

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

กุศล แสนบุญมา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการผดุงครรภ์

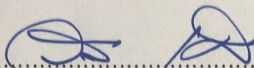
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

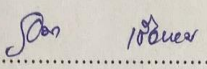
พฤศจิกายน 2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยบูรพา

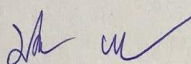
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ กุศลมล แสนบุญมา ฉบับนี้แล้ว เห็นควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

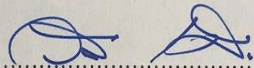
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

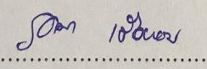
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียววิเศษ)

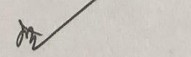
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุษา เชื้อหอม)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

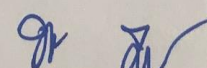
.....ประธาน  
(รองศาสตราจารย์ ดร.มนิรัตน์ อากาศรูป)


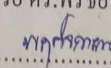

.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียววิเศษ)

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุษา เชื้อหอม)

.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรรชัย จุลเมตต์)

วันที่  เดือน  พ.ศ. 

วิทยานิพนธ์นี้ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์  
จากมหาวิทยาลัยบูรพา ปีงบประมาณ 2561

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียววิเศษ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่กรุณาเสียสละเวลาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทาง ที่ถูกต้องตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ รวมทั้งความรัก ความปรารถนาดี แก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาในการจัดทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบ ขอบพระคุณในความกรุณาเป็นอย่างสูงไว้ในโอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุษา เชื้อหอม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาเสียสละเวลาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้องตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ รวมทั้งความรักความเมตตาแก่ผู้วิจัยเสมอมา และท่านคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ทุกท่าน คณาจารย์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาทุกท่านที่ได้ให้ความรัก ความเอาใจใส่ ให้ความรู้ในด้านวิชาการจนทำให้ผู้วิจัย สามารถทำวิจัยได้ดี รวมทั้งขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่ดีเสมอมา

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลบางละมุง หัวหน้า ฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกสูติกรรม พยาบาลวิชาชีพแผนกสูติกรรม และแผนกคลินิกสุขภาพ เด็กดี ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ แก่การวิจัยครั้งนี้ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดี

ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยบูรพาที่ได้สนับสนุนทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้  
ขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิ ชลบุรี ที่สนับสนุนทุนการศึกษา และโอกาสทางการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิ ชลบุรี คณาจารย์ทุกท่านที่ทำให้กำลังใจและสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา

ขอขอบพระคุณบิดา มารดา สามี บุตร และบุคคลในครอบครัวที่คอยให้กำลังใจ และให้การสนับสนุนคอยช่วยเหลือตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ที่คอยช่วยเหลือ และให้กำลังใจ มาโดยตลอด คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตเวทิตาแด่บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน

กุศลมล แสนบุญมา

59910021: สาขาวิชา: การผดุงครรภ์; พย.ม. (การผดุงครรภ์)

คำสำคัญ: มารดาหลังผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน/ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

กุศล สมบูรณ์: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน (PREDICTORS OF POSTPARTUM DEPRESSION AMONG WOMEN WITH EMERGENCY CESAREAN SECTION) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วรณี เดียววิเศษ, Ph.D., อุษา เชื้อหอม, Ph.D. 95 หน้า. พ.ศ. 2561.

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นการเปลี่ยนแปลงที่วิกฤติทางอารมณ์ของมารดาหลังคลอด มีผลกระทบต่อมารดาหลังคลอด ทารกและครอบครัว การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังคลอด ที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน และมารับบริการตรวจสุขภาพหลังคลอดบุตรหรือพาดูบุตรมารับบริการที่หน่วยเด็กสุขภาพดีที่โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลบางละมุง หรือคลินิกเอกชน/ โรงพยาบาลเอกชน จำนวน 98 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2651 โดยใช้แบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบเอง ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แบบสอบถามความเครียดจากการดูแลบุตร แบบสอบถามความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 20.20 อายุของมารดา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาของบุตรที่ต้องรับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิด ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง ความเครียดจากการดูแลบุตรและการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินได้ร้อยละ 56 ( $Adjust R^2 = .53, F_{6, 91} = 19.307, p < .05$ ) โดยความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากที่สุด ( $\beta = -.59, p < .05$ ) รองลงมาคือความเครียดจากการดูแลบุตร ( $\beta = .20, p < .05$ ) และระยะเวลาที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิด ( $\beta = .17, p < .05$ )

ผลการศึกษาชี้แนะว่าพยาบาลผดุงครรภ์ควรมีการจัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองและการจัดการความเครียดจากการดูแลบุตรหลังคลอด โดยเฉพาะในรายที่บุตรต้องรักษาตัวที่หออภิบาลทารกแรกเกิดเป็นเวลานาน เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดากลุ่มนี้

59910021: MAJOR: MIDWIFERY; M.N.S (MIDWIFERY)

KEYWORD: WOMEN WITH EMERGENCY CESAREAN SECTION/ POSTPARTUM  
DEPRESSION

KUSUMON SAENBUNMA: PREDICTORS OF POSTPARTUM DEPRESSION  
AMONG WOMEN WITH EMERGENCY CESAREAN SECTION. ADVISORY COMMITTEE:  
WANNEE DEOISRES, Ph.D., USA CHUAHORM, Ph.D. 95 P. 2018.

Postpartum depression is a critical change of emotion in the mothers after giving birth. This results in maternal, neonatal and family effects. The purpose of this study was to determine the influencing factors of postpartum depression among women with emergency cesarean section. A convenience sample of 98 women after having emergency cesarean section for 4-8 week period who received post labor care or took their child to the well-baby clinics at Rayong regional hospital, Banglamung hospital, and other private hospitals and clinics were recruited in this study. Data were collected from April-June, 2018. Research instruments included demographic information, Thai Edinburgh Postnatal Depression [EPDS] scale, Self-Esteem scale, Thai Childcare stress Inventory and Thai Postpartum support questionnaires. Descriptive statistics and standard multiple regression analysis were used to analyze the data.

The study results revealed that there are 20.20 % of women with emergency cesarean section had postpartum depression. Age of mothers, family income, duration of the child to be treated at the neonatal care unit, self-esteem, stress from childcare, and social support could together predict postpartum depression in mothers with cesarean delivery in an emergency unit for 56 %.(*Adjust R*<sup>2</sup> = .53, *F*<sub>6, 91</sub> = 19.307, *p* < .05). The best predictor was self-esteem ( $\beta = -.59$ , *p* < .05), followed by childcare stress ( $\beta = .20$ , *p* < .05) and length of postnatal hospital stay in neonatal intensive care unit ( $\beta = .17$ , *p* < .05).

The results of this study suggest that midwife nurses should develop program aimed at enhancing self-esteem, and child care stress management for the mothers, especially the mothers whose children were treated at the neonatal care unit for a long period in order to prevent postpartum depression among these mothers.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ซ
สารบัญภาพ.....	ฅ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	5
สมมติฐานการวิจัย .....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย .....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	9
การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง .....	9
ภาวะซึ่มเศร้าหลังคลอด .....	12
แนวคิดทฤษฎีภาวะซึ่มเศร้าหลังคลอดของ Beck.....	20
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึ่มเศร้าหลังคลอด.....	21
3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	30
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	30
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	31
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ .....	34
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	35
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	35
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	38
4 ผลการวิจัย.....	39
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล .....	39

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางสถิติกรรม .....	41
ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยด้านจิตสังคม.....	43
ส่วนที่ 4 ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด.....	44
ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอด แบบฉุกเฉิน.....	44
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	48
สรุปผลการวิจัย .....	48
อภิปรายผลการวิจัย .....	49
ข้อเสนอแนะในการนำเสนอผลวิจัยไปใช้ .....	53
บรรณานุกรม .....	54
ภาคผนวก.....	64
ภาคผนวก ก .....	65
ภาคผนวก ข .....	68
ภาคผนวก ค .....	71
ภาคผนวก ง.....	76
ภาคผนวก จ.....	87
ภาคผนวก ฉ .....	92
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	95



## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ..... 40
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างแยกตามข้อมูลทางสถิติกรรม และระยะเวลา ของบุตรที่ต้องเข้ารับการศึกษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต ..... 41
3	คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยด้านจิตสังคม ..... 43
4	ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการประเมินภาวะซึมเศร้า ..... หลังคลอดจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดฉบับภาษาไทย..... 44
5.....	จำนวนและร้อยละของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน..... 44
6	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ..... 46
7	ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอด แบบฉุกเฉิน ..... 47

## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันอัตราการผ่าตัดคลอดทั่วโลกสูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้คือ ไม่เกินร้อยละ 15 ของอัตราการคลอดทั้งหมด (World Health Organization [WHO], 2015) จากการรายงานอัตราการผ่าตัดคลอดทั่วโลกพบร้อยละ 18.60 (Betran, Ye, Moller, Zhang, Gulmezoglu, & Yorlani, 2016) ในประเทศแถบอเมริกา พบร้อยละ 20.70-40.50 (Menacker & Hamilton, 2010) ประเทศแถบยุโรปพบร้อยละ 22.40-30.70 และประเทศแถบเอเชียพบร้อยละ 11.40-34.80 (Betran et al., 2016) สำหรับสถิติในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 ในผู้หญิงอายุ 15-49 ปี ผ่าตัดคลอดร้อยละ 32.70 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559) จากรายงานสถิติผ่าตัดคลอดของโรงพยาบาลระยอง ในปี พ.ศ. 2559-2560 ผ่าตัดคลอดร้อยละ 46.66 (โรงพยาบาลระยอง, 2561) และสถิติการคลอดโรงพยาบาลบางละมุง ในปี พ.ศ. 2559 ผ่าตัดคลอดร้อยละ 27.03 (โรงพยาบาลบางละมุง, 2560) จะเห็นได้ว่าสถิติการผ่าตัดคลอดในประเทศไทยสูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนดค่อนข้างมาก ซึ่งการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีสองแบบคือการผ่าตัดที่วางแผนล่วงหน้า และการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน สถิติการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกล่าวในภาพรวม โดยไม่ได้แยกสถิติการผ่าตัดคลอดแต่ละแบบชัดเจน ซึ่งการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน พบผลกระทบต่อมารดาและทารกมากกว่าการผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้า

การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินเป็นสถิติศาสตร์หัตถการที่แพทย์จำเป็นต้องกระทำเพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารกในครรภ์ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เร่งด่วน จนกระทั่งมารดาอาจได้รับการเตรียมร่างกายและจิตใจไม่เพียงพอ ทำให้ปรับตัวต่อเหตุการณ์ได้ไม่ดี เกิดความวิตกกังวลต่อความปลอดภัยของตนเองและทารกในครรภ์ (Yokote, 2008) การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย เช่น เกิดความทุกข์ทรมานจากการปวดแผล ไม่สุขสบาย หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงภายหลังผ่าตัดคลอด ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อย ปฏิบัติหน้าที่มารดาหลังคลอดในการดูแลบุตร ได้น้อย (ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และพรพรรณ ภูษาหัส, 2558; Karlstrom, Engstrom-Olofss, Norbergh, Sjolning, & Hildingsson, 2007) ที่สำคัญคือผลกระทบต่อจิตใจ มารดาที่ไม่สามารถคลอดได้เองตามที่คาดหวัง เกิดความกังวลทั้งในระยะก่อนและขณะผ่าตัดคลอด ส่วนในระยะหลังคลอดมีความสามารถในการดูแลตนเองและทารกลดลง เกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่น เกิดความรู้สึกด้านลบต่อประสบการณ์การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน (ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และพรพรรณ ภูษาหัส, 2558; Nystedt, Hogberg, & Lundman, 2008; Yokote, 2008)

เกิดความรู้สึกผิดหวัง โทษตัวเอง ส่งผลต่อจิตใจ อารมณ์ เกิดเป็นความวิตกกังวล และความเครียดสะสม หากปรับตัวไม่ได้อาจภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Porter, Teijlingen, Yip, & Bhattacharya, 2007)

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum depression) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ของมารดาหลังคลอด ซึ่งมักเริ่มขึ้นภายใน 4 สัปดาห์แรกหลังคลอด (American Psychiatric Association [APA], 2000) อย่างไรก็ตามพบว่าระยะเวลาการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา โดยทั่วไปพบว่ามารดาหลังคลอดมีภาวะซึมเศร้าในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด (กัลพร ยังดี และชุติมา หุ่มเรื่องวงษ์, 2559; นพพรช พุ่มมณี และชุติมา หุ่มเรื่องวงษ์, 2558; Thurgood, Avery, & Williamson, 2009) ส่วนการศึกษาทั้งในและต่างประเทศพบว่า มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในระยะ 4 สัปดาห์หลังคลอดจนถึงระยะ 1 ปีหลังคลอด (ชญญมล สุริยานิมิตรสุข, วรณิ เดียวอิสเรศ, ไพรัตน์ วงษ์นาม และพีบี วิลเลียม, 2558; วรณาคงสุริยะนาวิน, เบญจวรรณ คุณรัตนภรณ์ และกิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, 2553; Sato, Kato, & Kakee, 2008; Thurgood et al., 2009) โดยมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะแสดงอาการตอบสนองออกมาทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น วิตกกังวล ย้ำคิดย้ำทำ ไม่สนใจตนเอง นอนหลับยาก ไม่อยากอาหาร ก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย ควบคุมตนเองไม่ได้ ตัดสินใจอะไรไม่ได้ อ่อนเพลีย เกิดความรู้สึกผิด สิ้นหวัง (คชารัตน์ ปรัชล, 2559; Miller, 2002) มีความคิดฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายสำเร็จ (Lindahl, Pearson, & Colpe, 2005)

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดพบได้ทั้งมารดาที่คลอดปกติ และมีภาวะแทรกซ้อน จากรายงานความชุกของภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดพบว่ามีอัตราที่สูงทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งในต่างประเทศ จากการศึกษาในมารดาหลังคลอดทั่วไปพบร้อยละ 5.50-68.50 (Arbabi, Taghizadeh, Hantoushzadeh, & Haghazarian, 2016; El-Hachem et al., 2014; Hoang, Deoisres, & Suppaseemanont, 2016; Manshoori, Bidaki, & Esmaeilzadeh, 2017) ส่วนมารดาหลังคลอดที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องพบร้อยละ 21.70-32.68 (Goker et al., 2012; Mahishale & Bhatt, 2017; Xie et al., 2011; Yang, Shen, Ping, Wang, & Chien, 2011) ในประเทศไทยพบภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดทั่วไป ร้อยละ 10.30-48.28 (ทรรพนันท์ จุลพูล และชื่นฤทัย ยี่เจียน, 2558; นพพรช พุ่มมณี และชุติมา หุ่มเรื่องวงษ์, 2558; พรณพิไล ศรีอาภรณ์ และคณะ, 2558; ศรุตาช่อไสว และนงลักษณ์ วรรักษ์ชนานันท์, 2556) และในมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 6.10-13.70 (กัลพร ยังดี และชุติมา หุ่มเรื่องวงษ์, 2559) อย่างไรก็ตามรายงานการศึกษาเฉพาะในกลุ่มมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินในประเทศไทยยังพบน้อย ทั้งที่พบอัตราการผ่าตัดคลอดโดยรวมในอัตราสูงขึ้น การศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศ พบว่า มารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่ามารดาหลังคลอดที่คลอดด้วยวิธีอื่น ๆ จากการศึกษาของ Goker et al. (2012) ศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดระหว่างมารดาที่คลอดเองทางช่องคลอด มารดาที่ใช้เข็มช่วยคลอด และมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน พบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงกว่ามารดาที่คลอดแบบอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Boyce and Todd (1992) ที่ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังคลอด จำนวน 188 คน พบภาวะซึมเศร้าในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินสูงกว่ามารดาที่คลอดวิธีอื่นทั้ง 3 ช่วงเวลา หากมารดามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดก็อาจจะส่งผลกระทบต่อตนเองและบุคคลใกล้ชิดได้

มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะขาดความสนใจในตนเอง บุคคลใกล้ชิดรวมถึงสภาพแวดล้อมรอบตัว และที่สำคัญคือละเลยการปฏิบัติบทบาทมารดา ส่งผลให้บุตรอาจจะมีปัญหาพัฒนาการในด้านต่าง ๆ ลำซ่า (Thurgood et al., 2009) รวมทั้งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดาและสามี และบุคคลในครอบครัวส่งผลให้เกิดปัญหาครอบครัวตามมา (Hanlay & Long, 2006) จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และมีผลกระทบที่ค่อนข้างจะรุนแรงทั้งต่อมารดาเองและบุคคลใกล้ชิด ฉะนั้นจึงถือได้ว่าภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ควรตระหนักถึงความสำคัญและหาแนวทางการป้องกันเพื่อลดระดับความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น หากทราบถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดก็สามารถนำไปสู่การหาแนวทางป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้

สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านชีววิทยา และปัจจัยด้านจิตสังคม (O'Hara & Swain, 1996; Beck, 1996, 1998, 2001) จากทฤษฎีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของเบค (Beck, 2001) กล่าวว่าปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นกับบุคคล โดยเฉพาะมารดาหลังคลอดได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม การเปลี่ยนแปลงของมารดาในระยะหลังคลอดที่เห็นได้ชัดคือการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่พยายามปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติ การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและด้านจิตสังคม ทำให้เกิดอารมณ์แปรปรวนหรือความผิดปกติทางอารมณ์ที่จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยเบคพบว่ามี 13 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าก่อนคลอด ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร ความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิต การไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลก่อนคลอด ปัญหาสัมพันธภาพกับคู่สมรส ประวัติอาการซึมเศร้า ลักษณะทารกเลี้ยงยาก อารมณ์เศร้าหลังคลอดของมารดา ความรู้สึกล้มคุณค่าในตนเองของมารดา สถานภาพสมรส สถานะทางเศรษฐกิจ และการตั้งครรภ์โดยไม่มีวางแผนหรือตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบว่าอายุของมารดามีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เนื่องจากอายุของบุคคลสัมพันธ์กับประสบการณ์ในชีวิต จากการศึกษาพบว่ามารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงกว่าวัยผู้ใหญ่ (Lanes, Kuk, & Tamim, 2011) ส่วนการศึกษาของ Muraca and Joseph (2014) พบว่า ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่มีอายุ 40-44 ปี มากที่สุด นอกจากนี้ พบว่ารายได้ มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเช่นกันเนื่องจากการที่สมาชิกเพิ่มมาจะทำให้ต้องมีรายจ่ายที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มารดาเกิดความวิตกกังวล และความเครียดซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Goyal, Gay, & Lee, 2010; Lanes et al., 2011) ระยะเวลาที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤตก็มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้เช่นกัน กล่าวคือทารกที่คลอดด้วยวิธีการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินส่วนใหญ่จะมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีตั้งแต่อยู่ในครรภ์ เช่น ทารกขาดออกซิเจนตั้งแต่อยู่ในครรภ์ (Benzouina et al., 2016; Suwal, Shrivastava, & Giri, 2013) ทารกมีภาวะเป็นกรดในกระแสเลือด (Mylonas & Friese, 2015) ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่ส่งผลให้ทารกมีภาวะสุขภาพไม่ดีในระยะหลังคลอด (Daniel, Viswanathan, Simi, & Nazeema, 2014; Thakur, Chiheriya, Thakur, & Moueya, 2015) ทารกจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาดัวในหออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต ทำให้มารดาและบุตรต้องแยกจากกัน ซึ่งการแยกจากเป็นอุปสรรคต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก (Lee, Long, & Boore, 2009) ซึ่งการที่บุตรเจ็บป่วยรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการรักษาทำให้มารดามีความเครียดเป็นอย่างมาก (Aguilera & Messick, 1982) ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Cherry et al., 2016; Rogers, Kidokoro, Wallendorf, & Inder, 2013)

นอกจากปัจจัยด้านอายุของมารดา รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาที่บุตรต้องเข้ารับการรักษา ยังพบว่าปัจจัยด้านจิตสังคมก็มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มารดาหลังคลอดที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เร่งด่วน โดยขาดการเตรียมร่างกายและจิตใจอย่างเพียงพอ ทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของตนเองและบุตร (Yokote, 2008) บางรายเกิดความรู้สึกผิดหวัง โทษตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ในระยะหลังคลอดช่วยเหลือตนเองได้น้อย ดูแลบุตรได้ไม่เต็มที่ แสดงบทบาทการเป็นมารดาไม่ได้ตามที่คาดหวังก็ทำให้เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Beck, 2001; Thurgood et al., 2009) นอกจากนี้ การฟื้นฟูสุขภาพหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดจะช้ากว่ามารดาที่คลอดเองทางช่องคลอด ทำให้การปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลบุตรยากลำบาก มารดาจึงมีโอกาสเกิดความเครียดจากการเลี้ยงดูทารกส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Beck, 2001, กิณี ชัยสวรรค์, เขวลักษณ์ เสรีเสถียร, จิวรรณ อยู่สำราญ และนพพร ว่องศิริมาส, 2554;

ชัยยมล สุริยานิมิตรสุข และคณะ, 2558) และการศึกษายังพบว่ามารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลที่เกี่ยวข้องเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ (กัลพร ยงค์ดี และชุตติมา หุ่มเรื่องวงษ์, 2559; นกัสนันท์ สุขเกษม, รัชณี เรื่องพรวิสุทธิ, พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, วีรพันธ์ ศรีฤทธิ์ และพรรณนา วัชรประภาพงษ์, 2559; Hoang et al., 2016) การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยที่อาจจะเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้

การศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่ศึกษาในมารดาหลังคลอดทั่วไป การศึกษาเฉพาะในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินพบค่อนข้างน้อยทั้งที่มารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินได้รับผลกระทบที่รุนแรงต่อด้านร่างกายและจิตใจ และมีผลกระทบต่อทารกด้วย ซึ่งอาจจะได้รับผลกระทบรุนแรงกว่ามารดาที่คลอดโดยวิธีอื่น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ปัจจัยดังกล่าวได้แก่ อายุของมารดา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร และการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แนวคิดทฤษฎีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของ Beck (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาโดยคาดหวังว่าผลการศึกษาที่ได้จะนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดฉุกเฉินต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ได้แก่ อายุของมารดา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร และการสนับสนุนทางสังคม

### สมมติฐานการวิจัย

อายุของมารดา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร และการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลและสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

## กรอบแนวคิดการวิจัย

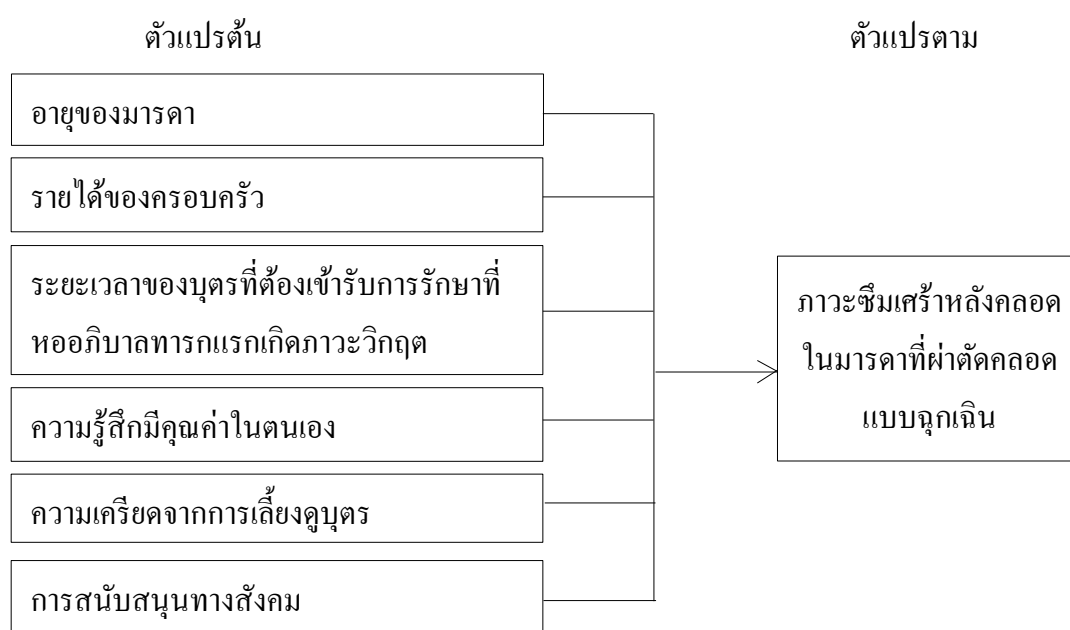
การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Beck's postpartum depression theory) ของ Beck (2001) ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ซึ่งเบคกล่าวไว้ว่า ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นกับบุคคล โดยเฉพาะมารดาหลังคลอดได้รับอิทธิพลมาจากหลายปัจจัยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม การเปลี่ยนแปลงของมารดาในระยะหลังคลอดที่เห็นได้ชัดคือ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่พยายามปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติ การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ และด้านจิตสังคม ทำให้เกิดอารมณ์แปรปรวนหรือความผิดปกติทางอารมณ์ที่จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของ Beck (2001) ครอบคลุมถึง ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านจิตสังคม การศึกษาของเบคพบว่า มี 13 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยมี 10 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับกลาง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าก่อนคลอด ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร ความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิต การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลก่อนคลอด สัมพันธภาพกับคู่สมรส ประวัติอาการซึมเศร้า ลักษณะทารกเลี้ยงยาก อารมณ์เศร้าหลังคลอดของมารดา และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมี 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับน้อย ได้แก่ สถานภาพสมรส สถานะทางเศรษฐกิจ และการตั้งครรภ์โดยไม่มีการวางแผน หรือตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อายุของมารดามีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Muraca & Joseph, 2014) เนื่องจากอายุของบุคคลสัมพันธ์กับประสบการณ์ในชีวิต รายได้ของครอบครัว มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เนื่องจากการคลอดเป็นการเพิ่มสมาชิกในครอบครัวซึ่งจะมีรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นด้วยมารดาที่มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ส่งผลให้มารดาเกิดความวิตกกังวล และความเครียดเพิ่มขึ้นทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Lanes et al., 2011) ระยะเวลาของบุตรที่ต้องเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิดส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Cherry et al., 2016) เนื่องจากสาเหตุของการผ่าตัดคลอดส่วนใหญ่เป็นผลมาจากภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์และโอกาสที่ต้องรับการรักษาต่อเนื่องค่อนข้างสูง นอกจากนี้พบว่า มารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีความรู้สึกด้านลบต่อประสบการณ์คลอด โทษตนเอง มีความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Thurgoood et al., 2009) การฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ช้าทำให้ความสามารถในการปฏิบัติบทบาทมารดาลดลงร่วมกับการปรับต่อการดูแลทารกหลังคลอดส่งผลให้มารดาเกิดความเครียดจากการเลี้ยงดูทารกซึ่งมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (ชัยญมล สุริยานิมิตรสุข และคณะ, 2558) และการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ จากบุคคลที่เกี่ยวข้องก็มีผลต่อด้านจิตใจของมารดา หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำก็ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้เช่นกัน (Hoang et al., 2016)



การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่เหมาะสมกับบริบทของมารดาที่ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ได้แก่ อายุของมารดา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาของบุตรที่ต้องเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร และการสนับสนุนทางสังคม โดยคาดหวังว่าผลการศึกษาที่ได้จะนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดฉุกเฉินต่อไป ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินที่โรงพยาบาลระยองและโรงพยาบาลบางละมุง ที่ได้รับการนัดหมายให้ตรวจสุขภาพหลังคลอดบุตรหรือพาบุตรมารับบริการที่หน่วยเด็กสุขภาพดี (Well-baby clinic) ในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังคลอด ที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม หน่วยเด็กสุขภาพดีของโรงพยาบาลระยองและโรงพยาบาลบางละมุง จำนวน 98 คน ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561

ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย ตัวแปรต้น ได้แก่ อายุของมารดา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาของบุตรที่ต้องเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร และการสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

### นิยามศัพท์เฉพาะ

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด หมายถึง การรับรู้ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดฉุกเฉินว่าตนเอง รู้สึกมีการเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความคิด โดยมีการแสดงออกด้วยอาการอารมณ์แปรปรวน ร้องไห้ง่ายขึ้น หงุดหงิด วิตกกังวลเล็กน้อย กลัวโดยไม่มีเหตุผล รู้สึกผิดต่อตัวเอง ไม่มีความสุข รู้สึกเหมือนถูกคุกคาม และไม่สามารถคุมตนเองได้ โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (The Edinburgh Postnatal Depression Scale [EPDS]) ของ Cox, Holden, and Sagovsky (1987) แปลเป็นภาษาไทยโดย กมลรัตน์ วัชรภรณ์, จารุรินทร์ ปิตานุกพงษ์ และนิศานต์ ลำอาจศรี (2546)

อายุของมารดา หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของกลุ่มตัวอย่าง นับถึงวันที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล รายได้ของครอบครัว หมายถึง รายได้รวมของมารดาหลังคลอดและสามีต่อเดือน

ระยะเวลาที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต หมายถึง ระยะเวลานับเป็นวัน ตั้งแต่ทารกเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤตจนกระทั่ง แพทย์อนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลและกลับมาอยู่กับมารดา

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกต่อตนเองของมารดาหลังคลอด ได้แก่ ความรู้สึกถึงความสำคัญของตนเอง ความสามารถของตนเอง คุณงามความดีของตนเอง ความนับถือตนเอง ความภูมิใจในตนเอง และความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง โดยใช้แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล (2540)

ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร หมายถึง ภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับมารดาหลังผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน เมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ จากการเลี้ยงดูบุตร ประกอบด้วย ความรู้สึกเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของบุตร การจัดการกับอาการและอาการแสดงของบุตร ปัญหาการเลี้ยงดูบุตรกับสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว โดยใช้แบบประเมินความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรของ Cutrona (1983) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย รัชญมุต สุริยานิมิตรสุข และคณะ (2558)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการดูแล สนับสนุน ช่วยเหลือในระยะหลังคลอดจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ Logsdon, McBride, and Birkimer (1994) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล (2540)

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซีมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
  - 1.1 ความหมายของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
  - 1.2 ชนิดของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
  - 1.3 ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน
  - 1.4 ผลกระทบจากการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน
2. ภาวะซีมเศร้าหลังคลอด
  - 2.1 ความหมายของภาวะซีมเศร้าหลังคลอด
  - 2.2 เกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะซีมเศร้าหลังคลอด
  - 2.3 ผลกระทบของภาวะซีมเศร้าหลังคลอด
  - 2.4 การประเมินและการคัดกรองภาวะซีมเศร้าหลังคลอด
  - 2.5 ความชุกของภาวะซีมเศร้าหลังคลอด
  - 2.6 ระยะเวลาการเกิดภาวะซีมเศร้าหลังคลอด
3. แนวคิดทฤษฎีภาวะซีมเศร้าหลังคลอดของ Beck
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าหลังคลอด

#### การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

1. ความหมายของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Cesarean section) หมายถึง การคลอดทารก รก และเยื่อหุ้มทารกผ่านแผลผ่าตัดหน้าท้อง และผนังของมดลูก (The American College Obstetricians

and Gynecologists, 2015; Leifer, 2015; Menacker & Hamilton, 2010)

2. ชนิดของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมี 2 ชนิด คือ การผ่าตัดคลอดที่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า (elective cesarean birth) และการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน (Emergency cesarean birth) (Shourie, 2016) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 การผ่าตัดคลอดที่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า (elective cesarean birth) คือ การผ่าตัดคลอดที่มีการพิจารณาวางแผนไว้ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์หรือก่อนที่จะถึงกำหนดคลอด 1 ถึง 2 สัปดาห์ โดยมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนว่าไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ เช่น การมีขนาดของศีรษะทารกใหญ่กว่าอุ้งเชิงกราน หรือการที่ส่วนนำที่เป็นศีรษะอยู่ลักษณะเยงมากกว่าปกติ (Chittithavorn, Pinjaroen, Suwanrath, & Soonthornpun, 2006) ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ หรือมีสิ่งขัดขวางช่องทางคลอด รวมทั้งผ่าตัดคลอดตามความต้องการของมารดา (Maternal requests) โดยไม่มีข้อบ่งชี้

2.2 การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน (Emergency cesarean birth) คือ การผ่าตัดคลอดที่มีการพิจารณาตัดสินใจในระยะรอคลอด หรือระยะคลอด โดยมีข้อบ่งชี้ ได้แก่ มารดาหรือทารกกำลังอยู่ในภาวะเสี่ยงอันตราย หากไม่รีบสิ้นสุดการคลอด ทารกและ/ หรือมารดาอาจได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิต การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินเป็นการผ่าตัดที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้ามาก่อน

### 3. ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินเป็นเหตุคับขันที่แพทย์จำเป็นต้องพิจารณาผ่าตัดคลอดเท่านั้น เพื่อความปลอดภัยของมารดาและ/ หรือทารกในครรภ์ (Mylonas & Friese, 2015) ได้แก่

3.1 การที่มีขนาดศีรษะทารกใหญ่กว่าขนาดของอุ้งเชิงกรานมารดา (Chittithavorn et al., 2006) ซึ่งไม่สามารถคลอดเองทางช่องคลอด

3.2 ภาวะชักจากความดันโลหิตสูงระยะตั้งครรภ์ (Eclampsia) หรือภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง (HELLP syndrome) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตของมารดา

3.3 ภาวะคับขันของทารกในครรภ์ที่จะเป็นอันตรายถึงชีวิต เช่น ภาวะขาดออกซิเจนตั้งแต่อยู่ในครรภ์ (Benzouina et al., 2016; Renuka & Suguna, 2017; Suwal et al., 2013) ภาวะทารกมีภาวะเป็นกรดในกระแสเลือด (Fetal acidosis) ภาวะสายสะดือย้อย (Umbilical cord prolapsed)

3.4 ทารกอยู่ในท่าผิดปกติหรือส่วนนำผิดปกติ (Abnormal lie and presentation)

3.5 ภาวะฉีกขาดทางสูติศาสตร์ ได้แก่ มดลูกแตก (Uterine rupture) รกเกาะต่ำ (Placenta previa) รกลอกตัวก่อนกำหนด (Abruptio placentae) ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตทั้งมารดาและทารก จำเป็นต้องสิ้นสุดการตั้งครรภ์ทันที

จะเห็นว่าข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินเป็นข้อบ่งชี้ที่อาจมาจากด้านมารดาหรือทารกในครรภ์ ซึ่งล้วนแต่เป็นผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาหรือทารก หรือทั้งมารดาและทารกการที่แพทย์พิจารณาและตัดสินใจที่จะผ่าตัดคลอดฉุกเฉินเป็นไปเพื่อความปลอดภัย

ของมารดาและทารกในครรภ์ อย่างไรก็ตามกระบวนการในการเตรียมมารดา ก่อนผ่าตัดคลอดเกิดขึ้นก่อนข้างรวดเร็วจะทำให้มารดาไม่ทันได้เตรียมความพร้อมด้านจิตใจจึงอาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของมารดาได้

#### 4. ผลกระทบจากการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินจะกระทำในทันทีเพื่อรักษาชีวิตของมารดาและทารก การขาดความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจอาจจะมีผลกระทบต่อมารดาและทารก ดังนี้

4.1 ผลกระทบต่อมารดา มารดาที่ได้รับการพิจารณาจากแพทย์ให้มีการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ถูกส่งตัวไปยังห้องผ่าตัดคลอดโดยเร็ว ทำให้อาจจะไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอจากพยาบาลผดุงครรภ์เพื่อการเตรียมร่างกายและจิตใจในการผ่าตัดคลอด ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลต่อความปลอดภัยของตนเองและทารกในครรภ์ (Yokote, 2008) ตลอดจนการผ่าตัด โดยไม่ได้เตรียมร่างกายอย่างเพียงพอที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายด้วย

4.1.1 ผลกระทบต่อร่างกายของมารดา ได้แก่ เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บและบอบช้ำ มีการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัดคลอด เกิดความไม่สุขสบายจากอาการแทรกซ้อนภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วไป การทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ถูกรบกวนขณะที่ทำการผ่าตัด ทำให้ลำไส้ อาจหยุดทำงานชั่วคราวหรือเคลื่อนไหวน้อย (O'Brein, 1995 อ้างถึงในดวงกมล ปิ่นเฉลียว และพรพรรณ ภูสาหัส, 2558) และภายหลังคลอดมารดาอาจต้องเผชิญกับการปวดแผลผ่าตัดจึงเคลื่อนไหวน้อยหรือขยับร่างกายได้น้อย ส่งผลให้เกิดอาการท้องอืด ปวดแน่นท้องภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกส่งผลให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ นอกจากนี้ยังอาจพบภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดคลอด ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การติดเชื้อที่มดลูก เป็นต้น (ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และพรพรรณ ภูสาหัส, 2558; Karlstrom et al., 2007)

4.1.2 ผลกระทบต่อจิตใจของมารดา มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีความวิตกกังวลต่อสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย ภายหลังคลอด เกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในด้านลบ ทำให้มารดาเกิดความเครียด วิตกกังวล ภายหลังคลอด (Nystedt et al., 2008; Ryding, Wijma, & Wijma, 1998) รวมทั้งวิตกกังวลต่อบทบาทการเป็นมารดา (ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และพรพรรณ ภูสาหัส, 2558) กล่าวคือ การที่มารดา มีความเจ็บปวดจากการผ่าตัดคลอด และมีความเหนื่อยล้าทั้งจากการเจ็บครรภ์และการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินส่งผลให้มารดาไม่สามารถดูแลบุตร และตอบสนองความต้องการของบุตรได้ไม่เต็มที่ จึงเกิดความรู้สึกด้านลบต่อการปรับตัวในบทบาทการเป็นมารดา (Reenen & Rensburg, 2013) จากการศึกษาของ Affonso and Stichler (1980) พบว่า มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

จะมีความวิตกกังวลด้านสัมพันธภาพกับสามี รวมทั้งไม่สามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาในการดูแลบุตร และการให้นมบุตร ส่งผลให้ความรู้สึกในคุณค่าของตนเองลดลง การศึกษาของ Ryding et al. (1998) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลกระทบทางจิตวิทยาาระหว่างมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน มารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบวางแผน มารดาที่คลอดโดยใช้เครื่องมือช่วยคลอด และมารดาที่คลอดเองทางช่องคลอดในประเทศสวีเดน พบว่า มารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีผลกระทบทางด้านจิตวิทยาในด้านความทุกข์ทางใจมากกว่ามารดาในกลุ่มอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Boyce and Todd (1992) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดระหว่างมารดาที่คลอดเองทางช่องคลอด มารดาที่ใช้เข็มช่วยคลอด และมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบฉุกเฉิน พบว่า มารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงที่สุด ดังนั้นมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินควรได้รับการประเมินภาวะด้านจิตใจภายหลังคลอด

4.2 ผลกระทบต่อทารก ทารกที่คลอดจากมารดาที่ผ่าตัดคลอดฉุกเฉินส่วนใหญ่จะเป็นทารกที่พบว่ามีปัญหาสุขภาพตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดด้วยปัญหาต่าง ๆ เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การติดเชื้อ และภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด (Campbell, 2011) ทารกส่วนใหญ่จึงถูกแยกจากมารดา ทำให้การสร้างสัมพันธภาพกับมารดาล่าช้า (Mercer, 2006)

จากที่กล่าวมา แสดงให้เห็นว่าการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกในระยะหลังคลอดทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ มารดาที่มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในด้านลบ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออาจทำให้มารดาเกิดความเครียด วิตกกังวลอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้

### ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

#### 1. ความหมายของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นภาวะเจ็บป่วยในประเภทของโรคซึมเศร้า Major Depressive Disorder [MDD] โดยมีความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ และมีการรับรู้ลดลง แต่ไม่ใช่โรคทางจิตเวช เริ่มเกิดขึ้นภายใน 4 สัปดาห์หลังคลอด (APA, 2000) ลักษณะอาการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ได้แก่ วิตกกังวล ย้ำคิดย้ำทำ ไม่สนใจตนเอง นอนหลับยาก เบื่ออาหารหรืออยากอาหารมากกว่าปกติ ก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย ควบคุมตนเองไม่ได้ ไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้ ก้าวแบบไม่มีเหตุผล อ่อนเพลีย หมดความรู้สึกทางเพศ เกิดความรู้สึกผิดและสิ้นหวัง ขาดความสนใจบุตร (ชวารัตน์ ปรีชล, 2559; Miller, 2002)

## 2. เกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

เกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder [DSM-IV]) คือ ต้องมีอาการแสดงอย่างน้อย 5 อาการหรือมากกว่า จากอาการต่อไปนี้ โดยมีอาการเกือบทุกวันติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ได้แก่ นอนไม่หลับ มีความปั่นป่วนทางจิตหรือเชื่องช้า อ่อนเพลีย น้ำหนักลด รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง รู้สึกผิดตลอดเวลา ความสนใจต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย โดยผู้ที่ภาวะซึมเศร้าจะต้องมีอาการหนักและ/หรือความสนใจหรือความสุขในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงในช่วง 4 สัปดาห์หลังคลอด

## 3. ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ภาวะซึมเศร้ามีผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดโดยตรง และยังมีผลกระทบต่อครอบครัวและบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด ดังนี้

3.1 มารดาขาดความสนใจในตนเอง บุคคลใกล้ชิด รวมทั้งสภาพแวดล้อมรอบตัว และที่สำคัญคือละเลยการปฏิบัติบทบาทมารดา ส่งผลให้บุตรอาจจะมีพัฒนาการในด้านต่าง ๆ ล่าช้า (Thurgood et al., 2009)

3.2 มารดาขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมรอบข้าง ทำให้มีผลเสียต่อสุขภาพของตนเองและทำให้มีสัมพันธภาพภายในครอบครัวไม่ดี โดยเฉพาะสัมพันธภาพกับคู่สมรส (Hanlay & Long, 2006) ซึ่งอาจรุนแรงจนเป็นสาเหตุของการหย่าร้างได้

3.3 มารดามีพฤติกรรมที่ทำร้ายสุขภาพร่างกายตนเอง เช่น การดื่มสุรา ใช้สารเสพติด หรือพยายามฆ่าตัวตาย (Lindahl et al., 2005) เป็นต้น

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระยะภายหลังคลอด และมีผลกระทบที่ค่อนข้างจะรุนแรงทั้งต่อมารดาเอง บุตร และบุคคลในครอบครัว ดังนั้นควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ส่วนการประเมินจะช่วยให้หาแนวทางป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าได้เร็ว และมารดาได้รับการรักษาที่ถูกต้องจะช่วยลดความรุนแรงของอาการและความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้นได้

## 4. การประเมินและการคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

การประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอดถือได้ว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด และเป็นวิธีที่ง่ายที่สามารถปฏิบัติได้ นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี (ธรรมนาถ เจริญบุญ, 2554) การประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบว่ามี 2 วิธี ได้แก่ การตรวจคัดกรองทั่วไป และการประเมินเพื่อการวินิจฉัยการเป็นโรคซึมเศร้าโดยแพทย์

การคัดกรองเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสำหรับการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งรูปแบบในการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นลักษณะการประเมิน โดยตนเอง

และการประเมินโดยบุคคลากรสุขภาพ ซึ่งการประเมินโดยตนเองเป็นการประเมินโดยใช้เครื่องมือที่ออกแบบมาเพื่อตรวจสอบอาการซึมเศร้าที่บุคคลจะตอบตามการรับรู้ความรู้สึกของตนเอง ส่วนการประเมินโดยบุคคลากรสุขภาพ ซึ่งอาจจะเป็นจิตแพทย์ สูติแพทย์ หรือพยาบาลที่เกี่ยวข้องเพื่อเฝ้าติดตามอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย การตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอดนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยเฝ้าระวังอาการผิดปกติเพื่อให้การช่วยเหลือมารดาหลังคลอดได้อย่างรวดเร็ว (Boyd, Lee, & Somberg, 2005) เครื่องมือตรวจคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แบ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในต่างประเทศ และในประเทศไทย ดังนี้

#### 4.1 เครื่องมือประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่ใช้ในต่างประเทศ

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า มีแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มีหลากหลาย ในส่วนนี้จะอธิบายเครื่องมือประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่เป็นที่นิยมแพร่หลาย ซึ่งได้แก่

4.1.1 Edinburgh Postnatal Depression Scale [EPDS] เป็นเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่ได้รับการยอมรับและนิยมใช้อย่างแพร่หลาย (Boyd et al., 2005) แบบประเมินนี้สร้างโดย Cox et al. (1997) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นแบบประเมินด้วยตนเองที่มารดาจะประเมินความรู้สึกภายหลังคลอดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นคำถามด้านบวก 3 ข้อ (ข้อที่ 1, 2 และ 4) และคำถามด้านลบ 7 ข้อ (ข้อที่ 3, 5, 6, 7, 8, 9 และ 10) ให้คะแนนเป็นมาตรฐานค่า 4 ระดับ (0-3 คะแนน) ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ของแบบประเมินนี้อยู่ในช่วง 0-30 คะแนน

แบบประเมิน Edinburgh Postnatal Depression Scale ได้รับการแปลหลายภาษา ได้แก่ ประเทศอังกฤษ สเปน นอร์เวย์ ตุรกี และไทย (กมลรัตน์ วัชรภรณ์ และคณะ, 2546; Aydin, Inandi, Yigit, & Hodoglugil, 2004; Berle, Aarre, Myketun, Dahl, & Holsten, 2003; Garcia-Esteve, Ascaso, Ojuel, & Navarro, 2003) โดยแต่ละประเทศจะมีความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) แตกต่างกัน เนื่องจากมีคะแนนจุดตัด (Cut-off point) ที่แตกต่างกัน สำหรับ Cox et al. (1987) ใช้ค่าจุดตัดที่ 13 คะแนน โดยมารดาหลังคลอดที่ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 13 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มีความไวร้อยละ 86 และความจำเพาะร้อยละ 78 ซึ่งเป็นผลที่น่าเชื่อถือได้ ใช้เวลาในการทำแบบสอบถาม 5 นาที

4.1.2 Center for Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D] เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ถูกพัฒนาโดย Radloff (1977) เป็นการประเมินอาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในช่วง 7 วันที่ผ่านมา แบบประเมินมีทั้งหมด 20 ข้อ เป็นแบบประเมินในด้านลบ 16 ข้อ และแบบประเมินด้านบวก 4 ข้อ คำตอบเป็นประมาณค่า 4 ระดับ (0-3 คะแนน) คะแนนรวมที่เป็นไปได้ในช่วง 0-60 คะแนน คะแนนสูง หมายถึงมีภาวะซึมเศร้ามาก



4.1.3 Postpartum Depression Screening Scale [PDSS] เป็นเครื่องมือที่ได้รับการปรับปรุงขึ้นมาใหม่จากแบบประเมิน Edinburgh Postnatal Depression Scale ในปี ค.ศ. 2001 โดย Beck and Gable (2001) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประเมินด้วยตนเอง มีทั้งหมด 35 ข้อ ประเด็นในการประเมิน ได้แก่ ด้านการนอนหลับ การรับประทานอาหาร ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่ปลอดภัย การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความรู้สึกผิด ความคิดอยากตาย ความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง ช่วงคะแนนทั้งหมดอยู่ที่ 35-175 คะแนน คำตอบเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ (1-5 คะแนน) คะแนนรวมที่สูงแสดงว่า มีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

#### 4.1.4 Beck Depression Inventory [BDI-II]

แบบประเมิน Beck Depression Inventory [BDI-II] ถูกพัฒนาขึ้น โดย Beck, Steer, and Brown (1996 อ้างถึงใน รัชัญมล สุริยานิมิตรสุข และคณะ, 2558) เป็นเครื่องมือที่ใช้กันอย่างกว้างขวางในการประเมินภาวะซึมเศร้า เป็นแบบประเมินด้วยตนเองที่เหมาะสมสำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่มีระดับความรุนแรงในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ และวัยรุ่นอายุ 13 ปีขึ้นไป ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ คำตอบเป็นมาตรฐานค่า 4 ระดับ (0-3 คะแนน) คะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 0-63 คะแนน

#### 4.1.5 Revised Postpartum Depression Predictor Inventory [PDPI]

แบบประเมิน Revised Postpartum Depression Predictor Inventory [PDPI] ได้รับการพัฒนามาจากการวิจัยแบบวิเคราะห์เมตา (Meta analysis) ของ Beck (2001) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 13 ปัจจัย ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้อื่นต้องเป็นผู้สัมภาษณ์มารดาหลังคลอด โดยมี 10 ปัจจัยที่สามารถสัมภาษณ์ในระยะก่อนคลอดและระยะหลังคลอด และอีก 3 ปัจจัยที่ต้องสัมภาษณ์ในระยะหลังคลอด ซึ่งถามเกี่ยวกับความเครียดจากการเลี้ยงดูทารก ลักษณะอารมณ์ของทารก และอารมณ์เศร้าของมารดาหลังคลอด แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นคัดกรองความเสี่ยงของมารดาหลังคลอดที่สามารถพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

#### 4.1.6 Postpartum Depression Checklist [PDC]

แบบประเมิน Postpartum Depression Checklist [PDC] เป็นแบบประเมินสำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ที่ได้รับการพัฒนาขึ้น โดย Beck (1995) เป็นแบบประเมินที่บุคคลากรสุขภาพต้องเป็นผู้ประเมินอาการของภาวะซึมเศร้าที่ต้องประเมิน ได้แก่ ความสนใจตนเองลดลง เหนง รู้สึกไม่ปลอดภัยหรือไม่มั่นคง สูญเสียความเป็นตัวเอง วิตกกังวลอย่างเฉียบพลัน ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ รู้สึกผิด และมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย แบบประเมินนี้ไม่เหมาะสำหรับใช้ในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเนื่องจากไม่มีคะแนนจุดตัดที่สามารถวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้

#### 4.2 เครื่องมือการประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่ใช้ในประเทศไทย เครื่องมือสำหรับการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในประเทศไทย

แตกต่างกันไปหลายฉบับ ซึ่งมีความเหมาะสมกับกลุ่มประชากรแตกต่างกันไป ธรรมนาถ เจริญบุญ (2554) พบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยมีอย่างน้อย 17 ฉบับ และส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือที่แปลมาจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ จำนวน 12 ฉบับ และเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยไทยพัฒนาขึ้นเอง จำนวน 5 ฉบับ ในจำนวนนี้พบว่าเป็นเครื่องมือสำหรับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า 13 ฉบับ และเป็นเครื่องมือสำหรับประเมินความรุนแรงและติดตามอาการซึมเศร้า จำนวน 4 ฉบับ ดังนั้นการพิจารณาเลือกแบบทดสอบควรคำนึงถึงความเหมาะสมในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ เป้าหมายของการประเมิน กลุ่มเป้าหมาย วิธีการประเมิน และคุณสมบัติของเครื่องมือ (Validity และ reliability) เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ได้แก่

##### 4.2.1 Edinburgh Postnatal Depression Scale [EPDS] ฉบับภาษาไทย

##### แบบประเมิน Edinburgh Postnatal Depression Scale [EPDS] ฉบับภาษาไทย

ได้รับการแปลและเรียบเรียงโดย กมลรัตน์ วัชรภรณ์ และคณะ (2546) และทำการศึกษาในมารดาหลังคลอด จำนวน 150 ราย มีผู้ที่ได้คะแนนจากแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ฉบับภาษาไทยโดยใช้จุดตัดที่ 13 คะแนน จำนวน 13 ราย โดยมี 4 รายที่มีอาการครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) พบว่ามี Degree of agreement เท่ากับ .42 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ค่าความถูกต้อง (Accuracy) เท่ากับ 0.93 ค่าความไวเท่ากับ ร้อยละ 66.67 ความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 93.75 จากนั้นทำการปรับมาใช้จุดตัดที่ 9 คะแนน พบว่าผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน จำนวน 42 ราย โดยมี 6 ราย ที่มีอาการครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM IV) พบว่ามี Degree of agreement เท่ากับ .20 ค่าความไวเท่ากับร้อยละ 100 ความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 75 และทำการปรับจุดตัดมาใช้ที่ 11 คะแนน พบว่าผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน มีจำนวน 22 ราย โดยมี 6 ราย ที่มีอาการครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) พบว่ามี Degree of agreement เท่ากับ .38 ค่าความไวเท่ากับร้อยละ 100 ความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 88 กมลรัตน์ วัชรภรณ์ และคณะ (2546) เสนอให้ใช้ค่าจุดตัดที่ 11 คะแนน เนื่องจากมีค่าความไวที่สูงกว่าและเหมาะสมกับบริบทของคนไทย

รัชญุมล สุริยานิมิตรสุข และคณะ (2558) ทดลองใช้แบบประเมิน Edinburgh Postnatal Depression Scale ฉบับภาษาไทย ด้วยค่าตัดจุดที่ค่าคะแนน 11 คะแนนขึ้นไป ศึกษาภาวะในมารดาหลังคลอด 6 เดือน จำนวน 30 คน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหา (CVI) = 0.8 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .84

#### 4.2.2 Center for Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D]

ฉบับภาษาไทย

แบบประเมิน Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale [CES-D]

ฉบับภาษาไทย แปลเป็นภาษาไทยโดย Nilmanut, Kuptniratsaikul, Pekumon, and Tosayanonda (1997) และทำการศึกษาในประชากรที่มีสุขภาพจิตปกติ จำนวน 30 คน เป็นชาย 10 คน หญิง 20 คน อายุระหว่าง 16-61 ปี และเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่ามีอาการซึมเศร้า ตามเกณฑ์ DSM-IV โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ Major depression และ Minor depression แบบประเมินมีทั้งหมด 20 ข้อ เป็นแบบประเมินในด้านลบ 16 ข้อ และแบบประเมินด้านบวก 4 ข้อ คำตอบเป็นประมาณค่า 4 ระดับ (0-3 คะแนน) คะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 0-60 คะแนน จากผลการศึกษาพบว่า คะแนนตั้งแต่ 20 ขึ้นไป เป็นค่าคะแนนที่ให้ค่าความไวและความจำเพาะที่ดีที่สุด คือให้ค่าความไวเท่ากับ 86.67 ค่าความจำเพาะเท่ากับ 96.67 และค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือเท่ากับ .91

#### 4.2.3 Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS] ฉบับภาษาไทย

แบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS] ฉบับภาษาไทย

ใช้วัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า แปลจากฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond and Snaith (1983) โดย Nilchaikovit, Lotrakul, and Phisansuthideth (1996) แบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับประเมินอาการวิตกกังวล 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด และสำหรับอาการประเมินอาการซึมเศร้าอีก 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบ Likert scale มีคะแนนข้อละตั้งแต่ 0-3 คะแนน การคิดคะแนนแยกเป็นส่วนของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามีพิสัยของคะแนนในแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0-21 คะแนน ได้ทำการทดลองใช้เครื่องมือในผู้ป่วยโรคมะเร็ง 60 ราย โดยทดสอบความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือ โดยเทียบกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์พบว่าสามารถใช้ประเมินอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าได้ดี มีความไวเท่ากับร้อยละ 100 และความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 86 สำหรับอาการวิตกกังวล และมีความไวเท่ากับร้อยละ 85.71 และความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 91.30 สำหรับอาการซึมเศร้า สำหรับค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ พบว่า ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.86 สำหรับข้อคำถามเกี่ยวกับความวิตกกังวล .83 สำหรับข้อคำถามเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า

สำหรับการวิจัยนี้ในครั้งนี้ได้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (The Edinburgh Postnatal Depression Scale [EPDS]) ฉบับภาษาไทยซึ่ง กมลรัตน์ วัชรภรณ์ และคณะ (2546) แปลเป็น

ภาษาไทยและตรวจสอบความสอดคล้องด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (Back translation) เป็นแบบประเมินที่มารดาหลังคลอดสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง มีข้อความเพียง 10 ข้อ ใช้เวลาในการประเมินไม่นานและเป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดมีความเชื่อมั่นในระดับสูง มีความไวที่สูง โดยใช้จุดตัดที่ 11 คะแนน ซึ่งมีความเหมาะสมกับคนไทย และสามารถใช้งานแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าออกจากกลุ่มที่ไม่มีอาการซึมเศร้าได้

## 5. ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

### 5.1 ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในต่างประเทศ

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในมารดาหลังคลอด จากการศึกษาในต่างประเทศของมารดาหลังคลอดทั่วไปพบ ร้อยละ 5.50-68.50 (Arbabi et al., 2016; El-Hachem et al., 2014; Hoang et al., 2016; Manshoori et al., 2017) สำหรับในประเทศไทย แถบเอเชียพบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 3.50-63.30 (Klainin & Arthur, 2009) จากการศึกษาของ Xie et al. (2011) ที่ทำการศึกษาในประเทศจีน พบว่า มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 17.30 และในประเทศญี่ปุ่น พบร้อยละ 13.80 (Miyake, Tanaka, Sasaki, & Hirota, 2011) จากการศึกษาของ Huang and Mathers (2006) ในประเทศไต้หวัน พบว่า มีภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด ร้อยละ 19 และในประเทศเวียดนาม พบร้อยละ 33 (Niemi et al., 2010) และกลุ่มมารดาหลังคลอดที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในต่างประเทศ พบร้อยละ 21.70-33.60 (Goker et al., 2012; Kuo, Chen, & Tzeng, 2014; Mahishale & Bhatt, 2017; Xie et al., 2011; Yang et al., 2011) ความชุกของแต่ละการศึกษาทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการใช้เครื่องมือในการคัดกรองประเมิน และประชากรในการศึกษา

### 5.2 ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในประเทศไทย

สำหรับประเทศไทยได้มีการศึกษาความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้ามารดาหลังคลอดทั่วไปพบร้อยละ 6.10-48.28 ซึ่งความชุกมีความแตกต่างตามบริบทและเครื่องมือการวัด จากการศึกษาของ กิณี รัชสวรรค์ และคณะ (2554) ทำการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นที่มาตรวจสุขภาพหลังคลอดหรือพานบุตรมารับวัคซีนในระยะ 6-8 สัปดาห์หลังคลอด ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม จำนวน 84 คน พบว่า มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ร้อยละ 41.67 การศึกษาของ ธัญญมล สุริยานิมิตรสุข และคณะ (2558) ศึกษาแบบเชิงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในระยะ 6 เดือนหลังคลอดและผลต่อบทบาทมารดา ในมารดาหลังคลอดปกติของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 220 คน พบว่ามารดาหลังคลอดปกติมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 19 ส่วนการศึกษาของ ศรุตดา ช่อไสว และนงลักษณ์ วรรณชานันท์ (2556) ทำการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลตลิ่งชัน จังหวัดนครสวรรค์ ในมารดาที่มาตรวจสุขภาพหลังคลอดในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด จำนวน 146 คน พบว่า มารดาหลังคลอดมีภาวะซึมเศร้า

หลังคลอดร้อยละ 10.30 และในการศึกษาของ พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ และคณะ (2558) ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมเศร้าหลังคลอดในมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรกอยู่ในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังคลอดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ 174 คู่ พบว่า มารดาที่มีบุตรคนแรกมีภาวะซีมเศร้าหลังคลอด ร้อยละ 48.28 และบิดาที่มีบุตรคนแรกมีภาวะซีมเศร้าหลังคลอด ร้อยละ 24.14

และการศึกษาของ ทรรพนันท์ จุลพูล และชันทฤทัย ยี่เขียน (2558) ศึกษาภาวะซีมเศร้าหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดปกติ 2-3 วันแรก จำนวน 5,965 คน พบว่า มารดาหลังคลอดมีภาวะซีมเศร้าหลังคลอด ร้อยละ 23.50 การศึกษาของนพพรรัช พุ่มมณี และชุตติมา หุ่มเรื่องวงษ์ (2558) ศึกษาภาวะซีมเศร้าในมารดาวัยรุ่น โรงพยาบาลสิรินธร สำนักการแพทย์ ทำการเก็บข้อมูล 2 ระยะคือ ในระยะ 1-2 สัปดาห์แรกหลังคลอด และระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด จำนวน 147 คน พบว่า มารดาในระยะ 1-2 สัปดาห์แรกหลังคลอดมีภาวะซีมเศร้า ร้อยละ 29.90 และในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอดมีภาวะซีมเศร้า ร้อยละ 25.50 ส่วนการศึกษาของ กัลพร ยังดี และชุตติมา หุ่มเรื่องวงษ์ (2559) ทำการศึกษาภาวะซีมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ในระยะ 1 สัปดาห์หลังคลอด และระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด จำนวน 116 คน พบว่าในระยะ 1 สัปดาห์หลังคลอดมารดามีภาวะซีมเศร้า ร้อยละ 13.70 และระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด ร้อยละ 6.10 และการศึกษาของ นกัสนันท์ สุขเกษม และคณะ (2559) ทำการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซีมเศร้าหลังคลอด ในมารดาที่มีประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดปกติ ที่มาตรวจหลังคลอดที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน 403 ราย พบว่า มีภาวะซีมเศร้าหลังคลอด ร้อยละ 18.40

ภาวะซีมเศร้าหลังคลอดพบว่ามีอัตราการเกิดที่ค่อนข้างสูงทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ โดยในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในมารดาหลังคลอดทั่วไป และพบว่าการศึกษาในมารดาที่ผ่าตัดคลอดพบค่อนข้างน้อย สำหรับการศึกษาในต่างประเทศพบว่าภาวะซีมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีอัตราการเกิดที่สูงกว่าการคลอดด้วยวิธีอื่น ๆ อย่างไรก็ตามผลของการศึกษาที่มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับเครื่องมือการวัด กลุ่มประชากร และระยะเวลาที่ทำการศึกษา จะเห็นได้ว่าการเกิดภาวะซีมเศร้าหลังคลอดสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระยะหลังคลอด หากทราบระยะเวลาการเกิดภาวะซีมเศร้าหลังคลอดที่ชัดเจนก็จะทำให้การเฝ้าระวังติดตาม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซีมเศร้าหลังคลอดได้เหมาะสมกับระยะเวลาการเกิดมากขึ้น

## แนวคิดทฤษฎีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของ Beck

ทฤษฎีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของ Beck (2001) เป็นทฤษฎีที่อธิบายไว้ชัดเจนเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด Beck ประยุกต์ใช้โมเดลแผ่นดินไหวของ Sichel and Driscoll (1999 อ้างถึงใน Beck & Driscoll, 2006) ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา Meta analysis เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตั้งแต่ปี ค.ศ. 1995-2001 โดยแนวคิดของโมเดลแผ่นดินไหว (Earthquake model) อธิบายไว้ว่า สมอของผู้หญิงที่ทำงานมากกว่าปกติจากความเครียดหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ร่วมกับการทำงานของฮอร์โมนในร่างกายส่งผลให้สารชีวเคมีในสมองเกิดความไม่สมดุลและทำให้ผู้หญิงแสดงออกทางด้านร่างกายและอารมณ์ออกมา ซึ่ง Beck (2001) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นภาวะที่เกี่ยวข้องกับการเปิดปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในระยะหลังคลอด รวมถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายหลังคลอด โดย Beck เน้นไปที่ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งระยะหลังคลอดถือได้ว่าเป็นช่วงเวลาที่สำคัญในชีวิต และมีความเสี่ยงต่อความผิดปกติทางอารมณ์ อันเป็นผลมาจากการกระบวนการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในระยะยาว เนื่องจากสมองของผู้หญิงหลังคลอดจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดอย่างช้า ๆ ในชีวิต สาเหตุของความเครียดในชีวิตมาจากสารพันธุกรรมและการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนภายหลังคลอดตลอดจนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาของมารดาหลังคลอด (Sichel & Driscoll, 1999 อ้างถึงใน Beck & Driscoll, 2006) สาเหตุต่าง ๆ ดังกล่าวส่งผลต่อการทำงานของสมองทำให้เกิดผลกระทบที่เปรียบเสมือนภายหลังการเกิดแผ่นดินไหวก็จะเกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ร้ายแรงตามมา ด้วยเหตุนี้จึงทำให้มารดาหลังคลอดมีโอกาสที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ที่กลายเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ทฤษฎีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของ Beck's Postpartum depression theory กล่าวว่าปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นกับบุคคล โดยเฉพาะมารดาหลังคลอดได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัด คือ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายภายหลังคลอดที่พยายามปรับสรีระให้เข้าสู่ภาวะปกติ ส่วนการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและจิตสังคม เกี่ยวข้องกับการที่มารดาต้องมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาและปรับตัวต่อสถานการณ์ใหม่ ๆ ในการดูแลตนเองและดูแลบุตรหลังคลอดทันที ระยะหลังคลอดจึงเป็นช่วงวิกฤติของชีวิต ที่อาจส่งผลให้มารดาเกิดความเครียดและส่งผลกระทบต่อบทบาทการเป็นมารดา จนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้

Beck (2001) กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอด รวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับปัจจัยทางด้านจิตสังคม

Beck (2001) วิเคราะห์งานวิจัยทั้งหมด 84 การศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมี 13 ปัจจัย โดยมี 10 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับกลาง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าก่อนคลอด ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร ความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิต การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลก่อนคลอด สัมพันธภาพกับคู่สมรส ประวัติอาการซึมเศร้า ลักษณะทารกเลี้ยงยาก อารมณ์เศร้าหลังคลอดของมารดา และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมี 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับน้อย ได้แก่ สถานภาพสมรส สถานะทางเศรษฐกิจ และการตั้งครรถ์โดยไม่มีการวางแผน หรือตั้งครรถ์ไม่พึงประสงค์ ในการศึกษานี้จะศึกษาอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของปัจจัยดังนี้ 1) อายุของมารดา 2) รายได้ของครอบครัว 3) ระยะเวลาที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด 4) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 5) ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร และ 6) การสนับสนุนทางสังคม

### ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดยังไม่ชัดเจนเนื่องจากภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความซับซ้อน โดยเชื่อว่าการคลอดบุตรไม่ได้เป็นสาเหตุสำคัญเพียงอย่างเดียว แต่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลาย ๆ อย่างร่วมกัน ทั้งปัจจัยด้านสรีรวิทยา และด้านจิตวิทยา อย่างไรก็ตาม มีหลายการศึกษาพบว่า มีปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านจิตวิทยา และปัจจัยด้านจิตสังคม (O'Hara & Swain, 1996; Beck, 1996, 2001, 2002) ที่อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### 1. ปัจจัยด้านชีววิทยา

1.1 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น การสูญเสียเลือด สูญเสียน้ำ สูญเสียอิเล็กโตรไลต์และเนื้อเยื่อถูกทำลาย ร่างกายเหนื่อยล้า เนื่องจากมีการเจ็บครรภ์คลอดยาวนานหรือลำบาก การเจ็บครรภ์คลอดมีความเจ็บปวดมากหรือมีการติดเชื้อ เป็นต้น

1.2 การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกาย ได้แก่ การลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) และฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (Progesterone) ทันทีภายหลังคลอด มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ นอกจากนี้การเพิ่มสูงขึ้นของฮอร์โมนโพรแลคติน (Prolactin) ในระยะหลังคลอด การลดลงระดับของฮอร์โมนนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) และฮอร์โมนไทรอกซิน (Thyroxin) อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ โดยเฉพาะในมารดาที่มีแนวโน้มที่จะเกิดอาการอยู่แล้ว (Hendrick, Alshuler, & Suri, 1998)

## 2. ปัจจัยด้านจิตวิทยา

การที่มารดามีประวัติด้านจิตเวชเป็นปัจจัยอีกประการหนึ่งที่น่าจะเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และประวัติทางจิตเวชของบุคคลในครอบครัวก็เป็นตัวทำนายที่สำคัญในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จากการศึกษาของ Couto et al. (2015) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดคือ ความผิดปกติด้านจิตที่เกิดจากพันธุกรรม การศึกษาของ จารุรินทร์ ปิตานูพงศ์ และกมลรัตน์ วัชรภรณ์ (2548) ทำการศึกษาในมารดาหลังคลอดที่มารับการตรวจร่างกายใน 4-6 สัปดาห์หลังคลอด พบว่ามารดามีภาวะซึมเศร้าจะมีประวัติเจ็บป่วยทางจิตเวช สอดคล้องกับการศึกษาของ Arbabi et al. (2016) ที่ศึกษาในมารดาหลังคลอดชาวอิหร่าน จำนวน 250 ราย พบว่า มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีประวัติว่าเคยเจ็บป่วยทางจิต และมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของบุคคลในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Goker et al. (2012) ที่ศึกษาชนิดของการคลอดต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในประเทศตุรกี ในมารดาหลังคลอด จำนวน 318 ราย พบว่า ชนิดการคลอดไม่มีสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แต่พบว่ามารดาที่เคยมีประวัติเป็นโรคซึมเศร้าจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านจิตวิทยาก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

## 3. ปัจจัยด้านจิตสังคม

ระยะหลังคลอดมารดามีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคม หากมารดาไม่สามารถปรับต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังคลอดก็ส่งผลต่อสุขภาพจิตของมารดาและบุคคลที่เกี่ยวข้องมารดามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าตามการศึกษา (Beck, 2001) ครอบคลุมถึงปัจจัยส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอด รวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับปัจจัยทางด้านจิตสังคมสอดคล้องจากการศึกษาหลาย ๆ การศึกษาที่พบว่า ปัจจัยด้านจิตสังคมสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (กัลพร ยังดี และชุติมา หุ่มเรืองวงษ์, 2559; ธัญญมล สุริยานิมิตรสุข และคณะ, 2558; นกัสนันท์ สุขเกษม และคณะ, 2559; นันทนา ธนาโนวรรณ, นพพร ว่องศิริมาส, เดช เกตุน้ำ และพวงเพชร เกษรสมุทร, 2555; ศรุตฯ ช่อไสว และนางลัดกษณ์ วรรณภรณ์, 2556; Beck, 2001; Seimyr, Well-Nystrom, & Nissen, 2013)

การศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาทั้งปัจจัยด้านจิตสังคมและปัจจัยส่วนบุคคลตามกรอบแนวคิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของ Beck (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยเลือกปัจจัยที่เข้ากับบริบทของมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร และการสนับสนุนทางสังคม



ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง คือความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง ประกอบด้วย ความรู้สึกถึงความสำคัญของตนเอง ความสามารถของตนเอง คุณงามความดีของตนเอง และพลังอำนาจของตนเอง (Rosenberg, 1989 อ้างถึงใน พรทิพย์ วงศ์วิเศษศิริกุล, 2540) เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดาภายหลังคลอด เพราะการที่บุคคลมีความภาคภูมิใจในตนเองหรือไม่ นั่น มีผลต่อทัศนคติที่จะยอมรับหรือปฏิเสธต่อตนเอง Coopersmith (1967 อ้างถึงใน ชาญนุมล สุริยานิมิตรสุข และคณะ, 2558) และ Rosenberg (1965) ได้กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคลสามารถรับรู้ถึงทัศนคติที่มีต่อตนเอง การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณค่า จะทำให้มีความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ รวมไปถึงเกิดการยอมรับนับถือตนเอง ซึ่งการยอมรับตนเองจะทำให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคได้อย่างมั่นใจ และหาทางแก้ไขปัญหาได้สำเร็จไปด้วยดี

มารดาหลังคลอดเป็นบุคคลที่ต้องเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ จากการศึกษาพบว่า การที่มารดามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำส่งผลให้มารดาเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Beck, 2001; Thurgood et al., 2009) แสดงว่าการที่มารดามีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองน้อยก็เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ Beck (2001) พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในระดับกลาง โดย Hall, Kotch, Browne, & Rayens (1996) ศึกษาผลของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในมารดาระยะ 2 เดือนหลังคลอด จำนวน 738 ราย พบว่า มารดาร้อยละ 42 มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง และพบว่ามารดาที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะแสดงอาการของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่ามารดาที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง โดยใช้แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (Rosenberg's Self-esteem scale [RSE]) ดังนั้น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สอดคล้องกับการศึกษาของ Yeo (2006) ที่ทำการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอด 6 เดือน จำนวน 161 ราย ซึ่งพบว่ามารดามีความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 14.30 และปัจจัยเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนของสามี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของมารดา และการปรับตัวต่อการสมรสเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชาญนุมล สุริยานิมิตรสุข และคณะ (2558) ที่ทำการศึกษาในมารดา 6 เดือนหลังคลอด โดยใช้แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (Rosenberg's Self-esteem scale [RSE]) พบว่า มารดาหลังคลอดที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองค่อนข้างสูงสามารถดำรงบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอดได้ดีมีภาวะซึมเศร้า

น้อยกว่ามารดาที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ

สำหรับมารดาหลังผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินต้องเผชิญกับสถานการณ์เร่งด่วนกะทันหัน ไม่ได้เตรียมร่างกายและจิตใจก่อนคลอดอย่างเพียงพอ ทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของตนเองและบุตร (Affonso & Stichler, 1980) บางรายเกิดความรู้สึกผิดหวัง โทษตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และในระยะหลังคลอดช่วยเหลือตนเองได้น้อย ดูแลบุตรได้ไม่เต็มที่ แสดงบทบาทการเป็นมารดาไม่ได้ตามที่คาดหวังก็ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ยิ่งมารดาหลังคลอดรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำเท่าใดก็ยิ่งทำให้มารดามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากขึ้น (Beck, 2001; Thurgood et al., 2009) ในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบอร์ก ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย พรทิพย์ วงศ์วิเศษศิริกุล (2540) เป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว และพบว่าเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่เคยใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้

ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร

การที่ครอบครัวมีสมาชิกเพิ่มขึ้นมาเป็นสิ่งที่น่ายินดีแต่บางครั้งการเลี้ยงบุตรก็ก่อความเครียดแก่มารดาได้ มารดาหลังคลอดต้องเผชิญกับเหตุการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร หากมารดาไม่สามารถปรับตัวได้หรือจัดการสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในการเลี้ยงดูบุตรอย่างเหมาะสม จะทำให้มารดาขาดความเชื่อมั่นในการแสดงบทบาทการเป็นมารดาและการดูแลบุตร ส่งผลให้เกิดความเครียดและก่อเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามมาได้ (Abidin, 1990 อ้างถึงใน ทศินี ประสพกิตติคุณ, ฟองคำ ติลกสกุลชัย และนฤมล วิบุโร, 2554)

Leung, Martinson, and Arthur (2005) ทำการศึกษาในมารดาหลังคลอดชาวเงินฮองกง จำนวน 385 ราย โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านจิตสังคม พบว่า ความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรมีอิทธิพลบวกทางตรงอย่างมีนัยสำคัญต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoang et al. (2016) ที่ทำการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดในประเทศเวียดนาม ในระยะ 4-12 สัปดาห์หลังคลอด จำนวน 108 ราย พบว่า ความเครียดในการเลี้ยงดูทารกเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ธัญญมล สุริยานิมิตสุข และคณะ (2558) ทำการศึกษาในมารดา 6 เดือนหลังคลอด จำนวน 215 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร (Childcare Stress Inventory [CSI]) ของ Cutrona (1983) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ธัญญมล สุริยานิมิตสุข และคณะ (2558) พบว่า ความเครียดจากการดูแลบุตรมีอิทธิพลบวกทางตรงอย่างมีนัยสำคัญต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มารดาหลังคลอดที่มีความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรจะมีภาวะซึมเศร้าสูง

สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กิณรี ชัยสวรรค์ และคณะ (2554) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในมารดาวัยรุ่น พบว่ามารดาวัยรุ่นส่วนที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลบุตร และยังไม่สามารถปรับตัว และเรียนรู้พฤติกรรมกรรมการแสดงออกของบุตรได้เท่าที่ควรจึงไม่สามารถตอบสนองพฤติกรรมของบุตรและแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม มารดาวัยรุ่นจึงเกิดความเครียดสะสม และเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของ นภัสนันท์ สุขเกษม และคณะ (2559) ที่พบว่าความเครียดจากการดูแลบุตรมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยด้านทารก หรือพื้นฐานด้านอารมณ์ของทารกซึ่งได้รับจากสิ่งแวดล้อม และพันธุกรรมก็เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จากการศึกษาของ ทศนี ประสพกิตติคุณ และคณะ (2554) พบว่า ลักษณะของทารกที่เลี้ยงยากส่งผลให้มารดามีความเครียดมากกว่าลักษณะทารกที่เลี้ยงง่าย นอกจากนี้ วรรณภา คงสุริยะนาวิณ และคณะ (2553) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอด จำนวน 400 ราย ที่มาตรวจหลังคลอดที่โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ภาวะสุขภาพของบุตรเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของหญิงหลังคลอด

สำหรับมารดาที่ผ่าตัดคลอดฉุกเฉินส่วนใหญ่บุตรมักมีปัญหาสุขภาพ มารดามีความยากลำบากในการดูแลบุตรจากสภาพการเจ็บปวดแผลหลังผ่าตัดคลอด รวมถึงความลำบากในการให้นมหรือน้ำนมไม่ไหล และการนอนของบุตรทำให้มารดามีความลำบากในการปรับตัวต่อการเลี้ยงดูบุตร ปัญหาเหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียดจากการเลี้ยงดูทารก ความวิตกกังวลส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (กิณรี ชัยสวรรค์ และคณะ, 2554; รัชญมณฑล สุริยานิมิตรสุข และคณะ, 2558; นภัสนันท์ สุขเกษม และคณะ, 2559) ซึ่งในครั้งนี้นำวิจัยเลือกใช้แบบประเมินความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร ของ Cutrona (1983) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย รัชญมณฑล สุริยานิมิตรสุข และคณะ (2558) เป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแล้ว และเคยใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นการแลกเปลี่ยนทรัพยากรทางสังคมระหว่างบุคคล (Shumaker & Brownell, 1984) ซึ่งรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมเป็นการช่วยเหลือ ประคับประคอง ทางด้านอารมณ์ ซึ่งการสนับสนุนอาจมาจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือสิ่งอื่น ๆ

การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยด้านจิตสังคมที่สำคัญที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด การที่มารดาหลังคลอดได้รับการเอาใจใส่ ดูแลที่ดีทั้งจากสามี และครอบครัว จะทำให้มารดาได้รับการตอบสนองด้านจิตใจและอารมณ์ที่ดี ไม่เกิดภาวะเครียด Hoang et al. (2016) ทำการศึกษาในมารดาหลังคลอดในระยะที่ 4-12 สัปดาห์หลังคลอด ในประเทศเวียดนาม

พบว่า การขาดแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด โดยมารดาที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับแรงสนับสนุนต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sword et al. (2011) พบมารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เช่นเดียวกับการศึกษาของ Saligheh, Rooney, McNamara, and Kane (2014) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ดูแลมารดาหลังคลอดสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ และการศึกษาของ นักสันนัท์ สุขเกษม และคณะ (2559) ทำการศึกษาในมารดาที่มารับการบริการตรวจหลังคลอด จำนวน 403 ราย จากผลการศึกษา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากสามีและครอบครัวเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

มารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมักมีประสบการณ์การคลอดที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวังของตนเองและครอบครัว อาจเกิดความรู้สึกผิดหวัง โทษตนเอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อจิตใจของมารดาหลังคลอด การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลที่ใกล้ชิดรวมทั้งจากบุคลากรสุขภาพ และผดุงครรภ์ จะช่วยให้มารดาหลังคลอดสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งบทบาทการเป็นมารดาภายหลังคลอดได้ การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ Logsdon et al. (1994) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย พรทิพย์ วงศ์วิเศษศิริกุล (2540) เพื่อประเมินการได้รับการดูแล สนับสนุน ช่วยเหลือในระยะหลังคลอดจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง

นอกจากจะศึกษาปัจจัยด้านจิตสังคม ยังพบว่า มีปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้เช่นกัน ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุของมารดา รายได้ต่อเดือนของมารดา และระยะเวลาของบุตรที่ต้องเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิด

อายุของมารดา

อายุของบุคคลสัมพันธ์กับประสบการณ์ในชีวิต บุคคลที่มีอายุมากทำให้มีประสบการณ์มากน่าจะสามารถจัดการปัญหาได้เหมาะสมกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย โดยทั่วไปภาวะซึมเศร้าสามารถพบได้ทุกช่วงอายุ จากการศึกษาของ Lanes et al. (2011) พบว่ามารดาที่อายุน้อยกว่า 20 ปี มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าวัยอื่น ๆ เนื่องจากวุฒิภาวะด้านจิตใจยังไม่พร้อมสำหรับการจัดการด้านอารมณ์ต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทภายหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Muraca and Joseph (2014) ศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในประเทศแคนาดา พบภาวะซึมเศร้าในมารดาที่มีอายุ 40-44 ปี มากที่สุด (adjusted OR 3.72; 95% CI 2.15 to 6.41) รองลงมาคือ มารดาที่มีอายุ 30-35 ปี (adjusted OR 3.72; 95% CI 2.15 to 6.41) ทั้งนี้พบมารดาที่ตั้งครรภ์เมื่ออายุมากมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด ส่งผลให้มารดาเกิดความเครียดภายหลังคลอดและเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ จะเห็นได้ว่าอายุก็มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ช่วงวัยที่บุคคลสามารถจัดการกับการเปลี่ยนด้านอารมณ์ภายหลังคลอดที่ดีคือ อายุช่วงวัยกลางคน แต่ทั้งนี้อาจมีปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้

### รายได้ของครอบครัว

การที่ครอบครัวมีสมาชิกในครอบครัวเพิ่มขึ้น ก็จำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะครอบครัวที่คาดหวังว่าจะคลอดบุตรเองเพราะเชื่อว่าจะมีความปลอดภัยและค่าใช้จ่ายไม่สูง แต่ไม่สามารถคลอดได้เอง จึงมีความจำเป็นต้องผ่าตัดคลอดฉุกเฉินส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการคลอดรวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษามารดาหรือทารกภายหลังคลอด นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวต้องใช้เวลาในการเยี่ยมอาการและเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพิ่มขึ้น รายได้ของครอบครัวอาจลดลงทำให้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายที่มากขึ้น ก่อให้เกิดความเครียดแก่มารดาหลังคลอดได้ จากการศึกษาของนักศึกษานันท์ สุขเกษม และคณะ (2559) พบว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่อเดือนที่ต่ำทำให้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว ประกอบกับการที่มีสมาชิกเพิ่มมาจะทำให้ต้องมีรายจ่ายเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มารดาเกิดความวิตกกังวล เกิดความเครียดและส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลพร ยังดี และชุตติมา รุ่งเรืองวงษ์ (2559) ที่ศึกษาในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า มารดาหลังคลอดที่มีรายได้สูงจะเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดน้อยกว่ามารดาหลังคลอดที่มีรายได้ต่ำ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lanes et al. (2011) พบว่า มารดาที่มีรายได้ต่ำมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Goyal et al. (2010) ที่พบว่ามารดาที่มีรายได้ครัวเรือนต่ำมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงกว่ามารดาที่มีรายได้ครัวเรือนสูง

ระยะเวลาที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต

ทารกที่คลอดด้วยวิธีการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินส่วนใหญ่จะมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีตั้งแต่อยู่ในครรภ์ เช่น ทารกขาดออกซิเจนตั้งแต่อยู่ในครรภ์ (Benzouina et al., 2016; Suwal et al., 2013) ทารกมีภาวะเป็นกรดในกระแสเลือด (Mylonas & Friese, 2015) ซึ่งเป็นภาวะวิกฤติที่ส่งผลให้ทารกจำเป็นต้องเข้ารับรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต (Neonatal intensive care unit) การที่บุตรเจ็บป่วยรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลเป็นสาเหตุที่ทำให้มารดามีความเครียด ซึ่งส่วนใหญ่ทารกต้องพักรักษาตัวมากกว่า 24 ชั่วโมง (Daniel et al., 2014) จากการศึกษาของ Sichudu, Siziya, and Kumoyo (2017) มีอัตรา ข้อบ่งชี้ และผลลัพธ์ของการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินในเมืองแซมบ่า โดยทำการศึกษาแบบย้อนหลังในมารดาที่ผ่าตัดคลอด จำนวน 262 คน พบว่า อัตราการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ร้อยละ 30.20 ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดส่วนใหญ่คือ ทารกขาดออกซิเจนตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ร้อยละ 20.60 หลังคลอดทารกมีสุขภาพไม่แข็งแรง ร้อยละ 11.40 โดยทารกที่คลอดแบบวางแผนมีสุขภาพไม่แข็งแรง ร้อยละ 9.80 ระยะเวลาที่ทารกต้องนอนอยู่ในโรงพยาบาล คือ 4-6 วัน มีทารกที่คลอดโดยการผ่าตัดฉุกเฉินต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล ร้อยละ 93.70 ในขณะที่ทารกที่คลอดโดยการผ่าตัดแบบวางแผนต้องนอนรักษาตัวโรงพยาบาล ร้อยละ 89.60

การศึกษาของ Daniel et al. (2014) ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์การคลอดระหว่างการผ่าคลอดแบบฉุกเฉินและการผ่าคลอดแบบวางแผน จำนวน 575 คน พบว่า ทารกที่ผ่าคลอดแบบฉุกเฉินมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดร้อยละ 40.40 ส่วนทารกที่ผ่าตัดคลอดแบบวางแผนมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ร้อยละ 9.20 และระยะเวลาของทารกที่ต้องเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤตมากกว่า 24 ชั่วโมง โดยทารกที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีอัตราการเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต ร้อยละ 39.04 และทารกที่ผ่าตัดคลอดแบบวางแผนมีอัตราการเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต ร้อยละ 10.50 สอดคล้องกับการศึกษาของ Renuka and Suguna (2017) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์การคลอดระหว่างมารดาที่ผ่าตัดแบบวางแผนและผ่าตัดแบบฉุกเฉิน จำนวน 300 คน พบว่า ภาวะแทรกซ้อนภายหลังคลอดในทารกที่ผ่าคลอดแบบฉุกเฉิน ร้อยละ 31.40 และทารกที่ผ่าคลอดแบบวางแผนมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ร้อยละ 8.50 และระยะเวลาที่ทารกต้องเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤตอยู่ในระหว่าง 3-7 วัน โดยทารกที่ผ่าคลอดแบบฉุกเฉินมีอัตราการเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต ร้อยละ 21.60 ส่วนทารกที่ผ่าคลอดแบบวางแผนมีอัตราการเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต ร้อยละ 11.10 การที่ทารกจำเป็นต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลต่อทำให้มารดาและทารกแยกจากกันนานกว่าในรายที่ทารกสุขภาพดี การแยกจากกันอุปสรรคต่อการมีปฏิสัมพันธ์และการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารก (Lee et al., 2009) ส่งผลให้มารดาเกิดความรู้สึกวิตกกังวล เครียด โทษตนเอง ผิดหวัง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Carter, Mulder, Bartram, & Darlow, 2005; Obeidat, Bond, & Callister, 2009)

การคลอดบุตรเป็นเหตุการณ์ที่สร้างความยินดีให้แก่สมาชิกทุกคนในครอบครัว โดยเฉพาะในมารดาหลังคลอดที่คาดหวังว่าจะได้ดูแลบุตรภายหลังคลอดและกลับบ้านพร้อมกัน แต่ในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินส่วนใหญ่ทารกมีปัญหาตั้งแต่อยู่ในครรภ์ จำเป็นต้องเข้ารักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ระยะเวลาที่โรงพยาบาลขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการทารก ทำให้มารดาและทารกแยกจากกันในระยะหลังคลอดที่ยาวนานกว่ามารดาที่คลอดบุตรสุขภาพร่างกายแข็งแรง มารดาเกิดความวิตกกังวลต่อสุขภาพของบุตร ส่งผลให้มารดาเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rogers et al. (2013) ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด จำนวน 73 คน พบว่า มารดาที่คลอดก่อนกำหนดมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 20 และมีความวิตกกังวลหลังคลอดร้อยละ 43 และพบว่า ระยะเวลาของบุตรที่ต้องเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤตมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการศึกษาของ Cherry et al. (2016) ทำการศึกษาการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในมารดาที่บุตรรักษาตัวที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต จำนวน 1,362 คน โดยทำการศึกษาในระยะ 14 วันหลังคลอด พบว่า มารดามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ร้อยละ 36 และการศึกษาของ De Magistris, Coni, Puddu, Zonza, and Fanos (2010) ทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างมารดาที่มีบุตรรักษาตัวที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต และมารดาที่มีบุตรสุขภาพดี จำนวน 213 คน พบว่า มารดาที่มีบุตรรักษาตัวที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 23 และมารดาที่มีบุตรสุขภาพแข็งแรงมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 8 สรุปได้ว่า มารดาที่มีบุตรรักษาตัวที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤตมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ามารดาที่สุขภาพแข็งแรง

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นภาวะความผิดปกติด้านอารมณ์ของมารดาในระยะหลังคลอดส่งผลกระทบต่อมารดาเอง บุตร และบุคคลในครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม หากมารดามีอาการรุนแรงและไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมอาจคิดฆ่าตัวตาย และกระทำสำเร็จ การศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมามีพบว่าส่วนใหญ่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดทั่วไป สำหรับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาที่ผ่าตัดคลอดส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งพบว่ามารดาหลังคลอดที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ามารดาที่คลอดด้วยวิธีการอื่น ๆ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังคลอด เนื่องจากเป็นระยะเวลาที่สามารถเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้

## บทที่ 3

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน มีรายละเอียดในการดำเนินการวิจัยดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินที่โรงพยาบาลระยอง และโรงพยาบาลบางละมุง ที่ได้รับการนัดหมายให้ตรวจสุขภาพหลังคลอดบุตรหรือพาบุตรมารับบริการที่หน่วยเด็กสุขภาพดี (Well-baby clinic) ในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังคลอด ที่แผนกผู้ป่วยนอก สตรี-นรีเวชกรรม หน่วยเด็กสุขภาพดีของ โรงพยาบาลระยองและ โรงพยาบาลบางละมุง ตั้งแต่เดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561

กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินที่โรงพยาบาลระยอง และโรงพยาบาลบางละมุง ที่ได้รับการนัดหมายให้ตรวจสุขภาพหลังคลอดบุตรหรือพาบุตรมารับบริการที่หน่วยเด็กสุขภาพดี (Well-baby clinic) ในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังคลอด ที่แผนกผู้ป่วยนอก สตรี-นรีเวชกรรม หน่วยเด็กสุขภาพดีของ โรงพยาบาลระยองและ โรงพยาบาลบางละมุง และที่คลินิกเอกชน/ โรงพยาบาลเอกชน กรณีที่ไม่ได้มาตรวจตามนัดหมายของโรงพยาบาลระยอง และโรงพยาบาลบางละมุง ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มารดาทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลังที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน และไม่สูญเสียบุตรจากการคลอด

2. ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตจากการซักถาม

3. มารดาเลี้ยงดูบุตรเอง

4. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

5. มีคู่สมรสหรือมีคู่โดยไม่ได้จดทะเบียนสมรส

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม G\*Power 3.1 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) โดยกำหนดความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญที่ .05 มีอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 ค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) โดยกำหนดที่ .15 (Cohen, 1992) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 98 คน



การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. คำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างต่อประชากร โดยใช้สูตร

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง} = \frac{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ} \times \text{จำนวนประชากรในแต่ละ รพ. ใน 1 ปี}}{\text{จำนวนประชากรทุกโรงพยาบาลใน 1 ปี}}$$

จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่คำนวณได้ จากโรงพยาบาลระยอง จำนวน 63 คน

และโรงพยาบาลบางละมุงจำนวน 35 คน

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience sampling) จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อผู้นัดมาตรวจหลังคลอดและรายชื่อผู้นัดมาฉีดวัคซีน 1 สัปดาห์ก่อนวันเก็บข้อมูล ขออนุญาตหัวหน้าพยาบาลแผนกตรวจสุขภาพหลังคลอดและหัวหน้าคลินิกสุขภาพเด็กดีเพื่อบันทึกชื่อ-สกุล เลขที่ประจำตัวโรงพยาบาล (HN) วิธีการคลอด และเบอร์โทรศัพท์ไว้เพื่อติดตามในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้มาตรวจตามนัด

3. วันเก็บข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อตารางนัดตรวจด้วยการซักถาม หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตรงตามกำหนดถือว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างที่คัดเข้างานวิจัย

4. กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้มาตรวจตามนัดผู้วิจัยติดต่อสอบถามทางโทรศัพท์ โดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง สอบถามคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยขออนุญาตชี้แจงรายละเอียดงานวิจัย และผู้วิจัยขออนุญาตส่งเอกสารการเก็บรวบรวมข้อมูลทางไปรษณีย์ถึงกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน พร้อมทั้งขออนุญาตเพิ่มรายชื่อ (ID Line) ของกลุ่มตัวอย่างไปยังแอปพลิเคชัน ไลน์ (Line application) ของผู้วิจัยเพื่อเป็นช่องทางในการให้กลุ่มตัวอย่างส่งข้อมูลแบบสอบถามที่ตอบแล้วกลับมา

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วยแบบสอบถามจำนวน 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลการตั้งครรภ์ ความตั้งใจในการเลือกวิธีการคลอด อายุ อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส เหตุผลของการมารับบริการ ผู้คอยช่วยเหลือภายหลังคลอด ภาวะแทรกซ้อน/ อาการคงอยู่ในระยะหลังคลอดของมารดา และระยะเวลาของบุตรที่ต้องเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดฉบับภาษาไทย (The Edinburgh Postnatal Depression Scale [EPDS]) สร้างขึ้นโดย Cox et al. (1987) แปลเป็นภาษาไทยโดย กมลรัตน์

วัชรภรณ์ และคณะ (2546) โดยประเมินตามความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองที่เกิดขึ้น ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อเป็นข้อคำถามทางบวก 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1 และ 2 ข้อคำถามทางลบ 8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3-10 คำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 0-30 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

โดยให้ความหมายดังนี้

ไม่มีอาการเลย หมายถึง ไม่มีอาการดังกล่าวเกิดขึ้นเลย  
 เกือบจะไม่มีอาการ หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นประมาณ 1 วัน ใน 1 สัปดาห์  
 มีอาการบางเวลา หมายถึง มีอาการที่เกิดขึ้นประมาณ 2-3 วัน ใน 1 สัปดาห์  
 มีอาการบ่อยมาก หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นเกือบทุกวันใน 1 สัปดาห์

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ไม่มีอาการเลย	3	0 คะแนน
เกือบจะไม่มีอาการ	2	1 คะแนน
มีอาการบางเวลา	1	2 คะแนน
มีอาการบ่อยมาก	0	3 คะแนน

กมลรัตน์ วัชรภรณ์ และคณะ (2546) ทำการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาความไวของเครื่องมือ พบว่า การใช้จุดตัดที่ 11 คะแนน มีความไวที่สูง คือค่าความไวเท่ากับ ร้อยละ 100 แสดงถึงว่าแบบสอบถามวัดค่าได้ละเอียด จากการศึกษาของ รัชญมุต สุริยานิมิตรสุข และคณะ (2558) โดยการนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ใช้ค่าตัดจุดที่ค่าคะแนน 11 คะแนน โดยทำการทดลองใช้กับมารดาคลอดในระยะหลัง 6 เดือนหลังคลอด จำนวน 30 คน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหา (CVI) = .80 และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .84 การศึกษาครั้งนี้ทำการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังคลอด จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .86

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยใช้แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย พรทิพย์ วงศ์วิเศษศิริกุล (2540) ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อเป็นข้อคำถามทางบวก 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 4 และ 6 และข้อคำถามทางลบ 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3, 5, 8, 9 และ 10 คำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 10-40 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มารดาหลังคลอดรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง คะแนนต่ำ หมายถึง มารดาหลังคลอดรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	3 คะแนน
เห็นด้วย	3	2 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1 คะแนน

พรทิพย์ วงศ์พิเศษสิริกุล (2540) ได้นำแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไปทำการทดสอบทดสอบความเที่ยงในมารดา 6 สัปดาห์หลังคลอด จำนวน 200 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .73 ส่วน ธัญญมล สุริยานิมิตรสุข และคณะ (2558) ได้ทำการทดสอบทดสอบความเที่ยงในมารดาที่คลอดปกติระยะ 6 เดือนหลังคลอด จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .78 และการศึกษาครั้งนี้ทำการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังคลอด จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .82

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร สร้างขึ้นโดย Cutrona (1983) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย ธัญญมล สุริยานิมิตรสุข และคณะ (2558) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 16 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1-5 คะแนน ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 16-80 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มารดามีความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรสูง คะแนนต่ำ หมายถึง มารดามีความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรต่ำ

โดยให้ความหมายดังนี้

ไม่เลย	หมายถึง	ไม่มีความเครียดในการดูแลบุตร
เล็กน้อย	หมายถึง	มีความเครียดในการดูแลบุตรเล็กน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	มีความเครียดในการดูแลบุตรปานกลาง
มาก	หมายถึง	มีความเครียดในการดูแลบุตรมาก
มากที่สุด	หมายถึง	มีความเครียดในการดูแลบุตรมากที่สุด

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เลย	1 คะแนน
เล็กน้อย	2 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน
มาก	4 คะแนน
มากที่สุด	5 คะแนน

ชัยยมล สุริยานิมิตรสุข และคณะ (2558) ได้ทำการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยทดลองใช้กับมารดาที่คลอดปกติ ระยะ 6 เดือนหลังคลอด จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .85 การศึกษาครั้งนี้ทำการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังคลอด จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .84

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม สร้างขึ้นโดย Logsdon et al. (1994) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล (2540) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 34 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 34-170 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มารดาหลังคลอดรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนต่ำ หมายถึง มารดาหลังคลอดรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่ำ

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่ได้รับเลย	1 คะแนน
ได้รับเล็กน้อย	2 คะแนน
ได้รับปานกลาง	3 คะแนน
ได้รับมาก	4 คะแนน
ได้รับมากที่สุด	5 คะแนน

พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล (2540) ได้ทดสอบความเที่ยงของแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ในมารดาหลังคลอดจำนวน 200 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .91 ส่วนการศึกษาครั้งนี้ทำการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังคลอด จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .86

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา

ผู้วิจัยไม่ได้หาค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเนื่องจากแบบประเมินทั้งหมดจำนวน 4 ชุด ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่เคยใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

### การหาค่าความเชื่อมั่น

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือจำนวน 4 ชุด ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากร จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค การทดลองครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86, .82, .84 และ .86 ตามลำดับ

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงร่างวิจัยและเครื่องมือวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้การรับรองจริยธรรม รหัส 08-01-2561 ในวันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 หลังผ่านการเห็นชอบจึงทำหนังสือขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและหนังสือขอความอนุเคราะห์การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยไปยังโรงพยาบาลระยองและโรงพยาบาลบางละมุง เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ทำการดำเนินการวิจัย โดยวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งแจ้งให้ทราบว่า การให้ข้อมูลเป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ข้อมูลทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัยและการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น หลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้วข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในมารดาหลังผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินที่โรงพยาบาลระยองและโรงพยาบาลบางละมุง ที่ได้รับการนัดหมายให้ตรวจสุขภาพหลังคลอดบุตรหรือพานบุตรมารับบริการที่หน่วยเด็กสุขภาพดี (Well-baby clinic) ในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังคลอด ที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม หน่วยเด็กสุขภาพดีของโรงพยาบาลระยองและโรงพยาบาลบางละมุง และที่คลินิกเอกชน/ โรงพยาบาลเอกชน กรณีที่ไม่ได้มาตรวจตามนัดหมายของโรงพยาบาลระยอง

และโรงพยาบาลบางละมุง ทำการศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561 โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยและเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

1.2 เมื่อโครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและหนังสือขอความอนุเคราะห์การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงสถานที่เก็บข้อมูล ได้แก่ โรงพยาบาลระยองและโรงพยาบาลบางละมุง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย

1.3 เมื่อโครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากโรงพยาบาลระยองและโรงพยาบาลบางละมุงแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือและติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และขั้นตอนการเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลระยองและหน่วยเด็กสุขภาพดีโรงพยาบาลบางละมุง

### 2. ขั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยวางแผนเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลบางละมุงที่หน่วยเด็กสุขภาพดี ในวันพุธ เวลา 08.00-12.00 น. และโรงพยาบาลระยองที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม ในวันจันทร์ อังคาร พฤหัสบดี ศุกร์ ในเวลา 13.00-16.00 น.

2.2 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างตามความสะดวกการคัดเลือกผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ซึ่งเป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินที่มาตรวจสุขภาพหลังคลอดหรือพาบุตรมารับวัคซีนที่หน่วยเด็กสุขภาพดีในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังคลอด ที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลระยอง โดยการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้วันละ 2-5 คน และหน่วยเด็กสุขภาพดีโรงพยาบาลบางละมุง การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้เฉลี่ยวันละ 5-10 คน โดยเก็บข้อมูลขณะกลุ่มตัวอย่างรอรับบริการ

2.3 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงข้อมูล วัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผลประโยชน์จากการเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิการเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาทั้งสิ้นและไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า

2.4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามหนังสือยินยอมการเข้าร่วมวิจัยและให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง กรณีที่กลุ่มตัวอย่างอ่านไม่ได้

แต่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังและให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบด้วยตนเอง โดยก่อนตอบแบบสอบถามผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดและวิธีการตอบแบบสอบถามทุกฉบับ พร้อมเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที

2.5 ผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบ ถ้าพบว่าข้อมูลไม่ครบถ้วนทำการสอบถามกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งเพื่อยืนยันว่าผู้ตอบแบบแบบสอบถามไม่ประสงค์ตอบหรือไม่ ถ้าไม่ประสงค์ตอบก็กล่าวขอบคุณ และบันทึกข้อมูลตามจริงที่ได้จากแบบสอบถาม ได้กลุ่มตัวอย่างจากแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรมและหน่วยเด็กสุขภาพดี จำนวน 51 คน

2.6 กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้มาตรวจตามนัด ผู้วิจัยติดต่อสอบถามทางโทรศัพท์ โดยทำการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง สอบถามคุณสมบัติตามที่กำหนด หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามที่กำหนด ผู้วิจัยขออนุญาตชี้แจงข้อมูล วัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผลประโยชน์จากการเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างให้รับทราบว่ามีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า หากกลุ่มตัวอย่างสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะขออนุญาตส่งเอกสารชี้แจงการวิจัย ใบยินยอมร่วมวิจัย และแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขออนุญาตเพิ่มบัญชีรายชื่อ (ID line) ของกลุ่มตัวอย่างไปยัง Line application ของผู้วิจัยเพื่อทำการติดต่อรับข้อมูล ใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย และแบบสอบถามกลับจากกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามกลับโดยวิธีการถ่ายรูปแบบสอบถามส่งมาทางแอปพลิเคชันไลน์ เมื่อได้รับแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล หากพบว่าข้อมูลไม่ครบ ทำการสอบถามกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งเพื่อยืนยันว่าผู้ตอบแบบสอบถามไม่ประสงค์ตอบจริงหรือไม่ ถ้าไม่ประสงค์ตอบก็กล่าวขอบคุณ และบันทึกข้อมูลตามจริงที่ได้แบบสอบถามมา สำหรับใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัยและแบบสอบถามการวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างสามารถทำลายได้ทันที ได้กลุ่มตัวอย่างจากการเก็บข้อมูลทางไปรษณีย์จำนวน 47 คน

2.7 ผู้วิจัยนำข้อมูลจากแบบสอบถามทั้งหมดมาวิเคราะห์ทางสถิติและสรุปผลการศึกษาต่อไป

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลนำข้อมูลมาวิเคราะห์และแปลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสถิติที่เกี่ยวข้องในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพรรณนาผลการการศึกษาและทดสอบสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียดจากการดูแลบุตร การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอด วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด

2. วิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ อายุของมารดา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร และการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบมาตรฐาน (Standard multiple regression analysis)



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ อายุของมารดา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาของบุตรต้องเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดฉุกเฉินที่มารับบริการตรวจสุขภาพหลังคลอดบุตร หรือพบบุตรมารับบริการที่หน่วยเด็กสุขภาพดีในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังคลอด ที่แผนกผู้ป่วยนอก สูติ-นรีเวชกรรมและหน่วยเด็กสุขภาพดีของโรงพยาบาลระยองและโรงพยาบาลบางละมุง จำนวน 51 คน และเป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดฉุกเฉินที่นัดหมายแต่ไปตรวจสุขภาพหลังคลอดบุตร หรือพบบุตรมารับบริการที่หน่วยเด็กสุขภาพดีในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังคลอด ที่สถานบริการสุขภาพ กรณีที่ไม่ได้มาตรวจตามนัดของโรงพยาบาลระยองและโรงพยาบาลบางละมุง ติดต่อทางโทรศัพท์ และจัดส่งแบบสอบถามการวิจัยทางไปรษณีย์ แล้วส่งกลับทางแอปพลิเคชันไลน์ จำนวน 47 คน ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561 ผลการวิจัยที่ได้นำเสนอข้อมูลเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางสูติกรรม

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยด้านจิตสังคม

ส่วนที่ 4 ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 20-34 ปี ร้อยละ 74.49 อายุเฉลี่ย 28.24 ปี ( $SD = 6.31$ ) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 32.65 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 22.45 รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 10,001-20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 34.69 รองลงมา มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในระหว่าง 20,001-30,000 บาท/เดือน ร้อยละ 26.54 รายได้ต่อเดือนของครอบครัวเฉลี่ย 23,943.88 บาท ( $SD = 13,872.00$ ) ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 29.59 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 21.43

ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ( $n = 98$ )

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 20 ปี	7	7.14
20-34 ปี	73	74.49
35 ขึ้นไป	18	18.37
Mean = 28.24, $SD = 6.31$ , Min = 18, Max = 42		
อาชีพ		
รับจ้าง	22	22.45
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	18	18.37
เกษตรกร	1	1.02
พนักงานวิสาหกิจ	4	4.08
ข้าราชการ	2	2.04
แม่บ้าน	3	3.26
พนักงานบริษัท	14	14.28
อื่น ๆ	5	5.11
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว (บาท)		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	1	1.02
5,000-10,000 บาท	18	18.36
10,001-20,000 บาท	34	34.69
20,001-30,000 บาท	26	26.54
มากกว่า 30,000 บาท	19	19.39
Mean = 23,943.88, $SD = 13,872.00$ , Min = 4,000, Max = 80,000		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	2.03
ประถมศึกษา	15	15.31
มัธยมศึกษาตอนต้น	29	29.59
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	21	21.43

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา (ต่อ)		
ประกาศนียบัตร/ อนุปริญญา/ ปวส.	18	18.37
ปริญญาตรี	13	13.27

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางสูติกรรม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 52.04 ส่วนใหญ่ผ่านการคลอด (รวมการคลอดครั้งนี้) 1 ครั้ง ร้อยละ 58.17 ไม่เคยแท้งบุตร ร้อยละ 77.55 จำนวนบุตรที่มีชีวิต (รวมจำนวนบุตรในการคลอดครั้งนี้) 1 คน ร้อยละ 63.27 ส่วนใหญ่อายุครรภ์ขณะคลอดอยู่ในช่วง 37 สัปดาห์ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 81.64 มีความตั้งใจคลอดเองทางช่องคลอด ร้อยละ 62.20 เหตุผลของการผ่าตัดคลอดครั้งนี้คือ ภาวะที่ทารกมีภาวะผิดปกติที่แพทย์ไม่มั่นใจในความปลอดภัยของทารก (Non-reassuring fetus status) ร้อยละ 29.59 รองลงมาคือการที่มีขนาดศีรษะทารกกับขนาดของอุ้งเชิงกรานผิดสัดส่วน (CPD) ร้อยละ 25.51 ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและอาการปกติในระยะหลังคลอด ร้อยละ 95.91 ทารกส่วนใหญ่ไม่ได้เข้ารับการรักษาดูที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต คิดเป็นร้อยละ 52.04 และระยะเวลาที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาดูที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤตเฉลี่ย 4 วัน ( $SD = 9.71$ ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างแยกตามข้อมูลทางสูติกรรม และระยะเวลาของบุตรที่ต้องเข้ารับการรักษาดูที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต ( $n = 98$ )

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ (รวมการตั้งครรภ์ครั้งนี้)		
ตั้งครรภ์ครั้งที่ 1	51	52.04
ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2	18	18.37
ตั้งครรภ์ครั้งที่ 3	16	16.33
ตั้งครรภ์ครั้งที่ 4 ขึ้นไป	13	13.26

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทางสถิติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการคลอด (รวมการคลอดครั้งนี้) (ต่อ)		
คลอด 1 ครั้ง	57	58.17
คลอด 2 ครั้ง	25	25.51
คลอด 3 ครั้ง	11	11.22
คลอด 4 ครั้งขึ้นไป	5	5.10
จำนวนครั้งของการแท้งบุตร		
ไม่เคยแท้ง	76	77.55
1 ครั้ง	16	16.33
2 ครั้ง	5	5.10
3 ครั้งขึ้นไป	1	1.02
จำนวนบุตรที่มีชีวิต (รวมที่คลอดครั้งนี้)		
1 คน	62	63.27
2 คน	21	21.43
3 คนขึ้นไป	15	15.30
อายุครรภ์ที่คลอดครั้งนี้ (สัปดาห์)		
น้อยกว่า 37 สัปดาห์	18	18.36
37 สัปดาห์ขึ้นไป	80	81.64
Mean = 38.04, SD = 2.73, Min = 29, Max = 43		
ความตั้งใจในการเลือกวิธีการคลอด		
ตั้งใจคลอดเองทางช่องคลอด	61	62.20
คลอดเองทางช่องคลอดหรือผ่าตัดคลอดก็ได้	37	37.20
เหตุผลที่ผ่าตัดคลอด		
Non-reassuring fetus status	29	29.59
CPD	25	25.51
PPROM	22	22.45
Prolong second stage	14	1.29
Severe PIH	8	8.16

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทางสถิติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะแทรกซ้อน/ อาการคงอยู่ในระยะหลังคลอดของมารดา		
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน/ อาการคงอยู่ในระยะหลังคลอด	94	95.91
มีภาวะแทรกซ้อน/ อาการคงอยู่ในระยะหลังคลอด	4	4.09
ความดันโลหิตยังคงอยู่ในระดับสูง	3	3.06
แผลแยก	1	1.03
จำนวนทารกที่เข้ารับการรักษาคัดตัวที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต		
ไม่เข้าหออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต	51	52.04
เข้าหออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต	47	47.96
ระยะเวลาที่ทารกเข้ารับการรักษาคัดตัวที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต		
Mean = 4.00, SD = 9.71, Min = 0, Max = 50		

### ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยด้านจิตสังคม

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในช่วง 19-40 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 32.77 ( $SD = 4.63$ ) ซึ่งแสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองค่อนข้างสูง คะแนนความเครียดจากการดูแลบุตรอยู่ในช่วง 17-53 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 30.87 ( $SD = 8.54$ ) ซึ่งแสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดจากการดูแลบุตรค่อนข้างต่ำ และคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในช่วง 58-164 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 110.60 คะแนน ( $SD = 24.69$ ) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างสูง ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยด้านจิตสังคม ( $n = 98$ )

ปัจจัยด้านจิตสังคม	ค่าพิสัยที่เป็นไปได้	ค่าพิสัยจริง	Mean	SD
ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	10-40	19-40	32.77	4.63
ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร	16-80	17-53	30.87	8.54
การสนับสนุนทางสังคม	34-170	58-164	110.60	24.69

#### ส่วนที่ 4 ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

มารดาหลังผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 7.03 คะแนน ( $SD = 4.72$ ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4 เมื่อแบ่งคะแนนจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดฉบับภาษาไทย (EPDS) โดยใช้จุดตัดที่คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนนเป็นกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าในช่วง 4-8 สัปดาห์หลังคลอด คิดเป็น ร้อยละ 20.20 ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 4 ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดฉบับภาษาไทย (EPDS) ( $n = 98$ )

	ค่าพิสัยที่เป็นไปได้	ค่าพิสัยจริง	Mean	SD
คะแนนการประเมินภาวะซึมเศร้า	0-30	0-26	7.03	4.71

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ( $n = 98$ )

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (น้อยกว่า 11 คะแนน)	78	79.80
มีภาวะซึมเศร้า (11 คะแนนขึ้นไป)	20	20.20

#### ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

ในการวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยด้านอายุของมารดา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียดจากการดูแลบุตร และการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณด้วยวิธี Standard regression ทำการทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของสถิติถดถอยพหุคูณ ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่อง โดยมีระดับการวัดเป็นช่วงมาตรา (Interval) ทุกตัวแปร

2. จำนวนกลุ่มตัวอย่างมากพอสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลคือ 15-20 เท่าของจำนวนตัวแปรต้น โดยอยู่ในช่วงจำนวน 90-120 คน การศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรที่ศึกษาเท่ากับ 6 ตัวแปร มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 98 คน ถือว่ากลุ่มตัวอย่างมากพอ

3. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีการแจกแจงข้อมูลแบบโค้งปกติ ทดสอบโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov ได้ค่า Kolmogorov-Smirnov = .54 และค่า  $p = .93$  พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีการแจกแจงข้อมูลตามปกติ

4. ตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) ทำการทดสอบโดยทำแผนภาพการกระจาย (Scatter plot) พบว่าลักษณะของ Scatter plot เป็นแบบ Homoscedasticity แสดงว่าข้อมูลมีความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่

5. ตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) ทำการทดสอบโดยวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients) ระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัว โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าไม่สูงกว่า .85 (Munro, 1997 อ้างถึงใน จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551) เมื่อพิจารณาจากค่า Variance Inflation Factor [VIF] ซึ่งค่าเท่ากับ 1.24, 1.16, 1.28, 1.37, 1.46 และ 1.33 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าไม่มากกว่า 4 และเมื่อพิจารณา ค่า Tolerance มีค่าเท่ากับ .80, .86, .88, .72, .68, และ .74 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า .20 แสดงว่าตัวแปรทุกตัวมีความสัมพันธ์กันเอง

6. จากการทดสอบค่าสถิติ Durbin-Watson = 1.90 ซึ่งอยู่ในช่วง 1.5-2.5 แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อน (Error Term) มีการแจกแจงปกติ เป็นอิสระต่อกัน (Independence) หรือไม่เกิดสหสัมพันธ์ของความคลาดเคลื่อน (Autocorrelation)

7. ไม่มีค่าผิดปกติ (Outliers) โดยพิจารณาจากความสัมพันธ์เชิงเส้น การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่าระยะเวลาของบุตรที่ต้องเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะซีมเศร้าหลังคลอด ( $r = .21, p < .05$ ) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับภาวะซีมเศร้าหลังคลอด ( $r = .68, p < .001$ ) ความเครียดจากการดูแลบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซีมเศร้าหลังคลอด ( $r = .51, p < .001$ ) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซีมเศร้าหลังคลอด ( $r = -.32, p < .01$ ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ( $n = 98$ )

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7
1. อายุของมารดา	1						
2. รายได้ของครอบครัว	.27	1					
3. ระยะเวลาของบุตรที่ต้องเข้ารับการรักษาที่หอภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต	.20	-.13	1				
4. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	.21	.17	-.08	1			
5. ความเครียดจากการดูแลบุตร	-.09	-.10	.18	-.47	1		
6. การสนับสนุนทางสังคม	-.12	.15	-.21	.30	-.42	1	
7. ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	-.01	-.01	.27***	-.68*	.51*	-.32**	1

\* $p < .001$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .05$

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ Standard regression ผลการวิเคราะห์ทั้ง 6 ปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินได้ร้อยละ 56 ( $Adjust R^2 = .53$ ,  $F_{6,91} = 19.30, p < .05$ ) โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากที่สุด ( $\beta = -.59, p < .05$ ) รองลงมาคือ ความเครียดจากการดูแลบุตร ( $\beta = .20, p < .05$ ) และระยะเวลาที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาที่หอภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต ( $\beta = .17, p < .05$ ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 7



ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ( $n = 98$ )

ตัวแปรทำนาย	<i>B</i>	<i>S.E</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
อายุของมารดา	.43	.05	.05	5.15	.456
รายได้ของครอบครัว	4.29	.00	.12	1.68	.095
ระยะเวลาที่บุตรต้องเข้ารับการรักษา	.08	.03	.17	2.40	.018
ที่หออภิบาลทารกแรกเกิด					
ภาวะวิกฤต	-.60	.08	-.59	-7.28	.000
ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง					
ความเครียดจากการดูแลบุตร	.11	.04	.20	2.43	.017
การสนับสนุนทางสังคม	-.01	.02	.03	-.36	.717
Intercept = 21.35, $R^2 = .560$ , <i>Adjust R</i> <sup>2</sup> = .531, $F = 19.30$ , $p < .001$					

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินที่โรงพยาบาลระยองและโรงพยาบาลบางละมุง ที่ได้รับการนัดหมายให้ตรวจสุขภาพหลังคลอดบุตรหรือพาบุตรมารับบริการที่หน่วยเด็กสุขภาพดี (Well-baby clinic) ในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังคลอด ที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม หน่วยเด็กสุขภาพดีของโรงพยาบาลระยองและโรงพยาบาลบางละมุง จำนวน 98 คน โดยทำการศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แบบประเมินความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินความเครียดจากคู่นอน และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือจำนวน 4 ชุด ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แบบประเมินความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากร จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ซึ่งได้เท่ากับ .86, .82, .84 และ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ คำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบมาตรฐาน

#### สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 20-34 ปี (ร้อยละ 74.49) รายได้ต่อเดือนของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 10,001-20,000 บาท (ร้อยละ 34.69) รองลงมามีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 20,001-30,000 บาท (ร้อยละ 26.54) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ 32.65) รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 22.45) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 29.59) รองลงมาอยู่ในระดับ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ร้อยละ 21.43

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตั้งครรถ์ครั้งแรก (ร้อยละ 52.04) ส่วนใหญ่ผ่านการคลอดครั้งนี้เป็นครั้งแรก 1 ครั้ง (ร้อยละ 58.17) ไม่เคยแท้งบุตร (ร้อยละ 77.55) จำนวนบุตรที่มีชีวิต (รวมจำนวนบุตรในการคลอดครั้งนี้) 1 คน (ร้อยละ 63.27) อายุครรภ์ในการคลอดครั้งนี้ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 37 สัปดาห์ขึ้นไป (ร้อยละ 81.64) มีความตั้งใจคลอดเองทางช่องคลอด (ร้อยละ 62.20)

เหตุผลของการผ่าตัดคลอดครั้งนี้ ส่วนใหญ่คือ ภาวะที่แพทย์ไม่มั่นใจในความปลอดภัยของทารก (non-reassuring fetus status) (ร้อยละ 29.59) รองลงมาคือ การที่มีขนาดศีรษะทารกและขนาดของอุ้งเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกัน (ร้อยละ 25.51) ในระยะหลังคลอด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน/ อาการคงอยู่ (ร้อยละ 95.91) ทารกส่วนใหญ่ไม่ได้เข้ารับการรักษาคัดตัวที่หออภิบาลทารกแรกเกิด (ร้อยละ 52.04)

3. อายุของมารดา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาของบุตรที่ด้อยเข้ารับการรักษา ที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียดจากการดูแลบุตร และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดฉุกเฉินได้ร้อยละ 56 ( $Adjust R^2 = .53, F_{6, 91} = 19.30, p < .05$ ) โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลในการทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากที่สุด ( $\beta = -.59, p < .05$ ) รองลงมาคือ ความเครียดจากการดูแลบุตร ( $\beta = .20, p < .05$ ) และระยะเวลาที่ของบุตรต้องเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิด ( $\beta = .17, p < .05$ ) ตามลำดับ

### อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินที่โรงพยาบาลระยองและโรงพยาบาลบางละมุง ที่ได้รับการนัดหมายให้ตรวจสอบสุขภาพหลังคลอดบุตรหรือพาบุตรมารับบริการที่หน่วยเด็กสุขภาพดี (Well-baby clinic) ในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังคลอด ที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม หน่วยเด็กสุขภาพดีของโรงพยาบาลระยองและโรงพยาบาลบางละมุง และที่คลินิกเอกชน/ โรงพยาบาลเอกชน กรณีที่ไม่ได้มาตรวจตามนัดหมายของโรงพยาบาลระยองและโรงพยาบาลบางละมุง จำนวน 98 คน โดยผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

#### 1. อายุของมารดา

อธิบายได้ว่า อายุบ่งบอกถึงวุฒิภาวะ การรับรู้ และความสามารถในการเข้าใจรวมทั้งความสามารถในการตัดสินใจในสถานการณ์ต่าง ๆ การปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ จากผลการศึกษาพบว่า อายุเฉลี่ยของมารดาหลังคลอดเท่ากับ 28.24 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ เป็นช่วงวัยที่มีวุฒิภาวะที่สมบูรณ์ทั้งด้านอารมณ์ จิตใจ รวมทั้งการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการกับตัวในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ทำให้ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และจากข้อมูลอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเป็นช่วงอายุที่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์ไม่น้อยกว่า 20 ปี และไม่มากกว่า 35 ปี เนื่องจากมารดาตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี หรือมากกว่า 35 ปี มีโอกาสที่จะเกิดภาวะเสี่ยงในระหว่างตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอดซึ่งมีผลต่อสภาพจิตใจและมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Arbabi

et al. (2016) ที่ทำการศึกษานิดของการคลอดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดา จำนวน 250 คน พบว่า อายุไม่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดแตกต่างกับการศึกษาของ Lanes et al. (2011) พบว่า อายุของมารดามีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) โดยพบว่ามารดาที่อายุน้อยกว่า 20 ปี มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าวัยอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Muraca and Joseph (2014) พบภาวะซึมเศร้าในมารดาที่มีอายุ 40-44 ปีมากที่สุด (*Adjusted OR 3.72; 95 % CI 2.15 to 6.41*) รองลงมาคือ มารดาที่มีอายุ 30-35 ปี (*Adjusted OR 3.72; 95 % CI 2.15 to 6.41*) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

## 2. รายได้ต่อเดือนของครอบครัว

อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ประจำและเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครัวเรือน ทำให้ไม่เกิดความเครียดเกี่ยวกับปัญหาทางการเงิน สามารถบริหารจัดการเศรษฐกิจในครอบครัวได้ทำให้ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Sword et al. (2011) ที่ทำการศึกษานิดของการคลอดที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดา 6 สัปดาห์หลังคลอดในประเทศแคนาดา จำนวน 1,897 ราย พบว่ารายได้ของครอบครัวไม่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) แตกต่างกับการศึกษาของ นกัสนันท์ สุขเกษม และคณะ (2559) พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ กัลพร ยงดี และชุติมา หุ่มเรืองวงษ์ (2559) ศึกษาในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า มารดาหลังคลอดที่มีรายได้สูงจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดน้อยกว่ามารดาหลังคลอดที่มีรายได้ต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

## 3. ระยะเวลาของบุตรที่ต้องเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต

อธิบายได้ว่า ทารกที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินส่วนใหญ่จะมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า เหตุผลที่ผ่าตัดคลอดส่วนใหญ่ คือภาวะที่แพทย์ไม่มั่นใจในความปลอดภัยของทารก (Non-reassuring fetus status) ถึงร้อยละ 29.59 ซึ่งก็เป็นสาเหตุที่ทำให้ทารกแรกเกิดจำเป็นต้องรักษาตัวที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต สอดคล้องกับการศึกษาของ Sichudu et al. (2017) พบว่า อัตราการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ร้อยละ 30.20 ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดส่วนใหญ่คือ ทารกขาดออกซิเจนตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ร้อยละ 20.60 ทารกที่คลอดโดยการผ่าตัดแบบฉุกเฉินมีสุขภาพไม่แข็งแรง ร้อยละ 11.40 ส่วนทารกที่คลอดโดยผ่าตัดแบบวางแผนมีสุขภาพไม่ดีเพียง ร้อยละ 9.80 และทารกส่วนใหญ่ที่คลอดโดยผ่าตัดแบบฉุกเฉินต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล ถึงร้อยละ 93.70 สอดคล้องกับการศึกษาของ Daniel et al. (2014) ที่พบว่า ทารกที่ผ่าคลอดโดยการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดร้อยละ 40.40 ส่วนทารกที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดแบบวางแผนมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดเพียงร้อยละ 9.20

โดยทารกที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิด ภาวะวิกฤตร้อยละ 39.04 ส่วนทารกที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดแบบวางแผนเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤตร้อยละ 10.50 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

จะเห็นว่าการผ่าตัดคลอดที่มีสาเหตุมาจากด้านลูกที่มีความผิดปกติตั้งแต่อยู่ในครรภ์ จึงส่งผลให้ทารกที่คลอดออกมามีสุขภาพที่ไม่แข็งแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดทารก จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต ซึ่งการที่บุตรมีอาการเจ็บป่วย ต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลทำให้มารดาเกิดความเครียด วิตกกังวล และส่งผลให้เกิดภาวะ ซึมเศร้าหลังคลอดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Cherry et al. (2016) พบว่ามารดาที่ทารกป่วย มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 36 สอดคล้องกับการศึกษาของ Rogers et al. (2013) พบว่า มารดาที่คลอดก่อนกำหนดมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 20 และพบว่าระยะเวลาของบุตร ที่ต้องเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤตมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ซึ่งการศึกษาของ De Magistris et al. (2010) พบเช่นเดียวกันว่า มารดาที่มีบุตรรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤตมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 23 และมารดา ที่มีบุตรสุขภาพแข็งแรงมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 8 จึงเห็นได้ว่ามารดาที่มีบุตรรักษาตัวที่หออภิบาล ทารกแรกเกิดมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ามารดาที่มีบุตรสุขภาพแข็งแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตติกานต์ รักษาภักดี, พักตร์พิไลต์ ศรีแสง และสุพรรณนิ อึ้งปัญญาตวงศ์ (2561) พบว่าระยะที่บุตรนอน โรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ด้านบวกกับภาวะซึมเศร้า หลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .28$ )

#### 4. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

อธิบายได้ว่า มารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีการรับรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นการเห็นความสำคัญแก่ตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีค่า ถึงแม้ว่าการคลอดครั้งนี้ส่วนใหญ่จะตั้งใจ ที่จะคลอดเองถึงร้อยละ 62.20 การผ่าตัดคลอดฉุกเฉินก็ไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง เนื่องจากภายหลังคลอดมารดาสามารถดูแลบุตรได้ด้วยตนเอง ปฏิบัติบทบาท การเป็นมารดาหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม ทำให้มารดาเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเอง มีคุณค่า ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเองส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับ ทฤษฎีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของ Beck (2001) ที่ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์ด้านลบในระดับกลางกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัญญุมล สุริยานิมิตรสุข และคณะ (2558) ที่พบว่า มารดาหลังคลอดที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก่อนข้างสูงสามารถรับบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอดได้ดี ทำให้มีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ารายที่มี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hoang

et al. (2016) ที่พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

#### 5. ความเครียดจากการดูแลบุตร

อธิบายได้ว่า มารดาที่ผ่าตัดคลอดถูกเงินส่วนใหญ่บุตรจะมีปัญหาสุขภาพ ในขณะที่มารดามี ความยากลำบากในการดูแลบุตรจากสภาวะการเจ็บปวดแผลหลังคลอด มีปัญหาการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมารดาครรภ์แรกถึงร้อยละ 52.04 ทำให้มีปัญหาในการปรับตัวเพื่อให้เข้ากับบริบทของบุตรแรกเกิดที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมได้บ่อย และการที่บุตรมีสุขภาพที่ไม่แข็งแรงทำให้มารดาต้องคอยดูแลบุตรคิดว่าบุตรจะได้รับอันตราย ทำให้มารดามีอาการนอนไม่หลับ เครียด กังวลนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ สอดคล้องกับทฤษฎีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของ Beck (2001) ที่พบว่า ความเครียดจากการดูแลบุตรเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoang et al. (2016) ที่พบว่า ความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ นภัสนันท์ สุขเกษม และคณะ (2559) ที่พบว่า ความเครียดจากการดูแลบุตรมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และการศึกษาของ รัชฎญมล สุริยานิมิตรสุข และคณะ (2558) ที่พบว่า ความเครียดในการดูแลบุตรมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

#### 6. การสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Saligheh et al., 2014; Sword et al., 2011; นภัสนันท์ สุขเกษม และคณะ, 2559) ส่วนการศึกษาครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Rogers et al. (2013) ที่พบว่า มารดามีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 20 และมีความวิตกกังวลร้อยละ 43 แต่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) เนื่องจากมารดาหลังคลอดส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือในระยะหลังคลอดการที่มารดาหลังคลอดได้รับการเอาใจใส่ ดูแลที่ดีทั้งจากสามีและครอบครัวทำให้มารดาได้รับการตอบสนองด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างเพียงพอ ทำให้ไม่เกิดภาวะเครียด และมีผลให้ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

## ข้อเสนอแนะในการนำเสนอผลวิจัยไปใช้

### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลผดุงครรภ์ และบุคลากรด้านสุขภาพในแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม และหน่วยเด็กสุขภาพดีควรมีการคัดกรอง ประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินทุกราย

1.2 พยาบาลผดุงครรภ์ และบุคลากรด้านสุขภาพในหน่วยงานหลังคลอด ควรจัดโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง และประเมินและสนับสนุนความสามารถในการดูแลบุตรตลอดจนแนวทางในการจัดการความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรให้แก่มารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน โดยเน้นการประเมิน คัดกรองในมารดาที่บุตรต้องนอนรักษาตัวที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต

### 2. ด้านการวิจัย

2.1 งานวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องที่อาจมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน เช่น ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดคลอด ภาวะลี้ภัยหลังผ่าตัดคลอด เป็นต้น

2.2 ควรมีการพัฒนารูปแบบของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง และโปรแกรมการลดความเครียดจากการดูแลบุตรในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน โดยเฉพาะในรายที่มีบุตรต้องเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต เพื่อป้องกันหรือลดการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

## บรรณานุกรม

- กมลรัตน์ วัชรภรณ์, จารุรินทร์ ปิตานุกพงษ์ และนิศานต์ ลำอางศรี. (2546). การประเมินแบบสอบถาม Edinburgh Postnatal Depression Scale ฉบับภาษาไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 11(3), 164-169.
- กัลพร ยงดี และชุติมา หุ่มเรืองวงษ์. (2559). ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *เวชศาสตร์ร่วมสมัย*, 60(5), 562-574.
- กนิรี ชัยสวรรค์, เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และนพพร ว่องสิริมาศ. (2554). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(4), 62-69.
- คชารัตน์ ปรีชล. (2559). ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด: การป้องกันและการดูแล. *วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักรไทย*, 9(2), 24-35.
- จารุรินทร์ ปิตานุกพงษ์ และกมลรัตน์ วัชรภรณ์. (2548). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(4), 249-254.
- จิราภรณ์ ศิริพันธุ์, ปริศนา พานิชกุล, สุธี พานิชกุล และพงศธร เนตราคม. (2548). ความชุกของภาวะผิดปกติของสุขภาพจิตในผู้ป่วย 48 ชั่วโมงหลังคลอดในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 58(3), 203-212.
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2551). สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และพรพรรณ ภูสาหัส. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานของสตรีหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 16(1), 101-108.
- พรรณนันท จุลพูล และชื่นฤทัย ยี่เจียน. (2558). การศึกษาภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด. *วารสารวิทยาลัยพระปกเกล้า จันทบุรี*, 26(1), 64-74.
- ทัศนีย์ ประสบกิตติคุณ, ฟองคำ ดิลกสกุลชัย และนฤมล วิปฺโร. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรของมารดา. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 28(1), 19-27.
- ธรรมนาถ เจริญบุญ. (2554). แบบประเมินและแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย: ข้อควรพิจารณาในการเลือกใช้. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 11(4), 667-676.



- ชัยยมล สุริยานิมิตรสุข, วรณิ เดียวอิสระศ, ไพรัตน์ วงษ์นาม และพีบี วิลเลียม. (2558). รูปแบบเชิงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในระยะ 6 เดือนหลังคลอดและผลต่อบทบาทมารดา. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 9(1), 16-25.
- นันทนา ธนาโนวรรณ, นพพร ว่องศิริมาส, เดช เกตุน้ำ และพวงเพชร เกษรสมุทร. (2555). ผลของตัวแปรส่งผ่านจากความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรส และปัจจัยทางจิตสังคมต่อภาวะซึมเศร้าก่อนคลอดและหลังคลอดในสตรีไทย. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 30(4), 28-36.
- นภัสนันท์ สุขเกษม, รัชณี เรืองพรวิสุทธิ, พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, วีรพันธ์ ศิริฤทธิ์ และพรรณนา วัชรประภาพงษ์. (2559). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 34(1), 47-55.
- นพพรรัช พุ่มมณี และชุตินา หุ่มเรื่องวงษ์. (2558). ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น. *โรงพยาบาลสิรินธร สำนักการแพทย์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 59(2), 195-205.
- พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง การปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดากับอาการวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าภายหลังคลอดในมารดาที่มีบุตรคนแรก. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, นุชนาต สุนทรลัมศิริ, กนกพร จันทราทิตย์, จิราวรรณ ดีเหลือ, จิราภรณ์ นันท์ชัย และพฤกษลดา เจียวคำ. (2558). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรก. *พยาบาลสาร*, 42(3), 37-50.
- รัตติกานต์ รักษาภักดี, แพทย์ไพไลต์ ศรีแสง และสุพรรณิ อึ้งปัญสัตวงศ์. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรบางประการกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาคลอดก่อนกำหนดที่บุตรได้รับการรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 41(1), 1-11.
- โรงพยาบาลบางละมุง. (2560, 24 พฤศจิกายน). *แบบบันทึกรายงานจำนวนผู้คลอด ประจำปี พ.ศ. 2559-2560* โรงพยาบาลบางละมุง.
- โรงพยาบาลระยอง. (2561, 23 มกราคม). *แบบบันทึกรายงานจำนวนผู้คลอด ประจำปี พ.ศ. 2559-2560* โรงพยาบาลระยอง.
- วรรณมา คงสุริยะนาวิณ, เบญจวรรณ คุณรัตนภรณ์ และกิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของหญิงหลังคลอด. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(1), 88-99.
- ศรุตดา ช่อไสว และนงลักษณ์ วรรักษ์ธนานันท์. (2556). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลตาคี จังหวัดนครสวรรค์. *สวรรค์ประชากรศาสตร์*, 10(3), 103-118.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559). การสำรวจสถานการณืเด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559. เข้าถึงได้จาก [https://www.m-society.go.th/ewt\\_news.php?nid=18373](https://www.m-society.go.th/ewt_news.php?nid=18373)
- เอกชัย เพ็ชรพรประภาสม และมาโนช หล่อตระกูล. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างการคลอดและสุขภาพของทารกกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในโรงพยาบาลรามารชิบดี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 54(1). 29-36.
- Affonso, D. D., & Stichler, J. F. (1980). Cesarean birth: Women's reactions. *American Journal of Nursing*, 80(3), 468-470.
- Aguilera, D. C., & Messick, J. M. (1982). *Crisis intervention*. St. Louis: Mosby Press.
- American Psychiatric Association [APA]. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arbabi, M., Taghizadeh, Z., Hantoushzadeh, S., & Haghazarian, E. (2016). Mode of delivery and post-partum depression: A cohort study. *Journal of Women's Health Care*, 5(1), 1-5.
- Aydin, N., Inandi, T., Yigit, A., & Hodoglugil, N. N. S. (2004). Validation of the Turkish version of the edinburgh postnatal depression scale among women within their first postpartum year. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(2), 483-486.
- Beck, C. T. (1995). Screening methods for postpartum depression [Abstract]. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 24(4), 308-312.
- Beck, C. T. (1996). A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nursing Research*, 45(1), 297-303.
- Beck, C. T. (1998). A checklist to identify women risk for developing postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 27(1), 19-26.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, 50(5), 275-285.
- Beck, C. T. (2002). Revision of the postpartum depression predictors inventory. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 31(4), 394-402.
- Beck, C. T., & Driscoll, J. W. (2006). *Postpartum mood and anxiety disorders: A clinician's guide*. Michigan: Jones and Bartlett.

- Beck, C. T., & Gable, R. K. (2001). Comparative analysis of the performance of the postpartum depression screening scale with two other depression instruments [Abstract]. *Nursing Research, 50*(4), 242-250.
- Benzouina, S., Boubkraouil, M. E., Mrabet, M., Chahid, N., Kharbach, A., El-hassani, A., & Barkat, A. (2016). Fetal outcome in emergency versus elective cesarean section at Souissi Maternity Hospital, Rabat, Morocco. *The Pan Africa Medical Journal, 23*(197), 1-9.
- Berle, J. O., Aarre, T. F., Myketun, A., Dahl, A. A., & Holsten, F. (2003). Screening for postnatal depression: validation of the Norwegian version of the Edinburgh postnatal depression scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *Journal of Affective Disorders, 76*(1), 151-156.
- Betran, A. P., Ye, J., Moller, A., Zhang, J., Gulmezoglu, A. M., & Yorlani, M. R. (2016). The increasing trend in cesarean section rate: Global, regional and national estimates: 1990-2014. *Plos One, 11*(2), 1-12.
- Boyce, P., & Todd, A. L. (1992). Increased risk of postnatal depression after emergency caesarean section. *The Medical Journal of Australia, 157*(1), 172-174.
- Boyd, R. C., Lee, H. N., & Somberg, R. (2005). Review of screening instruments for postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health, 8*(1), 141-153.
- Campbell, C. (2011). Elective cesarean delivery trends, evidence and implications for women, newborns and nurses. *Nursing for Women's Health, 15*(4), 309-319.
- Carter, J. D., Mulder, R. T., Bartram, A. F., & Darlow, B. A. (2005). Infant in a neonatal intensive care unit: Parental response. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition, 1*(90), 109-113.
- Cherry, A. S., Blucker, R. A., Thronberry, T. S., Hetherington, C., McCaffee, M. A., & Gillaspay, S. R. (2016). Postpartum depression screening in the neonatal intensive care unit: Program development, implementation, and lessons learned. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 1*(9), 59-67.
- Chittithavorn, S., Pinjaroen, S., Suwanrath, C., & Soonthornpun, K. (2006). Clinical practice guideline for cesarean section due to cephalopelvic disproportion. *Journal of the Medical Association of Thailand, 86*(6), 735-740.

- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 11(1), 155-159.
- Couto, T. C., Brancaglioni, M. Y. M., Alivim-Soares, A., Moreire, L., Garcia, F. D., Nicolato, R., Aguiar, R. A L. P., Leite, V., & Corrêa, H. (2015). Postpartum depression: A systematic review of the genetics involved. *World Journal Psychiatry*, 5(1), 103-111.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. development of the 10-item edinburgh postnatal depression scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(2), 782-786.
- Cutrona, C. E. (1983). Causal attributions and perinatal depression [Abstract]. *Journal of Abnormal Psychology*, 92(2), 161-172.
- Daniel, S., Viswanathan, M., Simi, B. N., & Nazeema, A. (2014). Comparison of fetal outcome of emergency and elective cesarean section in an teaching hospital in Kerala. *Academic Medical Journal of India*, 2(1), 32-36.
- Davis, L., Edward, H., Mohay, H., & Wollin, J. (2003). The impact of very preterm birth on the psychological health of mother. *Early Human Development*, 73(1), 61-70.
- De Magistris, A., Coni, E., Puddu, M., Zonza, M., & Fanos, V. (2010). Screening of postpartum depression: comparison between mothers in the neonatal intensive care unit and in the neonatal section. *Journal Maternal Fetal Neonatal Medicine*, 23Supement(1), 101-103.
- El-Hachem, C., Rohayem, J., Khalil, R. B., Richa, S., Kesrouani, A., Germayel, R., Aouad, N., Hatab, H., Zaccak, E., Yaghi, N., Salameh, S., & Attieh, E. (2014). Early identification of women at risk of postpartum depression using the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of Lebanese women. *BioMed Central psychiatry*, 14(242), 1-9.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G\*3.1: Test for correlation and regression analysis. *Behavioral Research Methods*, 41(4), 1149-1160.
- Garcia-Esteve, L., Ascaso, C., Ojuel, J., & Navarro, P. (2003). Validation of the edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in Spanish mother. *Journal of Affective Disorder*, 75(1), 71-76.

- Goker, A., Yanikkerem, E., Demet, M. M., Dikayak, S., Yildirim, Y., & Koyuncu, F. M. (2012). Postpartum depression: Is mode of delivery a risk factor?. *ISRN Obstetrics and Gynecology*, 1(1), 1-6.
- Goyal, D., Gay, C., & Lee, K. A. (2010). How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first time mothers?. *Women's Health Issues*, 20(2), 96-104.
- Hall, L. A., Kotch, J. B., Browne, D., & Rayens, M. K. (1996). Self-esteem as a mediator of the effects of stressors and social resources on depressive symptoms on postpartum mothers. *Nursing Research*, 45(4), 231-238.
- Hanlay, J., & Long, B. (2006). A study of Welsh mothers' experiences of postnatal depression. *Midwifery*, 22(2), 147-157.
- Hendrick, V., Alshuler, L. L., & Suri, R. (1998). Hormonal changes in the postpartum and implication for postpartum depression. *Psychosomatics*, 39(2), 93-101.
- Hoang, O. T., Deoisres, W., & Suppaseemanont, W. (2016). Factors predicting postpartum depression among women in Hai Phong city, Vietnam. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 32(1), 92-104.
- Huang, Y. C., & Mathers, N. J. (2006). A comparison of sexual satisfaction and postnatal depression in the UK and Taiwan. *International Nursing Review*, 53(3), 197-204.
- Karlstrom, A., Engstrom-Olofss, R., Norbergh, K., Sjoling, A., & Hildingsson. (2007). Postoperative pain after cesarean birth effect breastfeeding and infant care. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 36(5), 430-440.
- Klainin, P., & Arthur, D. G. (2009). Postpartum depression in Asian cultures: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45(10), 1355-1373.
- Kuo, S-Y., Chen, S-R., & Tzeng, Y-L. (2014). Depression and anxiety trajectories among women who undergo an elective cesarean section. *Plos One*, 9(1), 1-8.
- Lanes, A., Kuk, J. L., & Tamim, H. (2011). Prevalence and characteristic of postpartum depression symptomatology among Canadian women: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11(302), 1-9.

- Lee, S. N., Long, A., & Boore, J. (2009). Taiwanese women's experiences of becoming a mother to a very-low-birth-weight preterm infant: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(3), 326-336.
- Leifer, G. (2015). *Introduction to maternity and pediatric nursing* (7<sup>th</sup> ed.). California: Elsevier.
- Leung, S. S. K., Martinson, I. M., & Arthur, D. (2005). Postpartum depression and related psychosocial variables in Hong Kong Chinese women: Findings from a prospective study [Abstract]. *Research in Nursing & Health*, 28(1), 27-38.
- Lindahl, V., Pearson, J. L., & Colpe, L. (2005). Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 8(2), 77-87.
- Logsdon, M. C., McBride, A. B., & Birkimer, J. (1994). Social support and postpartum depression. *Research in Nursing & Health*, 17(6), 449-457.
- Mahishale, A. V., & Bhatt, J. A. (2017). Comparison of level of depression among mothers with lower segment cesarean section and vaginal delivery: A cross-sectional study. *Journal of the Scientific Society*, 44(1), 15-19.
- Manshoori, A., Bidaki, R., & Esmailzadeh, H. (2017). Frequency of postpartum depression and its related factors in women referred to health centers in Rafsanjan, Iran, in 2015. *Journal of Occupational Health and Epidemiology*, 6(1), 17-24.
- Mathisen, S. E., Glavin, K., Lien, L., & Lagerlov, P. (2013). Prevalence and risk factors for postpartum depression symptoms in Argentina: A cross-sectional study. *International Journal of Women's Health*, 1(5), 787-793.
- Menacker, F., & Hamilton, B. E. (2010). Recent trends in cesarean delivery in the United States. *National Center for Health Statistics Data Brief*, 35(1), 1-8.
- Mercer, R. T. (2006). The process of maternal role attainment over the first year. *Nursing Research*, 34(1), 198-204.
- Miller, L. J. (2002). Postpartum depression. *Journal of the American Medical Association*, 28(6), 762-765.
- Miyake, Y., Tanaka, K., Sasaki, S., & Hirota, Y. (2011). Employment, income, and education and risk of postpartum depression: The Osaka maternal and child health study. *Journal of Affective Disorder*, 130(2), 133-137.

- Muraca, G. M., & Joseph. K. S. (2014). The association between maternal age and depression. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 39*(9), 803-810.
- Mylonas, L., & Friese, K. (2015). Indications for and risks of elective cesarean section. *Deutsches Ärzteblatt International, 112*(1), 489-495.
- Niemi, M. E., Faikenberg, T., Nguyen, M. T. T., Nguyen, M. T. N., Patel, V., & Faxelid, E. (2010). The social contexts of depression during motherhood: A study of explanatory models in Vietnam. *Journal of Affective Disorders, 124*(1-2), 29-37.
- Nilchaikovit, T., Lotrakul, M., & Phisansuthideth, U. (1996). Development of thai version of hospital anxiety and depression scale in cancer patients. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand, 41*(1), 18-30.
- Nilmanut, S., Kuptniratsaikul, V., Pekumon, P., & Tosayanonda, O. (1997). The study of the center for epidemiologic studies-depression scale (CES-D) in Thai people in Siraraj hospital. *Journal of Thai Rehabilitation Medicine, 6*(3), 25-30.
- Nystedt, A., Hogberg, U., & Lundman, B. (2008). Women's experiences of becoming a mother after prolonged labour. *Journal of Advanced Nursing, 63*(3), 250-258.
- Obeidat, H. M., Bond, E. A., & Callister, L. C. (2009). The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *The Journal of Perinatal Education, 18*(3), 23-29.
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry, 16*(6), 921-932.
- Porter, M., Teijlingen, E. V., Yip, L. C. Y., & Bhattacharya, S. (2007). Satisfaction with cesarean section: Qualitative analysis of open-ended questions in a large postal survey. *Birth, 34*(2), 148-154.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale a self -report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*(3), 385-401.
- Reenen, S. L., & Rensburg, E. (2013). The influence of an unplanned cesarean section on initial mother-infant bonding: Mothers' subjective experiences. *Journal of Psychology in Africa, 23*(2), 269-274.

- Renuka, P., & Suguna, V. (2017). A comparative study of maternal and foetal outcomes in patients undergoing elective or emergency caesarean section. *Journal of Medicine Science and Clinical Research*, 4(12), 15059-15069.
- Rogers, C. E., Kidokoro, H., Wallendorf, M., & Inder, T. E. (2013). Identifying mothers of very preterm infants at-risk for postpartum depression and anxiety before discharge. *Journal of Perinatology Perinatol*, 33(3), 171-176.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, New Jersey: Princeton University.
- Ryding, E. L., Wijma, K., & Wijma, B. (1998). Psychological impact of emergency cesarean section in comparison with elective cesarean section, instrumental and normal vaginal delivery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 19(1), 135-144.
- Saligheh, M., Rooney, R. M., McNamara, B., & Kane, R. (2014). The relationship between postnatal depression, sociodemographic factors, levels of partner support, and levels of physical activity. *Frontiers in Psychology*, 5(597), 1-8.
- Sato, Y., Kato, T., & Kakee, N. (2008). A Six-month follow-up of maternal anxiety and depressive symptoms among Japanese. *Journal of Epidemiology*, 18(2), 84-87.
- Seimyr, L., Welles-Nystrom, B., & Nissen, E. (2013). A history of mental health problems may predict maternal distress in women postnatal. *Midwifery*, 29(2), 122-131.
- Shourie, S. (2016). *Types and indications of cesarean sections*. Retrieved from <http://www.medindia.net/surgicalprocedures/caesarean-section-types-and-indications.htm>
- Shumaker, S. A., & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40(4), 11-36.
- Sichudu, P., Siziya, S., & Kumoyo, M. (2017). Rate, indications and outcome of emergency caesarean section-A retrospective study at Ndola teaching hospital, Ndola, Zambia. *Asian Pacific Journal of Health Sciences*, 4(2), 162-167.
- Suwal, A., Shrivastava, V. R., & Giri, A. (2013). Maternal and fetal outcome in elective versus emergency cesarean section. *Journal of the Nepal Medical Association*, 52(192), 563-566.



- Sword, W., Landy, C. K., Thabane, L., Watt, S., Krueger, P., Farine, D., & Foster, G. (2011). Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: A prospective cohort study. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *1*(1), 966-977.
- Thakur, V., Chiherya, H., Thakur, A., & Moueya, S. (2015). Study of maternal and outcome in elective and emergency caesarean section. *International Journal of Medical Research and Review*, *3*(11), 1300-1305.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2015). *Cesarean Birth (C-section)*. Retrieved from <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Cesarean-Birth-C-Section>
- Thurgood, S., Avery, D. M., & Williamson, L. (2009). Postpartum depression. *American Journal of Clinical Medicine*, *6*(2), 17-22.
- Vittayanont, A., Liabsuetrakul, T., & Pitanupong, J. (2006). Development of postpartum depression screening scale (PDSS): A Thai version for screening postpartum depression. *Journal Medical Association of Thailand*, *89*(1), 1-7.
- World Health Organization [WHO]. (2015). *WHO statement on caesarean section rates*. Retrieved from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO\\_RHR\\_15.02\\_eng.pdf?](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?)
- Xie, R., Lei, J., Wang, S., Xie, H., Walker, M., & Wen, S. W. (2011). Cesarean section and postpartum depression in a cohort of Chinese women with a high cesarean delivery rate. *Journal of Women's Health*, *20*(12), 1881-1886.
- Yang, S-N., Shen, L-J., Ping, T., Wang, Y-C., & Chien, C-W. (2011). The delivery mode and seasonal variation are associated with the development of postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, *132*(1), 158-164.
- Yeo, J. H. (2006). Postpartum depression and its predictors at six months postpartum. *Korean Journal Women Health Nursing*, *12*(4), 355-362.
- Yokote, N. (2008). Women's experiences of labor, surgery and first postnatal week by an emergency cesarean section. *Journal of Japan Academy of Midwifery*, *22*(1), 37-47.
- Yurdakul, Z., Akman, I., Kuscu, M. K., Karabekiroglu, A., Yaylali, G., Demir, F., & Ozek, E. (2009). Maternal psychological problems associated with neonatal intensive care admission. *International Journal of Pediatrics*, *1*(1), 1-7.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรม



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

Predictors of Postpartum Depression among Women with Emergency Cesarean Section

ชื่อนิสิต นางกฤษมล แสนบุญมา

รหัสประจำตัวนิสิต 59910021

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคปกติ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 08 - 01 - 2561

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ มารดาหลังคลอดที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน โดยบุตรมีชีวิตที่มารับบริการตรวจสุขภาพ หลังคลอดบุตรหรือพาบุตรมารับบริการที่หน่วยเด็กสุขภาพดี จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 98 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลระยอง และแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม และหน่วยเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลบางละมุง

2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 14 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วาชรินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

AF 05-09

OA No. RYH 014/2561

RYH REC No.E014/2561



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระยอง

กระทรวงสาธารณสุข

ที่อยู่ 138 ถ.สุขุมวิท ต.ท่าประดู่ อ.เมือง จ.ระยอง โทร. 0-3861-1104 ต่อ 2240

เอกสารรับรองโครงการวิจัยแบบเร็ว

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระยอง ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

เลขที่โครงการวิจัย : RYH REC No.E014/2561

ผู้วิจัยหลัก : นางกุสุมล แสนบุญมา

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

วิธีทบทวน : แบบเร็ว (Expedited review)

รายงาน : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือ ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หาก

ความก้าวหน้า ดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง : สรุปร่างโครงการวิจัย  
แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

ลงนาม ..... ลงนาม .....

( นายสมบูรณ์ มะลิขาว )

ประธาน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

รับรอง  
Approved

(นางสิชล เจียมอนุกุลกิจ)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 20 เมษายน 2561

วันหมดอายุ : 31 สิงหาคม 2561

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ข  
สำเนาหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล

ที่ ศธ ๖๒๐๖/๐๔๑๒



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และเพื่อดำเนินการวิจัย  
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางละมุง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางกุสุมล แสนบุญมา นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะ  
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า  
หลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุษา เชื้อหอม ประธานกรรมการ  
ควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูล  
จากกลุ่มตัวอย่างคือ มารดาหลังคลอดที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน โดยบุตรมีชีวิตที่มารับบริการตรวจสุขภาพหลัง  
คลอดบุตรหรือพาบุตรมารับบริการที่หน่วยเด็กสุขภาพดี ณ งานบริการฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โดยแบ่งดังนี้

๑. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน ๓๐ ราย ระหว่างวันที่ ๑ มีนาคม - ๑๙  
เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๑

๒. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย จำนวน ๓๕ ราย ระหว่างวันที่ ๒๕ เมษายน - ๓๐ มิถุนายน  
พ.ศ. ๒๕๖๑

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) กลุ่มงานบริการการศึกษาและวิเทศสัมพันธ์  
โทรศัพท์ (๐๓๘) ๑๐๒๘๓๖, ๑๐๒๘๐๘  
โทรสาร (๐๓๘) ๓๙๓๔๗๖  
ผู้วิจัยโทร ๐๙-๗๑๕๙-๙๗๗๘

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๐๔๗๗



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๐๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยอง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางกุสมล แสนบุญมา นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซีมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุษา เชื้อหอม ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ มารดาหลังคลอดที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน โดยบุตรมีชีวิตที่มารับบริการตรวจสุขภาพหลังคลอดบุตรหรือพาบุตรมารับบริการที่หน่วยเด็กสุขภาพดี จำนวน ๖๓ ราย ระหว่างวันที่ ๒๕ เมษายน - ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ณ แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลระยอง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา



ภาคผนวก ค

สำเนาหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย



## บันทึกข้อความ

รองศาสตราจารย์/ผอ.สศท  
- ศศท.บ.บ.

ส่วนงาน มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) โทร.๒๘๖๔-๗๗๖๓  
ที่ ศธ ๖๒๐๖.๐๑/  
เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

วันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ด้วย นางกุสมล แสนบุญมา รหัสประจำตัว ๕๙๙๑๐๐๒๑ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน" มีความประสงค์ขออนุญาต ใช้เครื่องมือการวิจัย เพื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ คือ แบบประเมินความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคู่มือการวิจัย "รูปแบบเชิงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในระยะ ๖ เดือนหลังคลอดและผลต่อบทบาทมารดา" ของ คุณธัญญมล สุรียนิมิตรสขุ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล (หลักสูตรนานาชาติ) ปี พ.ศ.๒๕๕๘ โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียวอัครเศ เป็น อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียวอัครเศ)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

เรียน คณบดี

ด้วย นางกุสมล แสนบุญมา นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย เพื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ฯ โดยใช้ของ คุณธัญญมล สุรียนิมิตรสขุ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล(หลักสูตรนานาชาติ) ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยมี รศ.ดร.วรรณิ เตียวอัครเศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก จึงเรียนมาเพื่อ

๑. โปรดทราบและพิจารณาอนุญาต
๒. เห็นควรสำเนาแจ้งรองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา งานฝ่ายบัณฑิตศึกษาทราบเพื่อดำเนินการส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป
๓. สำเนาแจ้ง รศ.ดร.วรรณิ เตียวอัครเศ และแจ้ง นางลฤณี ชมศรี ทราบ

ศศท./อำนวยการสศท.บ.

๘ ก.พ. ๒๑



## บันทึกข้อความ

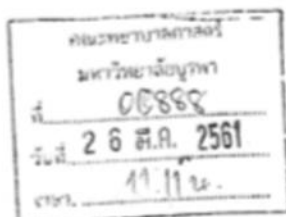
ส่วนงาน มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) โทร. ๒๘๓๖  
 ที่ ศธ ๖๒๐๖/๔๓๖ วันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๑  
 เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

ตามหนังสือที่ ศธ ๖๒๐๖.๐๑/- ลงวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๑ ท่านได้ขออนุญาตให้ นางกุสมล แสนบุญมา นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย คือ แบบประเมินความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย เรื่อง “รูปแบบเชิงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในระยะ ๖ เดือนหลังคลอดและผลต่อบทบาทมารดา” ของ คุณธัญญมล สุรียนิมิตรสุข หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (หลักสูตรนานาชาติ) มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. ๒๕๕๘ เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ตามความทราบแล้วนั้น คณะฯ พิจารณาแล้ว อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้อ้างอิงผู้จัดทำเครื่องมือตามกฎหมายลิขสิทธิ์ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
 คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



- ๕๐๐ คนที่ไป/ฝึกสอน / ๕๐๐ คนที่ไป/ฝึกสอน  
 - มี ๕๐ คน ๕๐ คน ๕๐ คน ๕๐ คน (๕๐๐ คน ๕๐๐ คน)  
 - ๕๐ คนที่ไป (๕๐๐ คน ๕๐๐ คน)  
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
 หลักสูตรบัณฑิตศึกษา  
 ๒ ถนนวิ้งหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย  
 กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐  
 โทร ๐๒-๔๔๑-๕๓๓๓ ต่อ ๒๕๔๒ - ๓  
 โทรสาร ๐๒-๔๔๑-๕๓๔๗

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๕/๐๐๖๕๑

วันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๑

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ตามหนังสือที่ ศธ ๖๒๐๖/๐๒๔๗ ลงวันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยตามรายละเอียดดังแจ้งแล้วนั้น คณะฯ ได้พิจารณาแล้วยินยอมอนุญาตให้ นางกุสมล แสนบุญมา ใช้เครื่องมือวิจัยของนางพรทิพย์ วงศ์เกษศิริกุล ทั้งนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้แนบแบบฟอร์มหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ไปใช้ประโยชน์และแบบฟอร์ม พย.ม.๐๑๔ มาด้วย เพื่อให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์มดังกล่าว ส่งคืนไปยังสำนักงานหลักสูตรบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโปรดดำเนินการชำระค่าบริการขอใช้เครื่องมือวิจัย จำนวน ๒๐๐.๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ชุด ด้วยตนเองหรือ โดยโอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาศิริราช ชื่อบัญชี "หลักสูตรบัณฑิตศึกษา" เลขที่บัญชี ๐๑๖-๒๔๔๕๒๔-๕ ประเภทออมทรัพย์ และแนบสำเนาหลักฐานการโอนเงินส่งมายัง E-mail [saowanee.mah@mahidol.ac.th](mailto:saowanee.mah@mahidol.ac.th) เอกสารฉบับจริงส่งมายัง

หลักสูตรบัณฑิตศึกษา (เพื่อการขอใช้เครื่องมือวิจัย)  
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
 ๒ ถนนวิ้งหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย  
 กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จะขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

หมายเหตุ ผู้ที่มาติดต่อเรื่องเครื่องมือวิจัยที่หลักสูตรบัณฑิตศึกษา ศาลาฯ ชั้น ๕ ให้ติดต่อตั้งแต่ เวลา ๐๘.๓๐-๑๔.๓๐ น

ที่ ศร 0521.1.0604/ 023



ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110  
 - อ. นพ. วัฒนวิทย์ นพ. วัฒนวิทย์  
 - นพ. นพ. วัฒนวิทย์

วันที่ 27 มีนาคม 2561 - อ. นพ. วัฒนวิทย์

- นพ. นพ. วัฒนวิทย์

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร. นุจรี ไชยมงคล คณะแพทยศาสตร์

อ้างถึง หนังสือที่ ศร ๖๒๐๖/๐๒๕๘ ลงวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

ตามหนังสือที่อ้างถึง มหาวิทยาลัยบูรพา คณะแพทยศาสตร์ ได้ขอความอนุเคราะห์ขอใช้ แบบสอบถาม  
 ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ฉบับภาษาไทย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง การประเมินแบบสอบถาม Edinburgh  
 Postnatal Depression Scale (EPDS) ฉบับภาษาไทย เพื่อใช้ในการทำวิจัยเรื่อง ได้แก่

1. บัญชีที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ของ นางกุสมล  
 แสนบุญมา
2. ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอด  
 ครรภ์แรก ของ นางสาวพิชญ์ชนมญัฐดา กาญจนवास

ในการนี้ดิฉันได้พิจารณาแล้ว ยินดีอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ เพื่อดำเนินการวิจัยดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ  
 ไฟล์เครื่องมือมาด้วยแล้ว และขอขอบพระคุณที่ให้ความสนใจในงานวิจัยดังกล่าวมา ณ ที่นี้ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

อ. นพ. วัฒนวิทย์

(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงจรรินทร์ ปีตานพวงศ์)

หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

โทรศัพท์ 074-451351-2

ภาคผนวก ง  
เครื่องมือการเก็บข้อมูลวิจัย

## แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

### คำชี้แจง

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ได้แก่ อายุของมารดา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาของบุตรที่ต้องเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร และการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน คือ

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
- 3) แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
- 4) แบบประเมินความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร
- 5) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

โปรดตอบคำถามทุกข้อคำถามตามความเป็นจริง เพราะคำตอบที่เป็นจริงและสมบูรณ์เท่านั้นจะช่วยให้การวิจัยในครั้งนี้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่

แบบสอบถามฉบับนี้ใช้สำหรับการศึกษาวิจัยเท่านั้น คำตอบของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และรายงานผลในภาพรวม เพื่อส่งเสริมการดูแลมารดาหลังคลอดที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินแบบเดียวกับท่าน

นางกุสุมล แสนบุญมา

นักศึกษาปริญญาโทหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

## แบบสอบถาม

รหัสลำดับผู้ตอบ.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดกรุณาตอบคำถาม ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์.....จำนวนครั้งของการคลอด.....  
จำนวนครั้งของการแท้ง.....จำนวนบุตรที่มีชีวิต.....  
อายุครรภ์ที่คลอดครั้งนี้.....สัปดาห์
2. ความตั้งใจในการเลือกวิธีการคลอด  
 ตั้งใจคลอดเองทางช่องคลอด  คลอดเองหรือผ่าตัดคลอดก็ได้
3. อายุ.....ปี
4. อาชีพ  
 รับจ้างทั่วไป  ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว  
 เกษตรกร  พนักงานวิสาหกิจ  
 ข้าราชการ  ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ แม่บ้าน  
 นักเรียน/ นักศึกษา  อื่น ๆ ระบุ.....
5. รายได้ต่อครอบครัว .....บาทต่อเดือน
6. ระดับการศึกษา  
 ไม่ได้เรียนหนังสือ  ประถมศึกษา  
 มัธยมศึกษาตอนต้น  มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.  
 ประกาศนียบัตร/ อนุปริญญา/ ปวส.  ปริญญาตรี  
 สูงกว่าปริญญาตรี
7. สถานภาพสมรสของท่านในปัจจุบัน  
 แต่งงาน  อยู่ด้วยกันแต่ไม่ได้แต่ง  
 แยกกันอยู่
8. เหตุผลของการมารับบริการ  
 มาตรวจหลังคลอด  พบบุตรมารับวัคซีน



9. ในช่วงหลังคลอด ท่านมีผู้คอยช่วยเหลือหรือไม่

ไม่มี

มี ระบุ  พ่อแม่ตนเอง  พ่อแม่สามี  สามี  พี่น้อง  เพื่อน

10. ภาวะแทรกซ้อน/ อาการคงอยู่ของแม่ภายหลังคลอด

ไม่มี

มี ระบุ .....

11. ภายหลังคลอด บุตรของท่านเข้ารับการรักษาวัดที่ตึกเด็กป่วย

ไม่ใช่

ใช่ เข้ารับการรักษ จำนวน.....วัน

**ส่วนที่ 2** แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (The Edinburgh Postnatal Depression Scale)  
**คำชี้แจง** เนื่องจากท่านเพิ่งคลอดบุตรเมื่อไม่นานมานี้ อยากทราบว่าความรู้สึกอย่างไร โปรดทำ  
 เครื่องหมาย / หน้าคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด ใน 7 วันที่ผ่านมา โดยไม่ใช่  
 ความรู้สึกในวันนี้

ตัวอย่าง ฉันรู้สึกมีความสุข

- ( ) 1. ตลอดเวลา  
 (/) 2. เป็นส่วนใหญ่  
 ( ) 3. ไม่บ่อยนัก  
 ( ) 4. ไม่มีเลย

หมายถึง “ฉันรู้สึกมีความสุขเป็นส่วนใหญ่ในช่วงระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา” กรุณาตอบ  
 คำถามให้ครบถ้วนในวิธีเดียวกันในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา

1. ฉันสามารถหัวเราะและมองสิ่งต่าง ๆ รอบตัวที่เกิดขึ้นอย่างสนุกสนาน

- ( ) 0. มากเท่า ๆ กับที่เคยเป็น  
 ( ) 1. ค่อนข้างน้อยกว่าสิ่งที่เคยเป็น  
 ( ) 2. น้อยลงมากอย่างเห็นได้ชัด  
 ( ) 3. ไม่มีเลย

2. ฉันรอคอยสิ่งที่เกิดขึ้นมาข้างหน้าอย่างมีความสุข

- ( ) 0. มากเท่า ๆ กับที่เคยเป็น  
 ( ) 1. ค่อนข้างน้อยกว่าสิ่งที่เคยเป็น  
 ( ) 2. น้อยลงมากอย่างเห็นได้ชัด  
 ( ) 3. ไม่มีเลย

3. ....

- ( ) 0. ....  
 ( ) 1. ....  
 ( ) 2. ....  
 ( ) 3. ....

4. ฉันรู้สึกกระวนกระวายอย่างไรไม่มีเหตุผลที่ดีเพียงพอ
- ( ) 0. ไม่มีเลย
  - ( ) 1. เกือบไม่มีเลย
  - ( ) 2. มีบางเวลา
  - ( ) 3. มีบ่อยมาก
5. ฉันรู้สึกกลัวหรือตื่นตระหนกโดยไม่มีเหตุผลเพียงพออย่างมาก
- ( ) 0. ไม่เคยเลย
  - ( ) 1. มีบ่อยมาก
  - ( ) 2. บางเวลา
  - ( ) 3. รู้สึกมากจริงๆ
6. ....
- ( ) 0. ....
  - ( ) 1. ....
  - ( ) 2. ....
  - ( ) 3. ....
7. ฉันรู้สึกไม่มีความสุขจนทำให้อนอนหลับได้ยาก
- ( ) 0. ไม่เคยเลย
  - ( ) 1. มีบ่อยนัก
  - ( ) 2. บางเวลา
  - ( ) 3. เกือบตลอดเวลา
8. ฉันรู้สึกเศร้าหรือทุกข์ระทม
- ( ) 0. ไม่เคยเลย
  - ( ) 1. มีบ่อยนัก
  - ( ) 2. ก่อนข้างบ่อย
  - ( ) 3. เกือบตลอดเวลา
9. ....
- ( ) 0. ....
  - ( ) 1. ....
  - ( ) 2. ....
  - ( ) 3. ....

10. ฉันมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย

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

### ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

**คำชี้แจง:** แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของท่านในระยะหลังคลอด โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย / ที่ตรงกับความรู้สึกท่านมากที่สุด คำตอบที่ได้จะไม่ผิดหรือถูก

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4)	เห็นด้วย (3)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)
1. ฉันรู้สึกว่าคุณค่าเท่าเทียมกับคนอื่น ๆ				
2. ฉันรู้สึกว่าตัวฉันยังมีสิ่งที่ดีอยู่หลายประการ				
3. ....				
4. ....				
5. ....				
6. ....				
7. ....				
8. ....				
9. หลายครั้งที่ฉันรู้สึกว่าป็นคนไร้ประโยชน์				
10. หลายครั้งที่ฉันรู้สึกว่าไม่มีอะไรดีในตัวฉันเลย				

#### ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร

**คำชี้แจง** กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อต่อไปนี้ ซึ่งแสดงถึงเหตุการณ์/ ประสบการณ์ที่คุณพบ มีประสบการณ์หรือเกิดขึ้นตั้งแต่คุณเดินทางไปที่โรงพยาบาลเพื่อคลอดบุตรของคุณ และโดยทำเครื่องหมาย / ตรงช่องที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ขอให้ท่านตอบทุกข้อ

เหตุการณ์/ ประสบการณ์	ความรู้สึกไม่เป็นที่พอใจหรือ ผิดหวังต่อประสบการณ์นั้น				
	ไม่ เลย (1)	เล็ก น้อย (2)	ปาน กลาง (3)	มาก (4)	มาก ที่สุด (5)
1. การคลอดบุตรไม่เป็นไปตามที่ท่านคาดหวัง					
2. ท่านขัดแย้งกับครอบครัวในการเลี้ยงดูบุตร					
3. ....					
4. ....					
5. ....					
6. ....					
7. ....					
8. ท่านไม่สามารถทำให้หรือมีความลำบากในการทำให้ ลูกหยุดร้องให้ได้					
9. ท่านไม่รู้สึกล่วงหน้าในการดูแลบุตร					
10. ....					
11. ....					
12. ....					
13. ....					
14. ....					
15. ท่านพลาดกิจกรรมหรืองานที่เคยทำมาก่อน					
16. ท่านประสบกับเหตุการณ์หรือเรื่องหรือเหตุการณ์ที่ ก่อให้เกิดความเครียดอื่นที่เกิดขึ้นตั้งแต่คลอดบุตร					

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ในระยะหลังคลอดที่ผ่านมาท่านได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่ โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ท่านพิจารณาแล้วเห็นว่าเป็นความจริงกับท่านมากที่สุด คำตอบที่ได้จะไม่ผิดหรือถูก

ข้อความ	ไม่ เลย (1)	เล็กน้อย (2)	ปาน กลาง (3)	มาก (4)	มาก ที่สุด (5)
1. ท่านได้รับความช่วยเหลือเรื่องการจัดหาอาหารสำหรับครอบครัวในระหว่างที่ท่านต้องเลี้ยงลูก					
2. ท่านได้รับคำชมเชยจากคนรอบข้างว่าท่านมีความสามารถมากกว่าเป็นแม่คนท่านนั้น					
3. ....					
4. ....					
5. ....					
6. ....					
7. ....					
8. ....					
9. ท่านมีคนช่วยเลี้ยงลูกให้เมื่อท่านต้องการออกไปธุระจำเป็นนอกบ้านและไปเยี่ยมเพื่อนฝูง					
10. ท่านมีคนคอยช่วยทำงานบ้านให้ทุกอย่างราวกับท่านเป็นคนพิเศษคนเดียว					
11. ....					
12. ....					
13. ....					
14. ....					
15. ....					
16. ....					
17. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์กับสามีดั้งเดิมและการคุมกำเนิดภายหลังคลอด					

ข้อความ	ไม่ เลย (1)	เล็ก น้อย (2)	ปาน กลาง (3)	มาก (4)	มาก ที่สุด (5)
18. ท่านมีโอกาสได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับ คนที่ เป็นแม่ ถึงการปรับตัวในการเป็นแม่ว่าควรทำ อย่างไรบ้าง					
19. ....					
20. ....					
21. ....					
22. ....					
23. ....					
24. ....					
25. ท่านมีคนคอยให้คำปรึกษาเมื่อท่านมีเรื่องกุ่มใจ และวิตกกังวลในระยะหลังคลอด					
26. ท่านได้รับคำแนะนำถึงวิธีการแก้ไขปัญหาที่ทำให้ ท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ					
27. ....					
28. ....					
29. ....					
30. ....					
31. ....					
32. ....					
33. ท่านได้รับการแสดงความรักความห่วงใยจากสามี ในระยะหลังคลอดเป็นอย่างดี					
34. ท่านได้รับคำชมจากคนอื่น ๆ ว่าท่านเป็นแม่ที่มี ความรับผิดชอบและมีความสามารถในการเลี้ยงลูก					



ภาคผนวก จ  
เอกสารชี้แจงการเข้าร่วมวิจัย



## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับกลุ่มตัวอย่าง)

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

รหัสจริยธรรมการวิจัย 08-01-2561

ชื่อผู้วิจัย นางกุศมล แสสนบุญมา

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับการศึกษาในครั้งนี้ คือ ท่านเป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน บุตรมีชีวิต ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต เลี้ยงบุตรเอง อยู่กับสามี สื่อสารภาษาไทยได้ มารับบริการตรวจหลังคลอด หรือพานุเคราะห์ตรวจร่างกายหรือพานุเคราะห์รับวัคซีน ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้อยู่ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง แบบสอบถาม 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีข้อคำถาม 10 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มีข้อคำถาม 10 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเอง มีข้อคำถาม 10 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรมีข้อคำถาม 16 ข้อ และส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม มีข้อคำถาม 34 ข้อ ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 15-20 นาที

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้อาจจะไม่ได้เป็นประโยชน์กับท่านโดยตรง แต่ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในพัฒนาแนวทางในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาท่านนั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัยและการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางกุศล แสนบุญมา ผู้วิจัย หมายเลขโทรศัพท์ 097-1599978 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิเดียววิเศษ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 082-933-3483

มา

นาง กุศล แสนบุญ  
ผู้วิจัย

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



## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง)

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

รหัสจริยธรรมการวิจัย 08-01-2561

ชื่อผู้วิจัย นางกุสมล แสสนบุญมา

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

บุคคลในปกครองของท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากบุคคลในปกครองของท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับการศึกษาในครั้งนี้ คือบุคคลในปกครองของท่านเป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน บุตรมีชีวิต ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต เลี้ยงดูบุตรเอง อยู่กับสามี สื่อสารภาษาไทยได้ มารับบริการตรวจหลังคลอด หรือพาบุตรมาตรวจร่างกายหรือพาบุตรมารับวัคซีน ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้อยู่ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561

เมื่อบุคคลในปกครองของท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่บุคคลในปกครองของท่านจะต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วยตัวของบุคคลในปกครองของท่านเอง แบบสอบถาม 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีข้อคำถาม 10 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มีข้อคำถาม 10 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีข้อคำถาม 10 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรมีข้อคำถาม 16 ข้อ และส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม มีข้อคำถาม 34 ข้อ ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 15-20 นาที

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้อาจจะไม่ได้เป็นประโยชน์กับบุคคลในปกครองของท่านโดยตรง แต่ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในพัฒนาแนวทางในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน

การเข้าร่วมการวิจัยของบุคคลในปกครองของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ บุคคลในปกครองของท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของบุคคลในปกครองของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของบุคคลในปกครองของท่าน ข้อมูลของบุคคลในปกครองของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาท่านนั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลในปกครองของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุกท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางกุสมล แสนบุญมา ผู้วิจัย หมายเลข โทรศัพท์ 097-1599978 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียวอิสเรศ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลข โทรศัพท์ 082-933-3483

มา

นาง กุสมล แสนบุญ

ผู้วิจัย

หากบุคคลในปกครองของท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ภาคผนวก จ

ใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัยสำหรับกลุ่มตัวอย่าง



## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอด  
แบบฉุกเฉิน

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้า มีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีความกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผย ในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะจะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม (เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง.....)

ลงนาม.....ผู้ปกครอง

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)