


ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้า
หลังคลอดในมารดาหลังคลอดครั้งแรก

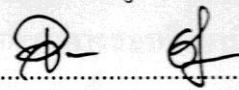
พิชญ์ชนมญัฐตา กาญจนवास

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
เมษายน 2563
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

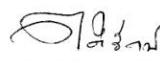
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ พิชญ์ชนมณัฐ์ ตากัญจนวาศ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

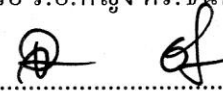
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ชนิดดา แนบเกษร)

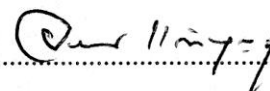
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จितท์จุฑา ชัยเสนา คาลลาส)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี)

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

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตท์จุฑา ชัยเสนา คาลลาส)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ แก้วบุญชู)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
ของมหาวิทยาลัยบูรพา

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

วันที่ 16 เดือน เมษายน พ.ศ. 2563

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รอ.หญิง ดร.ชนิดดา แนบเกษร อาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินท์จุฑา ชัยเสนา คาลลาส อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้องตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษา และให้การสนับสนุนเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณ นาวาตรี นายแพทย์ พลภัทร สีโรดม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชามญช์ ปุณ โณทก ที่ให้ความกรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งกรุณาให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไข ปรับปรุงจนมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณกรมแพทย์ทหารเรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ เพื่อนร่วมงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ถึงแม้ไม่ได้เอ่ยนามมา ณ ที่นี้ ที่ให้ความอนุเคราะห์ ตลอดจนขอขอบพระคุณพระมารดาหลังตลอดทุกท่านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีคุณภาพ และสำเร็จได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อปรีชา คุณแม่นัดดา กาญจนवास พี่สาว และครอบครัว รวมถึง เพื่อน ๆ ที่คอยสนับสนุนให้กำลังใจและความรักความห่วงใยและคอยช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยด้วยดี เสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและ ประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

พิชญ์ชนมญ์ชฎา กาญจนवास

58920053: สาขาวิชา: การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช; พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คำสำคัญ: โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม/ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด/ มารดาหลังคลอด

พิชญ์ชนมณัฐตา กาญจนวาส: ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดครั้งแรก (THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY PROGRAM ON POSTPARTUM DEPRESSION AMONG PRIMIPAROUS

MOTHERS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ชนิดดา แนบเกษร, Ph.D., จิณท์จุฑา

ชัยเสนา ดาลลาส, Ph.D. 94 หน้า. ปี พ.ศ. 2563.

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นปัญหาที่สำคัญในระบบสุขภาพในประเทศไทย ภาวะซึมเศร้าหากมีอาการรุนแรงมากขึ้นอาจนำไปสู่โรคซึมเศร้า และโรคจิตหลังคลอดได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดครั้งแรก ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 20 คน สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมจำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลแบบปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนซ้ำ และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีของบอนเฟอโรนี

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$ ทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมสามารถลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดให้กับมารดาหลังคลอดครั้งแรกได้ พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง สามารถประยุกต์ใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมนี้ เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดให้กับมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดครั้งแรก และนำไปประยุกต์ใช้กับมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

58920053: MAJOR: MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING; M.N.S.
(MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

KEYWORDS: COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY PROGRAM/ POSTPARTUM
DEPRESSION/ PRIMIPAROUS MOTHERS

PHITCHANAMONTA KANJANAVAS: THE EFFECT OF COGNITIVE
BEHAVIORAL THERAPY PROGRAM ON POSTPARTUM DEPRESSION AMONG
PRIMIPAROUS MOTHERS. ADVISORY COMMITTEE: CHANUDDA NABKASORN,
Ph.D., JINJUTHA CHAISENA DALLAS, Ph.D. 94 P. 2020.

Postpartum depression is a significant problem in Thailand. Depressive symptoms if deteriorated, it can progress to be depressive disorders and postpartum psychosis. The purpose of this quasi-experimental research was to examine the effect of cognitive and behavioral therapy program on postpartum depression in primiparous mothers. The sample included twenty primiparous mothers who met the inclusion criteria. The participants were randomly assigned into the experimental ($n = 10$) and the control ($n = 10$) groups. The experimental group received group cognitive modification program for 6 sessions, two sessions per week and each session took about 60 to 90 minutes. Where as those in the control group received only routine nursing care. The Edinburgh Postnatal Depression [EPDS] was used to collect data at pre-post tests and one month follow-up. Descriptive statistics, repeated measures ANOVA and pairwise comparisons using Bonferroni's method were employed to analyze the data.

The results showed that the experimental group had average postpartum depression scores significantly lower than the control group at post-test and 1 month follow-up ($p < .001$). In the experimental group, the mean scores of postpartum depression at pre-test, post-test and 1 month follow-up were significantly different ($p < .001$).

From the results, it showed that the cognitive and behavioral therapy program had significant effect on postpartum depression among primiparous mothers. Therefore, nurses and related health personnel could apply this program to reduce depression among these mothers and other groups of postpartum mothers.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ทั่วไป.....	5
วัตถุประสงค์เฉพาะ.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
ภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด.....	9
แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม.....	24
โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด.....	31
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	34
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	34
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	36
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย.....	39
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	40
ขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล.....	40
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	46

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	47
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลการเปรียบเทียบ ความแตกต่างคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง.....	48
ตอนที่ 2 ข้อมูลภาวะซึมเศร้า และผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น ทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน.....	50
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA)	51
5 สรุปและอภิปรายผล	55
สรุปผลการวิจัย	55
อภิปรายผลการวิจัย	56
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	60
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	60
บรรณานุกรม.....	62
ภาคผนวก	68
ภาคผนวก ก.....	69
ภาคผนวก ข.....	71
ภาคผนวก ค.....	73
ภาคผนวก ง.....	84
ภาคผนวก จ.....	90
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	94

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของมารดาหลังคลอดครั้งแรก จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน	48
2	คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน	50
3	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง	51
4	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	53
5	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาหลังคลอดครั้งแรกในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน	54
6	ผลการวิเคราะห์การแจกแจงแบบโค้งปกติโดยวิธี Fisher Skewness Coefficient และ Fisher Kurtosis Coefficient (คะแนนภาวะซึมเศร้า)	72

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
2	ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล	45
3	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง	52

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum depression) เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่มีความสำคัญในปัจจุบัน จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2017 a) พบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอด ร้อยละ 13 และในประเทศที่กำลังพัฒนา พบว่ามีความชุกถึงร้อยละ 19.8 สำหรับทวีปเอเชียการศึกษาของ Klainin and Arthur (2009) ได้ทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดใน 64 การศึกษาของ 17 ประเทศ มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยเฉลี่ยร้อยละ 1.6-20.3 ซึ่งภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสามารถพบได้ตั้งแต่ระยะ 1 สัปดาห์จนถึงระยะ 1 ปีหลังคลอด โดยช่วงเวลาที่มีความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากที่สุดอยู่ในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด (ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, 2553; Ghorbanshiroudi, Azari, Khalatbari, Charmchi, & Keikhayfarzaneh, 2011; Kendall-Tackett, 2010) การศึกษาของ กฤตภัก สมหอม (2553) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดระยะ 4-6 สัปดาห์ ร้อยละ 32.5 การศึกษาของ พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ และคณะ (2558) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่มีบุตรคนแรกในระยะ 4-8 สัปดาห์ ร้อยละ 48.28 และการศึกษาของ นลินี สิทธิบุญมา (2558) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดครรภ์แรกในระยะ 4 สัปดาห์หลังคลอด ร้อยละ 57.65 จากการศึกษาที่ผ่านจะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความชุกค่อนข้างสูง และมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น ซึ่งภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดนั้นส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาหลังคลอด สามี ทารก และครอบครัว หากไม่ได้รับการแก้ไขดูแลตั้งแต่ระยะแรก อาจจะทำให้มารดาหลังคลอดมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรงจนกลายเป็นโรคจิตหลังคลอด (Postpartum psychosis) จนนำไปสู่การทำร้ายตนเองและทำร้ายบุตรได้ ดังเช่น ข้อมูลจากสื่อในวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2557 ระบุว่ามารดาหลังคลอด 24 วัน มีอาการซึมเศร้า เหม่อลอย ได้หายออกไปจากบ้านพร้อมกับบุตร เมื่อตามหาเจอพบว่าบุตรถูกคินกลบเสียชีวิตทั้งเป็น อยู่ใกล้กับแม่น้ำแควน้อย (มติชนออนไลน์, 2557)

ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสามารถพบได้ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงรุนแรง จากการศึกษาของ Sadeghi Azar, Hashemi, and Forghani (2006) ได้ศึกษาความชุกและแบ่งระดับของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในระยะ 2-8 สัปดาห์ พบว่า มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดระดับเล็กน้อย ร้อยละ 33.6 ระดับปานกลาง ร้อยละ 5.9 และระดับรุนแรง ร้อยละ 1

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เป็นภาวะที่มารดาหลังคลอดมีความแปรปรวนทางด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ ร่างกาย และพฤติกรรม ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในมารดาหลังคลอด แต่ไม่ใช่โรคทางจิตเวช ทั้งนี้เนื่องจกัมารดาหลังคลอดจะต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และจิตสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย คือ มีการลดลงอย่างรวดเร็วของระดับฮอร์โมน Estrogen และฮอร์โมน Progesterone ทันทีหลังคลอด ทำให้สารสื่อประสาท คือ Serotonin ลดต่ำลงด้วย อีกทั้งร่างกายยังอ่อนเพลีย และเหนื่อยล้าจากการคลอดบุตร การพักผ่อนไม่เพียงพอ อาจส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดภาวะเครียด เบื่อหน่าย และท้อแท้ได้ อีกปัจจัยหนึ่ง คือ ปัจจัยทางด้านจิตสังคม เช่น ความเครียดจากการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร การสูญเสียหน้าที่การทำงาน สัมพันธภาพกับสามี การได้เพศบุตรไม่ตรงตามความต้องการของครอบครัว (Berger, Jolla, Zieve, & Ogilvie, 2016; Joy et al., 2017; Zieve et al., 2016) โดยเฉพาะมารดาหลังคลอดครั้งแรกต้องเผชิญกับความรูสึกกดดันต่อการปรับตัวกับบทบาทใหม่จากบทบาทภรรยาเป็นบทบาทมารดาต้องเผชิญกับประสบการณ์ใหม่ เช่น การทำหน้าที่ในการดูแลทารกแรกคลอดที่ต้องการการตอบสนองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อีกทั้งยังขาดประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร ซึ่งถ้าหากมารดาหลังคลอดไม่สามารถผ่านพ้นวิกฤตของความเครียดและความวิตกกังวลต่าง ๆ หรือไม่สามารถปรับตัวกับบทบาทใหม่ที่เกิดขึ้นได้ก็จะส่งผลให้มารดาหลังคลอดสูญเสียความสมดุลทางอารมณ์ เกิดความผิดปกติทางอารมณ์และความแปรปรวนของพฤติกรรม โดยอาจเกิดความคิด ความรู้สึกทางลบต่อตนเอง และมีทัศนคติที่บิดเบือนต่อตนเอง ประสบการณ์ของตนเอง และอนาคตของตนเองได้

มารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะแสดงออกโดยมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ได้แก่ มีอารมณ์และความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย หดหู่ หม่นหมอง วิตกกังวล รู้สึกไร้ค่าไม่มีความหมาย ไม่มีคนต้องการ บางครั้งคิดว่าตนเองทำผิดพลาดไปไว้ ทางด้านความคิด มารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า มักจะมีความคิดทางด้านลบ เช่น ฉันเป็นแม่ที่ไม่ดี ลูกคงไม่รักฉัน มีความรู้สึกผิดที่คิดในด้านลบของตนเอง คิดว่าเป็นความผิดของตนเอง มีความรู้สึกผิด มีความเชื่อมั่นในตนเองลดลง คิดว่าตนเองคงไม่สามารถรับมือกับสิ่งต่าง ๆ ได้ (Philip, 2014) และจะมีอาการแสดงออกทางร่างกาย ได้แก่ ซึมเศร้าอย่างรุนแรง ร้องไห้บ่อย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจตนเอง ความรู้สึกทางเพศลดลง ควบคุมตนเองไม่ได้

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดนอกจากจะส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดแล้วยังส่งผลกระทบต่อทารกและครอบครัว มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะไม่พร้อมในการแสดงบทบาทการเป็นมารดา มีอาการอ่อนเพลีย ไม่อยาก ไม่สนใจหรือมีความลำบากในการเลี้ยงดูทารก จากการสังเคราะห์งานวิจัยโดย Beck (1995) พบว่า ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อความสัมพันธ์

ระหว่างมารดาและทารกในระยะหนึ่งปีแรกหลังคลอด โดยผลกระทบต่อทารกคือมารดาเกิดความรู้สึกด้านลบกับทารก สัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกบกพร่อง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านอารมณ์และการเรียนรู้ของทารกในช่วงขวบปีแรก เมื่อทารกโตขึ้นพบว่า มีปัญหาด้านสติปัญญาและพฤติกรรม (Beck, 1999; Grace, Evindar, & Stewart, 2003; Murry & Cooper, 1997) ผลกระทบต่อครอบครัวพบว่า การติดต่อสื่อสารภายในครอบครัวไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวบกพร่อง โดยเฉพาะสัมพันธภาพกับสามีอาจส่งผลให้เกิดปัญหาทางครอบครัวตามมา จากผลกระทบของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่กล่าวมาอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพทั้งมารดาหลังคลอด ทารกและครอบครัวได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน และลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดในประเทศไทย พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และการเพิ่มความสามารถในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าในการต่อสู้กับความเครียด แต่วิธีการหรือโปรแกรมสำหรับการดูแลและช่วยเหลือมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร่ายังพบได้น้อย สำหรับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า มีการศึกษาและพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมในการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพค่อนข้างดีในการลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เช่น การบำบัดด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Therapy [IPT]) โดย O'Hara, Stuart, Gorman, and Wenzel (2000) ได้ศึกษาผลของการบำบัดด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอด ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร่าลดลงมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญ และหลังได้รับ โปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร่าลดน้อยลงกว่ากลุ่มควบคุม การบำบัดด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจะเน้นที่การปรับปรุงปัญหา ระหว่างบุคคล ปัญหาสัมพันธภาพ การสื่อสารที่ไม่เหมาะสมในการสร้างสัมพันธภาพ และปัญหา การขาดการสนับสนุนทางสังคม (Stuart, 2012) และอีกหนึ่งวิธีบำบัดที่ได้ผลดีในการลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดคือวิธีการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy [CBT]) ซึ่งการบำบัดนี้เป็นวิธีหนึ่งที่เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ช่วยให้ผู้ที่ภาวะซึมเศร่ามีภาวะซึมเศร่าลดลงและมีแบบแผนความคิดที่ยืดหยุ่นมากขึ้น (Hamilton, 2017; Mathews, 2019) การศึกษาของ Pugh, Hadjistavropoulos, and Dirkse (2016) ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมทางอินเทอร์เน็ตกับมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าในประเทศแคนาดา จำนวนครั้งในการบำบัดทั้งหมด 4-7 ครั้ง พบว่า หลังการทดลองมารดาหลังคลอดมีภาวะซึมเศร่าลดลง รวมถึงมีการลดลงของความวิตกกังวล ความเครียดและความทุกข์ของมารดา

หลังคลอดลดลง รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตทางจิตใจและสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นด้วย เช่นเดียวกันกับผลการศึกษาของ Milgrom et al. (2016) ที่ศึกษาเรื่อง โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอด ประเทศออสเตรเลีย จำนวนครั้งในการบำบัดทั้งหมด 6 ครั้ง พบว่า โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมทางอินเทอร์เน็ต สามารถลดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลและความเครียดในมารดาหลังคลอดได้

การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy [CBT]) เป็นรูปแบบการบำบัดที่มีขั้นตอนเพื่อให้เข้าใจถึงความคิดที่มีผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรม มีโครงสร้างที่ชัดเจน ระยะเวลากระชับ เป็นการบำบัดที่เน้นปัจจุบัน มุ่งเน้นไปที่การแก้ไขปัญหาปัจจุบัน และการปรับความคิดที่บิดเบือนไปของผู้ที่ได้รับการบำบัด ตามแนวคิดของ Beck (1995) กล่าวว่า อารมณ์เศร้าเกิดจากกระบวนการคิดที่บิดเบือน 3 ด้าน (Cognitive triad) คือ 1) การมองตนเอง 2) การมองโลก และ 3) การมองอนาคตไปในทางลบ ทำให้เกิดความคิดที่บิดเบือน (Cognitive distortion) และความคิดที่ผิดพลาด (Cognitive error) Beck เชื่อว่าความคิดด้านลบจะนำไปสู่อารมณ์ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น หดหู่ ลึกลับ แยกตัว ซึมเศร้า นำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมจะช่วยปรับความคิดอัตโนมัติทางลบ ทำให้เข้าใจความคิด อารมณ์ และความรู้สึกของตนเองตามความเป็นจริง และมีความคิดทางเลือกเพื่อให้เกิดมุมมองทางบวก นำไปสู่การปรับอารมณ์ พฤติกรรมในทางที่เหมาะสม รู้จักวิธีในการแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยหลักการตามแนวคิดของ Beck (1995) การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบตามความเป็นจริง 3) การปรับเปลี่ยนความคิดต่อปัจจัยเหตุของปัญหาและการคิดในทางลบผลลัพธ์ของปัญหา และ 4) การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา เมื่อบุคคลสามารถที่จะค้นหาและปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบ ค้นหาความคิดทางเลือกได้ จะทำให้สามารถปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสมตามมาได้ (Beck, 1995) ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ผลของการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลงและมีแบบแผนความคิดที่ยืดหยุ่นมากขึ้น รวมถึงช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลได้ ส่งผลให้ผู้ที่ได้รับการบำบัดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลและปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับมารดาและทารก เห็นความสำคัญของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดซึ่งเป็นปัญหาที่มีความสำคัญและควรให้การช่วยเหลือโดยเฉพาะในมารดาหลังคลอดในระยะ 4-6 สัปดาห์ ซึ่งในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการติดตามอาการมารดาหลังคลอดในระยะนี้

โดยจะเน้นการดูแลสุขภาพกายมากกว่าสุขภาพจิต ซึ่งหากมีการคัดกรองแล้วพบว่ามารดาหลังคลอดมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตก็จะทำการส่งต่อไปพบแพทย์เฉพาะทางเพื่อรับยาในการรักษา แต่ยังไม่มีการพัฒนาโปรแกรมที่จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอด และจากการศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์พบว่ามีความชุกถึงร้อยละ 32.5 (กฤตภัก สมหอม, 2553) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดให้กับมารดาหลังคลอดครั้งแรกในระยะ 4-6 สัปดาห์ ที่มารับการตรวจหลังคลอดในโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ผลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาล การพัฒนาโปรแกรมในการดูแลมารดาหลังคลอดครั้งแรกเพื่อลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอด ซึ่งจะช่วยลดความทุกข์จากอาการของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด รวมทั้งยังช่วยให้มารดาหลังคลอด และทารกมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดครั้งแรก

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดครั้งแรกในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดครั้งแรกในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

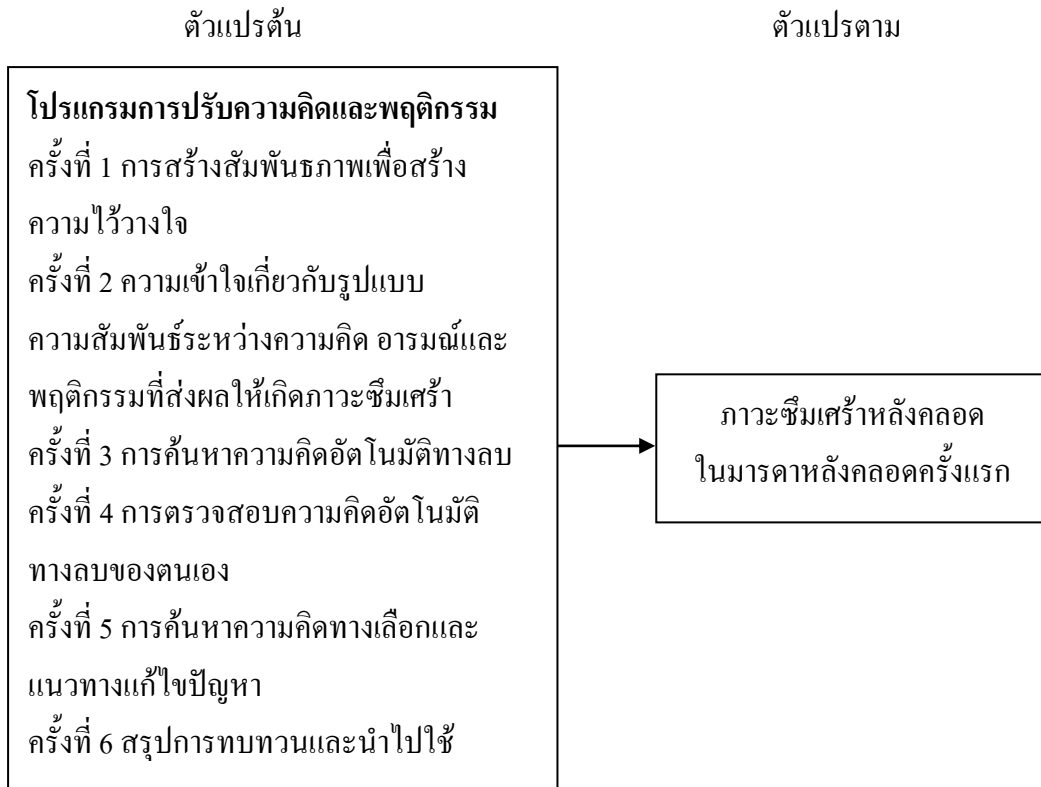
1. มารดาหลังคลอดครั้งแรกในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน
2. มารดาหลังคลอดครั้งแรกในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอด โดยเฉพาะระยะ 4-6 สัปดาห์ เป็นช่วงที่มารดาหลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา ฮอร์โมน Estrogen และฮอร์โมน Progesterone ลดต่ำลง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคมในการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา การเลี้ยงดูบุตร ทำให้เกิดความเครียด เหนื่อยล้า หดหู่ รู้สึกไร้ค่า ท้อแท้ สิ้นหวัง นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดได้ การศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดครั้งแรก ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดของ Beck (1995) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรม ซึ่ง Beck (1995) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นจากกระบวนการคิดและความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง ส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีมุมมองความคิดทางลบ 3 ด้าน (Cognitive triad of depression) คือ

- 1) มุมมองทางลบต่อตนเอง มารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่าบกพร่อง ไม่มีความสามารถในการดูแลบุตร คิดว่าตนเองเป็นแม่ที่ไม่ดี
- 2) มุมมองด้านลบต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัวมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า จะมองว่าคนรอบข้างคอยแต่ตำหนิ จับผิดตนเองในการเลี้ยงดูบุตร
- 3) มุมมองด้านลบต่ออนาคต มารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองว่าอนาคตมีความยากลำบาก เกิดความท้อแท้สิ้นหวัง โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1967) ซึ่งประกอบไปด้วยการบำบัด 4 ขั้นตอน คือ

- 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ
- 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบตามความเป็นจริง
- 3) การปรับเปลี่ยนความคิด ค้นหาความคิดทางเลือก และ
- 4) การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยระยะเวลาที่กำหนดในแต่ละครั้งประมาณ 45-90 นาที จำนวนครั้งที่ใช้ในการบำบัด 6-12 ครั้ง เมื่อบุคคลสามารถที่จะค้นหาและปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบได้ตรงกับความเป็นจริงและมีความคิดทางเลือก ปรับมุมมองไปในทางบวก ไปในทางที่เหมาะสมก็จะส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าลดลง ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการใช้การบำบัดในระยะสั้น โดยแบ่งออกเป็นจำนวนการบำบัดทั้งหมด 6 ครั้ง โดยสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง สองกลุ่มแบบวัดก่อน-หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือนหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดครั้งแรก โดยศึกษาในมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่ได้รับการตรวจภายหลังคลอดระยะ 4-6 สัปดาห์ ที่ห้องตรวจ สูตินรีเวชกรรม และคลินิกเครือข่ายของโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จากการศึกษาด้วยแบบประเมิน Edinburgh Postnatal Depression [EPDS] จำนวน 20 คน ในช่วงระยะเวลาเดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562

นิยามศัพท์เฉพาะ

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด หมายถึง ความแปรปรวนทางด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ ร่างกาย และพฤติกรรม ที่มีผลจากการที่มีความคิด ความรู้สึกทางลบต่อตนเอง และมีทัศนคติที่บิดเบือนต่อตนเอง ประสิทธิภาพของตนเอง และอนาคตของตนเองในมารดาหลังคลอด โดยมีอาการ

และอาการแสดง ได้แก่ อารมณ์เศร้า เบื่อหน่ายท้อแท้ มีพฤติกรรมที่เชื่องช้าลง ไม่สนใจตนเอง หรือไม่สนใจบุตร เป็นต้น (Beck & Alford, 2009) โดยประเมินจากการคัดกรองด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Edinburgh Postnatal Depression)

โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม หมายถึง โปรแกรมจิตบำบัดระยะสั้น รายบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดหลักจากการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1995) ซึ่งมีเป้าหมายการบำบัด คือ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมจากสถานการณ์ที่เป็นจริง ประกอบด้วยการบำบัด 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบตามความเป็นจริง 3) การปรับเปลี่ยนความคิด ค้นหาความคิดทางเลือก และ 4) การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาโดยผู้วิจัยทำการบำบัดทั้งหมด 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที

การพยาบาลแบบปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลประจำการในหน่วยงาน สูตินรีเวชกรรมและคลินิกเครือข่ายให้การดูแลมารดาหลังคลอด ได้แก่ การซักประวัติ การเตรียมร่างกายผู้ป่วยเพื่อตรวจสุขภาพ การประเมินอาการและให้การพยาบาลตามอาการ การให้คำแนะนำ และการพยาบาลตามปัญหาของแต่ละบุคคล

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด
2. แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม
3. โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด

ภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด

ความหมายมารดาหลังคลอด

Cunningham et al. (2014) ให้ความหมายว่า มารดาหลังคลอด คือ หญิงที่อยู่ในช่วงเวลา 4-6 สัปดาห์ นับจากการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ (หญิงแท้งบุตร ไม่นับรวมเป็นมารดาหลังคลอด) ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ร่างกายของสตรีหลังคลอดบุตรมีการเปลี่ยนแปลงกลับคืนสู่สภาพปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์

การเปลี่ยนแปลงของมารดาหลังคลอด

1. การเปลี่ยนแปลงด้านฮอร์โมน

ระยะหลังคลอด หมายถึง ช่วงเวลาที่ร่างกายของสตรีหลังคลอดบุตรมีการเปลี่ยนแปลงกลับคืนสู่สภาพปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ซึ่งระยะเวลาดังกล่าวนับตั้งแต่รกคลอดครบจนถึงระยะ 6-8 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีการปรับตัวทั้งทางด้านกายวิภาคและสรีระของอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงด้านฮอร์โมน ซึ่งในขณะตั้งครรภ์ฮอร์โมน Estrogen และฮอร์โมน Progesterone จากรกซึ่งมีระดับสูงมากจะไปกดสมองส่วนหน้าของต่อมใต้สมอง (Anterior pituitary gland) ยับยั้งไม่ให้เกิดการหลั่งฮอร์โมน Prolactin ออกมามากกว่าระดับปกติ แต่ภายหลังคลอดหรือหลังแท้งบุตร (อายุครรภ์มากกว่า 2 สัปดาห์) ฮอร์โมน Estrogen และฮอร์โมน Progesterone จากรกจะลดระดับลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งระดับฮอร์โมน Estrogen ในหญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์โดยปกติมีค่าในช่วง 80-200 Picogram/ Liter ในกระแสเลือด ช่วงตั้งครรภ์จะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จนถึง 5,000 Picogram/ Liter ระยะหลังคลอดภายใน 3 ชั่วโมง ระดับฮอร์โมน Estrogen จะลดลงประมาณร้อยละ 10 และหลังจากสัปดาห์แรกของการคลอด จะไม่สามารถตรวจพบ Progesterone ใน Serum ได้ การลดระดับลงอย่างรวดเร็วของฮอร์โมนทั้งสองช่วงหลังคลอด จะมีผลต่อสารสื่อประสาทคือ Serotonin นั่นคือ เมื่อฮอร์โมน Estrogen สูงขึ้น Serotonin ก็จะมีเพิ่มสูงขึ้น ทำให้เกิดอารมณ์ดีมีใจ มีความรู้สึก

สนุกสนาน สำราญใจซึ่งถ้าสูงมากขึ้นอาจถึงขั้นประสาทหลอน ก้าวร้าว รุนแรง หรือมีอาการของ Schizophrenia ได้ ดังนั้นเมื่อระดับของฮอร์โมน Estrogen ต่ำลงก็จะส่งผลให้ระดับของ Serotonin ต่ำลงด้วย จะทำให้เกิดอาการเบื่อหน่าย นอนไม่หลับ และเป็นสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Etebary, Nikseresht, Sadeghipour, & Zarrindast, 2011; Hendrick, Altshuler, & Suri, 1998)

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคม

ระยะหลังคลอด ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงเฉพาะทางด้านสรีรวิทยาเท่านั้น แต่ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ เพื่อการปรับตัวในการรับบทบาทใหม่ ทั้งตัวมารดาหลังคลอดและสมาชิกในครอบครัวต่อสมาชิกใหม่ ในระยะแรกมารดาหลังคลอดอาจต้องมีการปรับตัวค่อนข้างยาก หงุดหงิด อารมณ์แปรปรวนง่าย เนื่องจากความไม่สุขสบายทางกาย และความตึงเครียดด้านจิตใจ ดังนั้นควรให้ความสำคัญต่อการปรับตัว โดยการให้ความช่วยเหลือ กำลังใจ คำแนะนำและควรส่งเสริมให้มีความมั่นใจในการดูแลตนเอง และการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายและจิตใจสามารถเลี้ยงดูบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ (มณีภรณ์ โสมานุสรณ์, 2553)

การปรับตัวของมารดาหลังคลอดในการรับบทบาทมารดานั้นเป็นกระบวนการที่ค่อยเป็นค่อยไปเป็นลำดับ ไม่ได้เกิดขึ้นทันทีหลังการคลอด Rubin (1961, อ้างถึงใน มณีภรณ์ โสมานุสรณ์, 2553) ศึกษาพฤติกรรมของมารดาหลังคลอดได้อธิบายว่า การปรับตัวบทบาทมารดาเป็นขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ และความรู้สึกหลายอย่างที่เกิดขึ้นภายหลังคลอด โดยที่มารดาจะมีลักษณะพฤติกรรมที่แตกต่างกันไปตามระยะเวลาประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ระยะสนใจแต่ความต้องการของตนเอง (Taking-in phase) เป็นระยะ 1-2 วันแรก ภายหลังคลอดมารดาจะมีพฤติกรรมพึ่งพาผู้อื่นมากที่สุดและไม่ต้องการทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง เนื่องจากระยะนี้ร่างกายยังอ่อนเพลียจากการคลอดและมีความไม่สุขสบาย เช่น ปวดแผลฝีเย็บ ปวดมดลูก คัดตึงเต้านม จึงไม่ต้องการทำอะไรด้วยตนเอง สนใจแต่ความต้องการของตนเองในเรื่องความสุขสบาย การพักผ่อน ระยะนี้จะเชื่อฟังคนที่ตอบสนองต่อความต้องการของตนเองได้ อยากพูดอยากเล่าประสบการณ์การคลอดที่ผ่านมา นอกจากนี้ มารดาคลอดในครรภ์แรกอาจมีความเครียดทางจิตใจ เนื่องจากได้มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทการเป็นมารดา ต้องการการดูแลและบำรุงร่างกาย การได้รับความช่วยเหลือ

ระยะที่ 2 ระยะที่สามารถจัดการทั้งเกี่ยวกับตนเองและกิจกรรมอื่นได้ (Taking-hold phase) ระยะนี้มีเวลาประมาณ 10 วัน เริ่มตั้งแต่วันที่ 3 หลังคลอดไประยะที่เข้าสู่พฤติกรรมพึ่งพา กึ่งอิสระนั่นคือ มารดาจะมีพฤติกรรมช่วยเหลือตนเองได้ กระตือรือร้นที่จะรับผิดชอบดูแลตนเองและทารก แต่อาจรู้สึกสงสัย ไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองในการเลี้ยงบุตร พยายามควรเปิดโอกาสให้มารดาได้ฟังการสอนเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร รวมทั้งการสาธิตการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา

การอุ้ม การอาบน้ำสระผมทารกด้วยตนเอง นอกจากนี้พยาบาลควรให้กำลังใจและให้คำชมเชยเมื่อมารดาสามารถปฏิบัติกิจกรรมการเลี้ยงดูบุตรได้อย่างถูกต้องตอนที่มารดาจะกลับบ้าน ซึ่งถ้ามารดาได้รับการช่วยเหลือในการได้รับคำแนะนำที่เหมาะสม รวมทั้งได้รับกำลังใจจากบุคคลที่ใกล้ชิดและบุคลากรที่เกี่ยวข้องจะทำให้มารดามีความมั่นใจและสามารถเผชิญกับบทบาทมารดาได้อย่างเร็วขึ้น อย่างไรก็ตามระยะนี้มารดายังมีความต้องการอาหารบำรุงร่างกาย ต้องการการจับถ่ายที่เป็นปกติ ต้องการการพักผ่อนอย่างเพียงพอและต้องการบุคคลที่คอยปลอบโยนให้กำลังใจ ถ้าความต้องการเหล่านี้ไม่ได้รับการตอบสนองมารดาจะทำให้มารดาขาดความมั่นใจ รู้สึกว่าตนเองล้มเหลว และคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่าพอที่จะเป็นมารดา

ระยะที่ 3 ระยะยอมให้ทารกสร้างแนวทางในการดำเนินชีวิตใหม่ (Letting go) เป็นระยะต่อจาก Taking-hold เริ่มตั้งแต่วันที่ 10 หลังคลอดเป็นต้นไป ในระยะนี้เป็นระยะที่มารดาจะเกิดความรู้สึกเศร้าโศกจากการสูญเสียสิ่งที่เคยเป็นส่วนหนึ่งของร่างกายคือทารก มารดาจะเริ่มยอมรับว่าทารกเป็นบุคคลหนึ่งที่แยกจากตัวเอง ระยะนี้มารดาต้องปรับตัวในหลายหลายด้าน เช่น การปรับตัวในการยอมรับบุตรในฐานะที่เป็นบุคคลที่มีลักษณะของตนเอง โดยจะเริ่มหาแนวทางอีกการเลี้ยงดูบุตรและแนวทางในการดำเนินชีวิตของครอบครัวที่มีสมาชิกเพิ่มขึ้นหากบรรดาปรับตัวไม่ได้ มารดาจะขาดการให้ความสนใจทารก เศร้าโศกผิดหวังในเพศของทารกไม่มองดูทารกหรือมองดูแต่ไม่ได้แสดงความรู้สึกใด ๆ ปฏิเสธการอุ้มไม่สัมผัสลูบคลำ ไม่ซักถามเกี่ยวกับทารกและไม่เลี้ยงดูบุตรด้วยนมของตนเอง รวมทั้งต้องมีการพึ่งพาซึ่งกันและกันกับบุคคลภายในครอบครัว ระยะนี้เป็นระยะที่สามีและภรรยาต้องพึ่งพาซึ่งกันและกัน

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจหลังคลอดนั้นมีความสำคัญเช่นเดียวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย มารดาต้องปรับตัวอย่างมากในทุก ๆ ด้าน ได้แก่ อาการซึมเศร้า ความกังวลในการเลี้ยงดูบุตร ความไม่สบายจากสภาวะหลังคลอดใหม่ ๆ และการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์มีความกลัวและตกใจกับการคลอด ส่วนใหญ่อาการดังกล่าวจะหายไปในเวลา 2-3 วันหลังคลอด ถ้านานกว่า 10 วัน หรือมีอาการไม่ดีขึ้น ควรปรึกษาจิตแพทย์ทันที

ความหมายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด

Videbeck (2011) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะมีอาการทางคลินิกซึ่งเป็นอาการของภาวะซึมเศร้า คือ ไม่สนใจในการร่วมกิจกรรม เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย มีปัญหาในการนอนหลับ มีปัญหาในการดูแลบุตร มีความรู้สึกผิด มีความคิดฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีลักษณะที่สำคัญเกือบทั้งหมดเช่นเดียวกับภาวะซึมเศร้า และมีอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 4 สัปดาห์แรกหลังคลอด

WHO (2017 b) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นภาวะที่พบได้บ่อย โดยจะมีอาการคือ ไม่มีเรี่ยวแรง เบื่ออาหาร วิตกกังวล ไม่มีสมาธิ ตัดสินใจ ในเรื่องต่าง ๆ ไม่ได้ กระวนกระวายใจ รู้สึกตนเองไร้ค่า รู้สึกผิด หมดหวัง มีความรู้สึกทุกข์ใจอย่างมาก ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล ไม่มีความรู้สึกผูกพันกับลูก และเกิดความกังวลว่าจะไม่สามารถดูแลตนเองและลูกได้ หากไม่ได้รับการรักษา ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อาจอยู่ยาวนานเป็นเดือนหรือปี ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพแม่และพัฒนาการของลูกได้

National Institutes of Health (2017) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด คือ ความผิดปกติของอารมณ์ที่ส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอด โดยมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความรู้สึกเศร้ารุนแรง มีความวิตกกังวล และเหนื่อยล้า ส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีความสามารถในการดูแลตนเอง ครอบครัวยุติและทารกได้น้อยลง

กล่าวโดยสรุปคือภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นภาวะที่มีความผิดปกติทางอารมณ์และจิตใจที่เกิดขึ้นในระยะหลังคลอดสามารถพบได้บ่อย ทำให้มีอาการนอนไม่หลับ อารมณ์แปรปรวน ไม่มีเรี่ยวแรง เบื่ออาหาร รู้สึกไร้ค่าและโดดเดี่ยว มองอนาคตในแง่ลบ รวมถึงความรู้สึกไม่ดีต่อทารกและบุคคลใกล้ชิด โดยจะมีอาการนานมากกว่า 2 สัปดาห์ ส่งผลให้มารดาหลังคลอดไม่สามารถดูแลตนเอง และไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลทารกได้อย่างเหมาะสม หากไม่ได้รับการรักษา จะส่งผลเสียต่อสุขภาพแม่และพัฒนาการของลูกได้

ความผิดปกติทางด้านอารมณ์และจิตใจหลังคลอด

ความผิดปกติของอารมณ์และจิตใจภายหลังคลอดสามารถจำแนกได้ 3 ชนิด ตามความรุนแรง (พัคตร์วิไล ศรีแสง, 2549; พาพร เลหาวิรภาพ, 2557) ดังนี้

1. อารมณ์เศร้าหลังคลอด (Adjustment reaction with depressed mood) หรือ นิยมเรียกว่า Postpartum blue, Maternal or Baby blues

อารมณ์เศร้าหลังคลอด เป็นภาวะที่มารดาหลังคลอดไม่สามารถปรับตัวทางด้านจิตใจ และอารมณ์ตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือไม่สามารถเผชิญปัญหาในระยะหลังคลอดได้ โดยการปรับตัวนี้เป็นความผิดปกติชนิดที่ไม่รุนแรงเพราะในระยะหลังคลอดมารดาจะมีอารมณ์แปรปรวนง่าย ต้องประณีตกับประสบการณ์ใหม่ เช่น การดูแลบุตร การปรับตัวเป็นมารดา ทำให้เกิดความรู้สึกกดดันต่าง ๆ ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล ความผิดหวัง หรือแม้แต่ว่าความสุขที่สามารถมีบุตร ถ้ามารดามีสุขภาพจิตดีสามารถเผชิญความรู้สึกต่าง ๆ ได้ดีอาการเศร้าจะหายไป แต่ถ้าไม่สามารถเผชิญได้อาการเศร้าจะกลายเป็นอาการที่รุนแรงขึ้นได้ ภาวะนี้สามารถพบได้บ่อยถึงร้อยละ 50-75 ในมารดาหลังคลอด มักเกิดภายใน 3-5 วันหลังคลอด และอาการมักหายไปเองภายใน 1-2 สัปดาห์ โดยไม่ต้องรักษา อย่างไรก็ตามมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดควรได้รับการประเมินต่อเนื่อง

เพราะอาจจะทำให้มีโอกาสเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอดต่อไปได้

2. โรคประสาทหลังคลอด (Postpartum major mood disorder) หรือ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum depression)

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เป็นภาวะที่จิตใจมีความซึมเศร้าอย่างรุนแรงต่างกับภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด คือ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะมีความรู้สึกแรงกว่า พฤติกรรมที่แสดงออกจะเปลี่ยนไปจากเดิมมาก ซึ่งสามารถพบได้ร้อยละ 10-15 ของมารดาหลังคลอด

3. โรคจิตหลังคลอด (Postpartum psychosis)

โรคจิตหลังคลอด พบได้ประมาณ 1 หรือ 2 รายในสตรีหลังคลอด 1000 ราย โดยทั่วไปจะเกิดขึ้นได้ยากมักมีสาเหตุทางสังคมร่วมด้วย ส่วนใหญ่เป็นอาการรุนแรงต่อเนื่องมาจากภาวะอารมณ์เศร้า และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่ทำให้การดูแลรักษาล่าช้าเกินไป

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum depression)

มารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จะแสดงออกโดยมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมซึ่งแสดงออกทางด้านจิตใจ ได้แก่ มีอารมณ์และความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย หดหู่ หม่นหมอง วิดกกังวล รู้สึกไร้ค่า ไม่มีความหมาย ไม่มีคนต้องการ และจะมีอาการแสดงออกทางด้านร่างกาย ได้แก่ ซึมเศร้าอย่างรุนแรง ร้องไห้ถี่ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจตนเอง ไม่มีความรู้สึกทางเพศ ควบคุมตนเองไม่ได้ ถ้ารุนแรงจะคิดฆ่า พยายามฆ่า ไม่มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ซึ่งอาจจะทำร้ายทารกของตนเองได้ (พัศตรีวิไล ศรีแสง, 2549; พาพร เลหาวิรภาพ, 2557; Klainin & Arthur, 2009) มีการกำหนดระยะเวลาที่เกิดภาวะนี้แตกต่างกัน เช่น ภายใน 2-3 วัน หรือ 2-3 สัปดาห์หลังคลอด 6 สัปดาห์หลังคลอด 3 เดือนหลังคลอดหรือภายในหนึ่งปีหลังคลอด โดยมีอาการนานมากกว่า 2 สัปดาห์ แม้ว่าจะเกิดขึ้นได้ทุกระยะตลอดหนึ่งปีแรกหลังคลอด แต่มักเกิดอาการขึ้นมากที่สุดประมาณ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด (Kendall-Tackett, 2010)

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะเริ่มจากอาการนำ คือ อาการนอนไม่หลับ ร้องไห้โดยไม่มีสาเหตุเริ่มซึมเศร้าอาการจะคงอยู่ 3-4 สัปดาห์ จะแบ่งได้เป็นสามระยะ คือ

ระยะที่ 1 เกิดในระยะแรกหลังคลอดวันที่ 3-10 มีอาการซึมเศร้า เสียใจ สูญเสีย เกิดจากความตื่นเตนในการคลอด

ระยะที่ 2 เกิดในช่วง 1-3 เดือนหลังคลอด หญิงหลังคลอดต้องมีการปรับตัวในบทบาทของการเป็นมารดา การเลี้ยงดูบุตร พยายามรวมทารกเข้าเป็นสมาชิกในครอบครัว ในขณะที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในระยะหลังคลอด มีอาการอ่อนเพลีย ทำให้เกิดอาการหงุดหงิดอย่างมาก

ระยะที่ 3 อาจเกิดได้ในระยะเวลา 1 ปีหลังคลอด เกิดจากที่หลังคลอดได้พยายามปรับตัวแล้วแต่ยังรู้สึกสองฝักสองฝ่ายกับการเป็นมารดา อยากทำหน้าที่ดีที่สุดในที่สุดแต่ยังมีความอ่อนล้า ทำให้เกิด

อารมณ์แปรปรวนไม่คงที่ มีความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว ทำให้เกิดความน้อยใจอย่างมาก

สาเหตุและปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าการคลอดบุตร ไม่ได้เป็นสาเหตุสำคัญอย่างเดียว แต่มีส่วนเกี่ยวข้องกับหลายสิ่งหลายอย่างด้วยกัน คือบุคลิกภาพของมารดา ภาวะจิตสังคม ความตึงเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และปัจจัยส่งเสริมหลายประการ ซึ่งพอจะจำแนกได้ดังนี้ (เบญจพร ปัญญาขง, 2555; Klainin & Arthur, 2009; Northati, Nik Hazlina, Asrenee, & Wan Emilin, 2014)

1. ความตึงเครียดทางร่างกาย (Biological stress) ซึ่งสามารถแบ่งได้ ดังนี้

1.1 การตั้งครรภ์และการคลอด โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์แรกหรือมีภาวะแทรกซ้อน ตั้งครรภ์การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระวิทยาของร่างกายจากการคลอด การเสียเลือด ความเจ็บปวด ทำให้เกิดภาวะร่างกายอ่อนเพลีย

1.2 การเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ ได้แก่ การลดลงของฮอร์โมน Estrogen และฮอร์โมน Progesterone ลดลงอย่างรวดเร็วในระยะหลังคลอด มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน Prolactin ที่เพิ่มสูงขึ้น ในระยะหลังคลอด นอกจากนี้ยังมีการลดลงของฮอร์โมน Norepinephrine และฮอร์โมน Thyroxine ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญทำให้เกิดอาการของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ โดยเฉพาะในรายที่แนวโน้มที่จะเกิด

1.3 การคลอดลำบาก การบาดเจ็บจากการคลอด หรือมีปัญหาหลังคลอด การได้รับยานอนหลับ หรือการอดนอนนาน ๆ ในระยะคลอด อาจมีผลทำให้เกิดความผิดปกติของจิตใจได้

2. ความตึงเครียดทางจิตใจ (Psychological stress) มีองค์ประกอบทางจิตใจหลายอย่างที่ เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เช่น

2.1 การเปลี่ยนแปลงในบทบาท การเป็นมารดา ภรรยาหรือความรู้สึกสูญเสีย ความขัดแย้งในการดำเนินชีวิตและการตั้งครร์กที่ไม่ต้องการ เป็นต้น

2.2 ขาดการประคับประคองสนับสนุนจากญาติ คู่สมรส หรือสังคม

2.3 ความรู้สึกขาดความพึงพอใจในตนเอง กลัวสามีนอกใจ หรือกังวลใจว่ารูปร่างของตนเองจะไม่กลับสู่สภาพปกติหลังคลอด

2.4 ภาวะสุขภาพของมารดาและบุตรหลังคลอด โดยถ้าหากสุขภาพของมารดา หลังคลอดและบุตรไม่แข็งแรงก็จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ามารดาหลังคลอด และบุตรที่มีสุขภาพแข็งแรง

3. ความตึงเครียดทางสังคมและสิ่งแวดล้อม (Social stress) ได้แก่ ความขัดแย้งภายใน ครอบครัว ความกังวลในการเลี้ยงดูบุตร ปัญหาเศรษฐกิจ ความผิดหวังในเพศของบุตร การต้องรับภาระต่าง ๆ ก่อนวัยอันควร เช่น มารดาวัยรุ่น เป็นต้น

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

1. ผลกระทบต่อมารดา

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดทำให้มารดาารู้สึกเหมือนฝันร้ายนิยามตื่น (Living nightmare) ที่เต็มไปด้วยความวิตกกังวลและกระวนกระวายอย่างมาก กลัว รู้สึกผิด อ้างว้าง โดดเดี่ยวและมีความยากลำบากในการดำเนินชีวิตไม่สามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาที่เหมาะสมได้ (Beck, 1992 อ้างถึงใน พัทธวีไธโล ศรีแสง, 2549) มารดาจะมีอาการอ่อนเพลียซึ่งเป็นผลจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ ร่วมกับภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง และมีความวิตกกังวลสูงจะส่งผลให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันลดลง อาการแสดงออกทางร่างกาย ได้แก่ อาการปวด ปวดศีรษะ อาการเจ็บหน้าอก หรือหายใจลำบาก อีกทั้งมารดาหลังคลอดยังมีความลำบากในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา สมรรถภาพทางเพศลดลง นอกจากนี้ยังมีผลกระทบในระยะยาวต่อภาวะสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอด มารดาที่มีประวัติภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีโอกาสป่วยด้วยโรคทางจิตอารมณ์ประเภทอื่น ๆ ภายในระยะเวลา 5 ปี มากถึง 2 เท่า (Cooper & Murray, 1995; Perinatal Anxiety & Depression Australia [PANDA], 2015)

2. ผลกระทบต่อทารก

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะเกิดความรู้สึกทางด้านลบต่อทารก (Beck, 1995) แสดงอาการไม่อยากเล่นกับทารก หงุดหงิดง่าย และมีความยากลำบากในการสร้างความผูกพันต่อทารก หากภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดของมารดาคงอยู่เรื้อรังนานกว่า 6 เดือน ก็อาจส่งผลกระทบต่ออาการเติบโตและพัฒนาการของบุตรทั้งในช่วงขวบปีแรกจนถึงวัยรุ่นได้ โดยบุตรของมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอาจมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม (Antisocial) ก้าวร้าว (Aggressive behaviors) ไม่สามารถควบคุมอารมณ์โกรธ (Tantrum) หรือไม่สามารถสร้างความผูกพันที่มั่นคงต่อมารดาของตนได้ (Insecure attachment) (Beck, 1999; Grace et al., 2003; Murry & Cooper, 1997) และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเมื่อเติบโตขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อบุตรมีอายุตั้งแต่หนึ่งขวบขึ้นไปจะมีปัญหาด้านการเรียนรู้และจิตอารมณ์ (Kennedy, Beck, & Driscoll, 2002) โดยเด็กที่มารดามีภาวะซึมเศร้าในระยะ 3 เดือนแรกหลังคลอด พบว่า มีคะแนนของระดับสติปัญญาต่ำกว่ามีนัยสำคัญทางสถิติร่วมกับมีปัญหาทางด้านการมีสมาธิ และมีปัญหาด้านการเรียนรู้ทางด้าน

คณิตศาสตร์มากกว่าเด็กปกติทั่วไป และพบว่าเด็กผู้ชายมีปัญหาทางด้านสติปัญญามากกว่าเด็กผู้หญิง (Beck, Records, & Rice, 2006)

3. ผลกระทบต่อครอบครัว

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดส่งผลให้การติดต่อสื่อสารภายในครอบครัวไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวบกพร่อง โดยเฉพาะสัมพันธภาพกับสามีอาจส่งผลให้เกิดปัญหาทางครอบครัวตามมา โดยหญิงหลังคลอดจะรู้สึกเครียดและไม่พึงพอใจสามี ส่วนสามีก็จะรู้สึกกลัว สับสน และซึมเศร้า (พัชตรีวิไล ศรีแสง, 2549) ทำให้สามีรู้สึกเกิดความรู้สึกที่ไม่ดีกับภรรยาของตนที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ทำให้ส่งผลต่อการแสดงบทบาทการเป็นบิดารู้สึกว่าถูกแบ่งแยก รู้สึกว่าตนเองมีความอับอายสอδυ และทำให้ตนเองเกิดความซับซ้อนใจอย่างมาก ซึ่งปัญหานี้อาจนำไปสู่การทะเลาะเบาะแว้งหรือการทำร้ายร่างกายของกลุ่มสมรสได้ (Devey, Dziurawiec, & O'Brien-Malone, 2006 อ้างถึงใน นภัสนันท์ สุขเกษม, 2553)

อัตราความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ในประเทศไทยและต่างประเทศมีการศึกษาเกี่ยวกับความทุกข์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ดังนี้

จารุรินทร์ ปิตานุกพงศ์ และกมลรัตน์ วัชรภรณ์ (2548) ได้ศึกษาความทุกข์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยศึกษาในผู้หญิงที่มาตรวจร่างกายในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด โดยใช้แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าหลังคลอด [EPDS] พบความทุกข์ร้อยละ 9.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดคือ ความรู้สึกไม่มีความสุขขณะตั้งครรภ์ มีโรคแทรกซ้อนหลังคลอด และความเจ็บป่วยของบุตรในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา

Klainin and Arthur (2009) ได้ทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดใน 64 การศึกษาของ 17 ประเทศ ที่มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยเฉลี่ยร้อยละ 1.6-20.3

จุฑามณี เรืองจิตวิกุล (2550) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มารับบริการด้านสุขภาพที่แผนกผู้ป่วยนอกของแผนกกุมารเวชศาสตร์และหน่วยวางแผนครอบครัว และมีบุตรอายุ 1-3 เดือน โดยใช้แบบวัดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Thai-HADS) ผลการวิจัยพบว่า มารดาหลังคลอดมีความทุกข์ของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเท่ากัน คือ ร้อยละ 3.54 โดยภาวะซึมเศร้ามี 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การขาดแรงสนับสนุนทางสังคมและลักษณะครอบครัวเดี่ยว

กฤตภัค สมหอม (2553) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ที่มารับบริการตรวจสุขภาพพระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) ผลการวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 32.5 โดยปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ ระดับการศึกษา และความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สถานภาพสมรส และจำนวนบุตร มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ปัจจัยจิตสังคม ด้านเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อย่างการสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ และคณะ (2558) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรก ในระยะ 4-8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า มารดาที่มีบุตรคนแรกมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 48.28 โดยความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรก

นลินี สิทธิบุญมา (2558) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าของมารดาครรภ์แรกในมารดาอายุ 20-35 ปี ในระยะ 4 สัปดาห์หลังคลอด โรงพยาบาลเชิงราชประชาอนุเคราะห์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ พบความชุกมากถึงร้อยละ 57.65 และพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

นภัสนันท์ สุขเกษม และคณะ (2559) ได้ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่มารับบริการตรวจหลังคลอด แผนกผู้ป่วยนอกสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลเชิงราชประชาอนุเคราะห์ โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (EPDS) พบว่า มารดาหลังคลอดมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 18.4 และพบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ คือฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม การตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการหรือการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน การสนับสนุนทางสังคมจากสามีและเพื่อนในด้านการไว้ใจและการสนับสนุนด้านสิ่งของเครื่องใช้ ภาวะเครียดจากการดูแลทารก และลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ของทารก โดยทำนายได้ร้อยละ 87.8

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2017 c) พบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอด ร้อยละ 13 และในประเทศที่กำลังพัฒนา พบว่า มีความชุกถึงร้อยละ 19.8

จากที่กล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความชุกก่อนข้างสูง และมีปัจจัยในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดหลายประการ ทั้งปัจจัยด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนต่าง ๆ ปัจจัยด้านจิตใจ และสังคม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลทำให้หญิงตั้งครรภ์ และหญิงหลังคลอดมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งบางครั้งอาการที่แสดงออกไม่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมามีพบว่ามีมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้านักไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันทั่วถึง เนื่องจากคนส่วนใหญ่คิดว่าเป็นเพียงอาการที่เกิดจากความไม่สมดุลของฮอร์โมนในร่างกายจึงพลาดโอกาสที่จะได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์ ทำให้อาการเป็นอยู่นานหากไม่ได้รับการแก้ไขดูแล อาจจะทำให้มารดาหลังคลอดมีโอกาสเป็น โรคซึมเศร้ารุนแรงจนกลายเป็นโรคจิตหลังคลอดได้ จนนำไปสู่การทำร้ายตนเองและทำร้ายบุตรได้

การประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าจะรุนแรงมากขึ้นตามระดับความรุนแรงของความซึมเศร้า ซึ่งมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ดังนั้นจึงควรมีการประเมินเพื่อระดับของภาวะซึมเศร้า เพื่อหาแนวทางในการให้การพยาบาลต่อไป การประเมินภาวะซึมเศร้าสามารถประเมินได้ โดยการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ได้มีนักวิชาการหลายท่านพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าขึ้นมา มีมากมายหลากหลายแบบ โดยแบบประเมินที่ใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่รู้จักและนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย มีดังต่อไปนี้

1. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory [BDI-1A])

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบคสร้างขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1967 เพื่อประเมินอาการซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ซึ่งแปลเป็นไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (2522 อ้างถึงใน ถัดดา แสนสีหา, 2536) ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า มีจำนวนทั้งหมด 21 ข้อ โดยเป็นคำถามเกี่ยวกับด้านร่างกาย 6 ข้อ คำถามเกี่ยวกับด้านจิตใจ 15 ข้อ แต่ละข้อคำถามประกอบด้วย 4 ตัวเลือก ตั้งแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย (0 คะแนน) จนถึงอาการรุนแรง (3 คะแนน) โดยให้เลือกตอบ 1 ข้อ การแปลผลระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าโดยนับคะแนนทุกข้อคำถามทั้ง 21 ข้อ รวมกันและแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

0-9	คะแนน	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
10-15	คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย
16-19	คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
20-29	คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก
30-63	คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

2. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

แบบประเมิน EPDS พัฒนาขึ้นโดย Cox, Holden, and Sagovsky (1987) เพื่อใช้ในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เป็นเครื่องมือที่ได้รับความนิยมมากที่สุด และได้รับการรับรองจากประเทศอังกฤษว่าเป็น First-stage Screening Test เพราะมีคุณภาพสูงในการคัดกรอง PPD โดยเปรียบเทียบกับ Research Diagnosis Criteria [RDC] ของ Spitzer พบว่าจุดตัด (Cut off point) อยู่ที่ 12/ 13 โดยถือว่าผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 13 มีความทุกข์ทรมานจากอารมณ์ซึมเศร้า และมีความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 92 ความไว (Sensitivity) ร้อยละ 88 ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ

สำหรับในประเทศไทยมีการนำแบบประเมิน EPDS มาแปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาจุดตัดให้เหมาะสมกับคนไทย โดย กมลรัตน์ วัชรภรณ์, จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์ และนิศานต์ สำอางศรี (2546) นำมาใช้ประเมินมารดาหลังคลอดที่มารับการตรวจในช่วง 4-6 สัปดาห์ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 150 ราย และนำมาเปรียบเทียบกับการสัมภาษณ์จากจิตแพทย์ โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) และแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่า มีค่า Degree of agreement เท่ากับ 0.42 ความไวเท่ากับ ร้อยละ 66.67 และความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 93.75 และเมื่อเปรียบเทียบกับแบบประเมินโรคซึมเศร้าแบบตอบด้วยตนเอง พบว่า มีค่า Degree of agreement เท่ากับ 0.30 ความไวเท่ากับ ร้อยละ 100 และความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 92.57 หลังจากปรับค่าจุดตัดของแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าหลังคลอดภาษาไทยจาก 13 คะแนน เป็น 11 คะแนน พบว่า มีค่าความไวที่สูงขึ้น คือ เท่ากับร้อยละ 100 แต่ในการศึกษาครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดเรื่องการกระจายของคะแนน มีการจึงให้ข้อเสนอแนะว่าควรทำการศึกษาเพิ่มเติมในประชากรกลุ่มใหญ่เพื่อให้มีการกระจายของคะแนนมากขึ้น โดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นแบบประเมินที่ให้ผู้ตอบตอบตามความรู้สึกอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองที่เกิดขึ้นในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ต่อมาในปี พ.ศ. 2549 Pitanupong, Liavsuetrakul, and Vittayanont (2007) ได้ทำการทดสอบในมารดาหลังคลอด 6-8 สัปดาห์ในโรงพยาบาลทางภาคใต้ของประเทศไทย จำนวน 351 ราย เปรียบเทียบโดยการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดภาษาไทยที่พัฒนามาจาก EPDS และการสัมภาษณ์จากจิตแพทย์ โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) ผลการศึกษาพบว่า การใช้จุดตัด 6/ 7 สามารถใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีความไวเท่ากับร้อยละ 74 และความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 74 ซึ่งหากปรับจุดตัด (Cut of point) ให้สูงขึ้นจะมีค่าความไวต่ำแต่ค่าความจำเพาะสูง โดยมีค่าความเชื่อมั่น .81

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Edinburgh Postnatal Depression Scale [EPDS]) ที่นำมาแปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาจุดตัดที่เหมาะสมสำหรับคนไทย คือ 7 คะแนน ตามผลการศึกษาของ Pitanupong et al. (2007) แบบประเมินนี้เป็นการประเมินตนเอง มีการนำไปใช้กันอย่างแพร่หลายจนถึงปัจจุบัน และมีการนำมาใช้ในประเทศไทย นอกจากนี้ข้อคำถามยังครอบคลุมในเรื่องของ Cognitive triad of depression ตามแนวคิดของ Beck และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรงสูงและมีค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ ซึ่งข้อดีของเครื่องมือนี้คือ จำนวนข้อไม่มาก สะดวกแก่การนำไปใช้ เข้าใจง่าย ใช้เวลาสั้นประมาณ 5-10 นาที ในการตอบคำถาม และสามารถประเมินซ้ำได้ ผู้วิจัยจึงเห็นว่าแบบประเมินนี้มีความเหมาะสมในการศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สามารถที่จะคัดกรองมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ครอบคลุมและทั่วถึง ซึ่งหากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอดนี้เป็นไปอย่างรวดเร็ว ก็จะเป็นประโยชน์ในการคัดกรองและส่งต่อมารดาหลังคลอดให้ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วมากเท่านั้น

สำหรับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดนั้น แบบประเมิน EPDS จะไม่สามารถแบ่งระดับความรุนแรงได้ แต่ Byatt, Biebe, Freeman, and Cohen (2014) ได้มีการจัดทำเครื่องมือประเมินระดับความรุนแรงและการรักษาของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยกำหนดระดับความรุนแรงจากแบบประเมิน EPDS คือ No symptoms (0-8), Mild symptoms (9-13), Moderate symptoms (14-18) และ Severe symptoms (≥ 19) และจากการศึกษาของ McCabe-Beane, Segre, Perkhounkova, Stuart, and O'Hara (2016) ที่ได้ศึกษาระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบประเมิน EPDS โดยเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอดระหว่างแบบประเมิน EPDS และแบบประเมิน Beck Depression Inventory [BDI] ในมารดาหลังคลอดทั้งหมด 1,516 ราย ผลการศึกษสามารถแบ่งความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากระดับคะแนนของแบบประเมิน EPDS คือ None or Minimal depression (0-6), Mild depression (7-13), Moderate depression (14-19) และ Severe depression (19-30) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้คะแนนในการแบ่งระดับของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบประเมิน EPDS ของ McCabe-Beane et al. (2016) โดยผู้วิจัยได้เลือกพิจารณาจากจุดตัดที่เหมาะสมกับคนไทย คือ 7 คะแนน ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า แต่ในการศึกษานี้มีค่าคะแนนคาบเกี่ยวของภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและระดับรุนแรง คือ 19 คะแนน ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงของ Byatt et al. (2014) คือคะแนนตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป สามารถสรุปแปลผลระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบประเมิน EPDS ที่ผู้วิจัยเลือกใช้ได้ดังนี้

0-6	คะแนน	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
7-13	คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย
14-18	คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
19-30	คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า

แนวคิดของ Beck and Driscoll (2006 อ้างถึงใน พักตร์วิไล ศรีแสง, 2549) ได้เสนอแนวทางการพยาบาลมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหรือภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยใช้โปรแกรมที่เรียกว่า “NURSE” Program มีรายละเอียดดังนี้

N = Nourishment (Nutrition) and Needs ได้แก่ การดูแลให้มารดาหลังคลอดได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอเพื่อให้ร่างกายกลับฟื้นตัวได้เร็วและช่วยในการหายของแผลภายหลังคลอด โดยเฉพาะมารดาที่ต้องเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่นั้น จะต้องได้น้ำอย่างน้อย 8-10 แก้วต่อวัน มารดาที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีอาการเบื่ออาหารร่วมด้วย ดังนั้นควรแนะนำให้แบ่งมื้ออาหาร โดยให้รับประทานน้อยแต่บ่อยครั้ง และแนะนำมารดาว่าสามารถรับประทานยาบำรุงที่เคยใช้ในระยษตั้งครรภ์ต่อได้

U = Understanding อธิบายให้มารดาหลังคลอดเข้าใจถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในการกลับสู่สภาพเดิม โดยเฉพาะในมารดาที่มีอายุน้อย ซึ่งมักมีความกังวลเรื่องภาพลักษณ์และน้ำหนักตัว นอกจากนพยาบาลและครอบครัวควรเข้าใจอารมณ์และความรู้สึกของมารดาหลังคลอด และให้มารดามีโอกาสได้ระบายความรู้สึก อาจแนะนำให้มารดาเขียนสมุดบันทึก เพื่อให้สามารถเขียนระบายความรู้สึก ความกลัวและความวิตกกังวลต่าง ๆ ได้ตลอดเวลาและเสนอแนะแหล่งความช่วยเหลือ เช่น เบอร์โทรศัพท์ที่ควรติดต่อ เมื่อมารดาหลังคลอดมีคำถามหรือความวิตกกังวล

R = Rest and relaxation การพักผ่อนนอนหลับที่เพียงพอเป็นสิ่งสำคัญ มารดาหลังคลอดที่มีอารมณ์เศร้าหรือซึมเศร้าหลังคลอดมักมีความวิตกกังวลจนกระทั่งตลอดเวลาทำให้นอนไม่หลับและไม่สามารถผ่อนคลายความวิตกกังวลได้ พยาบาลควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนแบ่งเบาภาระของมารดาในการดูแลทารกและงานบ้านทั่วไปควรแนะนำการบีบหรือปั้มน้ำนม สำหรับให้สามีหรือสมาชิกในครอบครัวช่วยป้อนทารกในเวลากลางคืน เพื่อให้มารดาได้พักผ่อนในเวลากลางคืนเต็มที่

S = Spirituality การมีศรัทธาความเชื่อจะช่วยให้ รู้สึกมีแหล่งพึ่งพาทางจิตใจ ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดได้กระทำกิจวัตร หรือกิจกรรมทางศาสนาที่เหมาะสมตามความต้องการ

E = Exercise สารเอนโดรฟินที่หลั่งจากการออกกำลังกาย มีผลทำให้ร่างกายรู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่า ควรแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมในระยะหลังคลอด เช่น การเดินเล่น อาจแนะนำให้มารดาพาทารกไปเดินเล่น หรือแนะนำให้สมาชิกในครอบครัวร่วมออกกำลังกายกับมารดาหลังคลอดด้วย เพื่อเป็นการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีภายในครอบครัว

วิธีการรักษาและการบำบัดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

สำหรับการรักษาภาวะซึมเศร้า มีวิธีการรักษาอยู่หลายวิธีขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงมีดังนี้ (ดาราวรรณ ตะปิ่นตา, 2555; พักตร์วิไล ศรีแสง, 2549)

1. การรับไว้รักษาในโรงพยาบาลในรายที่มีอาการมาก ข้อบ่งชี้ที่สำคัญของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ ความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายหรือการทำร้ายตัวเอง รวมถึงการฆ่าหรือทำร้ายผู้อื่น อาการของผู้ป่วยที่เป็นรุนแรงและเฉียบพลัน การขาดการสนับสนุนหรือดูแลจากบุคคลใกล้ชิด และความจำเป็นในการประเมินอาการและการวินิจฉัย

2. การรักษาด้วยยา (Psychopharmacology therapy) ยารักษาโรคซึมเศร้า ได้แก่ ยาในกลุ่ม Serotonin-Specific Reuptake Inhibitors [SSRIs], Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors [SNRIs], Tricyclic Antidepressants [TCAs], Monoamine Oxidase Inhibitors [MAOIs] เป็นต้น การใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าจะให้ผลในการรักษาประมาณ 3 ถึง 4 สัปดาห์ มารดาหลังคลอดที่มีอาการรุนแรงไม่สามารถดำเนินชีวิตหรือทำกิจวัตรประจำวันได้และมีความคิดทำร้ายตัวเองหรือทารก ควรได้รับการรักษาด้วยยาเช่นเกี่ยวกับการรักษาโรคซึมเศร้าทั่วไป เช่น การใช้ยา Fluoxetine (Prozac), Sertraline (Zoloft), Paroxetine (Paxil) หรือการรักษาด้วยฮอร์โมน Estrogen โดยมารดาหลังคลอดต้องรับประทานยาต่อเนื่องนานอย่างน้อย 4-8 สัปดาห์หรือจนกว่าจะเห็นผลสัมฤทธิ์ของการรักษา ทั้งนี้ สถาบันสุขภาพจิต (National Institute of Mental Health) ให้คำแนะนำว่าการรักษาด้วยยานั้นจะให้ผลดีที่สุดหากรับประทานยาต่อเนื่องนาน 6 ถึง 12 เดือน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมารดาหลังคลอดที่พบว่า มีภาวะซึมเศร้าซ้ำอยู่เสมอ ๆ ควรได้รับการรักษาในระยะยาวเพื่อเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ควรเพิ่มความระมัดระวังในการใช้ยาในมารดาหลังคลอดที่ให้นมบุตรเนื่องจากยาบางตัวอาจมีผลลดการหลั่งน้ำนมเช่นการรักษาด้วยฮอร์โมน Estrogen ส่วน Prozac, Zoloft และ Paxil เป็นยาที่ปลอดภัยสำหรับมารดาที่ให้นมบุตร โดยตัวยาผ่านน้ำนมได้เพียงเล็กน้อยและไม่ทำให้เกิดผลข้างเคียงต่อทารก

3. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy [ECT]) การรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นการรักษาทางชีวภาพรูปแบบหนึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ข้อบ่งชี้ที่สำคัญของการรักษาด้วยไฟฟ้า ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายหรือทำร้ายผู้อื่น ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา

และผู้ป่วยที่ต้องการรักษาด้วยการรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูง แต่มีอาการไม่พึงประสงค์ที่สามารถพบได้บ่อย ได้แก่ อาการหลงลืม และปัญหาความจำ แต่อาการข้างเคียงดังกล่าวจะดีขึ้นเมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่ง ส่วนใหญ่จะไม่เกิน 6 เดือน และต้องระมัดระวังในการใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะทางกายบางอย่าง

4. การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial therapy) จิตบำบัดระยะสั้นที่สำคัญและได้ผลดีสำหรับโรคซึมเศร้า ซึ่งได้รับการศึกษาอย่างกว้างขวางถึงประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าได้แก่

4.1 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นการที่อยู่บนแนวคิดทางปัญญาซึ่งบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อช่วยลดหรือปรับแก้ปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ ตามความเชื่อที่ว่าสิ่งเร้าไม่ได้มีผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม และสรีระโดยตรง แต่ต้องผ่านกระบวนการคิด ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคลตามการเล็งดูและประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีตของบุคคล การรักษามุ่งแก้ไขแนวคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความจริงมากขึ้น รวมถึงการปรับพฤติกรรมใช้ทักษะใหม่ในการแก้ปัญหา โดยการรักษาแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพเท่าเทียมกัน การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมเป็นจิตบำบัด เป็นการรักษาที่มีการศึกษากันอย่างกว้างขวางมากที่สุดในการบำบัดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และแสดงให้เห็นว่ามีประสิทธิภาพเท่าเทียมกันเช่นเดียวกับยารักษาโรคซึมเศร้า (Stephens, Ford, Paudyal, & Smith, 2016)

Huang, Zhao, Qiang, and Fan (2018) ได้ทำการศึกษาอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า 20 การศึกษา พบว่าเป็นการศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีการใช้ทั้งอินเทอร์เน็ต โทรศัพท์ การทำโปรแกรมที่โรงพยาบาล และการทำโปรแกรมที่บ้านของมารดาหลังคลอด ทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยจำนวนครั้งของการบำบัดมีตั้งแต่ 1-12 ครั้ง ผู้ที่ทำการบำบัดประกอบไปด้วยนักจิตวิทยา พยาบาลที่ผ่านการอบรม และผู้วิจัย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะสั้นและระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพสามารถลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้และช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้กับมารดาหลังคลอด

4.2 จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่มีหลักฐานยืนยันถึงประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การบำบัดด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจะเน้นที่การปรับปรุงปัญหาระหว่างบุคคล ปัญหาสัมพันธภาพ การสื่อสารที่ไม่เหมาะสมในการสร้างสัมพันธภาพ และปัญหาการขาดการสนับสนุนทางสังคม

(Stuart, 2012) โดยการเชื่อมโยงอาการของโรคซึมเศร้ากับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลด้านใด ด้านหนึ่งใน 4 ด้าน ซึ่งได้แก่ 1) ความรู้สึกเศร้าเสียใจจากการสูญเสียของบุคคลอื่นที่สำคัญ 2) ความขัดแย้งกับบุคคลที่สำคัญ 3) การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม 4) การขาดสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การบำบัดนี้มีเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลด้านใดด้านหนึ่งใน 4 ด้านที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า เมื่อปัญหาสัมพันธภาพดังกล่าวได้รับการแก้ไข ก็จะส่งผลให้อาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น

O'Hara et al., (2000) ได้ศึกษาผลของการบำบัดด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร่าลดลงมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญ และหลังได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร่าลดน้อยลงกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าการบำบัดด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและช่วยให้มารดาหลังคลอดมีการปรับตัวทางสังคมที่ดีขึ้น

จากการทบทวนงานการวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดในประเทศไทย พบว่าส่วนมากเป็นงานวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและการเพิ่มความสามารถในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในการต่อสู้กับความเครียด ส่วนงานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดนั้นยังมีน้อย แต่ในต่างประเทศ พบว่ามีการใช้โปรแกรมจิตบำบัดต่าง ๆ ในการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดที่มีการศึกษากันอย่างแพร่หลาย เช่น การบำบัดด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Therapy [IPT]) การบำบัดบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy [CBT]) เป็นต้น

แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม หมายถึง จิตบำบัดระยะสั้นรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีโครงสร้าง มีกระบวนการในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน มีลักษณะที่สำคัญคือเป็นการบำบัดในเชิงรุกและมีทิศทาง มีเป้าหมายของการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นปัญหา โดยนำเทคนิคต่าง ๆ ของการบำบัดทางจิตมาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมและความคิดที่บิดเบือนให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผลและเหมาะสม ทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงและเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหา

ที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องเหมาะสมนอกจากการปรับเปลี่ยนความคิดแล้วยังนำเทคนิคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้เพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและเพิ่มพฤติกรรมที่เหมาะสมอีกด้วย โดยการบำบัดมีแนวคิดอยู่บนทฤษฎีพื้นฐานที่ว่า “อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมของคนเรา ส่วนใหญ่แล้วขึ้นอยู่กับแนวทางการมองโลกของบุคคลนั้น ๆ”

แนวคิดพื้นฐานเพื่อการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม

Beck (1967) เป็นจิตแพทย์ผู้นำการรักษาแบบการนึกคิดและพฤติกรรมบำบัดมาใช้ร่วมกันจนเป็นที่นิยม การรักษาแบบนี้มีเป้าหมายที่สำคัญอยู่สองระดับ คือ ระดับแรกช่วยลดความเครียดช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะการจำแนก ประเมินและเปลี่ยนแปลงกระบวนการคิด และในขั้นที่สองช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในสาระสำคัญของความคิดอ่านของตนเป็นจุดอ่อน เพื่อตัดแปลงแก้ไขให้เป็นการคิดความเชื่อหรือทัศนคติที่เหมาะสม โดยมีขั้นตอนการรักษาโดยการหาความคิดอัตโนมัติ การทดสอบว่าความคิดนั้นถูกต้องหรือไม่ การแทนด้วยความคิดใหม่ตามความเหมาะสมที่เป็นจริง การค้นหาและทำลายแบบแผนการแปลข้อมูลที่ไม่เหมาะสม วิธีการบำบัดนี้มีประโยชน์ ใช้เวลาสั้น ผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นที่นิยมในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Beck (1976) ได้พัฒนาการปรับทางความคิดและพฤติกรรมนี้ โดยมีแนวคิดหลักของ CBT มีอยู่ 3 ประการ คือ 1) ความคิดมีผลต่อพฤติกรรม 2) ความคิดเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและเปลี่ยนแปลงได้ และ 3) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสมทำได้โดยการเปลี่ยนความคิด หลักทฤษฎีของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมที่ใช้ในการบำบัดภาวะซึมเศร้าเป็นการบำบัดที่มีลักษณะการบำบัดแบบเร่งรัด มีระยะเวลาในการบำบัด และมีโครงสร้างช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความไม่ถูกต้องของข้อสันนิษฐานเกี่ยวกับความคิด และเรียนรู้ยุทธศาสตร์ วิธีการต่าง ๆ เพื่อจัดการกับความคิดที่บิดเบือน

ความคิดอัตโนมัติจะถูกกระตุ้นจากความเชื่อพื้นฐานที่อยู่ในระดับลึก ซึ่งเป็นความคิดพื้นฐานส่วนบุคคลที่พัฒนามาตั้งแต่เด็ก ๆ เป็นความคิดต่อตนเอง ต่อผู้อื่น ต่อโลก และอนาคตของแต่ละคน โดยบุคคลจะคิดและเชื่อว่าความคิดนั้น ๆ ของตนเองเป็นจริงที่สุด โดยคนที่เชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถ ซึ่งจะทำให้เกิดความเชื่อระดับกลางซึ่งเป็นลักษณะของกฎและหรือข้อสรุปส่วนตัว เช่น ความล้มเหลวเป็นสิ่งที่รับได้ยากจึงควรหลีกเลี่ยง การเกิดขึ้นทางกระบวนการคิดจากระดับที่ลึกสุดมาจนถึงระดับพื้น ๆ เป็นการคิด 3 ระดับ ดังนี้

1. กระบวนการคิดระดับลึกที่สุด เรียกว่า ความเชื่อพื้นฐาน (Core beliefs) เป็นระดับที่นิ่งที่สุด มีการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด และอยู่ลึกสุดในโครงสร้างของการเก็บข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งประกอบไปด้วย ความเชื่อพื้นฐานอะไรกับเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเองเป็นความเชื่อที่เกิดจากการเลี้ยงดูของครอบครัว และมีปฏิสัมพันธ์กับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตตั้งแต่เด็ก ซึ่งเป็นความเชื่อทั้งด้านบวก

และด้านลบ โดยทุกคนมักจะไม่ได้ตระหนักถึงความเชื่อดังกล่าว โดยส่วนใหญ่แล้วความคิด ความเชื่อพื้นฐานจะทำให้เกิดการวิเคราะห์แบบคับแคบและมักจะทำให้คิดแบบนี้ในหลาย ๆ เรื่อง ซึ่งจะปรากฏจากความเชื่อในระดับกลางในลักษณะกฎระเบียบ ข้อสรุปส่วนตัว ซึ่งบุคคลที่ โกลัศจรรย์อาจสังเกตเห็นได้ เนื่องจากในลักษณะที่แสดงเฉพาะถึงความเชื่อในระดับลึกและความเชื่อในระดับกลางจะแสดงผลที่ต่อเมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามากระทบและทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติขึ้น

2. กระบวนการคิดระดับกลาง เป็นกระบวนการในการประมวลผลความคิดและความเชื่อในระดับกลาง เป็นประมวลผลความคิดและเกิดข้อเสนอในรูปแบบที่ไม่เหมือนใคร เป็นการเกิดขึ้นของ ข้อสรุป ความเชื่อเบื้องต้น กฎส่วนตัว ที่เกิดจากความเชื่อพื้นฐานในระดับลึก กล่าวคือ จากความเชื่อพื้นฐานที่อยู่ในระดับลึกจะพัฒนาให้เกิดความเชื่อในระดับกลาง

3. กระบวนการคิดระดับนอกสุด เรียกว่า ความคิดอัตโนมัติ (Automatic thought) เป็นความคิดที่อยู่ในระดับนอกสุด และเป็นตัวที่จะทำงานได้ตอบกับสิ่งเร้าโดยมีการประสาน เกี่ยวพันกับความเชื่อพื้นฐานในระดับลึก ความคิดอัตโนมัติมีทั้งทางบวกและทางลบ จากการ ประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ความคิดอัตโนมัติมักจะพุ่งตรงไปที่ลักษณะ ความคิด 3 ประการ (Cognitive triad) คือ 1) ความคิดในด้านลบต่อตนเอง 2) ความคิดในด้านลบต่อ ประสบการณ์ที่ตนเองประสบหรือโลกภายนอก 3) ความคิดในด้านลบต่ออนาคต และมีข้อพิสูจน์ ที่ชัดเจนได้จากลักษณะความคิดของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่จะมีความคิดอัตโนมัติในทางลบ อย่างไม่เหมาะสม เช่น หมดหวัง ไม่มีคุณค่า มีลักษณะการอธิบายสิ่งต่าง ๆ ในทางลบ มีความเชื่อที่ ไม่มีเหตุผล มีความจำและความสนใจที่เอนเอียงไปทางลบ

รูปแบบความคิดที่บิดเบือน (Cognitive distortion) หรือความคิดอัตโนมัติด้านลบเป็น ความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติทันทีทันใดก่อนข้าง ไม่มีเหตุผล (Beck, 1971 อ้างถึงใน สม โภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543) รูปแบบความคิดที่บิดเบือนที่เกิดขึ้นดังต่อไปนี้

1. คิดแบบสุดโต่งคิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมดเป็น การแบ่งความคิดหรือผลที่ออกมาเป็นสองขั้ว (All-or-none หรือ Black or White, Absolutistic thinking) เช่น “ฉันอาจเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จสูงสุดหรือล้มเหลวโดยสิ้นเชิง” “เขารักฉันอย่าง สุดหัวใจหรือไม่ก็ไม่รักฉันเลย”

2. คิดในทางร้าย (คิดแบบหายนะ บางครั้งเรียกว่าเป็นการทำนายโชคชะตา) เป็นการ ทำนายอนาคตในด้านลบโดยไม่พิจารณาถึงความเป็นไปได้อื่น ๆ (Catastrophizing/ Fortune telling) เช่น “ฉันขับรถไม่ได้เพราะฉันจะมีอุบัติเหตุ” “เรามีลูกพิการสามคนคงช่วยอะไรไม่ได้”

3. ไม่ยอมรับสิ่งดี ๆ ด้านบวก (Discounting the positive) บางคนมักบอกตัวเองอย่างไม่มีเหตุผลว่า ประสบการณ์ดี ๆ หรือ คุณลักษณะดี ๆ ไม่ควรถือเอามาเป็นสำคัญ เช่น “ฉันทำโครงการนั้นได้ดี แต่ไม่ได้หมายความว่าฉันเก่ง ฉันเพียงแต่โชคดีเท่านั้นเอง”

4. การคิดหาเหตุผลโดยใช้อารมณ์นำโดยการแปลความหมายของสถานการณ์โดยปราศจากเหตุผล (Emotion reasoning) บางคนคิดว่าอะไรบางอย่างต้องเป็นความจริงเพราะเขารู้สึกว่ามันเป็นความจริง (คือเขาเชื่ออย่างนั้นจริง ๆ) แต่ในขณะที่เดียวกันก็เพิกเฉยต่อหลักฐานว่าความเชื่อของเขานั้นผิด เช่น “ผมมีอะไรดีหลายอย่างในที่ทำงานแต่ผมยังรู้สึกอย่างรุนแรงว่าผมเป็นคนที่ล้มเหลว”

5. การตีตรา (Labeling) เป็นลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคลหรือเหตุการณ์ซึ่งทำให้ปรากฏชัดเจน เช่น “เพราะว่าฉันมีความล้มเหลวไม่ถูกเลือกให้เดินบัลเล่ต์ ฉันจึงเป็นคนล้มเหลว” “ผมไม่มีอะไรดี” “เค้าเป็นคนเกิดมาแพ้” “เมียผมเป็นคนน่ารำคาญ” “สถานการณ์นี้หมอดหวัง”

6. การคิดแบบครอบคลุมนมากเกินไป (Over-generalization) เป็นหลักฐานได้มาจากประสบการณ์ของตัวเองหรือประสบการณ์เพียงเล็กน้อยแล้วนำมาสรุปอย่างไร้หลักฐานซึ่งเข้าใจยากหรือบางคนจะตัดสินภาพรวมในทางลบที่มากเกินไปกว่าสถานการณ์ปัจจุบัน เช่น “เพราะตอนนี้ฉันเหงาชาตินี้ฉันคงไม่มีเพื่อนอีกก็ได้” “เพราะฉันพูดหน้าห้องไม่เก่งฉันเป็นคนไร้ความสามารถ”

7. ขยายความให้มาก/ น้อยเกินจริง (Magnification/ Minimization) ทำให้เกิดความคิดเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความคิดที่ประเมินค่าความสำคัญหรือขนาดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นผิดพลาดไปหรือประเมินไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความคิดที่บิดเบือนในการประเมินคนหรือสถานการณ์ พยายามขยายด้านลบและย่อส่วนด้านบวกอย่างไม่มีเหตุผลเมื่อเกิดความผิดพลาดกับตัวเอง จะมองปัญหานั้นขยายให้ใหญ่โตเกินความเป็นจริง หรือเมื่อมีเหตุการณ์ที่กระทบตนเองเพียงเล็กน้อยก็อาจมองว่าเหตุการณ์นั้นเป็นเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อตนเองอย่างรุนแรง เช่น “เมื่อฉันได้รับการประเมินไม่ดี แสดงว่าฉันโง่ เมื่อได้รับการประเมินว่าดีก็ไม่ได้พิสูจน์ว่าฉันเป็นคนฉลาด”

8. การคัดกรองทางจิตใจ (Mental filter) เลือกที่จะเชื่อหรือคิดในสิ่งที่ตนเองมีความเชื่อหรือคิดมองอยู่แต่ด้านลบบ่อย ๆ หนึ่งหรือสองด้านแต่เพิกเฉยต่อภาพใหญ่ โดยเลือกที่จะคิดหรือเชื่อในสิ่งที่ไม่ดีและมองข้ามสิ่งที่ดี ๆ ไป เช่น “ถ้าวันนี้ฉันกับเพื่อน ไปกัน ได้ไม่ดี แสดงว่าเราต้องไม่เป็นเพื่อนกันอีกต่อไปแล้ว”

9. การอ่านใจคน (Mind reading) เป็นการกล่าวถึงในเชิงลบเกี่ยวกับความคิดความตั้งใจหรือแรงจูงใจของคนอื่น เช่น “หัวหน้าคิดว่าฉันไม่เป็นงาน”

10. การคิดต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ว่า “ควรจะ” และหรือ “ต้อง” “น่าจะต้อง” (Should and must) เป็นไปตามความคาดหวังหรือความปรารถนาของตน เป็นความคิดที่แสดงให้เห็นถึงการมี

มาตรฐานที่เข้มงวด มีความตายตัวว่าตัวเองหรือผู้อื่นควรจะต้องประพฤติตัวอย่างไร หากทำไม่ได้จะประเมินว่าแย่มาก เช่น “ฉันควรถูกเสมอการทำผิดพลาดเป็นเรื่องแย่มาก” “เขาควรสุภาพกับฉันตลอดเวลา”

ลักษณะของการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม

1. มีโครงสร้างที่ชัดเจน การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมจะระบุปัญหาในการบำบัดทุกครั้งอย่างชัดเจนและผู้บำบัดจะดำเนินการตามโครงสร้างในแต่ละครั้งของการบำบัด
2. มีการกำหนดระยะเวลา การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับโดยตรงกับการปรับความคิดและการปรับพฤติกรรม ดังนั้นความสำเร็จจึงขึ้นอยู่กับเวลาที่เหมาะสมที่จะให้เกิดการปรับเปลี่ยน มีการกำหนดระยะเวลา และความพร้อมของผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด การกำหนดระยะเวลายังขึ้นอยู่กับความยากง่ายของปัญหา ความร่วมมือของผู้รับการบำบัด และแหล่งให้การสนับสนุนต่าง ๆ มีจำนวนครั้งตั้งแต่ 1 ถึง 20 ครั้ง การบำบัดแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60 ถึง 90 นาที และต้องไม่ลืมที่จะให้การบ้านกับผู้รับการบำบัดเพื่อให้การบำบัดยังคงต่อเนื่องในชีวิตจริงของผู้รับการบำบัด
3. ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการบำบัด การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมเน้นการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์มาประกอบการอธิบายในการดำเนินการในแต่ละครั้งของการบำบัด ผู้บำบัดควรจะต้องศึกษาข้อมูลเชิงประจักษ์ทั้งจากประสบการณ์ที่ผ่านมาโดยตรงของผู้รับการบำบัด และจากผลของการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการบำบัด เช่น ประโยชน์ของการจำการบ้าน โดยข้อมูลเชิงประจักษ์จะต้องไม่ใช่การจินตนาการหรือคิดเอาเองของผู้บำบัด ผู้บำบัดสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ตนเองเคยมีกับผู้รับการบำบัดได้ โดยการบำบัดแต่ละครั้งต้องเป็นการบำบัดเฉพาะตัวผู้รับการบำบัดรายนั้น ๆ เพราะแต่ละคนมีความแตกต่างกันไม่เหมือนกัน
4. มีการแก้ปัญหา ปัญหาของผู้รับการบำบัดมักเกี่ยวข้องกับปัญหาทางอารมณ์ ความยุ่งยากในสัมพันธภาพกับผู้อื่น การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมมุ่งเน้นการแก้ปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดจากปัญหาด้านต่าง ๆ โดยการแก้ปัญหามุ่งเน้นที่การนำตนเองและกำกับตนเองให้พยายามที่จะค้นหาหรือระบุปัญหาหาวิธีการเผชิญหรือปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และเลือกวิธีแก้ปัญหาจากวิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลาย ซึ่งมีเป้าหมายคือ การปรับรับรู้ต่อสถานการณ์ปัญหาได้ดีขึ้นตามความเป็นจริง ปรับลดอารมณ์ที่กดดันลง
5. มีการนำทางให้ผู้รับการบำบัดได้ค้นพบปัญหาของตนเอง ผู้บำบัดจะเป็นผู้ช่วยนำทางให้ผู้รับการบำบัดได้ค้นพบสิ่งที่ก่อให้เกิดปัญหา โดยช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นอย่างชัดเจนในความคิดและความเชื่อของตนเอง และผลที่เกิดจากความคิดและความเชื่อดังกล่าวจากการตั้งคำถามของผู้บำบัด และช่วยให้หาทางออกของปัญหา โดยการพิสูจน์ประโยชน์ของการคิด

แบบเดิมและประโยชน์ของการคิดแบบใหม่ การนำไปสู่รับการบำบัดค้นพบในสิ่งเหล่านี้ใช้การตั้งคำถามแบบโสเครติค

6. การใช้เทคนิคปรับพฤติกรรมร่วมด้วย การปรับพฤติกรรมเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัด โดยการปรับความคิดและพฤติกรรม การให้การบ้านในหลาย ๆ ครั้งเป็นการให้ผู้รับการบำบัดได้ไปทดลองทำพฤติกรรมบางอย่าง เพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้พิสูจน์ความคิดของตนเอง รวมทั้งการได้ทดลองกระทำในสิ่งใหม่ ๆ เพื่อพิสูจน์ประโยชน์ของพฤติกรรมที่ทำใหม่นี้ การปรับพฤติกรรมจะช่วยให้วงจรของการคิดแบบเดิม ๆ ที่ทำให้ผู้รับการบำบัดและปัญหาขาดลงและไม่ทำให้ผู้รับการบำบัดตกอยู่ในวังวนเดิม ๆ

7. มีการทำงานในสภาพการณ์จริง ผู้บำบัดจะต้องช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ทำงานนอกห้องการบำบัดในสภาพความเป็นจริงของผู้รับการบำบัด เช่น การพิสูจน์ความคิดของตนเอง หรือการทดลองกระทำพฤติกรรมบางอย่าง ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจตนเอง เข้าใจความคิดและความเชื่อของตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนความคิดได้

8. มีการสรุปและการให้ข้อมูลย้อนกลับ การบำบัดด้วยการปรับความคิดและการปรับพฤติกรรมผู้บำบัดสามารถสรุปและให้ข้อมูลย้อนกลับในระหว่างการบำบัดหรือระยะสุดท้ายของการบำบัดได้ โดยการสรุปและการให้ข้อมูลย้อนกลับสามารถทำได้ทุก 5 นาทีหรือบ่อยครั้งกว่านี้ในระยะเริ่มต้นของการบำบัด การสรุปประกอบไปด้วยการยับยั้งอารมณ์ที่เกิดขึ้นของผู้รับการบำบัด สถานการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์นั้น และความคิดที่มาก่อนอารมณ์ดังกล่าว นอกจากนั้นยังสามารถใช้การสรุปและให้ข้อมูลย้อนกลับก่อนสิ้นสุดการบำบัดในแต่ละครั้ง โดยการถามถึงเนื้อหาที่ผู้รับการบำบัดสามารถเรียนรู้จากการบำบัดเป็นโอกาสที่ผู้บำบัดจะได้ตรวจสอบเพื่อลดความเข้าใจผิดระหว่างกัน และที่สำคัญที่สุดผู้บำบัดจะกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดได้มีโอกาสนำข้อมูลย้อนกลับในการบำบัดแต่ละครั้ง

รูปแบบการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบรายบุคคลเป็นการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่ง que ผู้บำบัดพูดคุยกับผู้รับการบำบัดเป็นรายบุคคล เผชิญหน้า การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผู้บำบัดวิเคราะห์สภาพปัญหาสาเหตุของปัญหา และร่วมกันในการแก้ไขสิ่งที่ปัญหาหรือความทุกข์ความคับข้องใจของผู้รับการบำบัด ข้อดีของการทำจิตบำบัดรายบุคคลคือสามารถแก้ปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคลได้รับการตอบสนองอย่างทั่วถึงและสามารถแก้ปัญหาในเชิงลึกได้ โดยผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดต้องมีความไว้วางใจและยอมรับซึ่งกันและกัน

ขั้นตอนการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (Beck, 1976) ดังนี้

1. การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ชั้นแรก ผู้บำบัดอธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจถึงความหมายของความคิด ความคิดอัตโนมัติทางลบ ตระหนักถึงความสำคัญของความคิดอัตโนมัติ และความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอัตโนมัติในทางลบกับความซึมเศร้า โดยผู้บำบัดฝึกผู้รับการบำบัดให้จับความคิดและค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบของตนเอง หลังจากนั้นมอบหมายการบ้านให้ผู้รับการบำบัดจับความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ก่อให้เกิดความซึมเศร้าของตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ แล้วบันทึกความคิดเหล่านั้นไว้ ในระยะแรกแรกผู้รับการบำบัดอาจไม่สามารถจับความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นได้ อาจให้ผู้รับการบำบัดตั้งแต่ความคิดที่เกิดขึ้นเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงไป

2. การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง ผู้บำบัดจะช่วยผู้รับการบำบัดตรวจสอบว่าความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นมีความแม่นยำ มีความสมเหตุสมผล หรือตรงตามสภาพความเป็นจริงเพียงใด แต่ผู้บำบัดต้องไม่ทำให้ผู้รับการบำบัดคิดว่า เป็นปัญหา หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เผชิญอยู่มีสภาพดีกว่าที่เป็นอยู่จริง ผู้บำบัดใช้วิธีการ โดยกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดวิเคราะห์ว่า ในสถานการณ์นั้น ๆ สามารถเกิดได้จากสาเหตุอื่น ๆ หรือมีความเป็นไปได้ อย่างอื่นอีกหรือไม่ อาจมีการเปรียบเทียบความคิดที่มีเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า สาเหตุสำคัญของการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบก็เพื่อให้บุคคลมีการแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบ โดยการวิเคราะห์ความคิด ทศนคติ การให้ความหมายของผู้รับการบำบัดต่อปัญหาหรือสถานการณ์นั้น ๆ เป็นการสะท้อนให้ผู้รับการบำบัดเห็นถึงความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่สมเหตุสมผลและความคิดที่มุ่งแต่จะโทษตนเอง การที่ผู้รับการบำบัดได้เรียนรู้ที่จะตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบกับสถานการณ์ต่าง ๆ ตามความเป็นจริงทำให้มีโอกาสที่จะประเมินความคิดอัตโนมัติในทางลบของตนเองว่ามีความเหมาะสมหรือสมเหตุสมผลหรือไม่ ทำให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้องแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนไป

3. การปรับเปลี่ยนความคิด วิธีการปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีมุมมองในการคิดที่ยืดหยุ่นสมเหตุสมผลตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดต่อปัจจัยเหตุของปัญหาและความคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหาเป็นวิธีการที่ใช้กับผู้รับการบำบัดที่มีความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงและเชื่อมโยงว่าเป็นความบกพร่องของตนเอง มีความคิดตำหนิตนเองอย่างสูง และคิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นความรับผิดชอบของตนเอง วิธีการนี้ไม่ใช่เป็นการปิดความรับผิดชอบแต่เป็นวิธีการเพื่อแสดงให้ผู้รับการบำบัดเห็นอย่างชัดเจนว่า นอกเหนือจากตัวของผู้รับการบำบัดเองแล้วนั้นยังมีปัจจัยภายนอกอีกมากมายที่ส่งผลต่อปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้รับการบำบัดอาจมีความคิดตำหนิตนเองแต่อย่างน้อยผู้รับการบำบัดจะสามารถค้นหาแนวทางแก้ไขสถานการณ์เลวร้ายที่เผชิญอยู่หรือป้องกันไม่ให้อาการเกิดขึ้นอีก

4. การค้นหาแล้วทางแก้ไขปัญหาคำคิดของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มักจะเป็นระบบปิดเกี่ยวกับความเป็นเหตุเป็นผล ซึ่งจะสามารถปรับเปลี่ยนได้โดยการที่ผู้รับการบำบัดสามารถเข้าใจและแยกแยะความคิดอัตโนมัติในทางลบหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความซึมเศร้าขึ้นได้ ดังนั้นการค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาก็เป็นวิธีการเพื่อให้ผู้รับการบำบัดมองปัญหาในแง่มุมใหม่ซึ่งมีลักษณะของการคิดการตีความปัญหาและวิธีการเผชิญปัญหาในแนวทางอื่น ๆ

กล่าวโดยสรุป การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นจิตบำบัดที่พัฒนาตามแนวคิดของทฤษฎีการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมบำบัด เป็นจิตบำบัดที่มีระยะสั้น มีโครงสร้าง มีเป้าหมายและทิศทางในการบำบัดอย่างชัดเจน โดยมีแนวคิดว่าอารมณ์และพฤติกรรมของแต่ละบุคคลเป็นผลมาจากความคิด ซึ่งเป็นผลจากประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ประสบมา การบำบัดมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนั้นสามารถลดความซึมเศร้าและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการบำบัดจึงไม่ได้เกิดเฉพาะในขณะที่ทำการบำบัดเท่านั้น แต่มีประโยชน์ทั้งในระยะของการบำบัดและระยะหลังการบำบัดไปแล้ว ผลของการบำบัดนั้นสามารถลดอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้ดี เนื่องจากบุคคลมีการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบและสามารถนำวิธีการในการบำบัดไปประยุกต์ใช้ต่อไป ในอนาคตการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนให้เป็นความคิดใหม่ที่เป็นบวกมากขึ้นและทำให้ผู้รับการบำบัดสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด

Scope et al. (2013) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มในมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดทั้งหมด 17 การศึกษา โดยมี 7 การศึกษาที่มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา แบบประเมินที่ใช้ในการศึกษาพบว่า มีแบบประเมิน EPDS, BDI CES-D โดยจำนวนครั้งในการบำบัดมีตั้งแต่ 8-12 ครั้ง โดยมีรูปแบบการศึกษา ศึกษากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลแบบปกติ จำนวน 6 การศึกษาและการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาในรูปแบบอื่น ๆ กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ จำนวน 1 การศึกษา สรุปผลผลการศึกษาพบว่า การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพ สามารถลดภาวะ

ซึมเศร้าหลังคลอดได้เมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลแบบปกติ และมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับการให้คำปรึกษาในรูปแบบอื่น ๆ

Pugh et al. (2016) ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมทางอินเทอร์เน็ตกับมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าในประเทศแคนาดา โดยใช้แบบประเมิน Edinburgh Postnatal Depression Scale จำนวน 50 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับแผ่นพับข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และเว็บไซต์เพื่อเข้าถึงการบริการสนับสนุนด้านสุขภาพจิต สำหรับกลุ่มทดลองจะได้รับ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมทางอินเทอร์เน็ต มีจำนวนครั้งในการบำบัดทั้งหมด 4-7 ครั้ง โดยเรียงลำดับขั้นตอนตามพื้นฐานการรักษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของ Milgrom et al. (2016) ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมมารดาหลังคลอดมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดลดลง รวมถึงภาวะวิตกกังวลหลังคลอด ความเครียดทั่วไป และความทุกข์ของมารดาหลังคลอด นอกจากนี้ยังส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีคุณภาพชีวิตทางจิตใจและสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นด้วย

Milgrom et al. (2016) ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ตในมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีบุตรอายุไม่เกิน 1 ปี โดยใช้แบบประเมิน Edinburgh Postnatal Depression Scale ในประเทศออสเตรเลีย จำนวน 43 คน กลุ่มควบคุม 22 คน กลุ่มทดลอง 21 คน โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลสุขภาพจิตและจัดทำแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วย และดูแลด้านต่าง ๆ ตามความเหมาะสมโดยไม่มีโปรแกรมพิเศษ รวมถึงแนะนำข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตด้านสุขภาพจิตทั่วไป สำหรับกลุ่มทดลอง จะได้รับการบำบัดทั้งหมด 6 ครั้ง เป็นระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ โดยผ่านทางอินเทอร์เน็ต โดยมีผู้เชี่ยวชาญโทรศัพท์แนะนำวิธีการใช้งาน กิจกรรมประกอบไปด้วย ครั้งที่ 1 จะเป็นการเริ่มต้นสัมพันธภาพ การแนะนำอาการเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ครั้งที่ 2 จะเป็นการจัดการเกี่ยวกับอารมณ์ การผ่อนคลาย ความเครียด ครั้งที่ 3 จะเป็นการวางเป้าหมายร่วมกัน กำหนดระยะเวลา และทำความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ครั้งที่ 4 เป็นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติทางลบและการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบและความคิดที่บิดเบือน ครั้งที่ 5 เป็นการปรับความคิดให้เหมาะสมตามความเป็นจริง ปรับมุมมองไปในทางบวก และครั้งที่ 6 เป็นการสรุปและวางแผนในการนำไปใช้ในอนาคต ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมสามารถลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 รวมถึงยังช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดได้อีกด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการบำบัดด้วยการปรับความคิด และพฤติกรรมมีประสิทธิภาพค่อนข้างดีในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เพราะนอกจากจะสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ ยังสามารถช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลต่าง ๆ ได้อีกด้วย รวมถึงยังมีความคิดทางด้านบวกและยึดหยุ่นมากขึ้น อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมจะมีประสิทธิผลกับบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าและนิยมนำมาใช้อย่างแพร่หลายในประเทศไทยในการนำมาใช้กับบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าหลายกลุ่ม แต่จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีโครงการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมมาปรับใช้ในกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ในการตรวจสุขภาพมารดาหลังคลอดระยะ 4-6 สัปดาห์ จะเน้นการดูแลสุขภาพทางกายมากกว่าทางด้านสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอด หากมีการประเมินพบว่ามีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต จะทำการส่งต่อเพื่อรับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่จะช่วยในการลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดให้กับมารดาหลังคลอดครั้งแรกในระยะ 4-6 สัปดาห์ โดยผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาลในพัฒนาโปรแกรมในการดูแลลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดครั้งแรก ซึ่งจะช่วยลดความทุกข์จากอาการของภาวะซึมเศร้า รวมทั้งยังช่วยให้มารดาหลังคลอด ทารกและครอบครัวได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดศึกษาแบบสองกลุ่ม คือวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน (Two group pre-post test and follow up design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดครั้งแรก ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาที่ผ่านการคลอดบุตรครั้งแรกที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มารับการตรวจสุขภาพภายหลังคลอดบุตรระยะ 4-6 สัปดาห์ ณ ห้องตรวจสูติรีเวชกรรมและคลินิกเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่ผ่านการคลอดบุตรครั้งแรกที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มารับการตรวจสุขภาพภายหลังคลอดบุตรระยะ 4-6 สัปดาห์ ณ ห้องตรวจสูติรีเวชกรรมและคลินิกเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

คุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria)

1. สามารถอ่านและเขียนหนังสือภาษาไทยได้
2. จากการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Edinburgh Postnatal Depression) มีคะแนนตั้งแต่ 7-18 คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง)
3. เป็นมารดาที่ตั้งครรภ์ครบกำหนดตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป ที่ผ่านการคลอดบุตรครั้งแรก โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคทางกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ไทรอยด์ เป็นต้น ทั้งในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด
4. บุตรไม่มีความพิการหรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังคลอด เช่น ดิเดเซีย, ภาวะตกหัก, ภาวะขาดออกซิเจนรุนแรง เป็นต้น
5. ไม่เคยได้รับการบำบัดทางจิตในรูปแบบใด ๆ มาก่อน

เกณฑ์การตัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

1. เข้าโปรแกรมไม่ครบตามจำนวนครั้งที่กำหนด
2. มีคะแนนจากการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Edinburgh postnatal depression) ตั้งแต่ 19-30 คะแนน (ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง) ผู้วิจัยจะทำการส่งต่อแพทย์ผู้เกี่ยวข้องเพื่อทำการดูแลรักษาต่อ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการคำนวณหาค่าขนาดของอิทธิพล (Effect size) ซึ่งคำนวณจากสูตรของ Glass (1976 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2555) โดยได้นำการศึกษาของ Milgrom et al. (2016) เรื่องการใช้โปรแกรม CBT ผ่านทางอินเทอร์เน็ตในมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมาคำนวณจากค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแล้วนำมาหารด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม เพื่อหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

จากสูตรของ Glass (1976 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2555)

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

โดยกำหนดให้ d คือ ขนาดของอิทธิพล

\bar{X}_E คือ ค่าเฉลี่ยกลุ่มทดลอง

\bar{X}_C คือ ค่าเฉลี่ยกลุ่มควบคุม

SD_C คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

การแปลผลค่าขนาดอิทธิพล (Cohen, 1988) ได้แบ่งขนาดอิทธิพลออกเป็น 3 ระดับ คือ ขนาดเล็ก (Small effect size) เท่ากับ .20 ขนาดกลาง (Medium effect size) เท่ากับ .50 และขนาดใหญ่ (Large effect size) เท่ากับ .80 สำหรับการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยของ Milgrom et al. (2016)

โดยนำมาแทนค่าตามสูตรดังนี้

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

$$d = \frac{14.5 - 23}{7.5}$$

$$d = 1.13$$

คำนวณได้ค่า 1.13 จากค่า Effect size ที่ได้มีค่ามากกว่า 0.80 ประมาณค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ จึงใช้ค่าขนาดของอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.80 และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Significant level) ที่ระดับ .05 และนำค่าดังกล่าวมาเปิดตาราง Master Table Statistical Power Table แบบ One-tailed test (Burn & Grove, 2005 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการคือกลุ่มละ 10 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 20 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุม 10 คน และกลุ่มทดลอง 10 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีขั้นตอน ดังนี้

1. เลือกเดือนที่ศึกษา โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2562 ผู้วิจัยขออนุญาตหัวหน้ากลุ่มงานสูติรีเวชกรรม เพื่อตรวจสอบรายชื่อมารดาหลังคลอดที่มาตรวจหลังคลอดระยะ 4-6 สัปดาห์ตามนัดเดือนที่กำหนดไว้ จากนั้นผู้วิจัยพบกับมารดาหลังคลอดเพื่อขอความร่วมมือในการทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Edinburgh Postnatal Depression) และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ข้างต้น และยินดีเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้จำนวนทั้งหมด 20 คน
2. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทันที โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่คืนที่ โดยจับสลาก “เลขคี่” และ “เลขคู่” สลาก “เลขคี่” เข้ากลุ่มควบคุม และ “เลขคู่” เข้ากลุ่มทดลอง แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และทดลองตามขั้นตอนที่กำหนดต่อไป โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด วิธีการคลอด ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด สุขภาพของบุตรหลังคลอด การวางแผนการตั้งครรภ์ สัมพันธภาพภายในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และภาวะเศรษฐกิจ
2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Edinburgh Postnatal Depression) เป็นแบบประเมินตนเองที่ใช้ในการคัดกรองที่สร้างขึ้นโดย Cox et al. (1987) เพื่อใช้ในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่ง กมลรัตน์ วัชรารักษ์ และคณะ (2546) ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้แปลและเรียบเรียงแบบประเมินหลังคลอด EPDS เป็นภาษาไทย และต่อมา Pitanupong et al. (2007) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบแบบประเมินหลังคลอด EPDS เป็นภาษาไทย พบว่าจุดตัดที่ค่าคะแนน 6/7 คะแนนขึ้นไป สามารถใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นแบบประเมินที่ให้ผู้ตอบตอบ ตามความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรมของตนเองที่เกิดขึ้นในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน เป็นข้อคำถามด้านบวก 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-2 และข้อคำถามด้านลบ 8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3-10 โดยให้ความหมายดังนี้ ไม่มีเลย หมายถึง ไม่มีอาการดังกล่าวเกิดขึ้นเลย เกือบจะไม่มี หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นประมาณ 1 วัน ใน 1 สัปดาห์ มีบางเวลา หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นประมาณ 2-3 วัน ใน 1 สัปดาห์ และมีบ่อยมาก หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นเกือบทุกวันใน 1 สัปดาห์ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ไม่มีเลย	3	0
เกือบจะไม่มี	2	1
มีบางเวลา	1	2
มีบ่อยมาก	0	3

การแปลผลระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สามารถแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าออกได้เป็น 4 ระดับ (Byatt et al., 2014; McCabe-Beane et al., 2016) ดังนี้

0-6	คะแนน	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
7-13	คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย
14-18	คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
19-30	คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง (7-18 คะแนน) หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในระดับรุนแรง (19-30 คะแนน) จะทำการส่งต่อข้อมูลให้แพทย์ผู้เกี่ยวข้องได้ทำการตรวจรักษาเพิ่มเติมต่อไป

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดครั้งแรกแบบรายบุคคล ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Beck โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้า ตามแนวคิดของ Beck จากการทบทวนตำรา เอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนและเนื้อหาของกิจกรรมให้ครอบคลุมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมตามแนวคิดของ Beck ประกอบด้วยการบำบัด 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบตามความเป็นจริง 3) การปรับเปลี่ยนความคิด ค้นหาความคิดทางเลือก และ 4) การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา มีเป้าหมายให้มารดาหลังคลอดครั้งแรกที่มีภาวะซึมเศร้า มีความสามารถในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในทางที่เหมาะสม นำไปสู่การลดภาวะซึมเศร้า โดยในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการให้การบำบัดในระยะสั้น โดยการดำเนิน โปรแกรมฯ ประกอบไปด้วยการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัดซึ่งเป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญในการบำบัดใน โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม ทำให้เกิดความร่วมมือในการบำบัดรักษา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เหตุผล ความเชื่อและข้อเท็จจริงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ครั้งที่ 2 การให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบความสัมพันธ์ของกระบวนการคิดและพฤติกรรมเพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เชื่อมโยงให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ แนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับอารมณ์ โดยการให้คะแนนระดับอารมณ์ (Mood rating form) และเทคนิคการผ่อนคลาย

ครั้งที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบเพื่อให้ผู้รับการบำบัดเรียนรู้และเข้าใจลักษณะความคิดอัตโนมัติทางลบและความคิดบิดเบือนเนื่องจากความคิดอัตโนมัติทางลบสามารถส่งผลให้บุคคลเกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้

ครั้งที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบและการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบเพื่อให้ผู้รับการบำบัดตรวจสอบความคิดทางลบของตนเอง โดยใช้หลักฐานสนับสนุนหรือหลักฐานคัดค้านความคิดอัตโนมัติทางลบ/ ความคิดที่บิดเบือนไป

ครั้งที่ 5 การหาแนวทางความคิดทางเลือกด้วยการพูดกับตัวเองทางบวก พร้อมทั้งค้นหาความคิดทางเลือกเพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีมุมมองในการคิดที่ยืดหยุ่นสมเหตุสมผลตรงความเป็นจริงมากขึ้นส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางความคิดอารมณ์พฤติกรรมที่เหมาะสม และช่วยกันในการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา หากพบว่าความคิดนั้นเป็นจริง

ครั้งที่ 6 ทบทวนการนำไปใช้และยุติโปรแกรมการบำบัดเพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีโอกาสมทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้และเกิดความเข้าใจมากขึ้นซึ่งจะส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจในการนำไปใช้ใน ชีวิตประจำวันได้อย่างอัตโนมัติ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือประกอบด้วย การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และ การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม ผู้วิจัยนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา คือ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชจำนวน 2 ท่าน จิตแพทย์จำนวน 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และจัดลำดับเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยนำข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะต่าง ๆ ของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน มาปรับปรุงเนื้อหาของโปรแกรมภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ผู้ควบคุมดูแลวิทยานิพนธ์ แล้วนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมไปทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของกิจกรรมและเนื้อหา ก่อนนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมไปใช้จริง

เนื่องจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด Edinburgh Postnatal Depression [EPDS] ฉบับภาษาไทย ได้มีการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และผู้วิจัยได้นำมาใช้โดยไม่ได้ปรับเนื้อหาหรือข้อความใด ๆ ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำไปทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาอีก

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

แบบประเมิน Edinburgh Postnatal Depression [EPDS] ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดย กมลรัตน์ วัชรภรณ์ และคณะ (2546) และมีพัฒนาจุดตัดให้เหมาะสมกับคนไทยตามผลการศึกษาของ Pitanupong et al. (2007) คือ ใช้จุดตัดที่ 7 คะแนน โดยมีความไวและความจำเพาะร้อยละ 74 มีค่าความเชื่อมั่น .81 ต่อมา นลินี สิทธิบุญมา (2558) ได้นำแบบประเมิน EPDS ฉบับภาษาไทย ไปใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดครั้งแรกระยะ 4-8 สัปดาห์หลังคลอด ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 เนื่องจากแบบประเมินนี้เป็นเครื่องมือมาตรฐาน และมีการนำไปใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในกลุ่มมารดาหลังคลอด ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำมาหาค่าความเชื่อมั่นอีก ผู้วิจัยนำแบบประเมินนี้ไปใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดครั้งแรกระยะ 4-6 สัปดาห์ จำนวน 20 คน และนำข้อมูลที่ได้มาหาความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยได้เท่ากับ .70

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ก่อนการวิจัยผู้วิจัยเสนอ โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อพิจารณาและขออนุมัติในดำเนินการวิจัยครั้งนี้
2. หลังจากได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรม กรมแพทย์ทหารเรือ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ตามลำดับ เพื่อขอพิจารณาจริยธรรมและขออนุมัติในการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัวให้ข้อมูลอธิบายรายละเอียดของการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ
4. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวในการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและการพยาบาลแต่อย่างใดทั้งสิ้น ผู้วิจัยรักษาความลับโดยข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยเท่านั้น และจะทำลายข้อมูลหลังเสร็จสิ้นการวิจัยการนำเสนอข้อมูลหรือตีพิมพ์เผยแพร่ ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเชิงวิชาการโดยไม่เปิดเผยชื่อและลักษณะส่วนบุคคลที่จะนำไปสู่การรู้จักผู้ให้ข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติมและมีเวลาคิดทบทวนก่อนตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยแล้วจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informal consent form)

ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ก่อนดำเนินการวิจัยมีดังนี้

- 1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรม กรมแพทย์ทหารเรือ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จังหวัดชลบุรี ตามลำดับ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูล
- 1.2 เมื่อได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์แล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลประจำการในหน่วยที่เกี่ยวข้องกับมารดาหลังคลอด เพื่อขอ

ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแจ้งวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแจ้งกำหนดการในการเก็บข้อมูลในวันเวลาที่เหมาะสม

1.3 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่มารับการตรวจ ภายหลังคลอดระยะ 4-6 สัปดาห์ที่ห้องตรวจนรีเวชและคลินิกเครือข่ายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ข้างต้น จากนั้นผู้วิจัยขอความร่วมมือ เพื่อตอบแบบสอบถามสำหรับทำการศึกษาในครั้งนี้

1.4 ผู้วิจัยแจ้งข้อมูลที่ทำการศึกษาครั้งนี้แก่มารดาหลังคลอดและหนังสือยินยอม เข้าร่วมการศึกษากับมารดาหลังคลอดที่สมัครใจ และให้ความร่วมมือในการศึกษา จากนั้นให้ลงชื่อ ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

1.5 การเตรียมผู้วิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำในการทำน้าบำบัด โดยผู้วิจัยได้ผ่านการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช รหัสวิชา 106503 (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง 1) และรหัสวิชา 106505 (การฝึกปฏิบัติในวิชาการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง) ซึ่งได้ฝึกปฏิบัติเป็น ระยะเวลา 1 ภาคการศึกษา หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ศึกษาจากตำราทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ เกี่ยวข้อง เรียนรู้หลักและแนวทางในการทำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมเพิ่มเติม และได้เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตตามแนวคิดการปรับความคิด และพฤติกรรม จัดอบรมโดยศูนย์บริการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 24 ชั่วโมง

1.6 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกและเตรียมผู้ช่วยวิจัย 2 คน เพื่อช่วยในการ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล อันเป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอันเกิดจากความลำเอียงของ ผู้วิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยคนแรกมีหน้าที่ช่วยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระยะก่อนการทดลอง หลังการ ทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน และผู้ช่วยวิจัยคนที่สองมีหน้าที่ช่วยเหลือดูแลบุตร ของกลุ่มตัวอย่างขณะเข้าร่วม โปรแกรมที่บ้าน ทั้งนี้ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีดำเนินการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการใช้ แบบสอบถาม

1.7 เตรียมกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยนัดหมายวัน และเวลาในการไปพบกับกลุ่มตัวอย่างที่บ้านเพื่อทำการทดลอง โดยกำหนดกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์

2. ขั้นตอนการทดลอง

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามขั้นตอนดังนี้

2.1 กลุ่มทดลอง

2.1.1 ระยะก่อนการทดลอง

2.1.1.1 ผู้วิจัยแนะนำตนเองและแนะนำผู้ช่วยวิจัย สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย รวมถึงชี้แจงสิทธิของมารดาหลังคลอดในการตัดสินใจ เข้าร่วมการวิจัยให้มารดาหลังคลอดรับทราบก่อนดำเนินการวิจัย และให้มารดาหลังคลอด เสนอใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.1.1.2 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด EPDS ก่อนการทดลอง (Pre-test) พร้อมกับนัดเพื่อทำโปรแกรมการปรับความคิด และพฤติกรรมรายบุคคล ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง

2.1.2 ระยะทดลอง

2.1.2.1 กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ การซักประวัติ การเตรียมร่างกายผู้ป่วยเพื่อตรวจสุขภาพ การประเมินอาการและให้การพยาบาลตามอาการ การให้คำแนะนำ และการพยาบาลตามปัญหาของแต่ละบุคคล จำนวน 1 ครั้ง ณ วันที่มารับการตรวจหลังคลอด 4-6 สัปดาห์

2.1.2.2 กลุ่มตัวอย่างได้รับ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Beck (1967) ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยประกอบไปด้วยการดำเนินกิจกรรม จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยรายละเอียดในกิจกรรมแต่ละครั้งมีดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัดซึ่งเป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญในการบำบัดในโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม ทำให้เกิดความร่วมมือในการบำบัดรักษา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เหตุผล ความเชื่อและข้อเท็จจริงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ครั้งที่ 2 การให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบความสัมพันธ์ของกระบวนการคิดและพฤติกรรมเพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เชื่อมโยงให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ แนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับอารมณ์ โดยการให้คะแนนระดับอารมณ์ (Mood rating form) และเทคนิคการผ่อนคลาย

ครั้งที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบเพื่อให้ผู้รับการบำบัดเรียนรู้และเข้าใจลักษณะความคิดอัตโนมัติทางลบและความคิดบิดเบือนเนื่องจากความคิดอัตโนมัติทางลบสามารถส่งผลให้บุคคลเกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้

ครั้งที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบและการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบเพื่อให้ผู้รับการบำบัดตรวจสอบความคิดทางลบของตนเองโดยใช้หลักฐานสนับสนุนหรือหลักฐานคัดค้านความคิดอัตโนมัติทางลบ/ ความคิดที่บิดเบือนไป

ครั้งที่ 5 การหาแนวทางความคิดทางเลือกด้วยการพูดคุยกับตัวเองทางบวก พร้อมทั้งค้นหาความคิดทางเลือกเพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีมุมมองในการคิดที่ยืดหยุ่นสมเหตุสมผลตรงความเป็นจริงมากขึ้นส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางความคิดอารมณ์พฤติกรรมที่เหมาะสม และช่วยกันในการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา หากพบว่าความคิดนั้นเป็นจริง

ครั้งที่ 6 ทบทวนการนำไปใช้และยุติโปรแกรมการบำบัดเพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีโอกาสทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้และเกิดความเข้าใจมากขึ้นซึ่งจะส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจในการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างอัตโนมัติ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

2.1.3 ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

หลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมครบแล้ว ในกิจกรรมครั้งที่ 6 ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมิน Edinburgh Postnatal Depression [EPDS] หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (Post-test) ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งนัดหมายในการทำแบบประเมินในระยะติดตามผล 1 เดือน

2.1.4 ระยะเวลาติดตามผล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยไปพบกลุ่มตัวอย่าง ตามวันและเวลาที่นัดหมายไว้ ผู้วิจัยกล่าวทักทาย จากนั้นผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมิน Edinburgh Postnatal Depression [EPDS] หลังการทดลอง 1 เดือน (Follow up) จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและยุติสัมพันธภาพ

2.2 กลุ่มควบคุม

2.2.1 ระยะก่อนการทดลอง

2.2.1.1 ผู้วิจัยแนะนำตนเองและแนะนำผู้ช่วยวิจัย สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย รวมถึงชี้แจงสิทธิของมารดาหลังคลอดในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยให้มารดาหลังคลอดรับทราบก่อนดำเนินการวิจัย และให้มารดาหลังคลอดเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.2.1.2 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมิน Edinburgh Postnatal

Depression [EPDS] ก่อนการทดลอง (Pre-test) พร้อมกับนัดหมายในการพบกันเป็นครั้งที่ 2 โดยห่างจากครั้งที่ 1 เป็นเวลา 3 สัปดาห์

2.2.2 ระยะทดลอง

พยาบาลประจำการให้การพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การซักประวัติ การเตรียมร่างกายผู้ป่วยเพื่อตรวจสุขภาพ การประเมินอาการและให้การพยาบาลตามอาการ การให้คำแนะนำและการพยาบาลตามปัญหาของแต่ละบุคคล จำนวน 1 ครั้ง ณ วันที่มีการตรวจหลังคลอด 4-6 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้คำแนะนำแก่มารดาหลังคลอดครั้งแรกที่มีภาวะซึมเศร้า หากมีอาการซึมเศร้ามากขึ้น หรือรู้สึกแย่ลงมากขึ้น ให้ติดต่อทางโรงพยาบาลหรือติดต่อผู้วิจัย เพื่อรับการดูแลรักษาเพิ่มเติม

2.2.3 ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยไปพบกับกลุ่มตัวอย่างเป็นครั้งที่ 2 ตามวันและเวลาที่นัดหมาย โดยห่างจากครั้งที่ 1 เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ผู้วิจัยกล่าวทักทาย ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมิน Edinburgh Postnatal Depression [EPDS] หลังการทดลอง (Post-test) ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและนัดหมายการพบกันครั้งที่ 3 ซึ่งระยะเวลาห่างจากครั้งที่ 2 เป็นเวลา 4 สัปดาห์

2.2.4 ระยะติดตามผล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยไปพบกับกลุ่มตัวอย่างเป็นครั้งที่ 3 ตามวันและเวลาที่นัดหมาย ผู้วิจัยกล่าวทักทาย ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมิน Edinburgh Postnatal Depression [EPDS] (Follow up) หากพบว่า มารดาหลังคลอดยังมีภาวะซึมเศร้าอยู่ ผู้วิจัยจะทำการดำเนินโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม แก่มารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าตามความสมัครใจ หรือหากมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าต้องการจะพบแพทย์เพื่อรับการดูแลรักษา ผู้วิจัยจะทำการให้คำแนะนำและส่งต่อข้อมูลแก่แพทย์ผู้เกี่ยวข้อง จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยและยุติสัมพันธภาพ

รายละเอียดของขั้นตอนการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสามารถสรุปได้ดังภาพที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของแบบประเมินทั้งก่อนและหลังการทดลอง ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปซึ่งมีขั้นตอนในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. นำข้อมูลที่ได้มานำเนนการทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นด้วยวิธี Fisher Skewness Coefficient และ Fisher Kurtosis Coefficient หากข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จะทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติพารามิเตอร์
2. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. คะแนนภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา การหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. ก่อนการวิเคราะห์ความแปรปรวนนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA โดยการทดสอบ Compound Symmetry โดยใช้สถิติ Mauchly's Test of Sphericity หากพบว่า เป็น Compound Symmetry ในการอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลจึงใช้ค่าของ Sphericity Assumed แต่ถ้าหากพบว่าไม่เป็น Compound Symmetry ในการอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลจึงใช้ค่าของ Greenhouse-Geisser, Huynh-Feldt หรือ Lower-bound โดยการศึกษาคั้งนี้ได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า เป็น Compound Symmetry ในการอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลจึงใช้ค่าของ Sphericity Assumed
5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Two-way repeated measure ANOVA) เมื่อพบว่าค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในแต่ละระยะมีความแตกต่างกันผู้วิจัยจะทำการทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบแบบรายคู่ของบอนเฟอโรนนิ (Bonferroni)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดศึกษาแบบสองกลุ่ม คือ วัตถุประสงค์การทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน (Two group pre-posttest and follow up design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่มารับการตรวจสุขภาพภายหลังคลอดบุตรระยะ 4-6 สัปดาห์ ที่ห้องตรวจนรีเวชกรรมและคลินิกเครือข่ายของโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี ในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562 โดยผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายและกราฟตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ข้อมูลภาวะซึมเศร้า และผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA)

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของมารดาหลังคลอดครั้งแรก จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน ($n = 20$)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง ($n = 10$)		กลุ่มควบคุม ($n = 10$)		X^2	p -value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)					6.66	.76
20-25 ปี	4	40	3	30		
26-35 ปี	6	60	7	70		
สถานภาพสมรส						
สมรส	10	100	10	100		
ระดับการศึกษา					5.73	.33
มัธยมศึกษา/ ปวช./ ปวส.	4	40	3	30		
ปริญญาตรี/ สูงกว่าปริญญาตรี	6	60	7	70		
โรคประจำตัว					.00 ⁺	1.00
ไม่มี	9	90	9	90		
มีโรคประจำตัว	1	10	1	10		
การวางแผนการตั้งครรภ์					1.81 ⁺	.37
วางแผนการตั้งครรภ์	7	70	4	40		
ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์	3	30	6	60		
อาชีพ					6.00	.64
รับราชการ/ พนักงานของรัฐ	2	20	0	0		
พนักงานบริษัทเอกชน	4	40	4	40		
แม่บ้านละอื่น ๆ	4	40	6	60		

⁺Fisher's exact test

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 10)		กลุ่มควบคุม (n = 10)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สัมพันธภาพภายในครอบครัว					0.39 ⁺	1.00
รักใคร่กันดี	8	80	9	90		
ทะเลาะเบาะแว้งบ้างครั้ง	2	20	1	10		
ผู้ช่วยดูแลที่บ้าน					2.22 ⁺	.47
มี	8	80	10	100		
ไม่มี	2	20	0	0		
วิธีการคลอด					1.74	.42
คลอดปกติทางช่องคลอด	2	20	4	40		
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	7	70	6	60		
ใช้เข็ม/ เครื่องดูด	1	10	0	0		
สูญญากาศช่วยคลอด						
ภาวะสุขภาพบุตรหลังคลอด					.00 ⁺	1.00
แข็งแรงดี	9	90	9	90		
มีภาวะแทรกซ้อน	1	10	1	10		
หลังคลอด						

⁺Fisher's exact test

จากตารางที่ 1 พบว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุ 26-35 ปี ร้อยละ 60 มีสถานภาพสมรสคู่ทั้งหมด ร้อยละ 100 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 60 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 90 ส่วนใหญ่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 70 การประกอบอาชีพ เป็นพนักงานบริษัทเอกชน ร้อยละ 40 เป็นแม่บ้าน (ไม่ได้ประกอบอาชีพ) และอาชีพอื่น ๆ ร้อยละ 40 สัมพันธภาพในครอบครัวส่วนใหญ่รักใคร่กันดี ร้อยละ 80 มีผู้ช่วยดูแลบุตรที่บ้าน ร้อยละ 80 วิธีการคลอดส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ร้อยละ 70 ภาวะสุขภาพบุตรหลังคลอดแข็งแรงดี ร้อยละ 90

สำหรับมารดาหลังคลอดครั้งแรกในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อายุ 26-35 ปี ร้อยละ 70 มีสถานภาพสมรสคู่ทั้งหมด ร้อยละ 100 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรีและสูงกว่า ปริญญาตรีร้อยละ 70 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 90 ส่วนใหญ่ไม่ได้มีการวางแผนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 60 การประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน (ไม่ได้ประกอบอาชีพ) และอาชีพอื่น ๆ ร้อยละ 60 สัมพันธภาพในครอบครัวส่วนใหญ่รักใคร่กันดี ร้อยละ 90 มีผู้ช่วยดูแลบุตรที่บ้าน ร้อยละ 100 วิธีการคลอดส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ร้อยละ 60 ภาวะสุขภาพบุตร หลังคลอดแข็งแรงดี ร้อยละ 90

ทดสอบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว วิธีการคลอด สัมพันธภาพภายในครอบครัว ผู้ช่วยดูแล บุตรที่บ้าน การวางแผนตั้งครรภ์ และภาวะสุขภาพของบุตรหลังคลอด ไม่แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 2 ข้อมูลภาวะซึมเศร้า และผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะ ติดตามผล 1 เดือน ($n = 10$)

กลุ่ม	ระยะการทดลอง	คะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	
		\bar{X}	SD
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	11.00	2.36
	หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	2.80	1.23
	ติดตามผล 1 เดือน	1.80	1.03
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	11.80	3.26
	หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	7.90	3.00
	ติดตามผล 1 เดือน	6.30	2.31

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลอง เป็น 11.00 ($SD = 2.36$), 2.80 ($SD = 1.23$) และ 1.80 ($SD = 1.03$) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 11.80 ($SD = 3.26$), 7.90 ($SD = 3.00$) และ 6.30 ($SD = 2.31$) ตามลำดับ

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA)

ก่อนการวิเคราะห์ความแปรปรวน ผู้วิจัยได้ตรวจสอบตามข้อตกลงเบื้องต้น โดยการทดสอบ Compound Symmetry โดยใช้สถิติ Mauchly's Test of Sphericity พบว่าเป็น Compound Symmetry ซึ่งหมายถึงค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรในการวัดซ้ำแต่ละครั้ง (Variance) ของ Treatment แต่ละกลุ่มไม่ต่างกัน ซึ่งถือว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA ในการอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลจึงใช้ค่าของ Sphericity Assumed

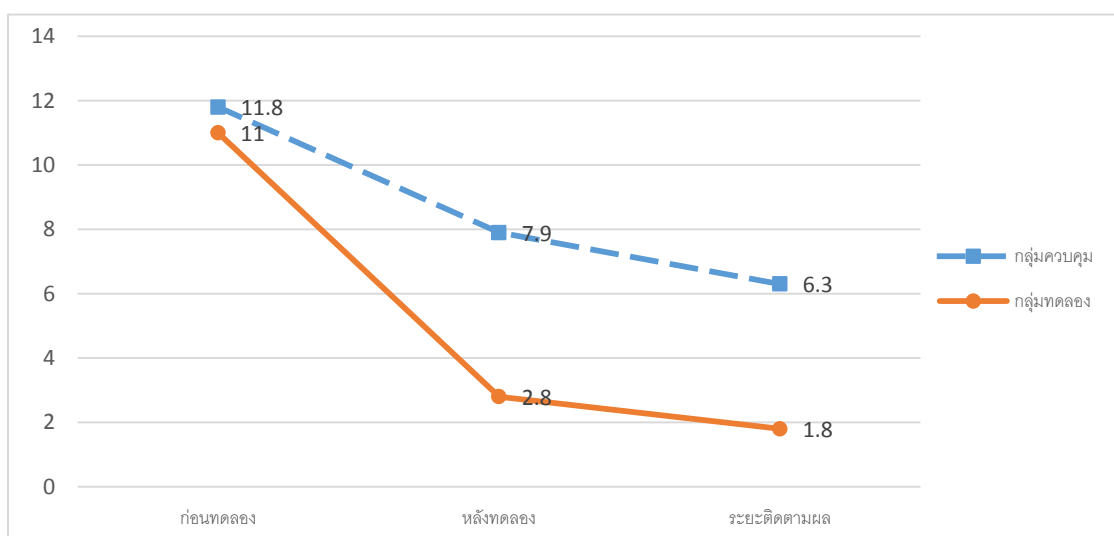
ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	<i>df</i>	SS	MS	F	<i>p</i> -value
ระหว่างกลุ่ม					
การทดลอง	1	180.27	180.27	17.25	< .001***
ความคลาดเคลื่อน	18	188.13	10.45		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	2	615.43	307.71	101.01	< .001***
กลุ่มกับระยะเวลา	2	54.23	21.12	8.90	< .01**
ความคลาดเคลื่อน	36	109.67	3.05		

** $p < .01$ *** $p < .001$

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาหลังคลอดครั้งแรกระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง เมื่อพิจารณาการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยไม่คำนึงถึงเวลา พบว่า การทดสอบอิทธิพลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาหลังคลอดครั้งแรกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$ ($F_{1,18} = 17.25, p < .001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม มีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาหลังคลอดครั้งแรกในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$

เมื่อพิจารณาการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาหลังคลอดครั้งแรกภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า การทดสอบอิทธิพลร่วม (Interaction) ของวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาหลังคลอดครั้งแรกทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ ($F_{2,36} = 8.90, p < .01$) แสดงว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของแต่ละช่วงเวลาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$ ($F_{1,18} = 17.25, p < .001$) จึงได้นำเสนอรูปแบบของกราฟที่แสดงการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของทั้งสองกลุ่มในแต่ละเวลา ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

จากภาพที่ 3 พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาหลังคลอดครั้งแรกในกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 11.00$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 11.80$) มีค่าใกล้เคียงกัน แต่ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน มีการเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($\bar{X} = 2.80$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 7.90$) และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($\bar{X} = 1.80$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 6.30$) เช่นกัน แสดงให้เห็นว่าวิธีการทดลองที่แตกต่างกันกับระยะเวลาของการทดลองนั้นส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดครั้งแรกในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และแสดงให้เห็นว่ามีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง มีผลให้คะแนนเฉลี่ย ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาหลังคลอดครั้งแรกในกลุ่มทดลองลดลง

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	<i>df</i>	SS	MS	F	<i>p</i> -value
ก่อนการทดลอง					
ระหว่างกลุ่ม	1	3.20	3.20	.39	.54
ภายในกลุ่ม	18	145.60	8.09		
หลังการทดลอง					
ระหว่างกลุ่ม	1	130.05	130.05	24.77	< .001***
ภายในกลุ่ม	18	94.50	5.25		
ระยะติดตามผล					
ระหว่างกลุ่ม	1	101.25	101.25	31.59	< .001***
ภายในกลุ่ม	18	57.70	3.20		

*** $p < .001$

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาหลังคลอดครั้งแรกก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาหลังคลอดครั้งแรกในกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุมระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$ ($p < .001$)

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาหลังคลอดครั้งแรกในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะเวลาการทดลอง	\bar{X}	ระยะเวลา		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
ก่อนการทดลอง	11.00	-	8.2***	9.2***
หลังการทดลอง	2.80	-	-	1
ระยะติดตามผล	1.80	-	-	-

*** $p < .001$

จากตารางที่ 5 ผลการทดสอบรายคู่คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ในช่วงเวลาที่แตกต่างกันด้วยวิธีการทดสอบแบบ Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาหลังคลอดครั้งแรก ในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$ และในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$ ส่วนในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิดศึกษาสองกลุ่ม คือ วัดก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้คือ มารดาที่ผ่านการคลอดบุตรครั้งแรกที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ที่มารับการตรวจสุขภาพภายหลังคลอดบุตรระยะ 4-6 สัปดาห์ ที่ห้องตรวจสูตินรีเวชกรรมและคลินิก เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) จำนวน 20 คน ผู้วิจัยทำการเลือกโดยการสุ่มอย่างง่ายโดยใช้วิธีการจับสลากแบบไม่คืนที่ แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน ดำเนินการทดลองระหว่าง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการวิจัยด้วยตนเอง โดยมีผู้ช่วยวิจัย 2 คน โดยผู้ช่วยวิจัยคนแรกมีหน้าที่ช่วยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปและประเมินภาวะซึมเศร้า ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน และผู้ช่วยวิจัย คนที่สองมีหน้าที่ช่วยเหลือดูแลบุตรของกลุ่มทดลองขณะเข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิด และพฤติกรรมที่บ้าน ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับความคิด และพฤติกรรม จำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ครั้งละประมาณ 60-90 นาที สำหรับกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ มีการประเมินผลโดยการประเมินภาวะ ซึมเศร้า 3 ครั้ง คือก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยแบบประเมิน Edinburgh Postnatal Depression [EPDS] ฉบับภาษาไทย จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูล ที่ได้ทั้งหมดจากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้อง และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิง พรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA) เมื่อพบความแตกต่างค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ทำการทดสอบเป็นรายคู่ ด้วยวิธี Bonferroni

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว วิธีการคลอด สัมพันธภาพภายในความครอบครัว ผู้ช่วยดูแล

บุตรที่บ้าน การวางแผนตั้งครรรค์ และภาวะสุขภาพของบุตรหลังคลอด ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. มารดาหลังคลอดครั้งแรกในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการปรับความคิด และพฤติกรรม มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001

3. มารดาหลังคลอดครั้งแรกในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ของมารดาหลังคลอดครั้งแรก ผลการวิจัยพบว่า มารดาหลังคลอดครั้งแรกในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในระยะหลัง การทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ < .001 ส่วนมารดาหลังคลอดครั้งแรกในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า หลังคลอด ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่าระยะก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถ อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในด้านระดับการศึกษา อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส วิธีการคลอด สัมพันธภาพภายในความรอบครัว ผู้ช่วยดูแลบุตรที่บ้าน การวางแผนตั้งครรรค์ และภาวะสุขภาพ ของบุตรหลังคลอด แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะใกล้เคียงกัน การที่กลุ่ม ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็นวิธีการบำบัดที่สามารถทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง และมีแบบแผนความคิดที่ยืดหยุ่นมากขึ้น ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม ในการศึกษานี้ขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีของ Beck (1976) โดยมีหลักการบำบัดที่สำคัญ คือ การปรับ ความคิดอัตโนมัติทางลบและความคิดที่บิดเบือน เพื่อให้ทำมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความ เข้าใจความคิด อารมณ์ และความรู้สึกของตนเองตามความเป็นจริง มีความคิดทางเลือกเพื่อให้เกิด มุมมองทางบวก นำไปสู่การปรับอารมณ์ พฤติกรรมในทางที่เหมาะสม รู้จักวิธีในการแก้ไขปัญหา ของตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งความคิดอัตโนมัติทางลบและความคิดที่บิดเบือนมีความเชื่อมโยงกับ

การเกิดภาวะซึมเศร้า ตามแนวคิดของ Beck (1995) กล่าวว่า อารมณ์เศร้าเกิดจากกระบวนการคิดที่บิดเบือน 3 ด้าน (Cognitive triad) คือ 1) การมองตนเอง 2) การมองโลก และ 3) การมองอนาคตไปในทางลบ ทำให้เกิดความคิดที่บิดเบือน (Cognitive distortion) และความคิดที่ผิดพลาด (Cognitive error) โดยส่งผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น หดหู่ สิ้นหวัง แยกตัว ซึมเศร้า นำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าให้กับมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่เข้าร่วม โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมได้

ในการศึกษาครั้งนี้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยเริ่มตั้งแต่ระยะที่ 1 กิจกรรมครั้งที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของการบำบัด และผู้รับการบำบัดได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยเชื่อมโยงกับรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า รวมถึงผลกระทบ และการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งนำไปสู่การบำบัดครั้งต่อไป กิจกรรมครั้งที่ 2 ช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีความรู้ สามารถรับรู้และเข้าใจถึงอารมณ์หรือความรู้สึกของตนเอง มีความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรมสามารถเชื่อมโยงเข้ากับ Cognitive model ที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยผู้บำบัดนำรูปแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม มาเป็นหลักการในการให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้รับการบำบัด และผู้รับการบำบัดได้ฝึกเชื่อมโยงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่นำไปสู่อารมณ์และพฤติกรรมทางลบของตนเอง

ในระยะที่ 2 กิจกรรมครั้งที่ 3-4 เป็นการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบและการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง กิจกรรมครั้งนี้ช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้เรียนรู้และเข้าใจลักษณะความคิดอัตโนมัติและความคิดบิดเบือน สามารถค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบและความคิดบิดเบือนของตนเองได้ เช่น “ฉันไม่รู้ว่าสามียังรักฉันอยู่หรือเปล่า” “สามีอาจไม่ได้รักฉัน มันก็แค่ความรับผิดชอบ ถ้าฉันไม่ท้องก็คงไม่แต่งงานด้วย” “แม่สามีชอบมาว่าฉันเรื่องการเลี้ยงลูก” “แม่สามีเข้าก็เข้าการเรื่องลูกของฉันทุกอย่าง เหมือนไม่ไว้ใจให้ฉันเลี้ยงลูกเอง” เป็นต้น รวมทั้งยังสามารถตรวจสอบความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมของตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบและความคิดที่บิดเบือนที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าของของตนเองได้ เช่น “ที่เขาเลือกแต่งงานกับฉันเพราะเขารักฉัน ผู้ชายถ้าไม่รักเขาก็คงไม่มาอยู่ด้วย” “แม่สามีเขาคงหวังดีกับฉันและลูก จึงมาช่วยดูแลและแนะนำวิธีการดูแลทารกให้ เพราะเขามีประสบการณ์มาก่อน”

สำหรับในระยะที่ 3 กิจกรรมครั้งที่ 5 ส่งเสริมให้ผู้รับการบำบัดปรับความคิดที่บิดเบือนของตนเอง โดยการคิดแบบอื่น ๆ ในสถานการณ์เดียวกันในมุมมองที่ยืดหยุ่นสมเหตุสมผลตรงกับความจริง สามารถค้นหาความคิดทางเลือกผ่านการฝึกการพูดกับตนเองทางบวก และมีทักษะการพูดกับตนเองทางบวกก็จะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง ซึ่งสอดคล้องกับ Nelson-Jones (1990) กล่าวว่า การพูดกับตัวเองทางบวก จะทำให้บุคคลสามารถมองเห็นและตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง และทำให้สามารถเลือกการพูดกับตัวเองทางบวกแทนที่การพูดกับตัวเองในทางลบ เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเกิดจากความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ความคิดดังกล่าวส่งผลให้ปัญหาทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา เมื่อมีการฝึกพูดกับตนเองทางบวก บุคคลจะสามารถเผชิญปัญหา แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ สำหรับกิจกรรมครั้งที่ 6 ช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ ได้ประเมินการเปลี่ยนแปลงของตัวเองจากการที่ได้เข้ารับ โปรแกรมฯ ทั้งหมดที่ผ่านมา ดังที่กลุ่มตัวอย่างได้กล่าวว่า “มีมุมมองต่อตนเองและคนรอบข้างดีขึ้น” “ปรับเปลี่ยนความคิดในทางที่ดีขึ้น ไม่คิดไปเอง ยึดตามหลักความเป็นจริง” “ความคิดและพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม มองโลกในแง่ดี ยิ้มได้มากขึ้น” และเกิดความมั่นใจในการนำ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันของตนเองเพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกเศร้า

การเข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมของผู้รับการบำบัด 6 ครั้ง ผู้บำบัดได้มีกรมอบหมายการบ้านอย่างง่าย ๆ ไม่ยุ่งยากสำหรับมารดาหลังคลอด โดยให้ผู้รับการบำบัดได้ไปฝึกเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่นำไปสู่อารมณ์ และพฤติกรรมทางลบของตนเอง การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ และการหาหลักฐานมาคัดค้านความคิดทางลบและหลักฐานมาสนับสนุนความคิดทางบวก แล้วนำมาพูดคุยในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป ทำให้มารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้เรียนรู้ความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง และปรับเปลี่ยนไปในทางที่เหมาะสมขึ้น สามารถตระหนักและรู้เท่าทันความคิดของตนเอง เข้าใจถึงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนความคิดทางลบ และความคิดที่บิดเบือนของตนเอง ทำให้สามารถเกิดความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสมตามมาได้ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (Beck, 1995) จึงทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน

จากผลการวิจัยพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้นมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในระยะหลัง

การทดลองเสร็จสิ้นทันทีในกลุ่มควบคุม พบว่า ยังคงมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอยู่ ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในติดตามผลในกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีภาวะซึมเศร้า แต่เมื่อพิจารณาคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอดรายบุคคลในกลุ่มควบคุม พบว่า ยังคงมีมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอยู่ถึง 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 แต่ในกลุ่มทดลอง พบว่า ทุกรายไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และเมื่อพิจารณาในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ลดลงต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที กับระยะติดตามผล 1 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดไม่แตกต่างกัน จึงอธิบายได้ว่า โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ทำให้มารดาหลังคลอดได้เรียนรู้ความคิดอัตโนมัติทางลบ ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเอง สามารถตระหนักและรู้เท่าทันความคิดของตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนความคิดทางลบและความคิดที่บิดเบือนของตนเองไปในทางที่เหมาะสมขึ้น และมีความคิดทางเลือกใหม่ที่มีความยืดหยุ่น สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น และจากการที่ได้รับความรู้และการพัฒนาทักษะเพื่อการปรับความคิดและพฤติกรรม ทำให้มารดาหลังคลอดสามารถนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน และพัฒนาทักษะให้ดีขึ้นเมื่อเวลาผ่านไปและเมื่อสิ้นสุดการฝึก โปรแกรมแล้วก็ตาม แสดงให้เห็นถึงความคงทนของ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม

ผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพที่ช่วยในการบำบัดภาวะซึมเศร้าให้กับมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่มีภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Pugh et al. (2016) ที่ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมทางอินเทอร์เน็ตกับมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าในประเทศแคนาดา จำนวน 4-7 ครั้ง พบว่า มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงมีการลดลงของความวิตกกังวล ความเครียดและความทุกข์ของมารดาหลังคลอดลดลง รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตทางจิตใจและสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นด้วย และยังสอดคล้องผลการศึกษาของ Milgrom et al. (2016) ที่ศึกษาเรื่อง โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดประเทศออสเตรเลีย จำนวน 6 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมทางอินเทอร์เน็ต สามารถลดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลและความเครียดในมารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมนี้สามารถนำไปพัฒนาและปรับใช้กับมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในกลุ่มอื่น ๆ ได้ ทั้งนี้ผลการวิจัยยังสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานของการดูแลมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เพื่อเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติ

การพยาบาล การพัฒนาโปรแกรมในการดูแลมารดาหลังคลอดครั้งแรกเพื่อลดภาวะซึมเศร้า หลังคลอดในมารดาหลังคลอด ซึ่งจะช่วยลดความทุกข์จากอาการของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด รวมทั้งยังช่วยให้มารดาหลังคลอด และทารกมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมส่งผลให้มารดา หลังคลอดครั้งแรกมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดลดลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานดูแลมารดาหลังคลอด ควรมีการติดตามและประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในระยะ 4-6 สัปดาห์ รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพที่ ปฏิบัติงานสุขภาพจิตและจิตเวชตลอดจนพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานดูแลมารดาหลังคลอดที่ ผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม สามารถนำโปรแกรม การปรับความคิดและพฤติกรรมไปใช้ หรือ ไปประยุกต์ใช้ในการลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดใน มารดาหลังคลอดได้

2. ด้านการศึกษา คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลควรนำหลักการของโปรแกรม ปรับความคิดและพฤติกรรม ไปสอดแทรกเนื้อหาการเรียนการสอนแก่นักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการ ลดภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด

3. ด้านการวิจัย นักวิจัย นักวิชาการ หรือพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็น แนวทางในการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบของการการลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอด หรือ นำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ไปขยายผล ต่อยอด และพัฒนาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลมารดา หลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในกลุ่มอื่นได้

4. ด้านการบริหาร ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการ พัฒนานุเคราะห์ทางการพยาบาลโดยสนับสนุนให้มีพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการดูแลมารดา หลังคลอดได้เข้ารับการอบรมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้า หลังคลอดในมารดาหลังคลอดได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาผลของ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในครั้งนี้ มีการติดตาม ผลการทดลองในระยะ 4 สัปดาห์ ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ดังนั้นควรมีติดตามภาวะ

ชิมเสิร์ฟเป็นระยะ ๆ ต่อไป เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 12 เดือน เพื่อประเมินประสิทธิผลของ
ความคงอยู่ของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

2. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ดังนั้นควรศึกษา
โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในมารดาหลังคลอดกับตัวแปรอื่น ๆ เช่น ความรู้สึก
มีคุณค่าในตนเอง ความเครียด การปรับตัวต่อการเป็นมารดา เป็นต้น

3. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรจะปรับ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมให้กระชับ
ขึ้นเพื่อให้ง่ายต่อการนำไปใช้กับมารดาหลังคลอดที่ต้องดูแลบุตรด้วย และควรมีการนำอินเทอร์เน็ต
มาใช้ในการดำเนิน โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม เช่น พัฒนาเว็บไซต์ แอปพลิเคชัน
เพื่อให้มารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าได้เข้าถึง โปรแกรมการบำบัดได้สะดวกขึ้น

บรรณานุกรม

- กมลรัตน์ วัชรภรณ์, จารุรินทร์ ปิตานูพงศ์ และนิศานดี สำอางศรี. (2546). การประเมินแบบสอบถาม Edinburgh Postnatal Depression Scale ฉบับภาษาไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 11(3), 164-169.
- กฤตภัค สมหอม. (2553). *ภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด* โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์. วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- คชารัตน์ ปรีชล. (2559). ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด: การป้องกันและการดูแล. *วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักรไทย*, 9(2), 24-35.
- จารุรินทร์ ปิตานูพงศ์ และกมลรัตน์ วัชรภรณ์. (2548). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23, 249-254.
- จุฑามณี เรืองจิตพิบูล. (2550). *ความชุกของภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นดา. (2555). *ภาวะซึมเศร้าการบำบัดและการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- นภัสนันท์ สุขเกษม. (2553). การดำรงบทบาทมารดาและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด. *พยาบาลสาร*, 37(3), 36-48.
- นภัสนันท์ สุขเกษม, รัชณี เรืองพรวิสุทธิ, วีรพันธ์ ศิริฤทธิ, พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ และพรรณนา วัชรประภาพงศ์. (2559). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 34(1), 47-55.
- นลินี สิทธิบุญมา. (2558). *ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครรภ์แรก*. วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบญจพร ปัญญาขง. (2555). *ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของหญิงไทย: การสำรวจระดับชาติ*. เข้าถึงได้จาก <http://www.advisor.dmh.go.th/books/files/ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของหญิงไทยการสำรวจระดับชาติ.pdf>

- พัคตร์วิไล ศรีแสง. (2549). ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด: สิ่งที่ยาบาลควรรู้. *วารสารคณะพยาบาล-ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 29(1), 46-53.
- พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, นุชนาต สุนทรลิมศิริ, กนกพร จันทร์านิตย์, จิราวรรณ ดีเหลือ, จิราภรณ์ นันทชัย และพฤษลดา เขียวคำ. (2558). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของ มารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรก. *พยาบาลสาร*, 42(3), 37-50.
- พาพร เลหาวิรภาพ. (2557). *โรคทางจิตใจหลังคลอด*. เข้าถึงได้จาก <https://thaipsychiatry.wordpress.com/2014/10/13/>
- มณีภรณ์ โสมานุสรณ์. (2553). *การพยาบาลสูติศาสตร์เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 9). นนทบุรี: ยุทธรินทร์ การพิมพ์.
- มติชนออนไลน์. (2557). *สลด แม่พิษณุ โลกขุดหลุมฝังลูกน้อยตายทั้งเป็น*. เข้าถึงได้จาก <http://m.matichon.co.th/readnews.php?newsid=1418705704>
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: หลักการและระเบียบวิธีวิจัย*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลัดดา แสนสีหา. (2536). *ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2553). *การพยาบาลสูติศาสตร์เล่ม 3* (พิมพ์ครั้งที่ 10). นนทบุรี: ยุทธรินทร์ การพิมพ์.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2543). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- American Psychological Association [APA]. (2017). *Postpartum depression*. Retrieved from <http://www.apa.org/pi/women/resources/reports/postpartum-depression.aspx>
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical experimental and theoretical aspect*. New York: Hoeber Medical Division.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorder*. New York: Madison International Universities.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspect* (2nd ed.). Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.

- Beck, C. (1995). The effect of postpartum depression on maternal-infant interaction: A meta-analysis. *Nursing Research*, 44(5), 298-304.
- Beck, C. (1999). Maternal depression and child behavior problems: A meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), 623-629.
- Beck, C. (2001). Predictors of postpartum depression. *Nursing Research*, 50(5), 275-285.
- Beck, C., Records, K., & Rice, M. (2006). Further development of the Postpartum depression Predictors Inventory-Revised. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(6), 735-745.
- Beck, C. T. (1995). Perceptions of nurse's caring by mother experiencing postpartum depression. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 24(9), 819-825.
- Beck, C. T., & Gable, R. K. (2001). Further validation of the postpartum depression screening scale. *Nursing Research*, 50, 155-164.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basic and beyond*. New York: The Guilford Press.
- Berger, F. K., Jolla, L., Zieve, D., & Ogilvie, I. (2016). *Postpartum depression*. Retrieved from <https://medlineplus.gov/ency/article/007215.htm>
- Byatt, N., Biebe, K., Freeman, M., & Cohen, L. (2014). *Assessment of depression severity and treatment options*. Retrieved from <https://www.mcpapformoms.org/Docs/Assessment%20of%20Depression%20Severity%20and%20Tx%20Options%2009.8.14.pdf>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavior sciences* (2nd ed.). New York: Lawrence Erlbaum.
- Cooper, P. J., & Murray, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnosis concept. *British journal of Psychiatric: The Journal of Mental Science*, 166, 191-195.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10 item edinburgh postnatal depression scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2014). *Williams obstetrics: Chapter 6 the puerperium*. (24th ed.). New York: McGraw-Hill Education.

- Etebary, S., Nikseresht, S., Sadeghipour, R. H., & Zarrindast, R. M. (2011). Postpartum depression and role of serum trace elements. *Iranian Journal Psychiatry, 5*(2), 40-46.
- Ghorbanshiroudi, S., Azari, N. K., Khalatbari, J., Charmchi, N., & Keikhayfarzaneh, M. M. (2011). An overview of the prevalence of postpartum depression. *Journal of Basic and Applied Scientific Research, 1*(12), 3230-3235.
- Grace, S. L., Evindar, A., & Stewart, D. E. (2003). The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Archives of Women's Mental Health, 6*(4), 263-274. doi: 10.1007/s00737-003-0024-6.
- Hamilon, L. (2017). *CBT for postnatal depression [PND]*. Retrieved from <https://www.kinsalecbt.com/postnatal-depression-pnd/>
- Hendrick, V., Altshuler, L. L., & Suri, R. (1998). Hormonal changes in postpartum and implications for postpartum depression. *Psychosomatics, 39*(2), 93-101.
- Huang, L., Zhao, Y., Qiang, C., & Fan, B. (2018). Is cognitive behavioral therapy a better choice for women with postnatal depression? A systemic review and meta-analysis. *PLOS ONE, 13*(10), 1-16. doi: 10.1371/journal.pone.0205243.
- Joy, S., Mattingly, P. J., Templeton, H. B., Isaacs, C., Contag, S. A., Trupin, S. R., & Talavera, F. (2017). *Postpartum depression*. Retrieved from <https://reference.medscape.com/article/271662-overview#showall>
- Kendall-Tackett, K. A. (2010). *Depression in new mothers: Causes, consequence, and treatment alternative*. New York: Routledge.
- Kennedy, H. P., Beck, C. T., & Driscoll, J. W. (2002). A light in the fog: Caring for women with postpartum depression. *Journal of Midwifery & Women's Health, 47*(5), 318-330.
- Klainin, P., & Arthur, D. G. (2009). Postpartum depression in Asian cultures: A literature review. *International Journal of Nursing Studies, 46*(10), 1355-1373.
- Mathews, E. (2019). *What can I do if I think I have postnatal depression and anxiety*. Retrieved from <https://www.efficacy.org.uk/blog/authors/emma-mathews/>
- McCabe-Beane, J. E., Segre, L. S., Perkhounkova, Y., Stuart, S., & O'Hara, M. W. (2016). The identification of severity range for the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 34*(3), 293-303.

- Milgrom, J., Danaher, B. G., Gemmill, A. W., Holt, C., Holt, C. J., Seeley, J. R., Tyler, M. S., Ross, J., & Ericksen, J. (2016). Internet cognitive behavioral therapy for women with postnatal depression: A randomized controlled trial of MumMoodBooster. *Journal of Medical Internet Research*, *18*(3), e54. doi: 10.2196/jmir.4993
- Murray, L., & Cooper, P. J. (1997). Effects of postnatal depression on infant development. *Archive of Disease in Childhood*, *77*(2), 99-101. doi: 10.1136/adc.77.2.99.
- National Institutes of Health. (2017). *Postpartum depression facts*. Retrieved from <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/postpartum-depression-facts/index.shtml#pub2>
- Nelson-Jones, R. (1990). *Thinking skill: Managing and preventing personal problems*. California: Brooks/ Cole.
- Northati, M. N., Nik Hazlina, N. H., Asrenee, A. R., & Wan Emilin, W. M. A. (2014). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *Journal of Affective Disorders*, *175*, 34-52.
- O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., & Wenzel, A. (2000). Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archives of General Psychiatry*, *57*, 1039-1045.
- Perinatal Anxiety & Depression Australia [PANDA]. (2015). *After birth*. Retrieved from <https://www.panda.org.au/info-support/after-birth>
- Philip, T. (2014). *Postnatal depression*. Royal College of Psychiatrists' Public Education Editorial Board. Retrieved from <http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/problemsdisorders/postnataldepression.aspx>
- Pitanupong, J., Liavsuetrakul, T., & Vittayanont, A. (2007). Validation of the Thai Edinburgh Postnatal depression scale for screening postpartum depression. *Psychiatry Research*, *149*, 253-259.
- Pugh, N. E., Hadjistavropoulos, H. D., & Dirkse, D. (2016). A randomized controlled trial of therapist-assisted, internet-delivered cognitive behavior therapy for woman with maternal depression. *PLOS ONE*, *11*(3), 1-13. doi: 10.1371/journal.pone.0149186.
- Sadeghi Azar, I. A., Hashemi, Z., & Forghani, F. (2006). Postpartum depressive correlates among Women Living in Zabol (Iran). *Iranian Journal of Psychiatry*, *1*(4), 140-147.

- Scope, A., Leaviss, J., Kaltenthaler, E., Parry, G., Sutcliffe, P., Bradburn, M., & Cantrell, A. (2013). Is group cognitive behavior therapy for postnatal depression evidence-based practice? A systemic review. *BMC Psychiatry, 13*, 321. doi: 10.1186/1471-244X-13-321.
- Stephens, S., Ford, E., Paudyal, P., & Smith, H. (2016). Effectiveness of psychological interventions for Postnatal depression in primary care: A Meta analysis. *Annals of Family Medicine, 14*(5), 463-472.
- Stuart, S. (2012). Interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Clinical Psychology & Psychother, 19*(2), 134-140. doi: 10.1002/cpp.1778
- Videbeck, S. L. (2011). *Psychiatric-mental health nursing* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- World Health Organization [WHO]. (2017 a). *Maternal and child mental health*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/maternal-child/en/
- World Health Organization [WHO]. (2017 b). *Mental health*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/
- World Health Organization [WHO]. (2017 c). *World health day 2017 Depression: Let's talk*. Retrieved from <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/postnatal/en/>
- Zieve, D., Conaway, B., Szasz, T., Ogilvie, I., Berger, F. K., & Jolla, L. (2016). *Postpartum depression*. Retrieved from <https://medlineplus.gov/ency/article/007215.htm>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ อาจารย์
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชามณูช ภูณ โนนทก อาจารย์
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. นาวาตรี นพ.พลภัทร สีโรคม รักษาการรองหัวหน้ากลุ่มงาน
กำลังพลกรมแพทย์ทหารเรือ

ภาคผนวก ข
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์การแจกแจงแบบโค้งปกติโดยวิธี Fisher Skewness Coefficient และ Fisher Kurtosis Coefficient (คะแนนภาวะซึมเศร้า)

	Pretest	Posttest	Follow up
N	20	20	20
Valid	0	0	0
Skewness	.225	1.017	.800
Std.Error of skewness	.512	.512	.512
Kurtosis	.692	.661	-.164
Std.Error of Kurtosis	.992	.992	.992

พบว่า ทั้งค่า Fisher Skewness Coefficient และ Fisher Kurtosis Coefficient โดยเทียบค่าที่ได้กับค่า Critical value ของสถิติ Z สำหรับ 2-tailed test ค่าที่ได้อยู่ในช่วง -1.96 และ +1.96 จึงแสดงให้เห็นว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด Edinburgh Postnatal Depression [EPDS]

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อความแล้วทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องคำตอบ หรือเติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. อายุ _____ ปี

2. สถานภาพสมรส

โสด

สมรส

แยกกันอยู่

หย่าร้าง

3. ระดับการศึกษา

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษาตอนต้น

มัธยมศึกษาตอนปลาย

ปวช.

ปวส.

ปริญญาตรี

สูงกว่าปริญญาตรี

อื่น ๆ ระบุ.....

4.

5.

6.

7.

8.

9. สถานะทางเศรษฐกิจ

เพียงพอ

ไม่เพียงพอ วิธีการแก้ไข โปรดระบุ.....

2. แบบสอบถามของ EPDS เพื่อวัดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ท่านกรุณาอ่านประโยคข้างล่างนี้และเลือกตอบข้อความตามความรู้สึกจริง ๆ ของท่านที่เกิดขึ้นในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงช่องคำตอบที่ตรงกับความจริงมากที่สุด โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ ใน 4 คำตอบ คือไม่มีเลย เกือบจะไม่มี (มีอาการบ้างประมาณ 1 วัน) มีบางเวลา (มีอาการบ้างประมาณ 2-3 วัน) หรือมีบ่อยมาก (มีอาการเกือบทุกวัน)

ตัวอย่าง ฉันรู้สึกหดหู่ใจอย่างไม่มีสาเหตุ

- [] 1. ไม่มีเลย
 [X] 2. เกือบจะไม่มี
 [] 3. มีบางเวลา
 [] 4. มีบ่อยมาก

กรุณาตอบคำถามข้อ อื่นให้ครบถ้วน ในวิธีเดียวกันในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา

*1. ฉันสามารถหัวเราะและมองสิ่งต่าง ๆ รอบตัวที่เกิดขึ้นได้อย่างสนุกสนาน E1[]

- [] 0. ไม่มีเลย
 [] 1. เกือบจะไม่มี
 [] 2. มีบางเวลา
 [] 3. มีบ่อยมาก
 2.
 3.
 4.
 5.
 6.
 7.
 8.
 9.

10. ความคิดที่จะทำร้ายตัวเองเกิดขึ้นกับฉัน E10[]

- [] 0. ไม่มีเลย
 [] 1. เกือบจะไม่มี
 [] 2. มีบางเวลา
 [] 3. มีบ่อยมาก

โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดครรภ์แรกแบบรายบุคคล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Beck จากการทบทวนตำรา เอกสารงานวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้มารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่มีภาวะซึมเศร้าได้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ที่เผชิญ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม สามารถปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในทางลบไปในทางที่เหมาะสม ส่งเสริมให้เกิดความคิดทางเลือก ซึ่งเป็นความคิดใหม่ที่สมเหตุสมผลและยืดหยุ่น สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในชีวิตประจำวันได้

วัตถุประสงค์หลัก

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และผลกระทบที่เกิดขึ้น
2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเรียนรู้แล้วมีความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของรูปแบบความคิด (Cognitive model) สามารถค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบของตนเองที่ส่งผลทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่าง ๆ ได้
3. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบได้ตรงกับความเป็นจริง เกิดความคิดทางเลือกหรือแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับตนเองได้
4. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถประยุกต์ใช้วิธีการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองในชีวิตประจำวันได้

กลุ่มเป้าหมาย

มารดาหลังคลอดครรภ์แรกในระยะหลังคลอด 4-6 สัปดาห์ ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ประเมินจากแบบประเมิน EPDS ฉบับภาษาไทย ที่มีคะแนนตั้งแต่ 7-18 คะแนน

สถานที่

บ้านของผู้รับการบำบัด

ระยะเวลา

การดำเนินโปรแกรมฯ ประกอบไปด้วยการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ดังต่อไปนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความไว้วางใจ และให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

หลังคลอด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้รับการบำบัดและผู้บำบัด เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และผู้รับการบำบัดให้ความร่วมมือในการรับการบำบัด
2. เพื่อประเมินสภาพผู้รับการบำบัด
3. เพื่อสอนให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม เพื่อลดภาวะซึมเศร้า

กิจกรรม	อุปกรณ์	เกณฑ์การประเมินผล
1. แนะนำตนเอง สอบถามอาการทั่วไปของผู้รับการบำบัดและการเลี้ยงดูบุตร เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก.....	แผ่นภาพที่ 1	1. ผู้รับการบำบัดและผู้บำบัดมีสัมพันธภาพที่ดี มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน.....
2. ประเมินความพร้อมของผู้รับการบำบัด โดยการประเมินอารมณ์เศร้า	สเกลประเมินระดับของอารมณ์เศร้า	2. ผู้รับการบำบัดให้ความร่วมมือในการรับการบำบัด
3. อธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจถึงวิธีการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม โดยสรุปให้แก่ผู้รับการบำบัด.....	สไลด์ความรู้ที่ 1 ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	3. ผู้รับการบำบัดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และ
4. ร่วมกันวางแผนเป้าหมายการบำบัดที่เป็นไปได้จริงในระยะ 3 สัปดาห์ (6 ครั้ง)	ใบความรู้ที่ 2 แผนผังรูปความเชื่อมโยง	เข้าใจถึงวิธีการบำบัดด้วยการปรับความคิดและ
5. สอบถามผู้รับการบำบัดถึงความคาดหวังในกระบวนการและผลของการให้การบำบัด	Cognitive model	พฤติกรรม.....
6. ให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด.....	ใบการบ้านที่ 1 การสังเกตอารมณ์ตนเอง
7.		
8.		
9. นัดหมาย วันและเวลาในการบำบัดครั้งต่อไป		

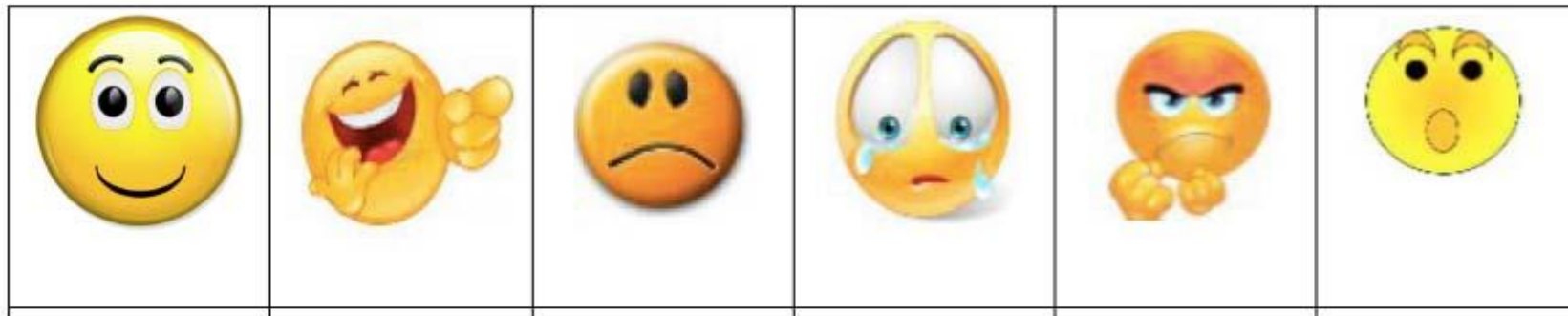
คะแนนระดับของอารมณ์เศร้า

(0 หมายถึง ไม่มีอารมณ์เศร้าเลย 10 หมายถึง มีอารมณ์เศร้ามากที่สุด)



ใบการบ้านที่ 1 การสังเกตอารมณ์ตนเอง

คำแนะนำ : ให้อ่านวลีคำอธิบายรูปภาพที่ตรงกับอารมณ์ที่เกิดขึ้น แล้วระบุว่าขณะนั้นทำอะไรหรือมีสถานการณ์อะไรเกิดขึ้นแบบสั้น ๆ



ทำอะไร/เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

.....

.....

กิจกรรมครั้งที่ 2 การทำความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความไว้วางใจอย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดรับรู้และเข้าใจถึงอารมณ์หรือความรู้สึกของตนเอง สามารถเชื่อมโยงเข้ากับ Cognitive model ที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า และสามารถให้คะแนนระดับอารมณ์ของตนเองได้
3. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรม (Cognitive model)
4. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถนำวิธีการผ่อนคลายความเครียดไปใช้ในการชีวิตประจำวันได้

กิจกรรม	อุปกรณ์	เกณฑ์การประเมินผล
1. กล่าวทักทาย และสอบถามอาการทั่วไป “วันนี้เป็นอย่างไรบ้างคะ ไม่เจอกันมา 3 วัน มีเรื่องอะไรอยากจะทำให้อะไรใหม่คะ”	-แผ่นภาพที่ 1 สเกลประเมินระดับของอารมณ์เศร้า	1. ผู้รับการบำบัดทำการบ้านตามที่กำหนดร่วมกันไว้
2. ประเมินความพร้อมของผู้รับการบำบัดโดยการประเมินอารมณ์เศร้า	-ใบความรู้ที่ 2 แผ่นผัง Cognitive model	2. ผู้รับการบำบัดมีความเข้าใจเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรม สรีระ (Cognitive model)
3. ทบทวนสิ่งที่ได้พูดคุยกันครั้งที่ 1 และนำการบ้านในครั้งที่ 1 มาอภิปรายร่วมกัน.....	-ใบความรู้ที่ 3	3. ผู้รับการบำบัดสามารถใช้เทคนิคการหายใจในการคลายเครียดได้อย่างถูกต้อง
4. อธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรม (Cognitive model).....	-ใบงานที่ 1	
5.	ใบความรู้ที่ 4 เทคนิคการผ่อนคลาย	
6.	ความเครียด	
7.		
8. มอบหมายการบ้าน.....		
9. นัดหมายวันและเวลาการบำบัดครั้งต่อไป		

ใบการบ้านที่ 2 ตารางบันทึกความเชื่อมโยงของสถานการณ์ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และร่างกาย

วัน/ เดือน/ ปี	เหตุการณ์/สิ่งกระตุ้น	ความคิดที่มีต่อ เหตุการณ์/สิ่งกระตุ้น	ความรู้สึที่เกิดขึ้น	พฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น	ด้านร่างกายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นหรือ เปลี่ยนไปจากเดิม
.....
.....

ใบงานที่ 4 ชงแทนใจ

สิ่งที่ได้เรียนรู้

.....

.....

.....

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

.....

.....

.....

ความรู้สึกที่มีต่อตนเองและอนาคต

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ง
เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มทดลอง)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดา
หลังคลอดครั้งแรก

รหัสจริยธรรมการวิจัย 03-06-2561

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพิชญ์ชนมณัฐตา กาญจนवास

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในการลด
ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดครั้งแรก

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์
ของการวิจัย ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีเข้าร่วมวิจัยทั้งหมด จำนวน 20 ราย และจะใช้เวลาระหว่างเดือน
ธันวาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการ
วิจัย ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า หลังจากนั้นท่านจะได้เข้าร่วม
กิจกรรมทั้งหมด 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวนทั้งหมด 6 ครั้ง ในแต่ละครั้งใช้เวลา 60-90 นาที
ณ บ้านพักของท่าน โดยโปรแกรมมีกิจกรรมมีรายละเอียดดังนี้ ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อ
ความไว้วางใจ ครั้งที่ 2 เรียนรู้เกี่ยวกับรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรม
ที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ครั้งที่ 3 การฝึกค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบและความคิดที่บิดเบือน
ครั้งที่ 4 การตรวจสอบและปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง ครั้งที่ 5 การค้นหา
ความคิดทางเลือกและแนวทางแก้ไขปัญหา ครั้งที่ 6 สรุปการทบทวนและนำไปประยุกต์ใช้ หลังจาก
เสร็จสิ้นโปรแกรมแล้วผู้วิจัยจะให้ท่านตอบแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าหลังอีกครั้งเสร็จสิ้น
โปรแกรมทันที และประเมินซ้ำในระยะติดตาม 1 เดือนอีกครั้ง โดยท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม
แต่อย่างใด

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับการเข้าโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อลดความทุกข์จากอาการของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและส่งผลให้ท่านมีสุขภาพจิตที่ดีซึ่งเป็นประโยชน์ต่อตัวท่านโดยตรง ส่วนผลทางอ้อมเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดไปใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดให้แก่มารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า การวิจัยครั้งนี้อาจมีความเสี่ยงหรือความไม่สบายใจที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยได้แก่ การตอบแบบสอบถามหรือการเข้าโปรแกรม อาจจะทำให้ท่านเกิดความอึดอัด ไม่สบายใจ ซึ่งผู้วิจัยจะยุติการตอบแบบสอบถามหรือการเข้าร่วมโปรแกรมในครั้งนั้น และจะทำการช่วยเหลือร่วมกับให้คำปรึกษาตามปัญหาที่เกิดขึ้น

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางสาวพิชญ์ชนมณัฐดา กาญจนवास หมายเลขโทรศัพท์ 062-446-5416 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ร.อ.หญิง ชนิดดา แนบเกษร อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102810

นางสาวพิชญ์ชนมณัฐดา กาญจนवास
ผู้วิจัย

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



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มควบคุม)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดา
หลังคลอดครั้งแรก

รหัสจริยธรรมการวิจัย 03-06-2561

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพิชญ์ชนมณัฐตา กาญจนวาศ

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในการลด
ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดครั้งแรก

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ของการ
วิจัย ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีเข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจำนวน 20 ราย และจะใช้เวลาระหว่างเดือนธันวาคม
พ.ศ. 2561 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการ
วิจัย ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที
จากนั้นท่านจะได้รับการดูแลตามปกติจากทางห้องตรวจสูติรีเวชกรรม/ คลินิกเครือข่ายของ
โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ หลังจากท่านได้รับการพยาบาลตามปกติแล้วในสัปดาห์ที่ 3
และในสัปดาห์ที่ 7 จะให้ท่านตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่บ้านพักของท่าน

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ คือ นำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย
และพัฒนาโปรแกรมในการดูแลมารดาหลังคลอดครั้งแรก เพื่อลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ทั้งนี้
เมื่อผลการวิจัยออกมาดี ผู้วิจัยจะนำไปใช้กับท่านหากท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วม
โครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทน
การระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็น

กระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางสาวพิชญ์ชนมณัฐดา กาญจนवास หมายเลขโทรศัพท์ 062-446-5416 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ร.อ.หญิง ชนัดดา แนบเกษร อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102810

นางสาวพิชญ์ชนมณัฐดา กาญจนवास
ผู้วิจัย

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



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้า
หลังคลอดในมารดาหลังคลอดครั้งแรก

วันให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

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

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจน ข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็น การสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบ ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....นางสาวพิชญ์ชนมณัฐ์ตา กาญจนवास.....)

ภาคผนวก จ
แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรม
หนังสือขอความอนุเคราะห์



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดครั้งแรก
The Effect of Cognitive Behavioral Therapy Program on Postpartum Depression among Primiparous Mothers

ชื่อนิสิต นางสาวพิชญ์ชนมณูชฎา กาญจนवास

รหัสประจำตัวนิสิต 58920053 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 04 - 06 - 2561

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ มารดาหลังคลอดครั้งแรกที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดระยะ 4-6 สัปดาห์ จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 20 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ห้องตรวจสูตินรีเวชกรรม และคลินิกเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ และบ้านพักของกลุ่มตัวอย่าง

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วม โครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2562

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย


วันที่ให้การรับรอง 12 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2561

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

	เอกสารรับรองโครงการวิจัย (Certificate of Approval, COA) โดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ	
	สำนักงานจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ เลขที่ 504/54 อาคารกองบังคับการกรมแพทยทหารเรือ บุคโคโล ธนบุรี กทม.10600 โทร.02-4752705	NO.044 : COA-NMD-REC 046/61 : Expedited Review
พันธกิจ : ดูแลการวิจัย โดยเฉพาะการวิจัยในมนุษย์ที่ดำเนินการในสถานพยาบาลของ ทร. หรือดำเนินการโดยบุคลากรสายแพทย์ หรือบุคลากรสถาบันสมทบ ให้เป็นไปตามระเบียบของ ทร./ นโยบาย พร./ ตามข้อกำหนดการศึกษาวิจัยและทดลองในมนุษย์ พร. และถูกต้องตามหลักจริยธรรมสากล		

โครงการวิจัย และเอกสารประกอบตามรายการที่แสดงด้านล่างนี้ ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือแล้ว มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความ สอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนข้อบังคับและข้อกำหนดของกรมแพทยทหารเรือ จึงเห็นสมควรให้ ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการ	ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดา หลังคลอดครั้งแรก
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	นางสาวพิชญ์ชนมณัฐตา กาญจนวาศ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทยทหารเรือ
รหัสโครงการ	RP041/61
สถานที่ทำวิจัย	โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทยทหารเรือ
รายการเอกสารที่รับรอง	1) โครงการวิจัย (Version 3, วันที่ 2 ธันวาคม 2561) 2) เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Version 3, วันที่ 2 ธันวาคม 2561) 3) หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มควบคุม (Version 1, วันที่ 1 ตุลาคม 2561) 4) หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มทดลอง (Version 1, วันที่ 1 ตุลาคม 2561)
วันที่รับรอง	3 ธันวาคม 2561
วันหมดอายุ	2 ธันวาคม 2562

ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องดำเนินการวิจัยตามข้อกำหนดและเงื่อนไข ที่ผู้วิจัยต้องปฏิบัติสำหรับโครงการวิจัยที่ได้รับ การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ ตามรายละเอียดใน FM-NMD-REC-12.1 ที่แนบ

พลเรือตรีหญิง.....
 (พิมพ์พิมพ์ พันธมีเกียรติ)
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย พร.



ที่ ศร 0521.1.0604/ ๐๒3



ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

วันที่ 27 มีนาคม 2561

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรีย์ ไชยมงคล คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อ้างถึง หนังสือที่ ศร ๖๒๐๖/๐๒๕๘ ลงวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

ตามหนังสือที่อ้างถึง มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ ได้ขอความอนุเคราะห์ขอใช้ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ฉบับภาษาไทย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง การประเมินแบบสอบถาม Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ฉบับภาษาไทย เพื่อใช้ในการทำวิจัยเรื่อง ได้แก่

1. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ของ นางกุสมล แสนบุญมา
2. ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดครั้งแรก ของ นางสาวพิชญ์ชนมณัฐตา กาญจนवास

ในการนี้ดิฉันได้พิจารณาแล้ว ยินดีอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ เพื่อดำเนินการวิจัยดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบไฟล์เครื่องมือมาด้วยแล้ว และขอขอบพระคุณที่ให้ความสนใจในงานวิจัยดังกล่าวมา ณ ที่นี้ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนุจรินทร์ ปิตานุกพงศ์)
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

โทรศัพท์ 074-451351-2