดอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอดค่อนข้างสูง พบตั้งแต่ร้อยละ 40 ถึงร้อยละ 65 (Mokhtaryan et al., 2016; Beck & Driscoll, 2006; Reck, et al., 2009) ในประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น อิหร่าน ไนจีเรีย มีอุบัติการณ์การเกิดอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอดน้อยกว่า คือ พบตั้งแต่ร้อยละ 22.3 ถึงร้อยละ 31.3 (Gonidakis, Rabavilas, Varsou, Kreatsas, & Christodoulou, 2008; Mokhtaryan et al., 2016) ซึ่งอาจขึ้นอยู่กับความแตกต่างทางวัฒนธรรม สังคม การดำเนินชีวิต การตระหนักและคัดกรองหาอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด

นอกจากนั้นอุบัติการณ์การเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอดแตกต่างกันในแต่ละระยะหลังคลอด โดยอารมณ์เศร้าหลังคลอดจะสูงในระยะแรกและลดลงตามระยะเวลาที่ผ่านไป คือ อุบัติการณ์ของการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอดในช่วงระยะหลังคลอดทันที, วันที่ 2, วันที่ 3-4, และ วันที่ 5-6 หลังคลอดคิดเป็นร้อยละ 80, 62, 25 และ 13 ตามลำดับ (Gonidakis et al., 2008; Reck et al., 2009) ส่วนในประเทศไทยไม่พบการศึกษาความชุกของการเกิดอารมณ์เศร้าในหญิงหลังคลอด แต่ วรรณาคงสุริชะนาวิน, เบญจวรรณ คุณรัตนภรณ์ และกิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์ (2553) ศึกษาสุขภาพจิตในมารดาหลังคลอด พบว่า ในช่วงหลังคลอดมารดาจะมีความเครียด วิตกกังวล มีอารมณ์เปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นส่วนประกอบของอาการอารมณ์เศร้าหลังคลอด ที่อาจจะพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอด หรือโรคจิตหลังคลอดได้ และพบว่ามารดาในระยะ 48 ชั่วโมงหลังคลอดมีปัญหาสุขภาพจิตคิดเป็นร้อยละ 38.2

การให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอดช่วยลดความเครียด อารมณ์เศร้า และภาวะซึมเศร้าได้ Beck and Driscoll (2006) ศึกษาพบว่า การให้ความรู้เป็นรายบุคคลแก่มารดาหลังคลอดที่มีอารมณ์เศร้าเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ทำให้มารดามีอารมณ์เศร้าหลังคลอดลดลง และ Heh, Jevitt, Huang and Fu (2009) ศึกษาผลการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดปกติเป็นรายกลุ่ม พบว่ามารดาในกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นการให้ความรู้แก่มารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจหลังคลอด อารมณ์เศร้าหลังคลอดและผลกระทบ และการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีอารมณ์เศร้า ช่วยลดอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้

การที่มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลช่วยเหลือจากการสนับสนุนของบุคคลใกล้ชิดภายในครอบครัว อาจช่วยลดความเครียด กังวล อารมณ์เศร้าได้ บุคคลเหล่านี้อาจเป็นสามี พ่อแม่หรือพี่น้อง โดย Ghodrati, Mokhtariyan, and Akbarzadeh (2016) ระบุว่า สามีเป็นบุคคลที่สำคัญ

อย่างยิ่งของมารดาหลังคลอด Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) แบ่งการช่วยเหลือสนับสนุน เป็น 3 ด้าน คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) ทางวัตถุ (Tangible support) และ ทางข้อมูลข่าวสาร (Informational support) การสนับสนุนของครอบครัวทางอารมณ์ โดยครอบครัว ให้ความรัก ความเข้าใจ การเอาใจใส่ ปรองดองด้านอารมณ์ด้วยการรับฟังความรู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ ความกลัว หรือความวิตกกังวล การสนับสนุนของครอบครัวทางวัตถุ โดยครอบครัว ช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ การเงิน หรือแรงงานแบ่งเบาภาระหน้าที่ที่มารดาไม่สามารถทำได้ การสนับสนุนของครอบครัวทางข้อมูลข่าวสาร (Informational support) โดยครอบครัวคอยประเมิน ให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลคำแนะนำที่เหมาะสม ดังนั้นการที่มารดาหลังคลอดรู้สึกว่ามีบุคคลใกล้ชิด คอยให้ความรัก เอาใจใส่ ดูแลช่วยเหลือ และให้คำแนะนำ ช่วยให้มารดาหลังคลอดรู้สึกว่ามีคุณค่า สามารถเผชิญความเครียด ความวิตกกังวล ลดอารมณ์เศร้าหลังคลอด ทำให้มีสุขภาพจิตดี ปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา (กมลวรรณ ถิ่นธรรม, 2556: คลใจ จงพานิช, เศรษฐา แก้วพรม, เพ็ญญา พิสัยพันธุ์ และ ลลนา ประทุม, 2557; Cheng & Pickler, 2009; McCaskill, 2012) และ ส่งเสริมให้มารดามีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุตรยิ่งขึ้น (ทองภาพ นาร่อง, 2556)

นอกจากการให้ความรู้แก่มารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดช่วยลดและป้องกันภาวะ ซึมเศร้าหลังคลอดได้แล้ว การให้ความรู้แก่ครอบครัวอาจช่วยลดความเครียด กังวล อารมณ์เศร้า ในมารดาหลังคลอดได้ การให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับสภาพจิตใจของมารดาหลังคลอด ทำให้ ครอบครัวตระหนักว่ามารดามีปัญหาด้านสุขภาพและทำให้ครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการดูแล มารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด ทำให้ครอบครัวสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลมารดา หลังคลอดได้ กมลวรรณ ถิ่นธรรม (2556) พบว่า มารดาที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และ แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถเผชิญความเครียด วิตกกังวล ลดอารมณ์เศร้าหลังคลอด มี สุขภาพจิตดี จินดารัตน์ สิริรัตนปทุม (2550) ศึกษาพบว่า การให้ความรู้แก่สามีเกี่ยวกับการ สนับสนุนช่วยเหลือมารดา ทำให้มารดามีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และ กุลธิดา หัตถกิจพานิชกุล, วรรณภา พาหุวัฒน์กร, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร และ ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร (2555) ศึกษาพบว่า มารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ได้รับ โปรแกรมการสอนร่วมกับสามีมีการปรับตัวด้านบทบาทการ เป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม

ผู้วิจัยพบว่า ยังไม่มีการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด มีเฉพาะ การศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยมีรายงานอุบัติการณ์ความชุกของภาวะ ซึมเศร้าหลังคลอดในประเทศไทยคิดเป็นร้อยละ 10-15 (ชวารัตน์ ปรีชล, 2559) แต่ กฤตภัค สมหอม (2553) พบว่า ในปี พ.ศ. 2553 ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในมารดา 4-6 สัปดาห์หลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 32.5 ซึ่งมากกว่า

อุปติการณ์ของประเทศถึง 3 เท่า อีกทั้งผู้วิจัยพบว่าการศึกษาการให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอดที่มี อารมณ์เศร้า รวมทั้งการให้ความรู้แก่ครอบครัว โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลมารดาที่มี อารมณ์เศร้าหลังคลอด ยังมีการศึกษาอยู่น้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการให้ ความรู้และการสนับสนุนของครอบครัวต่ออารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอดที่โรงพยาบาล สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี เพื่อให้มารดาและ ครอบครัวได้ตระหนักและมีความรู้เกี่ยวกับอารมณ์เศร้า ทำให้มารดาและครอบครัวร่วมกันดูแล ซึ่งกันและกัน รวมทั้ง เป็นแนวทางให้พยาบาลประจำแผนกมารดาหลังคลอดประยุกต์โปรแกรมนี้ มาใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอด เพื่อป้องกันหรือลดอารมณ์เศร้าเป็นการป้องกันการเกิดภาวะ ซึมเศร้าหลังคลอดที่อาจเกิดตามมาได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบอารมณ์เศร้าหลังคลอดของมารดาที่ได้รับ โปรแกรมและมารดาที่ไม่ได้ รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มี อารมณ์เศร้า

สมมติฐานการวิจัย

1. มารดาที่ได้รับ โปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยอารมณ์เศร้าหลังคลอดหลังทดลองน้อยกว่า ก่อนทดลอง
2. กลุ่มมารดาที่ได้รับ โปรแกรมมีสัดส่วนของผู้มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่ม มารดาที่ไม่ได้รับ โปรแกรม
3. มารดาหลังคลอดที่ได้รับ โปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยอารมณ์เศร้าหลังคลอดหลังทดลอง น้อยกว่ามารดาที่ไม่ได้รับ โปรแกรม

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนของครอบครัว ต่ออารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอดพักฟื้นที่หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระ นางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2560

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. มารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด หมายถึง มารดาหลังคลอดเองทางช่องคลอด มีบุตร สุขภาพแข็งแรง พักฟื้นหลังคลอดในหอผู้ป่วยสูติเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี ได้รับการคัดกรองหาอารมณ์เศร้าหลังคลอดใน ระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังคลอด โดยใช้แบบสอบถามอารมณ์เศร้าของ Kennerley and Gath (1989) (Kennerley's Blues Questionnaire) แล้วได้คะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป

2. ครอบครัวของมารดาหลังคลอด หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่มารดาหลังคลอด ระบุว่าเป็นผู้มีบทบาทมากที่สุดในการดูแลมารดาทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน จำนวน 1 คน

3. โปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนของครอบครัว หมายถึง ชุดกิจกรรม การพยาบาลที่ผู้วิจัยจัดให้แก่มารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดและครอบครัวเป็นรายครอบครัวก่อน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้และแจกคู่มือแนวทางการดูแลมารดา หลังคลอดที่มีอารมณ์เศร้า 2) ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลมารดาหลังคลอด ทั้งขณะอยู่ที่โรงพยาบาลและที่บ้าน และ 3) โทรศัพท์ติดตามปัญหาและอุปสรรคของครอบครัวใน การดูแลมารดาที่บ้าน และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับการ ดูแลตนเองแก่มารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดเป็นรายบุคคล (Beck & Driscoll, 2006) และการให้ ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าแก่มารดาหลังคลอดปกติเป็นรายกลุ่ม (Heh et al., 2009) ก่อนจำนำ ยออกจากโรงพยาบาล ทำให้ลดอารมณ์เศร้า และป้องกันภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดได้

การได้รับแหล่งช่วยเหลือจากครอบครัวของมารดา ประยุกต์จากแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งประคับประคองจิตใจของบุคคลให้เผชิญ ความเครียดในชีวิต การสนับสนุนทางสังคมแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านวัตถุ และด้าน ข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ทำโดยการให้ความรัก เข้าใจ เอาใจใส่ และประคับประคองทางด้าน อารมณ์ ด้านวัตถุทำโดยให้ความช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ การเงิน หรือแรงงานแบ่งเบา ภาระหน้าที่ของมารดา ด้านข้อมูลข่าวสารทำโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม การสนับสนุนจากสังคม โดยเฉพาะจากครอบครัวช่วยให้มารดาหลังคลอดมีความสามารถในการ เผชิญความเครียดกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ลดอารมณ์เศร้าและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (คลาใจ จงพานิช และคณะ, 2557; McCaskill, 2012)

การให้ความรู้แก่ครอบครัวช่วยลดอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอดได้ ทำให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพจิตใจของมารดาหลังคลอดทำให้ครอบครัวตระหนักว่ามารดามีปัญหาด้านสุขภาพ และหากครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดทำให้ครอบครัวสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอดได้ (กมลวรรณ ถิ่นะธรรม, 2556) ดังนั้นการผนวกการให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอดร่วมกับการช่วยเหลือดูแลจากการสนับสนุนของครอบครัวน่าจะให้ผลดีกว่าการให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอดฝ่ายเดียว โดย กมลวรรณ ถิ่นะธรรม (2556) พบว่า มารดาที่ได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความเครียดน้อยกว่ามารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งหัวข้อในการให้ความรู้ใช้กรอบแนวคิดของ Beck และ Driscoll (2006) คือให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด 6 ด้าน คือ

- 1) ความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจหลังคลอด
- 2) การรับประทานอาหาร
- 3) การพักผ่อน
- 4) การทำกิจกรรม
- 5) การออกกำลังกาย และ
- 6) การดูแลด้านจิตใจ

ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลมารดาหลังคลอด ให้มารดาและครอบครัวตระหนักและเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด เพื่อให้มารดาหลังคลอดสามารถดูแลตนเองและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดด้านการรับประทาน อาหาร การพักผ่อน การทำกิจกรรม การออกกำลังกาย และการดูแลด้านจิตใจ เพื่อลดอารมณ์เศร้าหลังคลอด ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่อาจเกิดตามมาได้ แผนภาพกรอบแนวคิดเป็นดังภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนของครอบครัว

1. ให้ความรู้และแจกคู่มือแก่มารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดและครอบครัว ครอบคลุมเนื้อหาการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจหลังคลอด อารมณ์เศร้าหลังคลอดและผลกระทบ และการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด
2. ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน โดยดูแลเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การทำกิจกรรม การออกกำลังกาย และการดูแลด้านจิตใจ
3. โทรศัพท์ติดตามปัญหาและอุปสรรคของครอบครัวในการดูแลมารดาที่บ้าน และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน



อารมณ์เศร้า
ในมารดาหลังคลอด

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนของครอบครัวต่ออารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอดนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด
2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด
3. การประเมินอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด
4. แนวทางการลดอารมณ์เศร้าหลังคลอด

แนวคิดเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด

1. อารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด

อารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันหลังคลอด เป็นภาวะที่พบได้บ่อยที่สุด คือ พบร้อยละ 50-85 หรือ 2 ใน 3 ของมารดาหลังคลอด (Kariman, et al., 2016) ซึ่งมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดจะมีอารมณ์แปรปรวนง่าย หงุดหงิด วิตกกังวล อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของบุตร อาการเหล่านี้เกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่เชื่อว่าสาเหตุหลักน่าจะเกิดจากการลดลงของระดับฮอร์โมน Estrogen และ Progesterone ทันทีหลังคลอดบุตร (Doombos et al., 2008) โดยทั่วไปมักพบในช่วง 24-72 ชั่วโมงหลังคลอด (Mokhtaryan et al., 2016) และหายภายใน 10 วันหลังคลอด

อุบัติการณ์การเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอดแต่ละประเทศแตกต่างกัน ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย เยอรมนี ฮองกง มีอุบัติการณ์การเกิดอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอดค่อนข้างสูง พบตั้งแต่ร้อยละ 40 ถึงร้อยละ 65 (Beck & Driscoll, 2006; Mokhtaryan et al., 2016; Reck, et al., 2009) ในประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น อิหร่าน ในจอร์เจีย มีอุบัติการณ์การเกิดอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอดน้อยกว่า คือ พบตั้งแต่ร้อยละ 22.3 ถึงร้อยละ 31.3 (Gonidakis et al., 2008; Mokhtaryan et al., 2016) อุตสาหกรรมที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับความแตกต่างทางวัฒนธรรม สังคม การดำเนินชีวิตของประชาชนในแต่ละประเทศ ความตระหนักและการคัดกรองหาอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด

นอกจากนั้นอุบัติการณ์การเกิดอารมณ์เศร่ายังแตกต่างกันในแต่ละระยะหลังคลอดด้วย อารมณ์เศร้าหลังคลอดจะสูงในระยะแรกและลดลงตามระยะเวลาที่ผ่านไป โดยอุบัติการณ์ของการ

เกิดอารมณ์เศร้าในช่วงระยะหลังคลอดทันที, วันที่ 2, วันที่ 3-4, และ วันที่ 5-6 หลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 80, 62, 25 และ 13 ตามลำดับ (Reck et al., 2009) แม้ว่าภาวะดังกล่าวจะเกิดได้บ่อย แต่มารดามักไม่ค่อยได้รับการวินิจฉัย จึงไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ทำให้ร้อยละ 20 ของมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum depression) ในช่วงปีแรกหลังคลอดได้ (Mokhtaryan et al., 2016; Reck et al., 2009)

2. ผลกระทบของอารมณ์เศร้าหลังคลอด

อารมณ์เศร้าหลังคลอดมีผลกระทบต่อทั้งมารดา ครอบครัวและบุตร ผลกระทบของอารมณ์เศร้าหลังคลอดต่อมารดา คือ มารดามีอาการนอนไม่หลับ หงุดหงิด โมโห ขาดความสนใจในตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความสนใจในตนเองและคนรอบข้าง ทำให้เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร และยังส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับคู่สมรส ทำให้ชีวิตสมรสไม่ราบรื่นไม่เป็นที่พึงพอใจของสามี คุณภาพชีวิตต่ำลง (ชจารัตน์ ปรีชล, 2559; Letoumeau et al., 2011) ส่วนผลกระทบของอารมณ์เศร้าหลังคลอดต่อบุตร คือ มารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดจะมีปฏิสัมพันธ์โดยการสัมผัสหรือสร้างสัมพันธภาพกับบุตรน้อยกว่ามารดาที่ไม่มีอารมณ์เศร้า หลังคลอด ซึ่งปฏิสัมพันธ์นี้ส่งผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกตลอดจนการเลี้ยงดูบุตรต่อไป ดังนั้นมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดจะไม่สามารถแสดงความรักและความผูกพันที่มีต่อบุตรได้ อาจมีผลระยะสั้นคือทำให้บุตรมีพัฒนาการทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมในช่วงขวบปีแรกล่าช้าหรือผิดปกติ และอาจมีผลระยะยาวต่อพัฒนาการด้านความคิดและอารมณ์ของเด็กได้ (ชญาพัฒน์ ธรรมภาสุวรรณ์, 2555; Lonstein, 2007)

อารมณ์เศร้าหลังคลอดไม่ได้เป็นความผิดปกติ จึงมักไม่ค่อยได้รับการวินิจฉัยและดูแลอย่างเหมาะสม ทำให้มารดามีอารมณ์เศร้าหลังคลอดเรื้อรังและรุนแรงขึ้นกลายเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Postpartum depression) ซึ่งภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ทำให้มารดามีอารมณ์เศร้าวิตกกังวล สิ้นหวัง นอนไม่หลับ หงุดหงิด โมโห ขาดความสนใจในตนเองและสิ่งแวดล้อม ทำให้มีผลกระทบต่อมารดา ครอบครัวและทารก ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม (ชจารัตน์ ปรีชล, 2559; Zadeh et al., 2012) ดังนั้นการคัดกรองหามารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดตั้งแต่มารดาหลังคลอดยังพักฟื้นอยู่ในโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะทำให้มารดาเหล่านี้ได้รับการดูแลช่วยเหลือให้ลดอารมณ์เศร้าหลังคลอด ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และทำให้สามารถปรับตัวสู่บทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด

สาเหตุของอารมณ์เศร้าหลังคลอด ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่อาจเกิดจากปัจจัยทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

1. ปัจจัยทางร่างกาย (Biological factors)

ระยะหลังคลอด เป็นช่วงเวลาที่ร่างกายของมารดาหลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงด้าน กายวิภาคเพื่อกลับคืนสู่สภาพปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ โดยมีการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมน คือ หลังคลอดมีการลดลงอย่างรวดเร็วของฮอร์โมน Estrogen, Progesterone และ Thyroid ในขณะที่มีการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมน Prolactin อาจทำให้สารชีวเคมีในสมอง มีความผิดปกติมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจหลังคลอดได้ โดยมีรายงานพบว่าระดับฮอร์โมน Progesterone มีระดับต่ำสุดในวันที่มีอาการของอารมณ์เศร้าสูงสุด และพบว่า มีซีรัม Allopregnanolone ระดับต่ำในมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Beck & Driscoll, 2006; Doornbos et al., 2008; Pillitteri, 2010) นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากการคลอด เช่น การเหนี่ยวลำจากการเจ็บครรภ์ การเบ่งคลอด การเสียเลือด เสียน้ำและอิเล็กโตรลัยท์จากการคลอด การอดนอนในระยะเจ็บครรภ์คลอด การอดนอนในระยะเจ็บครรภ์ และการอดนอนในระยะหลังคลอดจากการเลี้ยงดูบุตร อาจเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอดได้ (Boudou, Teissedre, Walburg & Chabrol, 2007; Razurel, Bruchon-Schweitzer, Dupanloup, Irion, & Epiney, 2009)

2. ปัจจัยทางจิตใจ (Psychological factors)

อารมณ์เศร้าหลังคลอดนั้น อาจมีสาเหตุจากความเครียดและกังวลในระยะตั้งครรภ์ คลอด หรือหลังคลอด ความเครียดและกังวลที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ อาจเกิดจากการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน เผชิญกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทำให้เกิดความเครียดขณะตั้งครรภ์หรือมีอาการเศร้าเกิดขึ้นในเดือนสุดท้ายก่อนการคลอด ความเครียดและกังวลที่เกิดขึ้นในระยะคลอด อาจเกิดจากการมีประสบการณ์การคลอดไม่ดี เช่น ระยะคลอดยาวนานมากกว่า 12 ชั่วโมง เจ็บครรภ์คลอดอย่างรุนแรง เกิดภาวะแทรกซ้อน ต้องคลอดด้วยการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง บุตรเจ็บป่วยหรือพิการจากการคลอด ความเครียดและกังวลที่เกิดขึ้นในระยะหลังคลอด อาจเกิดจากความกังวลเกี่ยวกับรูปร่างของตนเองที่ยังไม่คืนสภาพ การไม่ได้รับความเห็นใจเอาใจใส่ใกล้ชิดจากสามีและบุคคลในครอบครัว กังวลเกี่ยวกับสุขภาพบุตรและการเลี้ยงดูบุตร ความรู้สึกเหล่านี้อาจทำให้มารดาเกิดความทุกข์ใจ มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด ส่งผลให้ปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้ยากลำบาก อารมณ์เศร้าหลังคลอดอาจกลายเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และอาจเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอดเมื่อคลอดบุตรครั้งต่อไปได้ (Gonidakis et al., 2007; Hung, 2006; Razurel et al., 2009)

3. ปัจจัยทางสังคม (Social factors)

มารดาหลังคลอดที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) อาจทำให้เกิดอารมณ์เศร้าหรือภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ หากครอบครัวมารดาหลังคลอดมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี มารดาไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ วัตถุประสงค์ของ และข้อมูลข่าวสารจากครอบครัว อาจทำให้เกิดอารมณ์เศร้าหรือภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (McCaskill, 2012) ตัวอย่างของการขาดแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ วัตถุประสงค์ของ และการให้ความช่วยเหลือ ข้อมูลข่าวสาร ที่อาจทำให้เกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด ได้แก่

3.1 การขาดแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น การไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสามี สามีไม่กลับบ้านทันทีหลังเลิกงาน สามีหรือครอบครัวของสามีไม่ยอมรับบุตร การมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันในครอบครัวเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร (Razurel et al., 2009)

3.2 การขาดแรงสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของและการให้ความช่วยเหลือ เช่น มารดาไม่ได้รับประทานอาหารอย่างเพียงพอ ไม่มีคนช่วยดูแลบุตร ไม่มีคนช่วยทำงานบ้าน เป็นต้น (Afzal & Khalid, 2014)

3.3 การขาดแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอดและการดูแลทารก โดยเฉพาะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่มีบุตรคนแรก หรือข้อมูลที่ได้รับขัดแย้งกับสิ่งที่มารดาเคยรับรู้มาก่อน ซึ่งทำให้เกิดความเครียด อารมณ์เศร้าหลังคลอดรุนแรง (Hildingsson & Sandin-Bojo, 2011; Razurel, et al., 2009)

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่อาจทำให้เกิดอารมณ์เศร้าหรือภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เช่น มารดาที่เลี้ยงดูบุตรตามลำพัง การถูกแยกจากบุตร การที่บุตรได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น ความยากจน ความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายของตนเองและบุตร การต้องทำงานนอกบ้านในขณะที่ต้องทำหน้าที่เป็นแม่บ้านด้วย ความรู้สึกขัดแย้งระหว่างความเชื่อ หรือวัฒนธรรมกับแนวปฏิบัติการดูแลตนเองในระยะหลังคลอดกับที่มสุขภาพหรือกับบุคคลใกล้ชิด เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับข้อห้ามในการรับประทานอาหารบางชนิดในระยะหลังคลอด การมีประสบการณ์การสูญเสียก่อนคลอด (เช่น การเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิด การสูญเสียหน้าที่การทำงาน) สภาพการณ์เหล่านี้ อาจทำให้เกิดความเครียดในระยะหลังคลอด อันจะนำไปสู่การเกิดอารมณ์เศร้าได้ (Hung, 2006)

หากมารดามีความรู้เกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหลังคลอด และมีการตอบสนองความต้องการของตนเองที่เหมาะสม อาจช่วยส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดดูแลตนเองได้ดีขึ้น และหากมารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากบุคคลใกล้ชิดภายในครอบครัว เช่น สามี พ่อแม่ หรือพี่น้องเกี่ยวกับการช่วยเหลือดูแลมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน จะทำให้ลดอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอดได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของ โปรแกรม

การให้ความรู้และการสนับสนุนของครอบครัวต่ออารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด เพื่อให้มารดาและครอบครัวได้ตระหนักและมีความรู้เกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหลังคลอด ทำให้มารดาและครอบครัวร่วมกันดูแลซึ่งกันและกัน ช่วยลดอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอดได้

การประเมินอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด

มีแบบประเมินอารมณ์เศร้าในหญิงหลังคลอดที่น่าสนใจ 2 แบบประเมิน คือ

1. แบบวัดอารมณ์เศร้าหลังคลอดของ Stein (Stein's maternity blues scale)

แบบวัดอารมณ์เศร้าหลังคลอดของ Stein (1980) เป็นการให้มารดาตอบแบบสอบถาม 13 ข้อ ถามเกี่ยวกับความรู้สึกหรืออาการ 13 อย่าง ได้แก่ ความรู้สึกหดหู ่อยากร้องไห้ วิตกกังวล เครียด กระวนกระวาย เหนื่อยล้า ผื่น อยากรอาหาร ปวดหัว หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ หลงลืม และสับสน แบบสอบถาม 8 ข้อแรกมีตัวเลือก 2 ถึง 4 ข้อ ให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 2, 3, หรือ 4 คะแนน ส่วนแบบสอบถาม 5 ข้อหลังเป็นแบบสอบถามให้ตอบว่า “มี” หรือ “ไม่มี” ความรู้สึกหรืออาการต่าง ๆ ถ้าตอบว่า “มี” ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบว่า “ไม่มี” ให้ 0 คะแนน แบบสอบถามมีคะแนนรวม 26 คะแนน คะแนนที่จะบ่งบอกว่ามารดาหลังคลอดมีอารมณ์เศร้าได้จากค่าเฉลี่ยของคะแนน 7 วันแรกหลังคลอด แบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่น 0.75 (Adewuya, 2005) แต่เนื่องจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีนโยบายจำหน่ายมารดาหลังคลอดปกติ ให้กลับบ้านได้ภายใน 2-3 วันหลังคลอด แบบสอบถามนี้จึงไม่เหมาะสมในการใช้ประเมินอารมณ์เศร้าหลังคลอดในการศึกษานี้ได้

2. แบบสอบถามอารมณ์เศร้าหลังคลอดของ Kennerley (Kennerley's blues

Questionnaire)

แบบสอบถามอารมณ์เศร้าหลังคลอดของ Kennerley (Kennerley & Gath, 1989) มีข้อคำถาม 28 ข้อ ถามความรู้สึกของหญิงหลังคลอดในวันนั้น ๆ 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 ได้ค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไปจาก 28 คะแนน (Kennerley & Gath, 1989) ส่วนที่ 2 ให้ตอบว่า “ไม่มีอาการ” (0 คะแนน) หากมีอาการ ให้บอกระดับของอาการที่มีจาก “มีน้อยกว่าปกติมาก” (1 คะแนน) ถึง “มีมากกว่าปกติมาก” (5 คะแนน) มีช่วงคะแนนรวมตั้งแต่ 0-140 คะแนน คะแนนสูง หมายถึงมีอารมณ์เศร้าสูง Phuangprasonka (2016) ได้แปลแบบสอบถามอารมณ์เศร้าหลังคลอดของ Kennerley โดยใช้เทคนิคการแปลย้อนกลับ (ack translation) ของ Yu, Lee and Woo (2004) คือ ขั้นตอนแรก ให้อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวชที่เชี่ยวชาญ 2 ภาษาคนแรกแปลจากอังกฤษเป็นไทย

ขั้นตอนที่ 2 ให้อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวชผู้เชี่ยวชาญภาษาไทยตรวจสอบไวยากรณ์ฉบับแปลภาษาไทย ขั้นตอนที่ 3 ให้อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวชที่เชี่ยวชาญ 2 ภาษาคนที่สองแปลแบบสอบถามจากไทยเป็นอังกฤษ ขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยเปรียบเทียบความตรงกันของเนื้อหาฉบับภาษาอังกฤษ 2 ฉบับ (ต้นฉบับ และฉบับแปลย้อนกลับ) พบว่ามีความสอดคล้องกันของเนื้อหาภาษาอังกฤษทั้ง 2 ฉบับ แบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่น 0.90

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามอารมณ์เศร้าหลังคลอดของ Kennerley and Gath (1989) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ตรงไปตรงมา เข้าใจง่าย สะดวกในการตอบ และสามารถใช้ประเมินในแต่ละวันหลังคลอดได้ จึงเหมาะที่จะนำมาใช้คัดกรองหา มารดาหลังคลอดที่มีอารมณ์เศร้าในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังคลอด เพื่อเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ปรับเนื้อหาในบางข้อเล็กน้อย ให้เข้าใจง่ายขึ้น แต่ยังคงความหมายของเนื้อหาต้นฉบับที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับการสร้างเครื่องมือนี้ (Kennerley & Gath, 1986; Kennerley & Gath, 1989)

แนวทางการลดอารมณ์เศร้าหลังคลอด

การให้ความรู้ การปรึกษา คำแนะนำ และการสนับสนุนจากครอบครัว ช่วยลดอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้ (ดลใจ จงพานิช และคณะ, 2557; นรานุช สันธิการย์, 2556; Heh et al., 2008)

1. การให้ความรู้ การปรึกษา คำแนะนำ

การให้ความรู้ การปรึกษา คำแนะนำมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหรือภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและผลกระทบ และการดูแลตนเอง ช่วยลดอารมณ์เศร้าหรือภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งการให้ความรู้ การปรึกษา หรือคำแนะนำอาจให้เป็นรายบุคคลหรือเป็นรายกลุ่ม สำหรับการให้ความรู้ การปรึกษา หรือคำแนะนำเป็นรายบุคคลนั้น Beck and Discoll (2006) ให้คำปรึกษาและคำแนะนำรายบุคคลทางโทรศัพท์แก่ มารดามีอารมณ์เศร้าหลังคลอดหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล กลับไปอยู่บ้าน เปิดโอกาสให้มารดาระบายความรู้สึก ความกังวล กลัว อ่อนล้า การร้องไห้ เบื่ออาหาร หรือนอนไม่หลับ ได้ตลอด 24 ชั่วโมง จากนั้นนำข้อมูลมาวางแผนให้การดูแลและติดตามประเมินผลและให้ความช่วยเหลือทางโทรศัพท์เป็นระยะ พบว่ามารดามีอารมณ์เศร้าหลังคลอดลดลง สามารถแสดงบทบาทความเป็นมารดา และมีความมั่นใจในการเลี้ยงดูบุตรมากขึ้น สำหรับการให้ความรู้ การปรึกษา หรือคำแนะนำเป็นรายกลุ่ม Heh et al. (2009) ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าแก่ มารดาหลังคลอดปกติที่มีสภาพอารมณ์ปกติก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าคลอดได้

นอกจากการให้ความรู้แก่ มารดาหลังคลอด ช่วยลดอารมณ์เศร้าหรือภาวะซึมเศร้าหลังคลอดแล้ว การให้ความรู้แก่ครอบครัวร่วมด้วยยิ่งส่งผลดีต่อมารดาหลังคลอด การให้ความรู้แก่

ครอบครัวและ/หรือมารดาหลังคลอดเป็นสิ่งจำเป็น เพราะหากหญิงหลังคลอดและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องจะช่วยลดปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าหลังคลอดได้ เนื่องจากการดามีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนหลังคลอดอย่างรวดเร็วแล้ว ยังต้องปรับเปลี่ยนบทบาทและหน้าที่ในการดูแลบุตร ทำให้พักผ่อนน้อย อ่อนล้า เป็นเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ง่าย หากสามีและครอบครัวช่วยดูแลทารก หรือแบ่งเบางานบ้าน จะช่วยให้มารดาหลังคลอดพักผ่อนเต็มที่ ทำให้สภาพจิตใจเข้มแข็ง มีสุขภาพจิตดี (Chabrol, Coroner, Rusibane, & Sejourne, 2007) จินดารัตน์ สิริรัตนปทุม (2550) พบว่า การให้ความรู้แก่สามีเกี่ยวกับการสนับสนุนช่วยเหลือมารดาหลังคลอด ทำให้มารดามีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น กมลวรรณ ลีนะธรรม (2556) พบว่ามารดาที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความเครียดน้อยกว่ามารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติและ กุลธิดา หัตถกิจพานิษกุล และคณะ (2555) พบว่า มารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมการสอนร่วมกับสามี มีการปรับตัวค้ำบทบาทการเป็นมารดาได้ดีกว่ามารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2. การสนับสนุนดูแลจากครอบครัว

ครอบครัวมีความสำคัญต่อสมาชิกในครอบครัวและมีความสำคัญต่อการปรับตัวของมารดาหลังคลอด โดยแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีของมารดาหลังคลอด มาจากบุคคลใกล้ชิดภายในครอบครัว อาจเป็นสามี บิดาและมารดาของตนเอง บิดามารดาของสามี พี่น้อง ซึ่งการสนับสนุนของสามีและครอบครัว ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจและมีความสามารถในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ป้องกันและบรรเทาผลกระทบจากความเครียด อารมณ์เศร้าได้ (Pillitteri, 2010) การที่ครอบครัวแสดงความใกล้ชิด มีความรู้สึกที่ดี รักใคร่ผูกพัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้ความช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของหรือแรงงาน และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอด จะทำให้มารดาหลังคลอดรู้สึกว่ามีบุคคลใกล้ชิดคอยให้ความรัก เอาใจใส่ ดูแลช่วยเหลือ และให้คำแนะนำ ช่วยให้มารดาหลังคลอดสามารถเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวลลดอารมณ์เศร้าหลังคลอด ทำให้มีสุขภาพจิตดี ปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้ (กมลวรรณ ลีนะธรรม, 2556) ช่วยให้มารดามีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุตรมากยิ่งขึ้น (ทองภาพ นาร่อง, 2556) ส่วนมารดาที่ครอบครัวมีสัมพันธภาพไม่ดี ไม่ได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง ไม่มีสามีคอยช่วยดูแลหลังคลอด ไม่มีเงินเพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ต้องออกจากงานที่เคยทำ ไม่มีรายได้ จะทำให้มีความเครียดสะสม เป็นสาเหตุให้เกิดอารมณ์เศร้าหรือภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Cheng & Pickler, 2009; McCaskill, 2012)

2.1 ประเภทของการสนับสนุนดูแลจากครอบครัว

การช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมแบ่งเป็น 3 ด้าน (Schaefer et al., 1981) คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ ทางวัตถุ และทางข้อมูลข่าวสาร

2.1.1 การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) มารดาหลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อาจทำให้มารดาเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ อาจมีความรู้สึกท้อแท้ เศร้า โศก เสียใจ เบื่อหน่าย กลัว กังวล เกี่ยวกับสุขภาพและการเลี้ยงดูบุตร ดังนั้นมารดาหลังคลอดควรได้รับความรัก ความเข้าใจ การเอาใจใส่ ปรึกษาปรึกษาปรึกษาด้านอารมณ์ ด้วยการรับฟังความรู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ ความกลัว หรือความวิตกกังวล เพื่อให้มารดาารู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีกำลังใจในการแสดงบทบาทมารดาที่เหมาะสม (Ghodrati et al., 2016)

2.1.2 การสนับสนุนทางวัตถุ (Tangible support) มารดาหลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจและต้องมีบทบาทเพิ่มขึ้น คือ บทบาทการเป็นมารดา ทำให้มารดาอาจไม่สามารถแสดงบทบาทหลาย ๆ อย่างได้สมบูรณ์ เช่น บทบาทการดูแลสมาชิกในครอบครัว การหารายได้เลี้ยงครอบครัว ดังนั้นมารดาจึงต้องการความช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ การเงิน หรือแรงงาน เพื่อแบ่งเบาภาระหน้าที่ที่มารดาไม่สามารถทำได้ (Afzal & Khalid, 2014)

2.1.3 การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร (Informational support) มารดาหลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และการที่มารดาต้องเลี้ยงดูบุตร มารดาจึงควรมีการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดผลดีทั้งต่อมารดาและบุตร ดังนั้นการที่ครอบครัวคอย ประเมิน คอยให้ข้อมูลแก่มารดาหลังคลอดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม จะส่งเสริมให้มารดาสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น และการที่ครอบครัวให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำที่เหมาะสมแก่มารดา ช่วยให้มารดาหลังคลอดมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง ลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ลดความคิดที่จะทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายได้ (Mustaffa, Marappan, Abu, Khan, & Ahnad, 2014)

ผู้วิจัยเห็นว่า การจัดโปรแกรมการให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอดเพื่อลดอารมณ์เศร้ายังมีการศึกษาน้อย อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาที่ให้ครอบครัวสนับสนุนดูแลช่วยเหลือมารดาหลังคลอดที่มีอารมณ์เศร้า ผู้วิจัยจึงมีความสนใจสร้างโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีอารมณ์เศร้า เพื่อลดอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด

2.2 การสนับสนุนดูแลของครอบครัวในโปรแกรมของการศึกษานี้

สำหรับ โปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดของ Beck and Driscoll (2006) มาเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่ทั้งมารดาหลังคลอดและครอบครัวที่มีเนื้อหา 6 ด้าน ดังต่อไปนี้

2.2.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจหลังคลอด มารดาหลังคลอดและครอบครัวควรเข้าใจสาเหตุของการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด ที่อาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เช่น การที่ระดับฮอร์โมนเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันหลังคลอด ความเหนื่อยล้า การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ เช่น มารดาหลังคลอดกลัวว่าหลังคลอดรูปร่างของตนเองจะไม่กลับสู่สภาพปกติเหมือนก่อนการตั้งครรภ์ การไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์กับสามีได้ในระยะพักฟื้นทำให้กลัวสามีจะนอกใจ กังวลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร อาจมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ หรือปัญหาชีวิตอื่น ๆ ซึ่งอารมณ์เศร้าหลังคลอดที่เกิดขึ้นอาจทำให้มารดานอนไม่หลับ รู้สึกเบื่อหน่าย การที่มารดาและครอบครัวเข้าใจและตระหนักถึงปัญหาและความต้องการของมารดาหลังคลอด จะทำให้ครอบครัวสามารถดูแลมารดาหลังคลอดที่มีอารมณ์เศร้าได้อย่างเหมาะสม

2.2.2 การรับประทานอาหาร มารดาหลังคลอดควรได้รับอาหารที่มีประโยชน์และดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอทุกวัน ในรายที่มารดาเลี้ยงดูบุตรด้วยนมตนเอง มีความต้องการสารอาหารมากกว่าในระยะตั้งครรภ์ เพื่อแปรเปลี่ยนสารอาหารให้เป็นนมแก่ทารกแรกเกิด และเพื่อให้ร่างกายฟื้นตัวได้เร็วและช่วยในการหายของแผลภายหลังคลอด อาหารที่มารดาหลังคลอดควรรับประทาน คือ อาหารที่มีประโยชน์ สุก สะอาด ประเภท เนื้อ นม ไข่ ผัก ผลไม้ โดยมารดาหลังคลอดควรได้รับพลังงานเพิ่มขึ้นอีกวันละประมาณ 300 แคลอรี และดื่มน้ำอย่างน้อย 8-10 แก้วต่อวัน (ชวรัตน์ ปรیشล, 2559) หากมารดามีอาการเบื่ออาหาร ควรรับประทานอาหารครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ และควรรับประทานยาบำรุงที่ได้รับจากโรงพยาบาล (Beck & Driscoll, 2006)

2.2.3 การพักผ่อน มารดาหลังคลอดควรได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ได้นอนหลับลึกหรือหลับสนิทอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง เพื่อฟื้นฟูการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย อีกทั้งมารดาควรได้จับหลับในช่วงกลางวัน เพราะการได้จับหลับเพียง 15-30 นาทีก็ทำให้มารดาหลังคลอดรู้สึกสดชื่นได้ (Scott, 2014) โดยอาจหาเวลานอนพักในช่วงที่ทารกหลับ สมาชิกในครอบครัวควรแบ่งเบาภาระในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของมารดาหลังคลอด เช่น การทำงานบ้าน การดูแลทารก และป้อนนมทารกในเวลากลางคืน จะช่วยทำให้มารดาได้พักผ่อนในตอนกลางคืนอย่างเต็มที่ นอกจากนี้หากมารดาชอบทำสมาธิ ควรได้ทำสมาธิ เพื่อผ่อนคลายอารมณ์เศร้าหลังคลอด

2.2.4 การทำกิจกรรม ครอบครัวควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มารดาหลังคลอดได้มีโอกาสปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่มารดาชื่นชอบ เช่น การฟังเพลงหรือเล่นดนตรี การอ่านหนังสือหรือนิตยสารต่าง ๆ การทำสวน หรือการทำกิจกรรมสันทนาการ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะทำให้มารดามีความสุข ช่วยลดอารมณ์เศร้าหลังคลอด

2.2.5 การออกกำลังกาย ครอบครัวยุคใหม่ให้ความสำคัญกับการออกกำลังกาย เนื่องจากสาร Endorphin ที่หลั่งหลังจากการออกกำลังกาย จะทำให้ร่างกายรู้สึกสดชื่นกระปรี้กระเปร่า ดังนั้น ครอบครัวยุคใหม่ให้ความสำคัญกับการออกกำลังกาย หากมารดาชอบทำโยคะ ครอบครัวยุคใหม่ให้ความสำคัญกับการทำโยคะในท่าที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย หรือครอบครัวยุคใหม่ให้ความสำคัญกับการเดินเล่นรับแสงแดดยามเช้า จะช่วยลดอารมณ์ซึมเศร้าได้ ซึ่งในประการหลังนี้นอกจากมารดาได้ออกกำลังกายแล้ว ยังเป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างมารดาและทารก

2.2.6 การดูแลด้านจิตใจ ครอบครัวยุคใหม่ให้ความสำคัญกับการดูแลด้านจิตใจของมารดาได้ โดยครอบครัวแสดงออกถึงความรักและห่วงใย ชมเชย ปลอบโยน ให้กำลังใจ อยู่เป็นเพื่อน ให้มารดามีโอกาสได้ระบายความรู้สึกหรือความวิตกกังวล แล้วครอบครัวรับฟังอย่างตั้งใจ ตลอดจนครอบครัวส่งเสริมให้มารดาได้กระทำกิจกรรมทางศาสนาที่เหมาะสมตามความต้องการ

การที่มารดาหลังคลอดและครอบครัวเข้าใจสาเหตุของการเกิดอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอดและการดูแลมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดนั้น จะทำให้มารดาและครอบครัวร่วมกันดูแลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ การพักผ่อน การทำกิจกรรม การออกกำลังกาย และการดูแลด้านจิตใจของมารดาหลังคลอด อันจะเป็นการช่วยลดอารมณ์เศร้าหลังคลอด และป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่อาจเกิดตามมาได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนของครอบครัวต่ออารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาคลอดเองทางช่องคลอด มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด พักพื้นที่หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาคลอดเองทางช่องคลอด มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดคือมีอารมณ์เศร้าหลังคลอดตั้งแต่ 7 คะแนนจากการใช้แบบสอบถามอารมณ์เศร้าของ Kennerley and Gath (1989) คัดกรองในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังคลอด พักพื้นที่หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ดังนี้

1. เกณฑ์ในการคัดเข้าร่วมศึกษา (Inclusion criteria) และคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1.1 เกณฑ์ในการคัดเข้าร่วมศึกษานี้ คือ

1.1.1 มีอายุมากกว่า 18 ปี

1.1.2 มีบุตรสุขภาพแข็งแรง

1.1.3 มีครอบครัวคอยดูแลขณะอยู่ที่โรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

1.1.4 สามารถสื่อสารภาษาไทยได้คล่องทั้งการพูด อ่าน เขียน

1.2 เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา คือ หลังการเข้าร่วมการวิจัยแล้ว มารดามีภาวะแทรกซ้อนอื่น มีอาการทางจิตชัดเจน หรือบุตรเจ็บป่วย

2. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งอยู่บนพื้นฐานแนวคิดทฤษฎี Central Limit Theorem ที่กล่าวว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มที่มีขนาดตั้งแต่ 30 รายขึ้นไป จะมีข้อมูลที่มีการแจกแจง

แบบปกติ ซึ่งเป็นข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Parametrics (Norman & Streiner, 2000; Polit & Beck, 2002) ดังนั้นในการศึกษารั้งนี้ จึงมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย

3. การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าร่วมวิจัยแบบสะดวก (convenience sampling) โดยผู้วิจัยติดต่อมารดาหลังคลอดในหอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ยกเว้นเงื่อนไขสภาพอารมณ์หลังคลอด เพื่อขอความร่วมมือในการคัดกรองอารมณ์เศร้าหลังคลอด โดยให้มารดาตอบแบบสอบถามอารมณ์เศร้าหลังคลอดของ Kennerley and Gath (1989) หากคัดกรองแล้วพบว่ามารดาหลังคลอดมีอารมณ์เศร้า คือ มีคะแนนอารมณ์เศร้าตั้งแต่ 7 คะแนน จาก 28 คะแนน ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยและให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 30 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุม และ 30 รายหลังเป็นกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยกับกลุ่มควบคุมก่อน จึงดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้พบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ซึ่งอาจมีการถ่ายทอดข้อมูลจากกลุ่มทดลองไปสู่กลุ่มควบคุม (Contamination) ทำให้ผลการวิจัยที่ได้ไม่เป็นที่น่าเชื่อถือ

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือทดลอง และเครื่องมือรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือทดลอง

เครื่องมือทดลอง คือ โปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งเป็นชุดกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย

1.1 ผู้วิจัยให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอดและครอบครัว 1 ครั้งเป็นรายครอบครัวก่อนมารดาจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เปิดโอกาสให้มารดาและครอบครัวอภิปรายซักถาม ผู้วิจัยสะท้อนความรู้ที่กลับ และแจกคู่มือแนวทางการดูแลมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดแก่มารดาและครอบครัว

1.2 คอยสังเกตและกำกับให้ครอบครัวดูแลช่วยเหลือมารดาหลังคลอดขณะอยู่โรงพยาบาล

1.3 นัดหมายกับครอบครัวเกี่ยวกับการติดตามทางโทรศัพท์ในวันที่ 4 หลังมารดาคลอด

1.4 ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามครอบครัวเกี่ยวกับมารดา ปัญหาและอุปสรรคของครอบครัวในการดูแลมารดาที่บ้าน ผู้วิจัยและครอบครัวหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน เปิดโอกาสให้ครอบครัวซักถาม ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติม

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอดและครอบครัว และแบบสอบถามอารมณ์เศร้าหลังคลอด

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอดและครอบครัว สร้างโดยผู้วิจัย

2.1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอด ถามมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร และความเพียงพอของรายได้

2.1.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว ถามครอบครัวเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และความเพียงพอของรายได้

2.2 แบบสอบถามอารมณ์เศร้าหลังคลอด ใช้แบบสอบถามอารมณ์เศร้าหลังคลอดของ Kennerley and Gath (1989) (Kennerley's Blues Questionnaire) ที่ผู้วิจัยปรับปรุงเนื้อหาการแปลย้อนกลับของ Phuangprasonka (2016) ในบางข้อเล็กน้อย โดยคงความหมายของเนื้อหาต้นฉบับที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับการสร้างแบบสอบถาม (Kennerley & Gath, 1986; Kennerley & Gath, 1989) แบบสอบถามนี้มีข้อคำถาม 28 ข้อ ถามมารดาหลังคลอดถึงอารมณ์ความรู้สึกในวันนั้น 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) และความเชื่อมั่นใจในตนเองลดลง (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) เป็นข้อคำถามมีความหมายด้านบวก 8 ข้อ (ข้อ 3, 5, 8, 12, 18, 19, 24, 28) ข้อคำถามมีความหมายด้านบวกให้คะแนนกลับกันกับ ข้อคำถามมีความหมายความด้านลบ แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน

2.2.1 ส่วนที่ 1 ใช้ในการคัดกรองผู้มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด ให้ตอบว่า “ไม่มีอาการ” (0 คะแนน) หรือ “มีอาการ” (1 คะแนน) 28 อาการ มีช่วงคะแนนรวมตั้งแต่ 0-28 คะแนน ถ้ามีคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไปถือว่ามามีอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Kennerley & Gath, 1989)

2.2.2 ส่วนที่ 2 เป็นส่วนขยายของส่วนที่ 1 ถามถึงความรุนแรงของอาการที่มี หากตอบว่า “ไม่มีอาการ” (0 คะแนน) ถ้ามีอาการให้บอกระดับของอาการที่มีจาก “มีน้อยกว่าปกติมาก”

(1 คะแนน) ถึง “มีมากกว่าปกติมาก” (5 คะแนน) ในส่วนที่ 2 มีช่วงคะแนนรวมทั้ง 0-140 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีอารมณ์เศร้าสูง รายละเอียดของแบบสอบถาม ดังแสดงในภาคผนวก ก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด

ผู้วิจัยเสนอรายละเอียดของโปรแกรม แผนการให้ความรู้ คู่มือการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีอารมณ์เศร้า แบบติดตามครอบครัวทางโทรศัพท์ แก่ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสูติศาสตร์จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมและสอดคล้องของโปรแกรมกับกรอบแนวคิด ตลอดจนความชัดเจนถูกต้องของภาษา แล้วผู้วิจัยปรับปรุงโปรแกรมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับ 1) กิจกรรม ควรระบุระยะเวลา สถานที่ ขั้นตอนของกิจกรรมในขณะที่ให้ความรู้ คือ สร้างสัมพันธภาพ ประเมินสภาพมารดาและครอบครัว ให้มารดาและครอบครัวได้พูดคุย ให้ความรู้ที่เหมาะสมกับมารดาและครอบครัวแต่ละราย เน้นสะท้อนความรู้ที่กลับแทนการใช้สื่อสไลด์ 2) เนื้อหาความรู้ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและเป็นรูปธรรม 3) คู่มือให้ระมัดระวังเรื่องการละเมิดสิทธิของการใช้ภาพ ใส่กระดาษเปล่าให้มารดาบันทึกหรือระบายความรู้สึก 4) แบบติดตามทางโทรศัพท์ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เน้นให้ครอบครัวระบาย บอกปัญหาหรือบอกข้อขัดข้องในการให้การดูแลมารดาหลังคลอดที่บ้าน

1.2 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามอารมณ์เศร้าหลังคลอด

เนื่องจากการศึกษานี้ใช้แบบสอบถามที่มีอยู่และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามอารมณ์เศร้าหลังคลอด

2. การหาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม

เนื่องจากการปรับเนื้อหาการแปลแบบสอบถามอารมณ์เศร้าหลังคลอดของ Phuangprasonka (2016) บางส่วน ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปใช้ผู้ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ยกเว้นเงื่อนไขสภาพอารมณ์หลังคลอด จำนวน 30 ราย ข้อมูลส่วนที่ 1 วิเคราะห์โดยใช้ KR-20 ได้ค่าที่ยอมรับได้คือ .84 ข้อมูลส่วนที่ 2 วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าที่ยอมรับได้คือ .85 (แบบสอบถามที่มีอยู่แล้วควรมีค่าความเที่ยงตั้งแต่ .80 เป็นต้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553))

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะกรรมการส่งเสริมการวิจัยโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ และ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกรมแพทย์ทหารเรือ เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยติดต่อมารดา หลังคลอดที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ยกเว้นเงื่อนไขสภาพอารมณ์หลังคลอด ผู้วิจัยชี้แจงมารดา หลังคลอดเกี่ยวกับรายละเอียดการวิจัย การนำเสนอผลงานวิจัยเป็นการนำเสนอในภาพรวม ข้อมูล จะถูกเก็บเป็นความลับมีเฉพาะผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเข้าถึงข้อมูลได้ ข้อมูลจะถูกทำลาย ภายหลังจากเผยแพร่ผลงานวิจัย มารดาหลังคลอดมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย หากเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยไม่มีผลต่อการดูแลรักษาพยาบาล หากมารดาหลังคลอดสมัครใจเข้าร่วมวิจัยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในกรณีขณะคัดกรองหรือขณะดำเนินการวิจัยพบว่ามารดาหลังคลอดมีอาการทางจิตชัดเจน (เช่น ไม่สามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และบุตร หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย) ผู้วิจัยส่งต่อมารดาแก่สูติแพทย์เจ้าของไข้และจิตแพทย์ให้ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที ป้องกันความเสี่ยงต่ออันตรายของสุขภาพมารดาหลังคลอด

การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็นขั้นเตรียมการและขั้นการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการ

เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของทุกสถาบันที่เกี่ยวข้อง และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์แล้ว ผู้วิจัยติดต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. ขั้นดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมก่อน จึงดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง วิธีการดำเนินการวิจัยในแต่ละกลุ่มแตกต่างกันดังในภาพ 2 ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม

ให้มารดาหลังคลอดกลุ่มควบคุมและครอบครัวทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มารดาหลังคลอดได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ ได้รับคำแนะนำก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เกี่ยวกับ การดูแลตนเองหลังคลอด การดูแลบุตร อาการผิดปกติของทั้งมารดาและบุตรที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลก่อนวันนัดหมาย และการนัดหมายให้มาตรวจแผลฝีเย็บหลังคลอด 1 สัปดาห์ เมื่อมาตรวจแผลฝีเย็บหลังคลอด 1 สัปดาห์ตามนัด ให้ตอบแบบสอบถามอารมณ์เศร้าหลังคลอด หากพบว่ามารดามีคะแนนอารมณ์เศร้าเท่าเดิม ผู้วิจัยให้ความรู้แก่มารดาและครอบครัวเกี่ยวกับ อารมณ์เศร้าหลังคลอดและการดูแลช่วยเหลือ หากพบว่ามารดามีคะแนนอารมณ์เศร้ามากขึ้น หรือมีอาการทางจิตชัดเจน ผู้วิจัยส่งต่อมารดาแก่สูติแพทย์เจ้าของไข้และจิตแพทย์ให้ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที

2.2 กลุ่มทดลอง

ให้มารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองและครอบครัวทำแบบสอบถามส่วนบุคคล มารดาหลังคลอดได้รับการพยาบาลปกติเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมารดาหลังคลอดและครอบครัวได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดเป็นรายครอบครัวจากผู้วิจัย คือ

2.2.1 ให้ความรู้และแจกคู่มือ ที่หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม เป็นระยะเวลาประมาณ 50 นาที โดยมีขั้นตอนคือ สร้างสัมพันธภาพ ประเมินสภาพมารดาหลังคลอดและครอบครัว ให้ความรู้ด้วยวิธีที่เหมาะสมแก่มารดาและครอบครัว (มีเนื้อหาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตใจหลังคลอด อารมณ์เศร้าหลังคลอดและผลกระทบ การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การทำกิจกรรม และการดูแลด้านจิตใจ บทบาทของมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด และบทบาทครอบครัวในการดูแลมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด) เปิดโอกาสให้มารดาและครอบครัวอภิปรายซักถาม สะท้อนความรู้สึกลับ

2.2.2 คอยสังเกตและกำกับให้ครอบครัวดูแลช่วยเหลือมารดาหลังคลอดขณะอยู่โรงพยาบาล เช่น ช่วยป้อนข้าว พาเดินไปห้องน้ำ หรือช่วยเหลือบุตรขณะที่มารดานอนหลับ

2.2.3 นัดหมายกับครอบครัวเกี่ยวกับการติดตามทางโทรศัพท์ในวันที่ 4 หลังมารดาคลอด

2.2.4 ในวันที่สี่หลังคลอด ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามครอบครัว ใช้เวลาประมาณ 10 นาที โดยสอบถามครอบครัวเกี่ยวกับมารดา ปัญหาและอุปสรรคของครอบครัวในการดูแลมารดาที่บ้าน ผู้วิจัยและครอบครัวหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน เปิดโอกาสให้ครอบครัวซักถาม แล้วผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติม

เมื่อมารดาตรวจแผลฝีเย็บหลังคลอด 1 สัปดาห์ตามนัด ให้มารดาทำแบบสอบถาม
อารมณ์เศร้าหลังคลอด หากพบว่ามารดาหลังคลอดมีคะแนนอารมณ์เศร้าเท่าเดิม มากขึ้น หรือมี
อาการทางจิตชัดเจน ผู้วิจัยส่งต่อมารดาแก่สูติแพทย์เจ้าของไข้และจิตแพทย์ให้ได้รับการรักษาอย่าง
เหมาะสมทันที

หลังเก็บรวบรวมข้อมูลทุกครั้ง ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไป
วิเคราะห์ข้อมูล



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการทดลองและการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ .05 โดยใช้สถิติดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลที่มีระดับการวัดของตัวแปรเป็นอัตรานามบัญญัติโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลมาตราส่วนโดยค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดย Fisher's exact, Chi-square, Mann-Whitney U และ Independent *t*-test
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอารมณ์เศร้าหลังคลอดก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลองโดย Paired *t*-test
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนผู้มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดย Chi-square test
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนอารมณ์เศร้าหลังคลอดก่อนและหลังทดลอง (Difference scores) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดย Independent *t*-test

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนของครอบครัวต่ออารมณ์เศร้าในมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด พักพื้นที่หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว

ตอนที่ 2 ข้อมูลเชิงพรรณนาคะแนนอารมณ์เศร้าหลังคลอดของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอารมณ์เศร้าหลังคลอดก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลอง

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนผู้มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนอารมณ์เศร้าหลังคลอดก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวที่มีระดับการวัดของตัวแปรเป็นมาตรฐานนามบัญญัติ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ส่วนข้อมูลที่มีระดับการวัดของตัวแปรเป็นมาตราอัตราส่วน วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลที่มีระดับการวัดของตัวแปรเป็นมาตรฐานนามบัญญัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดย Chi-square หากเซลล์มีความถี่ตั้งแต่ 5 มีตั้งแต่ร้อยละ 80 ของจำนวนเซลล์ทั้งหมด (ตัวแปรที่เป็นไปตามเงื่อนไขนี้คือ สถานภาพสมรส สถานภาพทางการเงิน ชนิดครอบครัว บทบาทในครอบครัว และสถานภาพทางการเงินของครอบครัว) หากไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขดังกล่าววิเคราะห์ด้วย Fisher's exact test (ตัวแปรที่วิเคราะห์ด้วยสถิตินี้ คือ การมีคูครองของครอบครัว) และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลที่มีระดับการวัดของตัวแปรเป็นมาตราอัตราส่วน โดย Independent *t*-test หากข้อมูลในแต่ละกลุ่ม (กลุ่มทดลองหรือกลุ่ม

ควบคุม) มีการกระจายแบบปกติ (Normal distribution) หากไม่เป็นไปตามเงื่อนไขดังกล่าว วิเคราะห์โดย Mann-Whitney U test ได้ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็น มาตรการอัตราส่วนของแต่ละกลุ่มด้วย One-sample Kolmogorov-Smearov test พบว่า ตัวแปรมาตรา อัตราส่วนที่มีการแจกแจงข้อมูลเป็นแบบปกติคือ อายุ จำนวนปีของการศึกษา รายได้ และอายุของ ครอบครัว ($p > .05$) แต่พบว่าตัวแปรมาตราอัตราส่วนที่มีการแจกแจงข้อมูลเป็นแบบไม่ปกติ คือ จำนวนบุตรมีชีพ จำนวนบุตรที่เลี้ยงดู และจำนวนปีที่ศึกษาของครอบครัว ($p < .05$) ผลการวิเคราะห์ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างดังแสดงในตารางที่ 1 และผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของ ครอบครัวดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความแตกต่าง ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 60$)

ข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง ($n = 30$)		กลุ่มควบคุม ($n = 30$)		P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)	Range = 18-39, $M = 27.87, SD = 4.66$		Range = 20-36, $M = 28.40, SD = 4.07$		0.47† .64
18-25	10	33.33	8	26.67	
26-34	18	60.00	21	70.00	
≥ 35	2	6.67	1	3.33	
การศึกษา (ปี)	Range = 6-16, $M = 13.47, SD = 2.61$		Range = 6-16, $M = 12.30, SD = 3.06$		-1.59† .12
ประถมศึกษา	1	3.33	2	6.67	
ม.ต้น	2	6.67	7	23.33	
ม.ปลาย/ ปวช.	11	36.67	7	23.33	
อนุปริญญา/ ปวส.	4	13.33	7	23.33	
ปริญญาตรี	12	40.00	7	23.33	
สถานภาพสมรส					1.09††† .30
อยู่ร่วมกันและ					
จดทะเบียนสมรส	15	50.00	11	36.67	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง ($n = 30$)		กลุ่มควบคุม ($n = 30$)		P	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อยู่ร่วมกันแต่ไม่ได้ จดทะเบียนสมรส	15	50.00	19	63.33		
รายได้ครอบครัว	Range = 9000-60000,		Range = 15000-80000,		1.06†	.29
รายเดือน (บาท)	$M = 27833.33,$ $SD = 12903.04$		$M = 31700.00,$ $SD = 15288.38$			
≤10,000	1	3.33	0	0.00		
10,001-30,000	21	70.00	19	63.33		
30,001-50,000	7	23.33	9	30.00		
>50,000	1	3.33	2	6.67		
สถานภาพทางการเงิน					3.61†††	.17
มีเงินเก็บ	11	36.67	5	16.67		
ไม่มีหนี้สิน	7	23.33	12	40.000		
มีหนี้สิน	12	40.00	13	43.33		
จำนวนบุตรมีชีพ	Range = 1-4, $M = 1.70, SD = 0.75$		Range = 1-3, $M = 1.70, SD = 0.75$		-0.02††	.99
1 คน	13	43.33	14	46.67		
> 1 คน	17	56.67	16	53.33		
จำนวนบุตรที่เลี้ยงดู	Range = 1-4, $M = 1.67, SD = 0.76$		Range = 1-3, $M = 1.67,$ $SD = 0.76$		0.00††	1.00
1 คน	14	46.67	15	50.00		
>1 คน	16	53.33	15	50.00		
ชนิดครอบครัว					.27†††	.60
ครอบครัวเดี่ยว	12	40.00	14	46.67		
ครอบครัวขยาย	18	60.00	16	53.33		

Note. † = independent t -test, †† = Mann-Whitney U test, ††† = chi-square test, †††† = Fisher's exact test.

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลเชิงพรรณนาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า อายุ 26-34 ปีมีจำนวน 18 และ 21 คน จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 12 และ 7 คน อยู่ร่วมกันกับสามี โดยไม่จดทะเบียนสมรส 15 และ 19 คน มีรายได้ครอบครัวต่อเดือน 10,001-30,000 บาทมีจำนวน 21 และ 19 คน มีหนี้สิน 12 และ 13 คน บุตรมีชีพมากกว่า 1 คนมีจำนวน 17 และ 16 คน มีบุตรที่เลี้ยงดูมากกว่า 1 คนมีจำนวน 16 และ 15 คน และอยู่ในครอบครัวขยาย 18 และ 16 คน

ผลวิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของตัวแปรอายุ จำนวนปีของการศึกษา การจดทะเบียนสมรส รายได้ครอบครัว สถานภาพทางการเงิน จำนวนบุตร มีชีพ จำนวนบุตรที่เลี้ยงดู และชนิดครอบครัว ($p > .05$)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว ($n = 60$)

ข้อมูลส่วนบุคคล ของครอบครัว	กลุ่มทดลอง ($n = 30$)		กลุ่มควบคุม ($n = 30$)		p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
บทบาทในครอบครัว					1.49††† .22
สามี	21	70.00	25	83.33	
มารดาของสามี/ ภรรยา	9	30.00	5	16.67	
อายุ (ปี)	Range = 24-70, $M = 39.46, SD = 13.12$		Range = 22-58, $M = 34.50, SD = 9.29$		-1.68† .10
20-399	18	60.00	25	83.33	
40-59	8	26.67	5	16.67	
60-70	4	13.33	0	0.00	
การศึกษา (ปี)	Range = 4-16, $M = 9.20, SD = 3.95$		Range = 6-16, $M = 13.60, SD = 2.49$		-4.27†† < .001
ประถมต้น	11	36.67	2	6.67	
ม.ต้น	8	26.67	0	0.00	
ม.ปลาย/ ปวช.	4	13.33	6	20.00	
อนุปริญญา/ ปวส.	5	16.67	14	46.67	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล ของครอบครัว	กลุ่มทดลอง ($n = 30$)		กลุ่มควบคุม ($n = 30$)		p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ปริญญาตรี	2	6.67	8	26.67	
การมีคูครอง					†††† .24
มี	27	90.00	30	100.00	
ไม่มี	3	10.00	0	0.00	
สถานภาพทางการเงิน					5.94††† .05
มีเงินเก็บ	10	33.33	6	20.00	
ไม่มีหนี้สิน	6	20.00	15	50.00	
มีหนี้สิน	14	46.67	9	30.00	

Note. † = independent t -test, †† = Mann-Whitney U test, ††† = chi-square test, †††† = Fisher's exact test.

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว

ผลวิเคราะห์ความถี่และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า เป็นสามีของกลุ่มตัวอย่าง 21 และ 25 คน มีอายุ 20-39 ปีมีจำนวน 18 และ 25 คน จบการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) 5 และ 14 คน มีคูครอง 27 และ 30 คน และมีหนี้สิน 14 และ 9 คน

ผลเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างครอบครัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของตัวแปรบทบาทในครอบครัว อายุ การมีคูครอง และสถานภาพทางการเงิน ($p > .05$) แต่มีจำนวนปีการศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ [กลุ่มทดลอง: Range = 4-16, $M = 9.20$, $SD = 3.95$; กลุ่มควบคุม: Range = 6-16, $M = 13.60$, $SD = 2.49$])

ตอนที่ 2 ข้อมูลเชิงพรรณนาคะแนนอารมณ์เศร้าหลังคลอดของกลุ่มตัวอย่าง

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาของคะแนนอารมณ์เศร้าหลังคลอด คะแนนส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 ของแบบสอบถามในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนอารมณ์เศร้าหลังคลอด คะแนน ส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 ของแบบสอบถามในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 60$)

อารมณ์เศร้าหลังคลอด	คะแนนส่วนที่ 1 ของ				คะแนนส่วนที่ 2 ของ			
	แบบสอบถาม				แบบสอบถาม			
	Range		M	SD	Range		M	SD
	Possible	Actual			Possible	Actual		
กลุ่มทดลอง ($n = 30$)								
ก่อนทดลอง	0-28	7-18	9.90	3.44	0-140	18-69	39.23	13.25
หลังทดลอง	0-28	0-13	5.00	3.45	0-140	5-47	24.00	10.44
กลุ่มควบคุม ($n = 30$)								
ก่อนทดลอง	0-28	7-19	10.03	3.19	0-140	23-90	41.87	12.45
หลังทดลอง	0-28	1-26	7.80	4.99	0-140	8-103	35.37	17.80

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาของคะแนนอารมณ์เศร้าหลังคลอด คะแนนส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 ของแบบสอบถามในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอารมณ์เศร้าหลังคลอดลดลง ทั้งในคะแนน ส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 ของแบบสอบถาม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอารมณ์เศร้าหลังคลอดก่อนและ หลังทดลองในกลุ่มทดลอง

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอารมณ์เศร้าหลังคลอด (คะแนนส่วนที่ 2 ของแบบสอบถาม) ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง โดย paired t -test ได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติคือ คะแนนความแตกต่างก่อนและหลังทดลอง (difference scores) ของกลุ่มทดลองมีการกระจายแบบปกติด้วย One-sample Komogorov-Smirnov test พบว่ามีการกระจายของคะแนนความแตกต่างก่อนและหลังทดลองเป็นแบบปกติ ($p = .08$) จึงวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอารมณ์เศร้าหลังคลอดก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง โดย Paired t -test ดังผลในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอารมณ์เศร้าหลังคลอด (คะแนนส่วนที่ 2 ของแบบสอบถาม) ก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลองด้วย Paired *t*-test ($n = 30$)

อารมณ์เศร้าหลังคลอด (คะแนนส่วนที่ 2)	Mean	SD	\bar{d}	SD_d	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	95% CI	
								LL	UL
ก่อนทดลอง	39.33	13.25	-15.23	14.22	-5.87	29	< .001	-20.55	-9.92
หลังทดลอง	24.00	10.44							

Note. \bar{d} = mean of difference scores, SD_d = SD of difference scores, CI = confidence interval, LL = lower limit, UL = upper limit.

จากตารางที่ 4 ผลวิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอารมณ์เศร้าหลังคลอดก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองด้วย Paired *t*-test พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอารมณ์เศร้าหลังทดลองน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{29} = -5.87, p < .001$)

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนผู้มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนผู้มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด (คะแนนส่วนที่ 1 ของแบบสอบถาม) หลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดย Chi-square test ได้ผลดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ของผู้มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด (คะแนนส่วนที่ 1 ของแบบสอบถาม)

ก่อนและหลังทดลอง และเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดย Chi-square test ($N = 60$)

อารมณ์เศร้าหลังคลอด (คะแนนส่วนที่ 1)	กลุ่มทดลอง ($n = 30$)		กลุ่มควบคุม ($n = 30$)		χ^2	<i>p</i>
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ก่อนทดลอง						
มี	30	100.00	30	100.00		
หลังทดลอง					-4.34	.04
มี	9	30	17	56.67		
ไม่มี	21	70	13	43.33		

จากตารางที่ 5 ก่อนทดลองกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีอาการเศร้า แต่ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนผู้มีอารมณ์เศร้าหลังทดลองหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Chi-square test พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีสัดส่วนผู้มีอารมณ์เศร้าหลังทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = -4.34, df = 1, p = .04$; กลุ่มทดลอง: $n = 9$, กลุ่มควบคุม: $n = 17$)

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนอารมณ์เศร้าหลังทดลองก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยได้วางแผนเปรียบเทียบคะแนนอารมณ์เศร้าหลังทดลอง (คะแนนส่วนที่ 2 ของแบบสอบถาม) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติที่มีอำนาจการทดสอบ (statistical power) สูงที่สุดคือ ANCOVA โดยใช้สถิตินี้เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอารมณ์เศร้าหลังทดลอง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนอารมณ์เศร้าหลังทดลองก่อนทดลองและจำนวนปีการศึกษาของครอบครัวเป็นตัวแปรร่วม ซึ่งข้อมูลต้องผ่านข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติคือ 1) ข้อมูลตัวแปรตาม (อารมณ์เศร้าหลังทดลองหลังทดลอง) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการกระจายแบบปกติ (Normal distribution) ทดสอบด้วย One-sample Komogorov-Smirnov test พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีการกระจายของคะแนนเป็นแบบปกติ (กลุ่มควบคุม: $Z = 1.08, p = .20$; กลุ่มทดลอง: $Z = .53, p = .94$) 2) ตัวแปรร่วมมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตามระดับสูง ทดสอบด้วย F -test พบว่า ตัวแปรร่วมจำนวนปีการศึกษาของครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตามอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,54} = 1.63, p = .21$) และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรร่วมและตัวแปรตามของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (Homogeneity of regression coefficients) ทดสอบด้วย F -test พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรร่วม (คะแนนอารมณ์เศร้าหลังทดลองก่อนทดลอง) และตัวแปรตาม (คะแนนอารมณ์เศร้าหลังทดลองหลังทดลอง) แตกต่างกัน ($F_{1,54} = 13.10, p = .001$) ดังนั้น ไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลด้วย ANCOVA ได้ ผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้สถิติที่มีอำนาจการทดสอบรองลงมาคือใช้ Independent t -test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังทดลอง (Means of difference scores) ซึ่ง Independent t -test ในกรณีนี้มีข้อตกลงเบื้องต้น คือ คะแนนความแตกต่างของอารมณ์เศร้าหลังทดลองก่อนและหลังทดลองในแต่ละกลุ่มมีการกระจายแบบปกติ ทดสอบโดย One-sample Komogorov-Smirnov test พบว่า แต่ละกลุ่มมีการกระจายของคะแนนความแตกต่างเป็นแบบปกติ (กลุ่มทดลอง: $Z = .64, p = .81$; กลุ่มควบคุม: $Z = .46, p = .99$)

จึงได้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนอารมณ์เศร้าหลังคลอดก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Independent *t*-test ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนอารมณ์เศร้าหลังคลอด (คะแนนส่วนที่ 2 ของแบบสอบถาม) ก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Independent *t*-test ($n = 60$)

อารมณ์เศร้าหลังคลอด (คะแนนส่วนที่ 2)	<i>n</i>	\bar{d}	<i>SD_d</i>	Mean difference	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	95%CI	
								LL	UL
กลุ่มทดลอง	30	15.23	14.22	-8.73	-2.57	58	.01	-15.53	-1.94
กลุ่มควบคุม	30	6.50	11.97						

Note. CI = confidence interval, LL = lower limit, UL = upper limit.

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนของครอบครัวต่ออารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอดพักฟื้นที่หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างคือมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คนและกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ แต่กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนของครอบครัว รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามให้ตอบด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Fisher's exact, Chi-square, Mann-Whitney U และ *t*-test ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกี่ยวกับอายุ การศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตรมีชีพ จำนวนบุตรที่เลี้ยงดู รายได้ของครอบครัว และสถานภาพทางการเงิน
2. ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว ครอบครัวกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกี่ยวกับบทบาทในครอบครัว อายุ การมีคู่ครอง และสถานภาพทางการเงิน แต่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกี่ยวกับจำนวนปีการศึกษา โดยครอบครัวกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยจำนวนปีการศึกษาต่ำกว่าครอบครัวกลุ่มควบคุม ($p < .001$)
3. ผลวิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอารมณ์เศร้าหลังคลอดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอารมณ์เศร้าหลังคลอดน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{29} = -5.87, p < .001$)
4. ผลวิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีสัดส่วนผู้มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = -4.34, df = 1, p = .04$) โดยหลังทดลองมีจำนวนมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดในกลุ่มทดลอง 9 คน กลุ่มควบคุม 17 คน
5. ผลวิเคราะห์การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนอารมณ์เศร้าหลังคลอดก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความ

แตกต่างของคะแนนอารมณ์เศร้าหลังทดลองก่อนและหลังทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{58} = -2.57, p = .01$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอารมณ์เศร้าหลังทดลองลดลง 15.23 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยลดลง 6.50 คะแนน

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอารมณ์เศร้าหลังทดลองหลังทดลองน้อยกว่าก่อนทดลอง กลุ่มทดลองมีส่วนของผู้มีอารมณ์เศร้าหลังทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมเกือบ 2 เท่า และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนอารมณ์เศร้าก่อนและหลังทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมเป็น 2 เท่า เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลมารดาหลังคลอด ทำให้อารมณ์หลังคลอดลดลงสามารถอธิบายได้ด้วยกลไก 5 อย่าง คือ

1. การที่มารดาได้รับโปรแกรม ทำให้มารดาตระหนักว่าตนเองมีอารมณ์เศร้าหลังคลอดที่ต้องดูแลตนเองเป็นอย่างดี ไม่ให้อารมณ์เศร้าเรื้อรังหรือรุนแรงขึ้น อีกทั้งมารดาได้รับความรู้ในการดูแลตนเอง จึงประยุกต์ความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้ ทำให้อารมณ์เศร่าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Beck and Driscoll (2006) ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองแก่มารดาหลังคลอดที่มีอารมณ์เศร้า แล้วพบว่ามารดาสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ทำให้อารมณ์เศร้าหลังคลอดลดลง และ Navidian, Safarzadeh and Koochakzai (2017) ที่ให้ความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองแก่มารดาที่มีความเครียดหลังคลอด แล้วพบว่ามารดาที่มีความเครียดลดลง

2. การที่ครอบครัวได้รับโปรแกรม ทำให้ครอบครัวตระหนักว่ามารดามีอารมณ์เศร้าหลังคลอดที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม มิเช่นนั้นมารดาอาจมีอารมณ์เศร้าเรื้อรังหรือรุนแรงขึ้น รวมทั้งครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับแนวทางในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีอารมณ์เศร้า ถึงแม้ว่าครอบครัวกลุ่มทดลองจะมีระดับการศึกษาต่ำกว่าครอบครัวกลุ่มควบคุม แต่เนื่องจากความรู้ที่ได้รับเป็นความรู้ที่จำเพาะเจาะจงกับสภาพที่เป็นอยู่ ครอบครัวจึงสามารถประยุกต์ความรู้ไปใช้ในการดูแลมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม ทำให้อารมณ์เศร้าหลังคลอดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ จินดารัตน์ สีหรัตน์ปทุม (2550) ที่ให้ความรู้แก่สามีในการดูแลช่วยเหลือมารดาหลังคลอด แล้วพบว่ามารดามีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

3. ทั้งมารดาหลังคลอดและครอบครัวได้รับโปรแกรมร่วมกัน และได้ร่วมอภิปรายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ทำให้อารมณ์และครอบครัวตระหนักว่ามารดามีอารมณ์เศร้าหลังคลอดที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยมีเป้าหมายร่วมกัน คือ ทำให้อารมณ์ดี สุขภาพดี ส่งผลให้

ทารกมีสุขภาพดีด้วย และการที่ทั้งมารดาและครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดครอบคลุมด้านการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การทำกิจกรรม การออกกำลังกาย และการดูแลด้านจิตใจ จึงนำความรู้ที่ได้ไปร่วมกันใช้ในการดูแลมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้ ทำให้มารดาหลังคลอดมีอารมณ์เศร้ายลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ กุลธิดา หัตถกิจพานิชกุล และคณะ (2555) ที่ให้ความรู้แก่ทั้งมารดาวัยรุ่นหลังคลอดและสามี เกี่ยวกับการแสดงบทบาทการเป็นมารดา พบว่ามารดาวัยรุ่นมีการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม

4. การติดตามเยี่ยมมารดาและครอบครัวทางโทรศัพท์โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อกับครอบครัวในวันที่ 4 หลังมารดาคลอด ทำให้ครอบครัวเห็นความสำคัญในการแสดงบทบาทของตนเอง กระตุ้นให้ครอบครัวทำบทบาทในการดูแลช่วยเหลือมารดาต่อไป และทำให้ครอบครัวได้พบทวนเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการกระทำบทบาท และคิดหาหนทางแก้ไขปัญหาร่วมกันกับผู้วิจัย ทำให้ครอบครัวได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์เพิ่มเติมจากผู้วิจัย ส่งเสริมให้ครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด ในการศึกษาเมื่อผู้วิจัยติดตามครอบครัวทางโทรศัพท์ ได้ข้อมูลจากครอบครัวว่า มารดาส่วนใหญ่ไม่มีอารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดหรือวิตกกังวล แต่มีมารดา 5 ราย มีอาการหงุดหงิดง่าย มีสาเหตุจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ เพราะมารดาต้องเลี้ยงดูบุตรคนเดียวเมื่อสามีออกไปทำงานนอกรบ้าน มีมารดา 2 ราย วิตกกังวลจากความไม่เข้าใจพฤติกรรมการแสดงออกของทารก เช่น การร้องไห้ของทารกเพราะความหิว ความไม่สุขสบายจากจากผ้าอ้อมเปียกแฉะ หรือความเจ็บป่วย มีมารดา 2 ราย กังวลว่าน้ำนมไหลน้อย เกรงว่าตนเองมีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอต่อความต้องการของบุตร ซึ่งหลังจากผู้วิจัยและครอบครัววางแผนดูแลช่วยเหลือมารดาร่วมกัน แล้วครอบครัวดูแลช่วยเหลือมารดาเพิ่มเติม ช่วยให้มารดามีอาการหงุดหงิด วิตกกังวลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ กุลธิดา หัตถกิจพานิชกุล และคณะ (2555) ที่ติดตามเยี่ยมและให้คำแนะนำทางโทรศัพท์เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด พบว่ามารดาวัยรุ่นมีความกังวลลดลง และมีความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดา และ สุภาพ ไทยแท้ (2554) ที่ติดตามปัญหาอุปสรรคและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองและบุตรของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีทางโทรศัพท์ พบว่ามารดาที่มีความมั่นใจและมีกำลังใจในการดูแลตนเองและบุตร

5. การสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวมีผลอย่างยิ่งต่อสุขภาพกายและใจของมารดาหลังคลอดที่มีอารมณ์เศร้า จากการติดตามครอบครัวทางโทรศัพท์ทำให้ได้ข้อมูลว่าครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลมารดาครอบคลุมทั้งด้านอารมณ์ วัตถุ และข้อมูลข่าวสาร

5.1 ด้านอารมณ์ คือ สามีของมารดา รายหนึ่งกล่าวว่า เมื่อมารดาบ่น สามีปล่อยให้มารดาบ่น ไม่เถียงด้วยความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจของมารดา และพยายามทำสิ่งที่มารดาพึงพอใจ สามีอีกรายหนึ่งบอกว่า คอยให้กำลังใจมารดาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

5.2 ด้านวัตถุ คือ ครอบครัวดูแลเรื่องการรับประทานอาหารของมารดา โดยทำหรือหาอาหารที่มีประโยชน์ให้มารดารับประทาน ดูแลให้ดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตร ครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระของมารดาหลังคลอด คือ ครอบครัวช่วยทำกิจกรรมที่เป็นงานบ้านทั่วไป ทำความสะอาดบ้าน ซักผ้า ซักผ้าอ้อม เลี้ยงลูกคนก่อน ยา/ ขยายช่วยเลี้ยงทารกช่วงกลางวัน สามีช่วยเลี้ยงทารก หลังเลิกงานและตอนกลางคืน ซึ่งการช่วยเหลือเหล่านี้ของครอบครัว ทำให้มารดามีเวลาพักผ่อนมากขึ้นทั้งกลางวันและกลางคืน และมีเวลาเป็นส่วนตัวมากขึ้น

5.3 ด้านข้อมูลข่าวสาร คือ ครอบครัวปรึกษากับผู้วิจัยเกี่ยวกับ การที่จะทำให้มารดา รับประทานอาหารได้มากขึ้น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคุมกำเนิดของมารดา ตลอดจนการดูแลทารกที่ตาและ และจับถ่ายน้อย ผู้วิจัยให้คำแนะนำตามปัญหาที่ครอบครัวต้องการ แล้วครอบครัวนำข้อมูลที่ได้จากผู้วิจัยไปปฏิบัติและถ่ายทอดแก่มารดา ทำให้มารดาสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้

หลังจากมารดามีอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้รับการดูแลช่วยเหลือและสนับสนุนจากครอบครัวแล้ว 4 วัน ครอบครัวให้ข้อมูลว่า ครอบครัวให้มารดาทำหน้าที่อย่างเดียวกคือเลี้ยงดูทารก โดยไม่ต้องรับผิดชอบงานหรือกิจกรรมอื่น ทำให้มารดาหลังคลอดมีความหงุดหงิดลดลงหรือไม่หงุดหงิดเลย วิตกกังวลลดลง ใจเย็น อารมณ์ดี มีความสุข พุดคุยและเล่นกับบุตรด้วยความยิ้มแย้มแจ่มใส ทำให้มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ คลใจ จองพานิช และคณะ (2557) ที่พบว่า มารดาหลังคลอดที่มีครอบครัวคอยให้การดูแลช่วยเหลือสนับสนุนด้านอารมณ์ วัตถุประสงค์ของ ข้อมูลข่าวสาร มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดลดลง และ Ghodrati et al. (2016) พบว่า การที่มารดาได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์จากครอบครัว โดยเฉพาะสามี ทำให้มารดามีความพึงพอใจ และสามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลประจำแผนกหลังคลอด ควรคัดกรองอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอดพร้อมบอกผลการคัดกรองอารมณ์เศร้าแก่มารดาและครอบครัว และประยุกต์โปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนของครอบครัวไปใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอด เพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงของอารมณ์เศร้าหลังคลอด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรม ที่หอผู้ป่วยหลังคลอดในโรงพยาบาลอื่น
2. ควรศึกษาปัจจัยสนับสนุนการฟื้นตัวจากอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด
3. ควรศึกษาเชิงคุณภาพในมารดาที่ยังคงมีอารมณ์เศร้าในสัปดาห์แรกหลังคลอด

เกี่ยวกับปัญหา สาเหตุ การให้การดูแลของครอบครัว เพื่อนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือให้มารดาลดหรือหายจากการมีอารมณ์เศร้าหลังคลอด

บรรณานุกรม

- กมลวรรณ ถิ่นธรรม. (2556). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดของมารดาหลังคลอด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรจน์.
- กฤตภัค สมหอม. (2553). ภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กุลธิดา หัตถกิจพานิชกุล, วรรณภา พาทูวัฒนกร, เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร และดิฐกานต์ ปริบูรณ์ หิรัญสาร. (2555). ผลของโปรแกรมการสอนร่วมกับการมีส่วนร่วมของสามีต่อการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดาของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด. วารสารสภาการพยาบาล, 27(4), 84-95.
- คชรัตน์ ปรีชล. (2559). ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด: การป้องกันและการดูแล. วารสารพยาบาล สภากาชาดไทย, 59(9), 24-35.
- จินดารัตน์ สีหรัตน์ปทุม. (2550). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนากิจกรรมครอบครัวต่อการปฏิบัติ พัฒนากิจกรรมครอบครัวในระยะเริ่มเลี้ยงดูบุตรของครอบครัวมารดาวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชญานิษฐ์ ธรรมภาสุวรรณ. (2555). ผลของโปรแกรมการดูแลมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดต่อความวิตกกังวลและสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการการผดุงครรภ์ขั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คลใจ จองพานิช, เศษฐา แก้วพรม, เพ็ญญา พิสัยพันธุ์ และลลนา ประทุม. (2557). การสำรวจความเข้าใจและทัศนคติของญาติเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด, วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, 20(1), 44-54.
- ทองภาพ นาร่อง. (2556). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมบทบาทมารดาต่อการรับรู้การสนับสนุนของครอบครัวและความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- นรานุช สันธิติกาย. (2556). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ต่อความเครียดและอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- ประเสริฐ คันสนีย์วิทยกุล. (2551). ภาวะหลังคลอดบุตร. ใน มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ, สิ่งเพ็ชร สุขสมปอง และมงคล เบญจาทิบาล (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์* (หน้า 295-302). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรณมา คงสุริยะนาวิน, เบญจวรรณ คุณรัตนารณ์ และกิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของหญิงหลังคลอด. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25, 88-98.
- สุภาพ ไทยแท้. (2554). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการดูแลบุตรของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื่อเอชไอวี. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 25(3), 49-63.
- สุภาวดี เครือโชติกุล. (2554). *การพยาบาลสูติศาสตร์: ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Adewuya, A. O. (2005). The maternity blues in Western Nigerian woman: Prevalence and risk factor. *American Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 19, 1522-1525.
- Afzal, S., & Khalid, R. (2014). Social support and postnatal depression in Pakistani context. *Pakistani Journal of Social and Clinical Psychology*, 12(1), 34-38.
- Beck, C. T., & Driscoll, J. W. (2006). *Postpartum mood and anxiety disorders: A clinician guide*. Boston, MA: Jones and Bartlett.
- Boudou, M., Tessiedre, F., Walburg, V., & Chabrol, H. (2007). Association between the intensity of childbirth pain and the intensity of postpartum blues. *Encephale*, 33(5), 805-810.
- Chabrol, H., Coroner, N., Rusibane, S., & Sejourne, N. (2007). Prevention du blues du postpartum: Etude pilote A pilot study of prevention blues. *Gynecologie Obstetrique & Fertilité*, 35, 1242-1244.
- Cheng, C. Y., & Pickler, R. H. (2009). Effects of stress and social support on postpartum health of Chinese mothers in the United States. *Research in nursing and health*, 32(6), 582-591.

- Doornbos, B., Fekkes, D., Tanke, M. A., De Jonge, P., & Korf, J. (2008) Sequential serotonin and noradrenalin associated processes involved in postpartum blues. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 32, 1320-1325.
- Ghodrati, F., Mokhtariyan, T., & Akbarzadeh, M. (2016). Islamic-based preventive strategies for postpartum blues. *Scholars Journal of Applied Medical Sciences*, 4(3e), 954-958.
- Gonidakis, F., Rabavilas, A. D., Varsou, E., Kreatsas, G., & Christodoulou, G. N. (2008). Maternity blues in Athens, Greece: A study during the first 3 days after delivery. *Journal of Affective Disorders*, 99, 107-115.
- Heh, S. S., Jevitt, C. M., Huang, L., & Fu, Y. Y. (2009). Effectiveness of a discharge education program in reducing the severity of postnatal depression. *Patient Education and Counseling*, 77, 68-71.
- Hildingsson, M. I., & Sandin-Bojo, A. K. (2011). "What could indeed be better": Swedish women's perceptions of early postnatal care. *Midwifery*, 27, 737-744.
- Huang, L., & Fu, Y. Y. (2008). Effectiveness of a discharge education program in reducing the severity of postnatal depression. *Patient Education and Counseling*, 77, 68-71.
- Hung, C. H. (2006). Correlates of first-time mothers postpartum stress. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 22, 500-506.
- Kariman, N., Harimi, S., Shiadeh, M. N., Shams, J., & Nasiri, N. (2016). The relation between maternity blues and postpartum anxiety among Iranian pregnant women. *Biosciences Biotechnology Research Asia*, 13(1), 429-434.
- Kennerley, H., & Gath, D. (1986). Maternity blues reassessed. *Psychiatric Developments*, 1, 1-17.
- Kennerly, H., & Gath, D. (1989). Maternity blues: Detection and measurement by questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 155, 356-362.
- Letoumeau, 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 woman with postpartum depression: a randomized controlled trial. *International Journal Mental Health Nursing*, 20(5), 345-357.
- Lonstein, J. S. (2007). Regulation of anxiety during the postpartum period. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 28(2-3), 115-141.

- McCaskill, D. (2012). Postpartum depression: Recognition, risks, and effects on the family. *Alberta Home Visitation Network Association*, 7(1), 2-8.
- Mokhtaryan, T., Ghodrati, F., & Akbarzadeh, M. (2016). The relationship between the level of religious attitudes and postpartum blues among pregnant women. *Journal Health Science and Surveillance System*, 4(2), 103-104.
- Mustaffa, M. S., Marappan, D., Abu, M. S., Khan, A., & Ahnad, R. (2014). Social support during pre-natal stage: Influence on maternal depression and mental well-being. *Social and Behavioral*, 143, 417-422.
- Navidian, A., Safarzadeh, A., & Koochakzai, M. (2017). The effect of home-based supportive-educational counseling on primigravidas' postpartum stress. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 5(2), 112-118.
- Norman, G. R., & Streiner, D. L. (2000). *Biostatistics* (3th ed.). Hamilton, Canada: B.C. Decker.
- Phuangprasonka, R. (2016). *Maternity blues and management strategies of Thai postpartum women*. Unpublished doctoral dissertation, Faculty of Nursing, Burapha University.
- Pillitteri, A. (2010). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family* (6th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O., & Epiney, M. (2009). Stressful events, social support, and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: A qualitative study. *Midwifery*, 27(2), 237-242.
- 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 month postpartum. *Journal of Affective Disorders*, 113, 77-87.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-406.
- Scott, E. (2014). *Sleep benefits: Power napping for increased productivity, stress relief, and health (the benefits of sleep and the power nap)*. Retrieved from <http://stress.about.com/od/lowstresslifestyle/a/powernap.htm>

Stein, G. S. (1980). The pattern of mental changes and body weight changes in the first postpartum week. *Journal of Psychosomatic Research, 24*, 165-71.

Yu, D. S. F., Lee, D. T. F., & Woo, J. (2000). Issues and challenges of instrument translation. *Western Journal of Nursing Research, 26(3)*, 307-320.

Zadeh, M. A., Khajehei, M., Sharif, F., & Hadzic, M. (2012). High-risk pregnancy: Effect on postpartum depression and anxiety. *British Journal of Midwifery, 20(2)*, 105-113.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามของเครื่องมือวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

- | | |
|--|--|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร. วรณี เดียววิเศษ | อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลมารดา
ทารก และการผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 2. รองศาสตราจารย์ พิริยา สุขศรี | อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลมารดา
ทารก และการผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี | อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลมารดา
ทารก และการผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รอ.หญิง ชนัดดา แนบเกษร | อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงใจ วัฒนสินธุ์ | อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |

ภาคผนวก ข

เอกสารเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัยและจดหมายขออนุญาตดำเนินการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลต่ออาการเศร้าในมารดาหลังคลอด
Effect of Education and Promoting Family Care Participation Program on Blues of Postpartum Women

ชื่อนิติ นาวาตรีหญิง วราภรณ์ ปฎิสังข์

รหัสประจำตัวนิสิต 53920039 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา การผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 02 - 09 - 2559

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ มารดาหลังคลอดที่มีคะแนนอารมณ์เศร้าหลังคลอดตั้งแต่ 7 คะแนน จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 60 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ จังหวัดชลบุรี

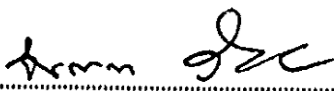
2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 11 ตุลาคม พ.ศ. 2560

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย


วันที่ให้การรับรอง 11 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2559

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วาชรินทร์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

	เอกสารรับรองโครงการวิจัย(Certificate of Approval, COA) โดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ	
	สำนักงานจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ เลขที่ 504/54 อาคารกองบังคับการกรมแพทยทหารเรือ บุคโค โคนบุรี ถนน.10600 โทร.02-4752705	NO. : COA-NMD-REC007/60 : Full Board Review
หมายเหตุ : คู่มือการวิจัย โดยเฉพาะการวิจัยในมนุษย์ที่ดำเนินการในสถานพยาบาลของ ทร. หรือดำเนินการโดยบุคลากรสถานแพทย์ หรือบุคลากรสถาบันสมทบ ให้เป็นไปตามระเบียบของ ทร./ นโยบาย ทร./ ตามข้อกำหนดการศึกษาวิจัยและทดลองในมนุษย์ ทร. และถูกต้องตามหลักจริยธรรมสากล		

โครงการวิจัย และเอกสารประกอบตามรายการที่แสดงด้านล่างนี้ ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือแล้ว มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความ สอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนข้อบังคับและข้อกำหนดของกรมแพทยทหารเรือ จึงเห็นสมควรให้ ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการ	ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลต่อ อารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	นาวาตรีหญิง วราภรณ์ ปฏิสังข์ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทยทหารเรือ
รหัสโครงการ	RP044/59
สถานที่ทำวิจัย	โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทยทหารเรือ
รายการเอกสารที่รับรอง	1) โครงการวิจัย (Version 3,วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2560) 2) เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (กลุ่มทดลอง)(Version 3,วันที่ 6กุมภาพันธ์ 2560) 3) เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (ครอบครัวของกลุ่มทดลอง) (Version 3, วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2560) 4) เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (กลุ่มควบคุม) (Version 3,วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2560) 5) หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย(Version 2,วันที่ 13 ธันวาคม 2559)
วันที่รับรอง	10 กุมภาพันธ์ 2560
วันหมดอายุ	9 กุมภาพันธ์ 2561

ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องดำเนินการวิจัยตามข้อกำหนดและเงื่อนไข ที่ผู้วิจัยต้องปฏิบัติตามสำหรับโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ ตามรายละเอียดใน FM-NMD-REC-12.1 ที่แนบ

พล.ร.ต. 
 (วิจัย มนัสศิริวิทยา)
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย พร.



REC-12 (R03) JAN16



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มควบคุม)

การวิจัยเรื่อง: ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนของครอบครัวต่ออารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด

รหัสจริยธรรมการวิจัย: 02-09-2559

ชื่อผู้วิจัย: นาวาตรีหญิง วราภรณ์ ปฏิสังข์

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนของครอบครัวต่ออารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสมและได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ท่านจะได้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปใช้เวลาประมาณ 10 นาที จากนั้นท่านจะได้รับการดูแลตามปกติจากโรงพยาบาล คือ ได้รับคำแนะนำก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอด การดูแลบุตร และอาการผิดปกติของ ทั้งมารดาและบุตรที่ต้องรับมาโรงพยาบาลก่อนวันนัดหมาย และใน 1 สัปดาห์หลังคลอด เมื่อท่านมาตรวจแผลฝีเย็บที่ห้องตรวจโรคสูตินรีเวชกรรม จะให้ท่านตอบแบบสอบถามอารมณ์เศร้าหลังคลอดอีกครั้งหนึ่งใช้เวลาประมาณ 10 นาที

ประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ คือ ผลที่ได้จากการวิจัย สามารถนำไปใช้พัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวในการดูแลมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิในการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือ ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น โดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่านโดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อของท่าน ข้อมูลที่ท่านตอบแบบสอบถามในกระดาษ จะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัย จะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุความเป็นตัวตนของท่าน หลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย นาวาตรีหญิง วราภรณ์ ปฏิสังข์ โทรศัพท์ 08-1733-2027 หรืออาจารย์ที่ปรึกษาหลัก อาจารย์ ดร.

วรรณทนา ศุภสีมานนท์ โทรศัพท์ 08-1652-5400

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่ง ในการให้ความร่วมมือครั้งนี้

นาวาตรีหญิงวราภรณ์ ปฏิสังข์

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 0-3810-2823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มทดลอง)

งานวิจัยเรื่อง: ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนของครอบครัวต่ออารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด

รหัสจริยธรรมการวิจัย 02-09-2559

ชื่อผู้วิจัย: นาวาตรีหญิง วราภรณ์ ปฎิสังข์

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนของครอบครัวต่ออารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดทั้งขณะอยู่โรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งท่านเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสม และได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ท่านและครอบครัวจะได้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป หลังจากนั้นท่านจะได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล คือ ได้รับคำแนะนำก่อนออกจากโรงพยาบาล เกี่ยวกับ การดูแลตนเองหลังคลอด การดูแลบุตร อาการผิดปกติของทั้งมารดาและบุตรที่ต้องรับมาโรงพยาบาลก่อนวันนัดหมาย รวมทั้งท่านและครอบครัวจะได้รับความรู้เกี่ยวกับ การเปลี่ยนแปลงของมารดาหลังคลอด อารมณ์เศร้าหลังคลอด สาเหตุ ผลกระทบ บทบาทของท่านและครอบครัวในการดูแลมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด และท่านและครอบครัวจะได้รับคู่มือแนวทางการดูแลมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด ขณะได้รับความรู้ ท่านและครอบครัวได้ร่วมอภิปราย ชักถามข้อสงสัย และพูดคุย ใช้เวลาประมาณ 35 นาที ในวันที่ 4 หลังคลอด ผู้วิจัยติดตามครอบครัวทางโทรศัพท์ ช่วงตอนเย็น ไม่เกินเวลา 19.00 น. หรือตามเวลาที่ครอบครัวของท่านกำหนด เพื่อสอบถามเกี่ยวกับการดูแลมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดของครอบครัวที่บ้าน และเปิดโอกาสให้ครอบครัวพูดคุย ชักถามข้อสงสัย และหาทางแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ใน 1 สัปดาห์หลังคลอด เมื่อท่านมาตรวจแผลฝีเย็บที่ห้องตรวจโรคสูตินรีเวชกรรม ท่านจะได้ตอบแบบสอบถามอารมณ์เศร้าหลังคลอด ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

ประโยชน์โดยตรงที่ท่านและครอบครัวจะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ คือ ท่านสามารถดูแลตนเอง และครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือท่านทั้งขณะที่อยู่โรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อลดอารมณ์เศร้า หลังคลอด และประโยชน์ทางอ้อมที่จะได้รับจากการ

เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ คือ ผลที่ได้จากการวิจัย สามารถนำไปใช้พัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อใช้เป็น
แนวในการดูแลมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิในการเข้าร่วม
โครงการวิจัยหรือ ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อใด ๆ ทั้งสิ้น โดย
ไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่านโดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุ
ชื่อของท่าน ข้อมูลที่ท่านตอบแบบสอบถามในกระดาษ จะถูกเก็บอย่างมิดชิดและปลอดภัยในตู้เก็บ
เอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัย จะถูกใส่รหัสผ่าน
ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัย
จะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุความเป็นตัวตนของท่าน
หลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย
นางวาทรีหญิง วราภรณ์ ปฏิสังข์ โทรศัพท์ 08-1733-2027 หรืออาจารย์ที่ปรึกษาหลัก อาจารย์ ดร.
วรรณทนา ศุภสีมานนท์ โทรศัพท์ 08-1652-5400

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่ง ในการให้ความร่วมมือครั้งนี้

นางวาทรีหญิง วราภรณ์ ปฏิสังข์
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถแจ้งให้
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 0-3810-2823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วย
อธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือ
ปรึกษากับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยใน
การตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์เรื่อง ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนของครอบครัว ต่ออารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอด

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความ เข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิก การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบ ใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจน ข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับ จะเปิดเผยข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบ ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางาตรีหญิง วราภรณ์ ปฏิสังข์)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นาวาตรีหญิง วราภรณ์ ปฏิสังข์)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม (เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง.....)

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/
ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นาวาตรีหญิง วราภรณ์ ปฏิสังข์)

ที่ ศธ ๒๕๐๒/ ๐๘๗๒



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๒๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นาวาตรีหญิงวารภรณ์ ปฏิสังข์ รหัสประจำตัว ๕๓๙๒๐๐๓๙ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติคำโครงการวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลต่ออาภรณ์เสริมในมารดาหลังคลอด” โดยมี ดร.วรรณทนา ศุภสีมานนท์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์ จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ มารดาหลังคลอดที่พักฟื้น ณ หอผู้ป่วย สูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ และมีคะแนนจากแบบสอบถามอาภรณ์เสริม ตั้งแต่ ๗ คะแนนขึ้นไป โดยแบ่งดังนี้

๑. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน ๓๐ ราย ระหว่างวันที่ ๑๔ พฤศจิกายน - ๑๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙
๒. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย จำนวน ๖๐ ราย ระหว่างวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๕๙ - ๑๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๔๕, ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๓๖

โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐ ๘๑ ๗๓๓ ๒๐๒๗

ภาคผนวก ค

เอกสารเกี่ยวกับเครื่องมือรวบรวมข้อมูล

Re: To be used kennerley blues questionnaire

จาก: **Helen Kennerley** (helen.kennerley@btinternet.com)

ส่งเมื่อ: 4 มิถุนายน 2559 15:16:23

ถึง: วราภรณ์ ปฏีสังข์ (mommam.wp@hotmail.com)

Dear Waraporn Patisang

I am so pleased that the Maternity Blues Questionnaire will be relevant to your research and I am very happy for you to translate it.

I wish you the very best for your research, which sounds most interesting.

With best wishes

Helen

Helen Kennerley D.Phil

Consultant Clinical Psychologist and Founding Fellow: OCTC

Senior Associate Tutor: University of Oxford

Sent from Yahoo Mail for iPad

On Saturday, June 4, 2016, 8:29 am, วราภรณ์ ปฏีสังข์ <mommam.wp@hotmail.com> wrote:



บันทึกข้อความ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	1688
วันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๕๙	๑.๕๕๖

ส่วนงาน มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) โทร ๒๘๓๖
ที่ ศธ ๖๖๐๗.๐๑/๐๔๔ วันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๕๙

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ด้วย นาวาตรีหญิงวารภรณ์ ปฏิสังข์ รหัสประจำตัว ๕๓๙๒๐๐๓๙ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลต่ออาการเศร้าโศกหลังคลอด" โดยมี ดร.วรรณณา ศุภสีมานนท์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามอารมณ์เศร้าหลังคลอดของ KENNERLEY (ฉบับภาษาไทย) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคุษฎีนิพนธ์ เรื่อง "MATERNITY BLUES AND MANAGEMENT STRATEGIES OF THAI POSTPARTUM WOMEN" ของ นางสาวรัชดา ท่วงประสงค์ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. ๒๕๕๙ เพื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณณี เตียววิเศษ)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

เรียน คณบดี

ด้วย นาวาตรีหญิงวารภรณ์ ปฏิสังข์ นิสิตหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง
มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว เพื่อนำมา
ใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ จึงเรียนมาเพื่อ

๑. โปรดทราบและพิจารณา
๒. เห็นควรสำเนาแจ้งรองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา
และมอบงานบัณฑิตบริหารเพื่อดำเนินการต่อไป

อำไพ ๓ มิ.ย. ๕๙

พว/ฉพทว
๑๓ มิ.ย. ๕๙

ฉพ

๓ มิ.ย. ๕๙



บันทึกข้อความ

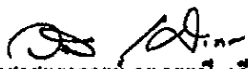
ส่วนงาน มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) โทร. ๒๘๓๖
ที่ ศธ ๒๖๐๗/๒๒๓๓ วันที่ ๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๙

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

ตามหนังสือที่ ศธ ๒๖๐๗.๐๑/๐๘๘ ลงวันที่ ๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๙ ท่านได้ขออนุญาตให้ นาวาตรีหญิงวรารมภ์ ปฏิสังข์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการหัตถการขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย คือ แบบสอบถามอารมณ์เศร้าหลังคลอดของ KENNERLEY (ฉบับภาษาไทย) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ ดุษฎีนิพนธ์ เรื่อง "MATERNITY BLUES AND MANAGEMENT STRATEGIES OF THAI POSTPARTUM WOMEN" ของ นางสาวรัชดา ห่วงประสงค์ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. ๒๕๕๙ เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ตามความทราบแล้วนั้น คณะฯ พิจารณาแล้ว อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย ดังกล่าวได้ โดยขอให้อ้างอิงผู้จัดทำเครื่องมือตามกฎหมายลิขสิทธิ์ด้วย


จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ


(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ์ เคียวอิศเรศ)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา รักษาการแทน
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เรียน รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา


คณะพยาบาลศาสตร์ มีหนังสือตอบอนุญาตให้ น.ศ.หญิงวรารมภ์ ปฏิสังข์ นิสิตหลักสูตร พย.ม. สาขาวิชาการหัตถการขั้นสูง ใช้ลิขสิทธิ์ในเครื่องมือวิจัยของ น.ศ.รัชดา ห่วงประสงค์ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (ดังรายละเอียด)

รับเรื่อง.....


8/6/๕๙

จึงเรียนมาเพื่อ

๑. โปรดทราบและพิจารณา
๒. เห็นควรสำเนาแจ้ง ดร.วรรณิ์นา ศุภสีมานนท์ (ที่ปรึกษาหลัก) ประธานหลักสูตร พย.ม. สาขาวิชาการหัตถการขั้นสูง ประธานหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ และนิสิต ทราบเพื่อดำเนินการต่อไป


นายทรงชนะ สาระสินธุ์

๒๒/๖/๕๙

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอด

1. อายุ.....ปี
2. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ (1)	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา (2)
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น (3)	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. (4)
<input type="checkbox"/> ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา/ปวส. (5)	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี (6)
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... (7)	
3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> ไม่ได้จดทะเบียน และไม่ได้อยู่กับสามี (1)	
<input type="checkbox"/> ไม่ได้จดทะเบียน แต่อยู่ร่วมกันกับสามี (2)	
<input type="checkbox"/> จดทะเบียนและอยู่ร่วมกัน (3)	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... (4)
4. ความเพียงพอของรายได้

<input type="checkbox"/> รายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย และมีเงินเหลือเก็บ (1)
<input type="checkbox"/> รายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ไม่มีเงินเหลือเก็บ แต่ไม่มีหนี้สิน (2)
<input type="checkbox"/> รายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย แต่มีหนี้สิน (3)
<input type="checkbox"/> รายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย แต่ไม่มีหนี้สิน (4)
<input type="checkbox"/> รายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย และมีหนี้สิน (5)
5. จำนวนบุตรของท่าน.....คน (รวมบุตรที่คลอดครั้งนี้)
6. จำนวนบุตรที่ท่านต้องเลี้ยงดู.....คน (รวมบุตรที่คลอดครั้งนี้)
7. สมาชิกในครอบครัวของท่านประกอบด้วย

<input type="checkbox"/> ท่าน สามี และบุตร (1)	<input type="checkbox"/> ท่าน สามี บุตร และญาติพี่น้อง (2)
--	--
8. บุคคลที่ให้การดูแลช่วยเหลือสนับสนุนท่านตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงปัจจุบัน**มากที่สุด** คือ (ระบุเพียง 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> สามี (1)	<input type="checkbox"/> บิดา/มารดาฝ่ายสามี (2)	<input type="checkbox"/> พี่/น้องของสามี (3)
<input type="checkbox"/> บิดา/มารดาของตนเอง (4)	<input type="checkbox"/> พี่/น้องของตนเอง (5)	
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ		

	ไม่มี (0)	มี (1)
26. มีอารมณ์ขัน ๑ ลง ๑		
27. กระสับกระส่าย		
28. รู้สึกสงบ		

ถ้ามี

มีน้อยกว่าปกติมาก (1)	มีน้อยกว่าปกติ (2)	มีต่างจากเดิม (4)	มีมากกว่าปกติ (4)	มีมากกว่าปกติมาก (5)