

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาคลอดก่อนกำหนด

วิไลลักษณ์ เฟื่องพันธ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการผดุงครรภ์


คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

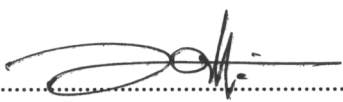
เมษายน 2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

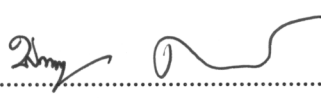
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ วิไลลักษณ์ เฟือกพันธ์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

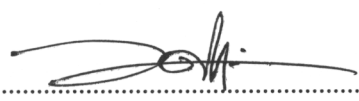

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์)



.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณทนา สุกสิมานนท์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา คงวัฒนานนท์)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณทนา สุกสิมานนท์)


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

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยบูรพา


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

วันที่... 3 ...เดือน... สค. พ.ศ. 2563

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยได้รับความอนุเคราะห์และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ซึ่งท่านได้ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิจัย อีกทั้งยังช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงานอีกด้วย และขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณทนา ศุภสีมานนท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่าง ๆ ในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา คงวัฒนานนท์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์พริษา ศุภศรี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล ชีระรังสิกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ ที่ได้ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่าง ๆ ในการตรวจสอบเครื่องมือการทำวิจัย ขอกราบขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และโรงพยาบาลมหาสารคาม ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเป็นอย่างดี การวิจัยในครั้งนี้จะไม่สามารถดำเนินการไปได้ หากไม่ได้รับความร่วมมือจากมารดาหลังคลอดก่อนกำหนดที่มาเยี่ยมบุตรที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาการผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยบูรพา ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้จนประสบผลสำเร็จในครั้งนี้ ขอขอบคุณกัลยาณมิตรหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ที่ให้กำลังใจและช่วยเหลือมาโดยตลอด

สุดท้ายขอขอบพระคุณบิดามารดา พี่ชาย น้องสาว และสามี ที่เข้าใจ ให้กำลังใจ และช่วยเหลือมาโดยตลอด ขอขอบพระคุณคณาจารย์ที่วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามที่ช่วยเหลือ และให้คำปรึกษาเป็นอย่างดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

วิไลลักษณ์ เผือกพันธ์

59910028: สาขาวิชา: การผดุงครรภ์; พย.ม. (การผดุงครรภ์)

คำสำคัญ: มารดาหลังคลอดก่อนกำหนด/ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด/ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

วิไลลักษณ์ เฟือกพันธ์: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดา
คลอดก่อนกำหนด (FACTORS RELATED TO POSTPARTUM DEPRESSION AMONG
MOTHERS OF PRETERM INFANTS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: สุพิศ ศิริอรุณรัตน์,
ส.ด., วรรณทนา ศุภสีมานนท์, Ph.D. 96 หน้า. ปี พ.ศ. 2563.

การคลอดก่อนกำหนดทำให้มารดาเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักร่างกายแรกเกิด ความผาสุกของมารดา การรับรู้ความผาสุกของทารก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนจากพยาบาลกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่คลอดก่อนกำหนดที่ทารกเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยหรือหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และโรงพยาบาลมหาสารคาม และมาเยี่ยมบุตรในระยะเวลา 2 สัปดาห์หลังทารกแรกเกิดเข้ารับการรักษาทันที จำนวน 110 คน ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ความผาสุกของมารดา การรับรู้ความผาสุกของทารก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนจากพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ร้อยละ 50.90 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($r = -.385, p < .001$) ความผาสุกของมารดา ($r = -.353, p < .001$) การรับรู้ความผาสุกของทารก ($r = -.344, p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่น้ำหนักแรกคลอดของทารก และการสนับสนุนจากพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

จากผลวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด โดยส่งเสริมให้มารดาที่มาเยี่ยมทารกที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความผาสุกในตนเอง และการรับรู้ความผาสุกของทารก

59910028: MAJOR: MIDWIFERY; M.N.S. (MIDWIFERY)

KEYWORDS: MOTHERS OF PRETERM INFANTS/ POSTPARTUM DEPRESSION/
RELATED FACTORS

WILAILAK PHUAKPHAN: FACTORS RELATED TO POSTPARTUM
DEPRESSION AMONG MOTHERS OF PRETERM INFANTS. ADVISORY COMMITTEE:
SUPIT SIRIARUNRAT, Dr.P.H., WANTANA SUPPASEEMANONT, Ph.D. 96 P. 2020.

Preterm labor causes maternal postpartum depression. The purpose of this descriptive correlational study was to examine the relationship between infant birth weight, maternal well-being, perceived infant well-being, self-esteem and nurse support, and postpartum depression among mothers of preterm infants. A simple random sampling method was used to recruit 110 mothers of preterm infants hospitalized in a sick newborn or neonatal intensive care unit at Khon Kaen Hospital, Roi Et Hospital, and Maha Sarakham Hospital, who visited their infants for two weeks after their infants' hospitalization. Research instruments included questionnaires to gather data for demographic information, postpartum depression, maternal well-being, perceived infant well-being, self-esteem and nurse support. Data was collected during the period of May to December, 2019. Descriptive statistics, Pearson's correlations coefficient and Spearman's rank correlations coefficient were employed for data analysis.

The results revealed that postpartum depression among mothers of preterm infants was found in 50.90 %. For correlation analysis, postpartum depression was significantly moderate negatively correlated with self-esteem ($r = -.385, p < .001$), maternal well-being ($r = -.353, p < .001$), and perceived infant well-being ($r = -.344, p < .001$). While infant birth weight and nurse support were not significantly correlated with postpartum depression.

These findings suggest that nurse should apply these study results to prevent postpartum depression among mothers of preterm infants hospitalized by promoting self-esteem, maternal well-being, and perceived infant well-being.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
การคลอดก่อนกำหนด	9
ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด	19
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด.....	26
3 วิธีดำเนินการวิจัย	33
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	33
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	34
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	36
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	37
การเก็บรวบรวมข้อมูล	37
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	39

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	40
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป.....	40
ส่วนที่ 2 อุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	46
ส่วนที่ 3 ข้อมูลเชิงพรรณนาของตัวแปรที่ศึกษา.....	46
ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดา ที่คลอดก่อนกำหนด.....	47
5 สรุปและอภิปรายผล.....	49
สรุปผลการวิจัย.....	49
อภิปรายผลการวิจัย.....	50
ข้อเสนอแนะ	55
บรรณานุกรม	56
ภาคผนวก	63
ภาคผนวก ก	65
ภาคผนวก ข	67
ภาคผนวก ค	75
ภาคผนวก ง.....	90
ประวัติย่อของผู้วิจัย	96

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การประเมินทางกายภาพ.....	11
2	การเปรียบเทียบคะแนนกับอายุในครรภ์.....	15
3	ขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนจำนวนมารดาคลอดก่อนกำหนด ต่อปี.....	34
4	ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	41
5	ข้อมูลการตั้งครรภ์ของการคลอดของมารดาและทารกคลอดก่อนกำหนด.....	43
6	จำนวนและร้อยละของภาวะซีมเศร้า.....	46
7	ข้อมูลเชิงพรรณนาของตัวแปรที่ศึกษา.....	46
8	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับภาวะซีมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด	47
9	ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของทารกวันแรกกับ 2 สัปดาห์หลังคลอด.....	91
10	การเปรียบเทียบข้อมูลเศรษฐกิจและครอบครัวของมารดาที่มีภาวะซีมเศร้าหลังคลอด และไม่มีภาวะซีมเศร้าหลังคลอด	93
11	การเปรียบเทียบข้อมูลของทารกแรกเกิดวันแรกหลังคลอดและ 2 สัปดาห์หลังคลอด กับมารดาที่มีแนวโน้มเกิดภาวะซีมเศร้าหลังคลอดและไม่มีภาวะซีมเศร้าหลังคลอด	94
12	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ศึกษา.....	95

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย	7
2 การประเมินทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ (Neuromuscular maturity).....	14

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ และมีอุบัติการณ์ที่พบได้ประมาณร้อยละ 5-18 ใน 184 ประเทศทั่วโลก (World Health Organization [WHO], 2015) สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของทารกคลอดก่อนกำหนด ในปี พ.ศ. 2556-2558 ร้อยละ 8.40, 8.10 และ 8.30 ของการคลอดทั้งหมด (สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์, 2558) สำหรับสถิติการคลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 (จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดขอนแก่น และจังหวัดกาฬสินธุ์) พบสถิติการคลอดก่อนกำหนดในปี พ.ศ. 2558-2560 ร้อยละ 5.53, 4.68 และ 5.96 ของการคลอดทั้งหมด (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) จากตัวเลขที่แสดงข้างต้นจะให้เห็นว่า อุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดของประเทศไทยสูง และไม่มีแนวโน้มลดลง

การคลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารก โดยเป็นสาเหตุที่ทำให้อัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายของทารกเพิ่มขึ้น (สายฝน ชาวลาโพบูลย์, 2553) ทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีพัฒนาการทางด้านร่างกายไม่สมบูรณ์ การควบคุมอุณหภูมิร่างกายไม่ดี ปอดทำงานไม่เต็มที่ ระบบภูมิคุ้มกันไม่สมบูรณ์ ทำให้ทารกมีภาวะอุณหภูมิต่ำ หายใจลำบาก หรือหายใจไม่ตัวเอง ต้องรับรักษาในตู้อบ บางรายต้องใส่ท่อและเครื่องช่วยหายใจ คุณนมไม่ได้ต้องให้อาหารทางสายจมูกหรือสายสะดือ (วาริชา เจนจินคามัย, 2559; วิไลพร เตชะสาธิต, 2559; ศุภวัชร บุญกษิต์เดช, 2557) ทารกที่มีปัญหาสุขภาพและต้องถูกแยกจากมารดาทันทีภายหลังคลอด มารดาไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพหรือให้นมบุตรในระยะแรกเกิด ส่งผลกระทบต่อจิตสังคมของมารดา เป็นการขัดขวางการทำหน้าที่บทบาทมารดา (Holditch-Davis, & Miles, 2000) นอกจากนี้ การที่มารดารับรู้ว่าการทารกมีสุขภาพที่ไม่แข็งแรงต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดด้วยเครื่องมือพิเศษต่าง ๆ ทำให้มารดาเกิดความวิตกกังวล เกิดความรู้สึกที่ไม่แน่นอนต่อสุขภาพของทารก กังวลหรือกลัวว่าทารกจะพิการหรือเสียชีวิต (นฤมล ชีระรังสิกุล, 2555) ประกอบการที่ทารกต้องเข้ารับการรักษา มีผลกระทบต่อครอบครัวเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลทารกสูงขึ้น (สายฝน ชาวลาโพบูลย์, 2553) ส่งผลให้มารดาจึงรู้สึกไม่สบายใจ ไม่มีความสุข เกิด ความกดดัน ในใจ ทำให้มารดามีภาวะเครียดสูง จากการศึกษาของ Davis, Edwards, Mohay, and Wollin (2003) พบว่า มารดาที่คลอดก่อนกำหนดมีระดับความเครียดสูงเป็น 4.8 เท่าของมารดาที่คลอดปกติ ความเครียดระดับสูงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (ฉวี เบาทรวง, 2555; วัฒนา จีระแพทย์, 2552; Gambina, Soldera, Benevento, Trivellato, Visentin, & Cavallin, 2011) สอดคล้องกับผล

การศึกษาที่พบว่า มารดาคลอดก่อนกำหนดมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงกว่ามารดาคลอดครบกำหนด ถึง 2 เท่า โดยพบว่ามารดาคลอดก่อนกำหนด มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดคิดเป็นร้อยละ 35.30 ส่วนมารดาที่คลอดปกติพบได้ร้อยละ 15.30 (Gulamani, Premji, Kanji, & Azam, 2013)

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนดมีอุบัติการณ์สูงกว่ามารดาหลังคลอดกลุ่มอื่น ๆ โดยพบว่า มารดาครรภ์แรก มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 6 สัปดาห์ ร้อยละ 18.80 (อักษรานันท์ ภัคดีสมัย, พรรณพิไล ศรีอรุณ และปิยะนุช ชูโต, 2560) ส่วนมารดาวัยรุ่น มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ร้อยละ 6.8 (สุนิรัตน์ จันทร์ศรี, วิมลพรรณ นิธิพงศ์ และ บุษยานาฏ เรืองรอง, 2560) แต่มารดาหลังคลอดก่อนกำหนดใน 4-6 สัปดาห์ พบอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 48.39 (รัตติกานต์ รักษาภักดี, พัทธรวีไล ศรีแสง และ สุพรรณิ อึ้งปัญญาสังข์, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งพบว่า มารดาที่คลอดก่อนกำหนดมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 4 สัปดาห์ ร้อยละ 40.30 (Davis et al., 2003) ดังนั้นภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจึงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นความผิดปกติทางอารมณ์และจิตใจของมารดา ที่มีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมตลอดจนการแสดงออกของมารดา เกิดจากสาเหตุใดยังไม่ทราบชัดเจน อาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนในระยะหลังคลอด ร่วมกับภาวะจิตอารมณ์ หรือสาเหตุที่เกี่ยวกับการคลอด เช่น การคลอดก่อนกำหนด ที่ทำให้มารดาต้องถูกแยกจากทารกจากการที่ทารกมีความเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้สูญเสียการทำบทบาทมารดา และมีความกลัวว่าจะสูญเสียบุตรอันเป็นที่รักจากการที่ทารกมีสุขภาพไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิด ความเศร้าโศกจากการสูญเสีย (Grief and loss) ได้ (Kubler-Ross, 2007) และหากมารดาคลอดก่อนกำหนดไม่สามารถปรับตัวเข้าสู่กระบวนการยอมรับ ก็จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์จะต้องให้การดูแลมารดาหลังคลอดก่อนกำหนดที่ทารกได้รับการรักษาไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต การดำเนินชีวิต และการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดจนการทำบทบาทมารดา และการสร้างสัมพันธ์กับทารกและบุคคลในครอบครัว (Davey, Dziurawiec, & O'Brien-Malone, 2006; Gulamani et al., 2013) มารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 20 (Lindah, Perarson, & Colpe, 2005) มารดาหลังคลอดจะมีความวิตกกังวล กระวนกระวายอย่างมาก กลัวรู้สึกผิด อ่างว้าง โดดเดี่ยวและมีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต ไม่สามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาที่เหมาะสมได้ (Campbell, Cohn, & Meyers, 1995) มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จะมีผลให้มารดาขาดความสนใจ ไม่สามารถแก้ปัญหา ไม่สามารถสร้างความผูกพันกับ

ทารก มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองและทารกไม่เหมาะสม (Gulamani et al., 2013) ทำให้สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกเป็นไปในทางที่ไม่ดี (Boyd, Zayas, & McKee, 2006) และยังมีผลกระทบอย่างมากต่อครอบครัว โดยเฉพาะสามีซึ่งมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะมีความรู้สึกเครียด ไม่พึงพอใจสามีส่งผลให้เกิดปัญหาความรุนแรงระหว่างคู่สมรสและเกิดการหย่าร้างตามมา (พักตร์วิไล ศรีแสง, 2549) ทารกที่เกิดจากมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาพัฒนาการทางด้านสติปัญญาและด้านร่างกาย มีผลต่อการพัฒนาทักษะด้านการควบคุมตัวเอง สังคม องค์กรความรู้ และด้านอารมณ์ของทารก (Agostini, Neri, Dellabartola, Biasini & Monti, 2014) ดังนั้นปัญหาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด จึงเป็นปัญหาสำคัญที่จำเป็นต้องได้รับการป้องกัน การทราบถึงปัจจัยที่เหตุส่งเสริมหรือปัจจัยที่ช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด มีความสำคัญต่อพยาบาลผดุงครรภ์ที่จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาภาวะซึมเศร้าในมารดาคลอดก่อนกำหนดได้

การศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นการศึกษา

ในต่างประเทศ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาคลอดก่อนกำหนด มีหลายปัจจัยร่วมกัน สามารถสรุปเป็นปัจจัยด้านต่าง ๆ 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านทารก ปัจจัยด้านมารดา และปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านทารกที่สำคัญ ได้แก่ น้ำหนักทารกแรกเกิด มีการศึกษาพบว่า กลุ่มมารดาที่คลอดบุตรน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม มีร้อยละของการมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สูงกว่ากลุ่มมารดาที่คลอดคลอดบุตรน้ำหนักตัวมากกว่า 1,500 กรัม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Herguner, Annagur, Altunhan, & Ors, 2013) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า น้ำหนักตัวของทารกแรกเกิดที่ต่ำกว่า 1,500 กรัม มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Herguner et al., 2013) ในระดับปานกลาง ($r = -.446, p = .007$) นั่นคือ น้ำหนักทารกแรกเกิดที่น้อยลงมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอด นอกจากนี้ น้ำหนักตัวทารกแรกเกิดน้อยกว่า 1,500 กรัม เป็นปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (OR = 1.009; $p = .005$; 95 % CI: 1.003-1.016) (Herguner et al., 2013)

ปัจจัยด้านมารดาเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือมีผลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่คลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะปัจจัยทางด้านจิตสังคมของมารดา เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเช่นกัน และมีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างสูงกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด Hawes, McGowan, O'Donnell, Tucker, and Vohr (2016) พบว่า ความผาสุกของมารดา (Maternal well-being) เป็นความรู้สึก หรือการรับรู้ของมารดาหลังคลอดก่อนกำหนดต่อความพร้อมทางด้านอารมณ์และความสามารถในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด หากมารดาหลังคลอดมีการรับรู้ความผาสุกของตนเองในระดับต่ำ มารดาจะมีความทุกข์ใจ กังวลใจ ความวิตกกังวล

และความเครียด ซึ่งความเครียดทำให้มารดามีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต (Newborn intensive care unit [NICU]) ได้ในระดับค่อนข้างดี (OR = 3.240; 95 % CI 2.131-4.920) ส่วนการรับรู้ความผาสุกของทารก (Infant well-being) ซึ่งเป็นความรู้สึกหรือการตระหนักของมารดาหลังคลอดก่อนกำหนดที่ทารกเข้ารับการรักษาใน NICU ต่อภาวะสุขภาพและการอยู่รอดของทารก พบว่า กลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (EPDS > 10) มีค่าคะแนนการรับรู้ต่อความผาสุกของทารกน้อยกว่ากลุ่มมารดาหลังคลอดที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (EPDS < 10) (Hawes et al., 2016) นอกจากนี้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ซึ่งเป็นความรู้สึกของมารดาในการยอมรับ ฟังพอใจ และเห็นค่าตนเอง จะส่งผลให้มารดามีความเชื่อมั่นในการกระทำสิ่งต่าง ๆ หากมารดาที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ มารดาจะคิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มีความสามารถในการกระทำสิ่งใด (Beck, 2001) มารดาที่คลอดก่อนกำหนดมักจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด นั่นคือมารดาที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูง ($r = -.54, p < .05$) (Amankwaa, Pickler, & Boonmee, 2007)

ปัจจัยด้านสังคมเป็นปัจจัยที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยเฉพาะในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด โดยทั่วไปมารดาหลังคลอดต้องการการช่วยเหลือจากสามี บุคคลในครอบครัว (Negron, Martin, Almog, Balbierz, & Howell, 2012) และบุคลากรทางสุขภาพ (Davis et al., 2003) โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากทารกแรกเกิดก่อนกำหนดซึ่งเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาทันทีหลังคลอด จึงไม่ได้อยู่ในการดูแลของบุคคลในครอบครัว พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลและเป็นผู้ที่คอยสื่อสาร ประสานความเข้าใจระหว่างมารดา บุคคลในครอบครัว และแพทย์ นอกจากนี้พยาบาลยังเป็นผู้ที่ดูแลทารกแรกเกิดอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาขณะอยู่โรงพยาบาล ดังนั้น การที่มารดาได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนและให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของทารก จากพยาบาลวิชาชีพ ช่วยให้มารดาลดความวิตกกังวล ความเครียดลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าลดลงหรือไม่เกิดภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ Davis et al. (2003) เกี่ยวกับสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอดก่อนกำหนด พบว่า การได้รับการสนับสนุนและการช่วยเหลือจากพยาบาล แพทย์ แผนกทารกแรกเกิดวิกฤตในระดับต่ำจะมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (OR = 1.060, 95 % CI 0.880-1.000, $p < 0.05$)

ด้วยเหตุผลที่อธิบายข้างต้นภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด มีผลกระทบต่อสุขภาพด้านจิตสังคมของมารดา และสุขภาพของทารกในอนาคต การศึกษาปัจจัย

ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดคลอดก่อนกำหนดจะช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าหรือลดการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ แต่ในประเทศไทยยังมีการศึกษาในเรื่องนี้น้อย จึงทำให้พยาบาลขาดข้อมูลที่จะนำไปใช้พัฒนากิจกรรมการพยาบาลดูแลมารดาที่คลอดก่อนกำหนด การศึกษาครั้งนี้จึงต้องการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาคลอดก่อนกำหนด โดยคัดสรรปัจจัยสำคัญที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมให้ครอบคลุมปัจจัยทั้งด้านทารก มารดา และสังคม ซึ่งปัจจัยด้านทารก ได้แก่ น้ำหนักทารกแรกเกิด ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ ภาวะความผาสุกของมารดา การรับรู้ความผาสุกของทารก และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่วนปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนจากพยาบาล โดยศึกษาในมารดาหลังคลอดที่ทารกคลอดก่อนกำหนดและรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยคาดว่าผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปพัฒนาแนวทางการพยาบาลมารดาหลังคลอดทารกก่อนกำหนด และการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ความสุขของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนดเป็นอย่างไร
2. น้ำหนักทารกแรกเกิด ความผาสุกของมารดา การรับรู้ความผาสุกของทารก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนจากพยาบาล มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ในมารดาที่คลอดก่อนกำหนดหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสุขของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของน้ำหนักทารกแรกเกิด ความผาสุกของมารดา การรับรู้

ความผาสุกของทารก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนจากพยาบาล กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด

สมมติฐานการวิจัย

น้ำหนักทารกแรกเกิด ความผาสุกของมารดา การรับรู้ความผาสุกของทารก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนจากพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด

กรอบแนวคิดการวิจัย

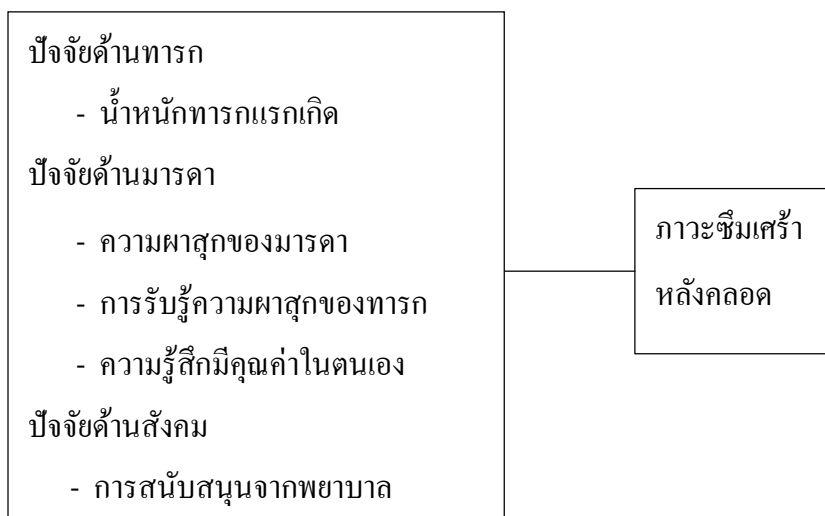
การศึกษาวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาคลอดก่อนกำหนด ที่ทารกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ ใช้การทบทวนวรรณกรรมเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยแบ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านทารก ปัจจัยด้านมารดา และปัจจัยด้านสังคม

ปัจจัยด้านทารก ได้แก่ น้ำหนักทารกแรกเกิด พบว่า น้ำหนักทารกแรกเกิด มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในระดับปานกลาง ($r = -.446, p = .007$) (Herguner et al., 2013) นั่นคือ น้ำหนักทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยลงมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ ความผาสุกของมารดา (Maternal well-being) การรับรู้ความผาสุกของทารก (Infant well-being) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ความผาสุกของมารดาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยมารดาหลังคลอดที่มีความผาสุกในระดับต่ำจะเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงประมาณ 3 เท่าของมารดาหลังคลอดที่มีความผาสุกในระดับสูง ต่ำ ($p = .01, OR = 3.240; 95\% CI 2.131-4.920$) (Hawes et al., 2016) หรือความผาสุกของมารดาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เช่นเดียวกับกับการรับรู้ความผาสุกของทารก (Infant well-being) มารดาที่รับรู้ความผาสุกของทารกต่ำจะมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูง ($p = .01$) (Hawes et al., 2016) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) มารดาที่คลอดก่อนกำหนดที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูง ($r = -.54, p < .05$) (Amankwaa et al., 2007)

ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนจากพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด กล่าวคือ การได้รับการสนับสนุนและการช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลรักษาทารกจากพยาบาลวิชาชีพ แพทย์ แผนกทารกแรกเกิดวิกฤตในระดับต่ำจะมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูง ($OR = 1.060, 95\% CI 0.880-1.000, p < 0.05$) (Davis et al., 2003)

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ จึงศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวข้างต้นกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยมีกรอบแนวคิดของการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักทารกแรกเกิด ความผาสุกของมารดา การรับรู้ความผาสุกของทารก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนจากพยาบาลกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด ณ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 7 ของกระทรวงสาธารณสุข และมาเยี่ยมบุตรที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยหรือหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตในระยะเวลา 2 สัปดาห์หลังจากทารกแรกเกิดเข้ารับการรักษาค่า ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562

นิยามศัพท์เฉพาะ

การคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) หมายถึง การคลอดที่เกิดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ (259 วัน) โดยคำนวณจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายหรือคำนวณอายุครรภ์ที่ได้จากการตรวจคลื่นความถี่สูง

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด หมายถึง ความรู้สึกไม่มีความสุข วิตกกังวล รู้สึกผิด รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า มีอารมณ์เศร้า อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย รู้สึกอ่อนเพลีย หดแรงแบื้ออาหาร การนอนหลับเปลี่ยนแปลง อาเจียนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Edinburgh postnatal depression scale) สร้างโดย Cox, Holden, and Sagovsky (1987) เป็นแบบประเมินที่นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย กมลรัตน์ วัชรภรณ์, จารุรินทร์ ปิตานพวงษ์ และ นิสานดี สำอางศรี (2546)

น้ำหนักทารกแรกเกิด หมายถึง น้ำหนักของทารกที่ชั่งได้เมื่อแรกคลอด มีหน่วยวัดเป็นกรัม

ความผาสุกของมารดา (Maternal well-being) หมายถึง ความรู้สึก หรือการรับรู้ของมารดาหลังคลอดก่อนกำหนดต่อความพร้อมทางด้านอารมณ์และความสามารถของตนเอง ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ประเมินโดยใช้แบบประเมินความผาสุกของมารดา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

การรับรู้ความผาสุกของทารก (Infant well-being) หมายถึง ความรู้สึก หรือการตระหนักรู้ของมารดาหลังคลอดก่อนกำหนด ต่อภาวะสุขภาพ และการอยู่รอดของทารก ประเมินโดยแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของทารก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง หมายถึง การตระหนักรู้ของมารดาหลังคลอดก่อนกำหนด ในการยอมรับตนเอง เคารพตนเอง ฟังพอใจและเห็นค่าตนเอง ส่งผลให้มารดามีความเชื่อมั่น ในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ประเมินโดยใช้แบบประเมินวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (The self-esteem scale) ที่สร้างโดย Rosenberg (1965) แปลเป็นภาษาไทย โดยสุพรรณิ สุ่มเล็ก (2538) และดัดแปลงโดย จิราวรรณ นิรมิตเกษ (2551)

การสนับสนุนจากพยาบาล หมายถึง การรับรู้ของมารดาหลังคลอดก่อนกำหนดต่อการได้รับคำแนะนำและช่วยเหลือจากพยาบาลที่ดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดในด้านข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลทารก ด้านการพิทักษ์สิทธิมารดา และด้านอารมณ์ ประเมินโดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า หลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด ดังนี้

1. การคลอดก่อนกำหนด
 - 1.1 อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด
 - 1.2 ความหมายของการคลอดก่อนกำหนด
 - 1.3 การประเมินทารกด้วย Ballard's score
 - 1.4 ผลกระทบของการคลอดก่อนกำหนด
2. ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนด
 - 1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
 - 1.2 อุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
 - 1.3 สาเหตุของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
 - 1.4 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในมารดาคลอดทารกก่อนกำหนด
 - 1.5 การประเมินภาวะซึมเศร้าในมารดาคลอดทารกก่อนกำหนด
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด

การคลอดก่อนกำหนด

1. อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด

อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดพบได้ประมาณร้อยละ 5-18 ใน 184 ประเทศทั่วโลก (WHO, 2015) สำหรับประเทศไทยพบ อุบัติการณ์ของทารกคลอดก่อนกำหนด ในปี พ.ศ. 2556-2558 ร้อยละ 8.40, 8.10 และ 8.30 ของการคลอดทั้งหมด (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2558) ซึ่งตัวชี้วัดการคลอดก่อนกำหนดของกระทรวงสาธารณสุขไม่เกินร้อยละ 7 สำหรับสถิติ การคลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลในแต่ละเขตสุขภาพในปี พ.ศ. 2558-2560 พบว่า เขตสุขภาพที่ 1 (จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย จังหวัดแพร่ จังหวัดน่าน จังหวัดพะเยา จังหวัดลำปาง จังหวัดลำพูน จังหวัดแม่ฮ่องสอน) พบร้อยละ 5.20, 6.51 และ 6.36 ของการคลอดทั้งหมด เขตสุขภาพที่ 4 (จังหวัดสระบุรี จังหวัดนนทบุรี จังหวัดลพบุรี จังหวัดอ่างทอง จังหวัดนครนายก จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดปทุมธานี) พบร้อยละ 6.28, 5.46 และ 5.70 ของการคลอดทั้งหมด เขตสุขภาพที่ 5 (จังหวัดเพชรบุรี จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสงคราม จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดนครปฐม จังหวัดราชบุรี จังหวัดกาญจนบุรี) ร้อยละ 4.57, 6.65 และ 6.70 ของการคลอดทั้งหมด เขตสุขภาพที่ 10 (จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดมุกดาหาร จังหวัดอำนาจเจริญ) ร้อยละ 5.98, 6.90 และ 7.10 ของการคลอดทั้งหมด เขตสุขภาพที่ 12 (จังหวัดสงขลา จังหวัดสตูล จังหวัดตรัง จังหวัดพัทลุง จังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา จังหวัดนราธิวาส) ร้อยละ 6.26, 7.18 และ 7.24 ของการคลอดทั้งหมด และเขตสุขภาพที่ 7 (จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดขอนแก่น และร้อยเอ็ดกาฬสินธุ์) พบร้อยละ 5.53, 4.68 และ 5.96 ของการคลอดทั้งหมด (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ถึงแม้ว่าอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดในเขตสุขภาพที่ 7 จะมีร้อยละไม่มากกว่าตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แต่ร้อยละของการคลอดก่อนกำหนดยังอยู่ในระดับสูง และไม่มีแนวโน้มลดลง

2. ความหมายของการคลอดก่อนกำหนด

การคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) หมายถึง การคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ (259 วัน) โดยคำนวณจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย (WHO, 2015) ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้อายุครรภ์เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยทารกที่คลอดก่อนกำหนดแทนน้ำหนักของทารก เนื่องจากทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อย (ต่ำกว่า 2,500 กรัม) อาจจะเป็นทารกที่คลอดก่อนกำหนดหรือคลอดครบกำหนดก็ได้ และมีรายงานว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของทารกแรกคลอดที่มีน้ำหนักน้อย จะจัดอยู่ในกลุ่มการคลอดครบกำหนด แต่การเจริญเติบโตในครรภ์ไม่ดี และการดูแลรักษาของทารกที่คลอดก่อนกำหนดและทารกที่คลอดครบกำหนดน้ำหนักตัวน้อยก็แตกต่างกัน รวมทั้งโอกาสรอดชีวิตไม่เหมือนกัน ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงแนะนำให้ใช้อายุครรภ์เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยทารกที่คลอดก่อนกำหนด ซึ่งการทราบถึงอายุครรภ์เป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการรักษา ฝ้าระวังโรคในทารกแต่ละกลุ่ม และการเตรียมความพร้อมในการดูแลทารกให้ดีขึ้น

3. การประเมินอายุครรภ์ทารกด้วย Ballard's score

การทราบอายุครรภ์ของทารกมีความสำคัญต่อการดูแลรักษาทารกที่คลอดก่อนกำหนด ในการประเมินอายุครรภ์ของทารกแรกเกิด นิยมใช้ New ballard score ของบัลลาร์ด (Ballard) ซึ่งได้ดัดแปลงจากวิธีของคูโบวิทซ์ (Dubowitz) โดยใช้ในการประเมินทางกายภาพ (Physical maturity) 6 อย่าง และการประเมินทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ (Neuromuscular maturity) 6 อย่าง นำคะแนนที่ได้จากการประเมินลักษณะภายนอกและการตรวจทางระบบประสาทมารวมกัน และเทียบกับอายุครรภ์ที่ได้ การประเมินตามวิธีนี้สามารถบอกอายุครรภ์ได้ทั้งในทารกปกติ และทารกป่วย การประเมินโดยวิธีของบัลลาร์ด (Ballard) มีดังนี้

การประเมินทางกายภาพ (Physical maturity) มีวิธีการตรวจ ดังนี้

1. ผิวหนัง ผู้ตรวจสังเกตลักษณะผิวหนังของทารก แล้วให้คะแนนตามตารางที่ 1
2. ขนอ่อน ผู้ตรวจสังเกตลักษณะขนอ่อนของทารกทั่วร่างกาย แล้วให้คะแนนตามตารางที่ 1
3. ลายฝ่าเท้า ผู้ตรวจสังเกตลักษณะลายฝ่าเท้าทั้งสองข้างของทารก แล้วให้คะแนนตามตารางที่ 2-1
4. เต้านม ผู้ตรวจสังเกตลักษณะหัวนม และบริเวณลานหัวนมของทารก แล้วให้คะแนนตามตารางที่ 1
5. หูและตา ผู้ตรวจใช้นิ้วชี้จับใบหูทารกกดมาด้านหน้าและสังเกตลักษณะการคืนตัวของใบหูทารก ส่วนการตรวจเปลือกตาของทารก จากนั้นผู้ตรวจใช้นิ้วหัวแม่มือ และนิ้วชี้เปิดเปลือกตาทารกด้วยความนุ่มนวล แล้วให้คะแนนตามตารางที่ 1
6. อวัยวะเพศชาย ผู้ตรวจสังเกตลักษณะอวัยวะเพศภายนอกของทารก จากนั้นคลำที่อัณฑะดูว่าอัณฑะลงในถุงอัณฑะหรือยัง แล้วให้คะแนนตามตารางที่ 1
7. อวัยวะเพศ หญิง ผู้ตรวจสังเกตลักษณะ clitoris, labia majora และ labia minora ของทารก แล้วให้คะแนนตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การประเมินทางกายภาพ (Physical maturity)

ลักษณะ	คะแนน						
	-1	0	1	2	3	4	5
ผิวหนัง	บางใส	บาง สี	เรียบ	มีผื่นหรือ	สีซีด	ลอกเป็น	ลอกเป็น
		แดง	ชมพูเห็น	ลอกเห็น	แตกเป็น	แผ่นไม่	แผ่นหนา
			หลุด	หลุด	ร่อง เห็น	เห็นหลุด	ขุ่น
			เลือด	เลือด	หลุด	เลือด	
			ชัดเจน		เลือด		
ขนอ่อน	ไม่มี	มีกระจาย	มีมาก	บางลง	บางแห่ง	ส่วนมาก	
					ไม่พบ	ไม่พบ	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะ	คะแนน						
	-1	0	1	2	3	4	5
ลาย	ความยาวของ	>50 มม.	เห็น	พบลาย	พบเป็น	พบทั้ง	
ฝ้าเท้า	ฝ้าเท้าจากสัน ถึงนิ้วเท้า	ไม่มีลาย เท้า	ไม่ชัด	เท้า บริเวณ ปลายเท้า ใดเท้า หนึ่ง	บริเวณ 2/3 ของ ฝ้าเท้า	ฝ้าเท้า	
ด้านม	คล้ำไม่ได้	พอกคล้ำ ได้	แบนราบ ไม่มีตุ่ม นูน	เป็นตุ่ม 1-2 มม. มีบริเวณ ลาน ห้วนมนูน ขึ้น	ตุ่ม 3-4 มม. บริเวณ ลาน ห้วนมนูน ขึ้น	ตุ่ม 5-10 มม. บริเวณ ลาน ห้วนมนูน ชัดเจน	
หู/ ตา	หนังตาดิดกัน, ติดไม่แน่น -1 ติดแน่น -2	หนังตา เปิดได้ ใบหูอ่อน แบนราบ พับไปมา	ใบหูโค้ง เล็กน้อย งอไปมา ได้	งอมากขึ้น กลับเป็น รูปร่าง เดิมได้	รูปร่าง ชัดเจน กลับคืน รูปร่าง เดิมได้ ทันที	กระดูก อ่อนหนา และคงรูป ได้ดี	
อวัยวะ เพศ (ชาย)	ถุงอัณฑะ แบนราบ ผิวหนัง ไม่มีรอยข่น	อัณฑะไม่ ลงในถุง อัณฑะถุง อัณฑะมี รอยข่น น้อยมาก	อัณฑะอยู่ บริเวณขา หนีบ ถุง อัณฑะมี รอยข่น	อัณฑะ เริ่ม เคลื่อนลง ในถุง อัณฑะถุง อัณฑะมี รอยข่น เล็กน้อย	อัณฑะลง ในถุง อัณฑะ ถุงอัณฑะ มีรอยข่น ชัดเจน	อัณฑะ ลงในถุง อัณฑะ และห้อย ขาน ถุง อัณฑะมี รอยข่นลึก	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะ	คะแนน						
	-1	0	1	2	3	4	5
อวัยวะ	เห็น clitoris	เห็น	clitoris	labia	labia	Labia	
เพศ	ชัดเจน labia	clitoris	ชัดเจน	minora	majora	majora	
(หญิง)	แบนราบ	ชัดเจน	labia	และ	ใหญ่กว่า	ชัดเจน	
		labia	minora	majora	labia	ปิด	
		minora	ขนาด	เห็นพอ ๆ	minora	clitoris	
		ขนาดเล็ก	ใหญ่ขึ้น	กัน		และ labia	
						minora	

การประเมินทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ (Neuromuscular maturity) มีวิธีการตรวจ ดังนี้

1. ลักษณะท่าทางของทารก ผู้ตรวจสังเกตขณะที่ทารกสงบและนอนหงาย แล้วให้คะแนนตามภาพที่ 2
2. มุมที่ข้อมือ ผู้ตรวจใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้จับหลังมือและปลายแขน พร้อมกับใช้แรงกดให้ข้อมืองอมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ วัดมุมระหว่างเนินฝ่ามือได้นิ้วก้อยและปลายแขนด้านใน แล้วให้คะแนนตามภาพที่ 2
3. กำลักรกล้ามเนื้อแขน ให้ทารกนอนหงาย ผู้ตรวจงอแขนของทารกให้เต็มที่ เป็นเวลา 5 วินาที จากนั้นดึงมือให้แขนเหยียดออกเต็มที่แล้วปล่อย วัดมุมที่ข้อศอก และให้คะแนนตามภาพที่ 2-1
4. มุมที่หลังเข้า ให้ทารกนอนหงาย และเชิงกรานอยู่ในแนวราบ ผู้ตรวจใช้นิ้วหัวแม่มือ และนิ้วชี้ข้างซ้ายจับต้นขาให้อยู่ในท่า Knee-chest ต่อจากนั้นใช้นิ้วชี้ข้างขวาจับได้ข้อเท้า และค่อย ๆ เหยียดปลายขาออก แล้ววัดมุมที่ข้อพับหลังเข้า และให้คะแนนตามภาพที่ 2
5. ดึงแขนไปไหล่ตรงข้าม ให้ทารกนอนหงาย ผู้ตรวจจับมือของทารกผ่านลำตัวไปยังไหล่ตรงข้ามให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ แล้วให้คะแนนตามภาพที่ 2
6. การนำสันเท้าจรดใบหู ทารกนอนหงาย ผู้ตรวจจับเท้าของทารกขึ้นไปใกล้ศีรษะของทารกมากที่สุด โดยไม่ต้องใช้แรงดึง และให้เชิงกรานอยู่ในแนวราบ แล้วให้คะแนนตามภาพที่ 2

Neuromuscular Maturity

Score	-1	0	1	2	3	4	5
Posture							
Square window (wrist)							
Arm recoil							
Popliteal angle							
Scarf sign							
Heel to ear							

ภาพที่ 2 การประเมินทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ (Neuromuscular maturity)

ตัวอย่างการประเมินทางกายภาพ และการประเมินทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ กรณีศึกษา เป็นทารกเพศชาย ผิวหนังเรียบ มองเห็นหลอดเลือดชัดเจน มีขนอ่อนตามร่างกายมาก เต้านมมีตุ่ม 1-2 มม. บริเวณลานห้วนมขนขึ้น ไบहुโค้งเล็กน้อยงอไปมาได้ คลำพบอัมตะลงในอุ้งอัมตะ อุ้งอัมตะมีรอยย่นเล็กน้อย งอแขนขาเล็กน้อย มุมที่ข้อมือ 45 องศา มุมที่หลังเข้า 140 องศา กำลังกล้ามเนื้อแขน 110-140 องศา สามารถดึงแขนไปไหล่ตรงข้ามได้เล็กน้อย ทารกไม่สามารถนำสันเท้าจรดไบหู จากข้อมูลข้างต้น สามารถให้คะแนนได้ดังนี้

1. ผิวหนังเรียบ เห็นหลอดเลือดชัดเจน = 1 คะแนน
2. ขนอ่อนมีมาก = 1 คะแนน
3. ตุ่ม 1-2 มม.บริเวณลานห้วนมขนขึ้น = 2 คะแนน
4. ไบหูโค้งเล็กน้อย งอไปมาได้ = 2 คะแนน
5. อัมตะลงในอุ้งอัมตะ อุ้งอัมตะมีรอยย่นเล็กน้อย = 2 คะแนน
6. ทารก งอแขนขาเล็กน้อย = 3 คะแนน
7. มุมที่ข้อมือ 45 องศา = 2 คะแนน
8. กำลังกล้ามเนื้อแขน 110-140 องศา = 2 คะแนน
9. มุมที่หลังเข้า 140 องศา = 1 คะแนน
10. ดึงแขนไปไหล่ตรงข้ามเล็กน้อย = 2 คะแนน
11. ทารกไม่สามารถนำสันเท้าจรดไบหู = 2 คะแนน

จากกรณีศึกษาพบว่า คะแนนรวมของการประเมินทางกายภาพ และการประเมินทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อได้ 20 คะแนน เท่ากับอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ (ตารางที่ 2) ทารกเป็นทารกคลอดก่อนกำหนด

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนกับอายุในครรภ์

คะแนน	สัปดาห์
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

4. ผลกระทบของการคลอดก่อนกำหนด

การคลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อทั้งด้านทารก ด้านมารดา ด้านสังคมและครอบครัว
ดังนี้

4.1 ผลกระทบต่อทารก

ผลกระทบของการคลอดก่อนกำหนดต่อทารกส่วนใหญ่จะเป็นทางด้านร่างกาย จากการที่ระบบต่าง ๆ ของทารกยังทำงานไม่สมบูรณ์ (พรทิตย์ ศิริบูรณ์พัฒนา และจริยาพร วรณ โชติ, 2555) ดังนี้

ระบบทางเดินหายใจ เป็นระบบที่มีการเจริญเติบโตและความสมบูรณ์ช้ากว่าระบบอื่น ๆ เนื่องจากทารกที่คลอดก่อนกำหนดปอดยังเจริญไม่เต็มที่ทางด้านโครงสร้าง (Lung

immaturity) เมื่ออายุครรภ์ 27-28 สัปดาห์ เริ่มมีการผลิตสารลดแรงตึงผิว (Surfactant) แต่มีการผลิตได้จำนวนน้อย นอกจากนี้ทารกที่คลอดก่อนกำหนดจะมีผนังทรวงอกยังไม่แข็งแรงทำให้ทารกต้องใช้แรงในการหายใจมากขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ปัญหาหลักที่พบได้บ่อยที่สุด คือ ภาวะหายใจลำบาก การหายใจติดขัดและการขาดออกซิเจน เนื่องจากผนังทรวงอกยังไม่แข็งแรงทำให้ทารกต้องใช้แรงในการหายใจมากขึ้น อีกทั้งปอดยังเจริญไม่สมบูรณ์ ทำให้ไม่สามารถกำจัดของเหลวออกจากปอดได้ปกติ หรือการขาดสารลดแรงตึงผิวในปอด หรือเกิดร่วมกันทั้งสองอย่าง อัตราการรอดชีวิตจะแปรผันตามน้ำหนักแรกเกิดและอายุครรภ์ ทารกอายุครรภ์ยิ่งน้อยจะยิ่งมีโอกาสเกิดภาวะหายใจลำบากมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะทารกแรกเกิด น้ำหนัก 1,000-1,500 กรัม จะพบมากที่สุด (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวิภา จีระแพทย์, 2551)

ระบบประสาท ทารกที่คลอดก่อนกำหนดระบบประสาทยังเจริญไม่เต็มที่ พบว่าประสาทรับความรู้สึก (Thermo receptor) ซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมความร้อนในสมองส่วน Hypothalamus และ Central nervous system ยังเจริญไม่เต็มที่ที่มีผลต่อการสร้างความร้อนทำได้น้อย ดังนั้น อุณหภูมิร่างกายจึงเปลี่ยนไปตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป จากการศึกษาของ Wolke, Eryigit-Madzwamuse, and Gutbrod (2014) พบว่า ทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาทประมาณร้อยละ 35 เมื่อเทียบกับทารกที่คลอดครบกำหนด

ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินอาหารในทารกจะเจริญเต็มที่เมื่ออายุครรภ์ได้ 36-38 สัปดาห์ ถ้าทารกคลอดก่อนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ จะพบปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารได้มาก จากการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบในกระเพาะอาหารและลำไส้ยังทำงานไม่สมบูรณ์ มีภาวะขาดสารอาหารจากความจุของกระเพาะอาหารน้อยร่วมกับระบบการย่อยการดูดซึมยังไม่สมบูรณ์ และลำไส้มีเลือดไปเลี้ยงลดลงเกิดภาวะลำไส้ขาดเลือด (Necrotizing enterocolitis: NEC) (กนกวรรณ ฉันทะนงมณฑล, 2553)

ระบบภูมิคุ้มกัน ในทารกที่คลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 32-33 สัปดาห์ ระบบภูมิคุ้มกันของทารกยังไม่ทำหน้าที่ หลังจากนั้นระบบภูมิคุ้มกันจะเริ่มทำงาน แต่ยังไม่สมบูรณ์เต็มที่ โดยทารกจะมีระดับ Immunoglobulin G (IgG) ต่ำ และ Neutrophil ยังทำงานได้ไม่เต็มที่จึงทำให้ทารกติดเชื้อได้ง่าย ที่พบบ่อยคือ การติดเชื้อในกระแสเลือดประกอบกับทารกมีผิวหนังบางกว่าทารกที่คลอดครบกำหนดทำให้เชื้อโรคสามารถผ่านเข้าสู่ผิวหนังได้โดยง่าย การติดเชื้อในทารกจะพบได้ในช่วง 4 วันแรกหลังคลอด ซึ่งการติดเชื้อในระยะนี้ส่วนใหญ่จะเป็นการติดเชื้อจากสิ่งแวดล้อม (ธราธิป โกละทัต, 2552)

ระบบไหลเวียนโลหิต ทารกที่คลอดก่อนกำหนดจะมีภาวะซีด เนื่องจากมีปัญหาเกี่ยวกับ Prothrombin ในเลือดต่ำ ทำให้หลอดเลือดและเม็ดเลือดประแตกง่ายส่งผลให้มีเลือดออก

ในอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้ง่าย หรือเม็ดเลือดแดงมีการแตกจากการติดเชื้อมีการแตกในกระแสเลือด และยังพบภาวะตัวเหลืองเนื่องจากมีการแตกทำลายเม็ดเลือดแดงมาก และตัวยังทำงานไม่สมบูรณ์ เกิด Bilirubin คั่งในกระแสเลือด ทำอันตรายต่อสมองได้ (วิไลพร เศษะสาธิต, 2559)

ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบเมตาบอลิซึม ปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีการสะสมไกลโคเจนในร่างกายน้อยกว่าการที่คลอดก่อนกำหนด ทำให้มีผลต่อระดับน้ำตาลในช่วงหลังคลอดลดลง ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ชั่วโมงแรก หลังคลอด (ศุภวัชร บุญกษิต์เดช, 2557)

ระบบขับถ่าย ระบบการทำหน้าที่ของไตยังทำงานไม่สมบูรณ์ โดยไตของทารก จะทำงานสมบูรณ์เมื่ออายุครรภ์ 34-35 ดังนั้น ไตของทารกคลอดก่อนกำหนดจะมีปัญหาเกี่ยวกับ การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงที่ไต (Renal blood flow) ลดลง ส่งผลให้อัตราการกรองของ ไตลดลง ยิ่งทารกมีอายุครรภ์ที่น้อยอัตราการกรองของไตยิ่งต่ำ ความสามารถในการขับน้ำ และของเหลวในร่างกายจำกัด รวมทั้งมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกรดคั่งในร่างกายซึ่งมีผลต่อ การหายใจของทารก (วาริชา เชนจินคามัย, 2559)

ผลกระทบต่อสุขภาพของทารกที่กล่าวข้างต้น โดยเฉพาะทารกที่มีสุขภาพไม่สมบูรณ์ แข็งแรงส่งผลต่อมารดา ทำให้มารดาเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มีความจำกัดในการแสดงบทบาท มารดา อาจทำให้ไม่สามารถปรับตัวต่อการเป็นมารดาได้

4.2 ผลกระทบต่อมารดา

การคลอดก่อนกำหนดนอกจากจะส่งผลโดยตรงต่อทารกแล้ว ยังส่งผลต่อมารดา ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสัมพันธภาพ ดังนี้

ด้านร่างกาย พบว่า ก่อนที่มารดาจะคลอดก่อนกำหนดนั้น มารดาจะมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่จะได้รับผลกระทบจากการนอนเตียงและถูกจำกัดกิจกรรมเป็น เวลานาน เช่น ท้องผูก น้ำหนักลด กล้ามเนื้ออ่อนแรง อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า รับประทานปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน ตลอดจนการฟื้นฟูร่างกายในระยะหลังคลอดยาวนานขึ้น ทั้งนี้มารดาอาจจะได้รับ ภาวะแทรกซ้อนจากยาขับยั้งการหดตัวของมดลูก เช่น ปวดศีรษะ ภาวะน้ำเกินจากการคั่งของ โซเดียมและน้ำเมื่อได้รับยาต่อเนื่องเป็นเวลานาน ๆ (ลวิ เบาทรวง, 2555)

ด้านจิตใจ การคลอดก่อนกำหนดส่งผลต่อจิตใจและอารมณ์ของมารดา โดยพบว่า มารดาจะเกิดความรู้สึกกลัว เสียใจกับความไม่รู้และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ไม่มีความสุข รู้สึกผิด ที่การคลอดบุตรไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ ความยินดีปรีดาทั้งหลายก็กลายเป็นความวิตกกังวล ความตึงเครียด (Benevento et al., 2011) มารดาที่คลอดก่อนกำหนดจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ต่ำ ความรู้สึกในการยอมรับ ฟังพอใจและเห็นค่าตนเองลดลง ขาดความเชื่อมั่นในการกระทำสิ่ง

ต่าง ๆ เนื่องจากทารกมีขนาดตัวที่เล็ก ไม่น่าดู ผิวหนังบาง เที่ยว่น ส่งผลทำให้มารดาเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Amankwaa et al., 2007) ซึ่งการคลอดก่อนกำหนดและการที่ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักน้อยกว่า 1500 กรัม เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Helle et al., 2015) การคลอดก่อนกำหนดเป็นประสบการณ์ที่ทำให้มารดาเกิดบาดแผลภายในใจ ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้า และวิตกกังวลอีกด้วย (Kersting et al., 2004) โดยมารดาที่คลอดทารกในช่วงอายุครรภ์ 24-32 สัปดาห์ พบว่า จะมีอาการซึมเศร้าหลังคลอดทารก 1 เดือน สูงถึงร้อยละ 40 จากการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (The Edinburgh Postnatal Depression Scale: EPDS) และยังทารกคลอดก่อนกำหนดมากเท่าไรหรือมีน้ำหนักแรกคลอดต่ำมาก ยิ่งทำให้มารดาเกิดความเครียดและซึมเศร้าได้มากกว่านั้น (Davis et al., 2003)

ด้านสัมพันธภาพ การคลอดก่อนกำหนดทำให้ทารกที่คลอดก่อนกำหนดมักจะมีปัญหาสุขภาพและจะต้องถูกแยกจากมารดาทันทีภายหลังคลอดเพื่อเข้ารับการรักษา ทำให้มารดาไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพหรือให้นมบุตรในระยะแรกเกิด เป็นการขัดขวางการทำหน้าที่บทบาทมารดา (Holditch-Davis & Miles, 2000) ทำให้มารดาไม่สามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้ ส่งผลต่อมารดาและครอบครัวตามมา

4.3 ผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม

การคลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งทางด้านจิตใจ สัมพันธภาพ ตลอดจนเศรษฐกิจและสังคม ดังนี้

ด้านจิตใจ การคลอดก่อนกำหนดทำให้สภาพร่างกายของทารกไม่สมบูรณ์แข็งแรงไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้เหมือนทารกที่คลอดปกติและต้องเข้ารับการรักษา ทารกจึงถูกแยกจากบุคคลในครอบครัวในระยะหลังคลอดเป็นเวลานาน ทำให้ขาดความผูกพันระหว่างครอบครัวและทารกได้ ส่งผลทำให้ครอบครัวเกิดความเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของทารก (Bicking & Moore, 2012)

การคลอดก่อนกำหนดยังส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส เนื่องจากการเจ็บป่วยของทารกทำให้มารดาต้องดูแลทารกเพิ่มมากขึ้น มารดามีเวลาน้อยลงทำให้ความใส่ใจในการดูแลตนเองและคู่สมรสน้อยลง ประกอบกับภาวะเจ็บป่วยของบุตรทำให้เกิดความเครียดแก่ทั้งบิดาส่งผลให้เกิดปัญหาระหว่างคู่สมรสตามมา เกิดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างมารดาหลังคลอดและสามี ซึ่งนำไปสู่การหย่าร้างได้ (Alkozei, McMahon, & Lahav, 2014)

เศรษฐกิจของครอบครัว การคลอดก่อนกำหนดทำให้ทารกต้องเข้ารับการรักษาทันทีหลังคลอด การดูแลบุตรที่เจ็บป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายอีกทั้งต้องคอยดูแลติดตามสุขภาพของทารกทำให้ไม่สามารถทำงานเพื่อหารายได้ เกิดเป็นปัญหาทางเศรษฐกิจของครอบครัว และอาจ

ก่อให้เกิดความเครียดตามมา นอกจากนี้รัฐบาลต้องใช้เจ้าหน้าที่และงบประมาณจำนวนมากในการดูแลทารกกลุ่มนี้ ซึ่งสูงมากประมาณ 170,000 บาทต่อราย (สายฝน ชาวลาโพบูลย์, 2553)

การคลอดก่อนกำหนดมีผลต่อสุขภาพร่างกายของทารก จากการที่ระบบต่าง ๆ ของทารกยังทำงานไม่สมบูรณ์ เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ทารกต้องเข้ารับการรักษา และต้องแยกจากมารดาตั้งแต่ระยะหลังคลอดทันที ทำให้มารดาไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพหรือให้นมบุตรในระยะแรกเกิด เป็นการขัดขวางการทำหน้าที่บทบาทมารดา จึงทำให้สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกลดลง มีผลต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของทารกในอนาคต นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวในด้านจิตใจ และเศรษฐกิจ สังคม การมีบุตรคลอดก่อนกำหนด และสุขภาพไม่แข็งแรงเป็นสิ่งที่มารดาไม่คาดหวังทำให้เกิดความรู้สึกกลัวว่าจะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียบทบาทการเป็นมารดา และอาจจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนด

1. ความหมายของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนด

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความแปรปรวนทางอารมณ์ ความคิด การรับรู้ต่าง ๆ

ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะหลังคลอด ส่งผลต่อความรู้สึกเศร้าโศก เสียใจ มองตนเองในแง่ลบ ต่ำห็นตนเอง มีพฤติกรรมนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร มีความคิดอยากตาย อาการซึมเศร้าหลังคลอดสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาในช่วง 1 ปีแรกหลังคลอด และมักพบมากที่สุดในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด โดยจะมีอาการนานมากกว่า 2 สัปดาห์ ซึ่งเป็นความผิดปกติทางอารมณ์และจิตใจของมารดา ที่มีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมตลอดจนการแสดงออกของมารดา โดยจะมีอาการและอาการแสดงคือ ไม่มีความสุข อารมณ์เศร้า อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีความวิตกกังวล รู้สึกผิด รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า รู้สึกโดดเดี่ยว หวาดกลัว คิดหมกมุ่น เก็บตัว เศร้าโศก ขาดความสนใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เหนื่อยล้า ความคิดสับสน มีความคิดทางลบกับบุตร และมีความคิดอยากทำร้ายบุตร เบื่ออาหาร การนอนหลับเปลี่ยนแปลง และถ้าไม่ได้รับการดูแลหรือแก้ไขที่เหมาะสม อาจกลายเป็นโรคจิตหลังคลอด (Beck, 1993; Beck & Driscoll, 2006; Mehta & Mehta, 2014; Graves & Johnson, 2015)

2. อุบัติการณ์เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

อุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนดมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับอายุครรภ์ของมารดา น้ำหนักทารกแรกเกิด เครื่องมือที่ใช้ในการวัด และช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Vigod, Villegas, Dennis, & Ross,

2010) การประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่ใช้แบบประเมิน Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) และใช้จุดตัดที่คะแนนมากกว่า 12 คะแนน (Cut-off of > 12) พบว่า มารดาที่คลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์น้อยกว่า 33 สัปดาห์ หรือน้ำหนักทารกแรกเกิด น้อยกว่า 1,500 กรัม มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 4 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 40.30 (Davis et al., 2003) ส่วนการศึกษาของ Korja et al. (2008) พบ ภาวะซึมเศร้าในช่วงหลังคลอด 6-12 เดือน เป็นร้อยละ 12.60 ในกรณีมารดาที่คลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์มากกว่า 33 สัปดาห์ หรือน้ำหนักทารกแรกเกิดมากกว่า 1,500 กรัม พบ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 8 สัปดาห์ ร้อยละ 15.40 (Drewett, Blair, Emmett, & Emond, 2004) และ 12.50 (Veddoivi, Kenny, Gibson, Bowen, & Starte, 2004) ส่วนในระยะ 16 สัปดาห์หลังคลอด พบได้ ร้อยละ 8.50 (Nielsen, Videbech, Hedegaard, Dalby, & Secher, 2000) จากอุบัติการณ์ที่พบในการทบทวนวรรณกรรม สรุปว่า ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนดมีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 8.5-40.3 ซึ่งจะพบในช่วงต้นของระยะหลังคลอด (ช่วง 4-6 สัปดาห์) มากกว่าช่วงหลังของระยะหลังคลอด (4 หรือ 6 สัปดาห์ขึ้นไป ถึง 1 ปี) และจะพบได้สูงในมารดาที่คลอดก่อนอายุครรภ์ 33 สัปดาห์ หรือทารกน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม เนื่องจากการทารกมีขนาดตัวเล็ก ไม่แข็งแรง ทำให้ถูกแยกจากมารดาทันทีหลังคลอดเพื่อเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดป่วย (Sick newborn) ส่วนอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนดในประเทศไทยที่ทำการศึกษาในระยะหลังคลอด 4-6 สัปดาห์ พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 48.39 (รัตติกานต์ รักษาภักดี และคณะ, 2561) การทราบถึงสาเหตุจะทำให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลแก่มารดาหลังคลอดที่มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้อย่างทันที่

3. สาเหตุของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดนั้นเกิดจากสาเหตุใดยังไม่ทราบชัดเจน อาจเกิดจากสาเหตุทางกายร่วมกับภาวะจิตอารมณ์ สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้ามีดังนี้

3.1 ความเครียดในระหว่างตั้งครรภ์ กล่าวคือ ความเครียดเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองทางด้านอารมณ์และความรู้สึกของมารดาเกี่ยวกับการเผชิญกับเหตุการณ์หรือสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้นรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในช่วงระหว่างตั้งครรภ์ ตลอดจนการปรับบทบาทการเป็นมารดา ส่งผลทำให้มารดาเกิดความเครียด วิตกกังวล รวมทั้งมีภาวะอารมณ์แปรปรวนตามมา ซึ่งความเครียดของมารดาจะเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอดโดยมารดาที่มีความเครียดสูงจะเกิดภาวะซึมเศร้าสูง (Amankwaa et al., 2007)

3.2 ภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์ โดยมารดาหลังคลอดที่เคยมีประวัติการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนคลอด จะมีอาการขาดความสนใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการนอน

หลับผิดปกติ อ่อนเพลีย รู้สึกหมดหวัง จากการศึกษาของ Beck (2001) พบว่า มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าในขณะที่ตั้งครรภ์สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ ($r = .44-.46$)

3.3 การสนับสนุนทางสังคมต่ำ จากการศึกษาของ Ballantyne, Benzies, and Trute (2015) มารดาหลังคลอดก่อนกำหนดต้องการการสนับสนุนจากสังคม ทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านการประเมินผล การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด พบว่ามารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำจะเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูง

3.4 มารดาหลังคลอดที่มีประวัติซึมเศร้า จะมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ไม่สามารถปรับตัวเพื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ จากการศึกษาของ Henshaw, Foreman, and Cox (2004) พบว่า มารดาที่มีประวัติซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ จะมีค่าคะแนน EPSSD สูงในระยะหลังคลอด 6 เดือน มากกว่ามารดาหลังคลอดที่ไม่มีประวัติปัญหาทางด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$) แสดงว่า มารดาหลังคลอดที่มีประวัติปัญหาทางด้านสุขภาพจิตจะเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ามารดาหลังคลอดที่ไม่มีประวัติปัญหาทางด้านสุขภาพจิต

3.5 การลดลงของ ฮอร์โมน Estrogen และฮอร์โมน Progesterone ในระยะหลังคลอดทันที มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงฮอร์โมน Prolactin ที่เพิ่มสูงขึ้นในระยะหลังคลอด และการลดลงของฮอร์โมน Norepinephrine และฮอร์โมน Thyroxine ที่อาจจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะอาการซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Graves, & Johnson, 2015)

3.6 สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ ความไม่มั่นคงทางการเงินรายได้ พบว่า มารดาที่มีรายได้ได้น้อยจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จากการมีข้อจำกัดในด้านการเงิน มารดาที่มีรายได้ได้น้อยจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จากการมีข้อจำกัดในด้านการเงิน มารดาหลังคลอดที่คลอดทารกก่อนกำหนดจะมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาทารกเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับมารดาที่คลอดทารกครบกำหนด โดยมารดาที่มีรายได้ต่ำจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ามารดาที่มีรายได้ของครอบครัวสูงเนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านการเงิน การเลือกทรัพยากรต่าง ๆ ที่จำกัด (สายฝน ขวาลไพบลีย์, 2553)

3.7 มารดาที่มีอายุน้อย มารดาหลังคลอดที่มีอายุน้อยจะเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่ามารดาที่มีอายุมาก เนื่องจาก มีความแตกต่างกันทางวุฒิภาวะทางอารมณ์ การจัดการความเครียด และประสบการณ์ จากการศึกษาของ Gulamani et al. (2013) เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของมารดา ซึ่งทำการศึกษาในมารดาที่คลอดครบกำหนด จำนวน 170 คน และมารดาที่คลอดก่อน

กำหนด จำนวน 34 คน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด กล่าวคือ มารดาที่มีอายุน้อยจะเกิดภาวะซึมเศร้าสูง

3.8 การคลอดที่ผิดปกติ เช่น การตกเลือดหลังคลอด การคลอดยาก มีการติดเชื้อ ต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด และการคลอดที่ไม่เป็นไปตามคาดหวัง โดยเฉพาะการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งทารกต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ได้สูงกว่าผู้ที่คลอดครบกำหนด (Gulamani et al., 2013) อธิบายได้ด้วยแนวคิด ภาวะเศร้าโศก (Grief) และภาวะสูญเสีย (Loss) ของ Kubler-Ross and Kesster (2007) การคลอดทารกก่อนกำหนด ส่งผลให้ทารกไม่สมบูรณ์แข็งแรง ต้องเข้ารับการรักษาทันทีหลังคลอด และสิ่งที่ตามมาคือ มารดาจะรู้สึกสูญเสียทารกอันเป็นที่รักและบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งก็คือความเศร้าโศกเสียใจ เกิดเป็นภาวะเศร้าโศก (Grief) และภาวะสูญเสีย (Loss) ซึ่งความเศร้าโศกเป็นกระบวนการตอบสนองตามปกติของบุคคลหรือครอบครัวที่เกิดขึ้นหลังจากการสูญเสีย (ทิพย์สุดา สำเนียงเสนาะ, 2556) และส่งผลกระทบต่อมารดา ทารก และครอบครัว

4. ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในมารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนด

การคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกเกิดการเจ็บป่วยและตายเพิ่มขึ้น และส่งผลให้มารดามีภาวะเครียดและซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งส่งผลกระทบต่าง ๆ ดังนี้

4.1 ผลกระทบต่อมารดา ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดส่งผลกระทบต่อมารดา ดังนี้

4.1.1 การดำเนินชีวิตและการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดจนคุณภาพชีวิตของมารดา ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดส่งผลกระทบต่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือทำหน้าที่ตามปกติของมารดา โดยมารดาจะสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกาย จากความเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงไป ไม่มีความอยากอาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง ไม่มีความสุขในชีวิตประจำวัน เชื่องซึม และสูญเสียพลังงาน มารดาจะสนใจและดูแลตนเองลดลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของมารดาไม่ดี (ฉวี เบาทรงวง, 2555)

4.1.2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดส่งผลกระทบต่อมารดา จะส่งผลให้บุคคลมองตัวเองไร้ค่า ไร้ความสามารถ มองสิ่งแวดลอมบิดเบือนจากความจริง ถ้าไม่สามารถปรับตัวเพื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ก็จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ ทำให้อารมณ์แปรปรวน พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง หากมารดาที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ มารดาจะคิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มีความสามารถในการกระทำสิ่งใด (นภัสนันท์ สุขเกษม, รัชณี เรื่องพรวิสุทธิ และวีรพันธ์ ศิริฤทธิ์, 2559) มารดาที่คลอดก่อนกำหนดจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

4.1.3 บทบาทการเป็นมารดา มารดาหลังคลอดจะต้องปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งเป็นพื้นฐานในการสร้างความสัมพันธ์กับบุตรอย่างต่อเนื่องไปจนตลอดชีวิตที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับบทบาทการเป็นมารดา เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นปกติตามระยะพัฒนาการ ถ้ามารดาสามารถปรับตัวได้ความเครียดก็จะสามารถหายได้เอง แต่การคลอดก่อนกำหนดจะทำให้มารดามีความเครียดมากกว่าปกติ (Davis et al., 2003; Vigod et al., 2010) มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะมีการปรับบทบาทมารดาไม่มีประสิทธิภาพ มองเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตในด้านลบ ส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองและทารกไม่เหมาะสม (Gulamani et al., 2013)

4.1.4 สัมพันธภาพกับครอบครัวและบุคคลอื่น มารดาคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะมีการตอบสนองทางด้านอารมณ์ไม่เหมือนปกติ เพราะมีอาการเซื่องซึม ไม่สนใจบุคคลอื่น ทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและบุคคลรอบข้างลดลง เกิดความห่างเหิน และความไม่เข้าใจกันเกิดขึ้น อาจเกิดความตึงเครียดและความขัดแย้งภายในครอบครัวตามมา (อภิรัช อินทรางกูร ณ อยุธยา, 2554; Bergstrom, Wallin, Thomson, & Flacking, 2012)

4.1.5 สัมพันธภาพกับทารก มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความรู้สึกด้านลบกับบุตร มีการตอบสนองความต้องการของบุตรน้อยลง ไม่มีความสุข ทำให้การสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตรเป็นไปในทางที่ไม่ดี มารดาจะปฏิเสธไม่สนใจที่จะดูแลทารก ทั้งในด้านกิจวัตรประจำวันและด้านอื่น ๆ เช่น ไม่ดูแลทารก หลีกเลี่ยงการเยี่ยมบุตรเมื่อบุตรนอนโรงพยาบาล เป็นต้น (Tahirkheli, Cherry, Tackett, McCaffree, & Gillaspay, 2014)

4.2 ผลกระทบต่อบุตร ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดส่งผลต่อทารก ดังนี้

4.2.1 ด้านร่างกาย พบว่า ทารกมีปัญหาเกี่ยวกับการนั่ง การยืน การเดิน ทารกมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ การเจริญเติบโตไม่สมวัย (มีภาวะแคระแกร็น) (Gulamani et al., 2013) มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะปฏิเสธ ไม่สนใจในการดูแลและปกป้องบุตร และยังเพิ่มโอกาสในการใช้ความรุนแรงต่อทารก เช่น มีความคิดทำร้ายทารกหรือลงมือทำร้ายทารก เมื่อทารกทำในสิ่งที่ตนเองไม่พอใจ เนื่องจากมารดามีอารมณ์แปรปรวน พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง และยังพบว่าทารกที่มารดามีภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดจะเพิ่มอัตราการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงกว่าทารกทั่วไปในระยะหลังคลอด (Records & Rise, 2007)

4.2.2 ด้านสติปัญญา จากศึกษาของ Treyvaud et al. (2010) พบว่า ทารกที่เกิดจากมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาพัฒนาการทางด้านสติปัญญา รวมไปถึงพัฒนาการทางด้านภาษาที่ล่าช้ากว่าทารกที่เกิดจากมารดาทั่วไปที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

โดยทารกจะร้องกวน งอแงและสงบยาก แสดงให้เห็นว่าทารกมีพฤติกรรม ความเครียดมากกว่าทารกที่คลอดจากมารดาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ทารกจะมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ ซึ่งการนอนหลับจะส่งผลต่อการพัฒนาสมองของทารก และยังพบว่า เมื่อเด็กอายุ 1 ปีขึ้นไป จะมีพฤติกรรมแยกตัว สนใจสังคมน้อยลง โดยทารกที่เจริญเติบโตจากมารดาที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า ร้อยละ 10-16 มีพัฒนาการความผิดปกติด้านจิตใจแบบจิตเภทเมื่อทารกเติบโตเป็นผู้ใหญ่ (พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gulamani et al. (2013) พบว่าทารกที่เกิดจากมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะมีพัฒนาการด้านอารมณ์ช้า เกิดความผิดปกติทางสังคม เช่น มีความวิตกกังวลสูง สมาธิสั้น ก้าวร้าว หรืออารมณ์ร้อน เป็นต้น มีระดับสติปัญญาต่ำ เช่น ด้านภาษา ด้านความฉลาดทางปัญญา (Intelligence quotient) และเมื่อเติบโตขึ้นทารกจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตด้วย

4.3 ผลกระทบต่อครอบครัว ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดส่งผลกระทบต่อครอบครัว ดังนี้

4.3.1 สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะมีความรู้สึก เครียด ไม่มีความสุข หดหู่ใจในการใช้ชีวิต รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเกิดความตึงเครียด สูญเสียความสนใจในชีวิตสมรส ทำให้เกิดความบกพร่องในด้านการสื่อสาร โดยเฉพาะความสัมพันธ์ทางเพศกับสามีเกิดปัญหาสุขภาพทางเพศตามมา ชีวิตสมรสไม่ราบรื่น ส่งผลให้เกิดปัญหาความรุนแรงระหว่างคู่สมรสและเกิดการหย่าร้างตามมา (พัทรวีไล ศรีแสง, 2549) ในคู่สมรสที่มารดามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จะมีความรู้สึกเกิดความขัดแย้งในใจ คับข้องใจ และไม่สามารถแสดงบทบาทสามีได้เต็มที่ (Davey et al., 2006)

4.3.2 ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว นอกจากนี้มารดาที่มีภาวะซึมเศร้า จะเกิดความห่างเหิน มีพฤติกรรมแยกตัว ไม่สนใจบุคคลรอบข้าง และมีความไม่เข้าใจกันเกิดขึ้น มารดามักมีความยุ่งยากต่อการมีสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวลดการมีปฏิสัมพันธ์กับมารดาหลังคลอดลง (อภิรัช อินทรางกูร ณ อยุธยา, 2554)

4.3.3 เศรษฐกิจของครอบครัว มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มภาระแก่ครอบครัว ในการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ ค่าใช้จ่ายของครอบครัวเพิ่มขึ้นจากการดูแลและรักษามารดา ตลอดจนมารดาไม่สามารถทำงานได้อาจจะเกิดความตึงเครียด และความขัดแย้งภายในครอบครัวตามมา (Ihongbe & Masho, 2017)

สรุป ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตและการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดจนคุณภาพชีวิตของมารดา และบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด การปรับบทบาทมารดา ไม่มีประสิทธิภาพส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองและทารกไม่เหมาะสม มารดาจะปฏิเสธ ไม่สนใจที่จะดูแลทารก ทำให้ทารกที่เกิดจากมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาพัฒนาการ

ทางด้านสติปัญญาและด้านร่างกายที่ล่าช้ากว่าทารกที่เกิดจากมารดาทั่วไป ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า หลังคลอด นอกจากนี้มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวน้อยลง เกิดความห่างเหิน และมีความไม่เข้าใจกันเกิดขึ้น สัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง สมาชิกใน ครอบครัวลดลง ส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัว โดยมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าจะเพิ่ม ภาระแก่ครอบครัวในการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ ค่าใช้จ่าย ของครอบครัวเพิ่มขึ้นจากการดูแลและรักษามารดา จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อ ทุกคนที่เกี่ยวข้องกับมารดา จึงมีความจำเป็นที่จะต้องประเมินการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในมารดาที่คลอดก่อนกำหนดเพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสม

5. การประเมินภาวะซึมเศร้าในมารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนด

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นความผิดปกติทางอารมณ์และจิตใจที่เกิดขึ้นในช่วงหลัง คลอด โดยอาการของภาวะซึมเศร้านั้นจะมีความรุนแรงตั้งแต่เล็กน้อยจนกระทั่งรุนแรงมากจน กลายเป็นภาวะโรคจิตหลังคลอด มีการสร้างเครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมี หลากหลายแบบขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และการนำไปใช้ ซึ่งในประเทศไทยส่วนใหญ่แบบประเมิน ภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินตนเอง (Self-report) ดังนี้

5.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง (Self-report) ที่สร้างขึ้นโดย Cox et al. (1987) ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย มีการแปลหลายภาษา ค่า Sensitivity และ Specificity จะมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับคะแนน Cut-off และช่วงเวลาที่ทำการคัดกรอง ในประเทศอังกฤษใช้แบบประเมิน ภาวะซึมเศร้า (EPDS) ในการคัดกรองมารดาหลังคลอด 6-8 สัปดาห์ทุกคน เป็น Self-report questionnaire ให้มารดาหลังคลอดประเมินความรู้สึกของตัวเองในช่วง 7 วันที่ผ่านมา มีทั้งหมด 10 ข้อ เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล แต่ละข้อมีค่าคะแนน 0-3 (คะแนนรวม 0-30) ใช้เวลาในการประเมิน 5 นาที แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (EPDS) เป็นเพียงเครื่องมือคัดกรอง การวินิจฉัยจำเป็นต้องทำโดยแพทย์

สำหรับในประเทศไทยมีการนำแบบประเมิน EPDS มาแปลเป็นภาษาไทยโดย กมลรัตน์ วัชรภรณ์ และคณะ (2546) มีการพัฒนาจุดตัดให้เหมาะสมกับคนไทย แบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ คะแนนทั้งฉบับเต็ม 30 คะแนน โดยจะมีข้อคะแนน ทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยนำมาใช้ประเมินมารดาหลังคลอดที่มารับการตรวจในช่วง 4-6 สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์จำนวน 150 ราย และนำมาเปรียบเทียบกับการสัมภาษณ์จากจิตแพทย์ โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM IV) และแบบประเมิน โรคซึมเศร้าด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่า มีความไว (Sensitivity) ร้อยละ 66.67 และความจำเพาะ

(Specificity) ร้อยละ 93.75 และเมื่อเปรียบเทียบกับแบบประเมินโรคซึมเศร้าแบบตอบด้วยตนเอง พบว่า มีค่าความไวร้อยละ 100 และความจำเพาะ ร้อยละ 92.57 หลังจากปรับค่าจุดตัดของแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าหลังคลอดภาษาไทยจาก 13 คะแนน เป็น 11 คะแนน พบว่า มีค่าความไวที่สูงขึ้น คือ ร้อยละ 100 แบบประเมิน EPDS เป็นเครื่องมือที่ใช้อย่างแพร่หลายที่ประเมินภาวะซึมเศร้าได้ในทุกระยะหลังคลอด เนื่องจากมีการทดสอบค่าความเที่ยงและความตรงในกลุ่มมารดาหลังคลอด มีค่าความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดี มีค่าความตรงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดี และแบบประเมิน EPDS มีผู้นำมาแปลและใช้อย่างแพร่หลายในหลายประเทศ และในประเทศไทยมีผู้นำมาใช้ในมารดาหลังคลอดอย่างหลากหลาย

5.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด The Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) เป็นแบบประเมินของ Beck (2001) สร้างขึ้นโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าหลังคลอดของ Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders-Fourth Edition ซึ่งจำแนกเป็นโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรง (Major depression) และไม่รุนแรง (Minor depression) นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย อานนท์ วิทยานนท์, ทิพวรรณ เลียบสถิตระกุล และจารุรินทร์ ปีตานุพงษ์ (2549) ใช้ประเมินมารดาหลังคลอดที่ 6-8 สัปดาห์ จำนวน 400 ราย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2546 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2547 ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคใต้ของประเทศไทย โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าหลังคลอดจำแนกเป็นโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรง (Major depression) และไม่รุนแรง (Minor depression) ของ Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders-Fourth Edition ผลการวิจัยพบว่า ข้อคำถามในแบบสอบถามน่าเชื่อถือ โดยมี Cronbach's alpha เท่ากับ 0.9

ในการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ในการประเมินมารดาหลังคลอดที่คลอดทารกก่อนกำหนดเนื่องจากเครื่องมือมีค่าความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดี มีค่าความตรงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดี มีการนำมาใช้ที่หลากหลายและมีระดับการให้คะแนนที่ชัดเจน ง่ายต่อการแปลผล จำนวนข้อคำถามจำนวนน้อย คำถามเข้าใจง่ายชัดเจน และใช้ระยะเวลาในการตอบคำถามไม่มาก

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในมารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนด

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้ามีทั้งปัจจัยหลักและปัจจัยร่วม อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาคลอดก่อนกำหนด มีหลายปัจจัยร่วมกัน สามารถสรุปเป็น

ปัจจัยด้านต่างๆ 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านทารก ปัจจัยด้านมารดา และปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม ดังนี้

1. ปัจจัยด้านทารก ที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ได้แก่ น้ำหนักของทารก ความเจ็บป่วยของทารก ระยะเวลาการนอน โรงพยาบาล ดังนี้

1.1 ทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 1,500 กรัม (มาโนช หล่อตระกูล และเอกชัย เพชรพรประภาส, 2552; Gray, Edwards, O'Callaghan, Cuskelly, & Gibbons, 2013; Herguner et al., 2013) ทารกที่คลอดอายุครรภ์ที่น้อยมากทำให้ทารกมีปัญหาเกี่ยวกับระบบต่าง ๆ ในร่างกาย มากตามไปด้วย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระยะเวลาในการนอน โรงพยาบาลให้นานขึ้น ทำให้มารดาวิตกกังวล เกี่ยวกับสภาพของทารกส่งผลให้มารดาเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา น้ำหนักของทารก จากการศึกษา ของ Herguner et al. (2013) ในมารดา จำนวน 105 คน โดยเป็นมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม 35 คน มารดาที่คลอดทารกน้ำหนักตัว 1,500-2,500 กรัม จำนวน 35 คน และมารดา ที่คลอดทารกน้ำหนักตัวมากกว่า 2,500 กรัม จำนวน 35 คน พบว่ากลุ่มมารดาที่คลอดบุตรน้ำหนัก ตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม มีร้อยละของมารดาที่มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (คะแนน EPSSD) สูงกว่ากลุ่มมารดาที่คลอดคลอดบุตรน้ำหนักตัวมากกว่า 1,500 กรัม อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ น้ำหนักตัวของทารกแรกเกิดและอายุครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้า หลังคลอดในกลุ่มมารดาที่มีน้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำกว่า 1,500 กรัม ในระดับปานกลาง ($r = -.446, p = .007$ และ $r = -.354, p = .037$) นั่นคือ น้ำหนักทารกแรกเกิดที่น้อยลงและอายุครรภ์ที่น้อยลงมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (คะแนน EPSSD) ของมารดาที่คลอดบุตรน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม และน้ำหนักของทารกแรกเกิดเป็นปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ในระดับต่ำ (OR = 1.009; $p = .005$; 95 % CI 1.003-1.016)

1.2 ความเจ็บป่วยของทารก ซึ่งจะประเมิน โดยแพทย์ที่ทำการรักษา แบ่งเป็น 6 รายการ ดังนี้ 1) คลอดก่อนกำหนดหรือไม่ 2) ใช้เครื่องช่วยหายใจหรือไม่ 3) ได้เพิ่มความดันโลหิตหรือไม่ 4) ต้องใช้ออกซิเจนช่วยหายใจหรือไม่ 5) มีความผิดปกติตั้งแต่กำเนิดที่สำคัญ หรือมีความผิดปกติของโครโมโซม และ 6) มีการบาดเจ็บที่รุนแรงของระบบประสาทส่วนกลางหรือไม่ โดยให้ตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ซึ่งถ้าตอบ “ใช่” จะให้ 1 คะแนน และถ้าตอบ “ไม่ใช่” จะให้ 0 คะแนน คะแนนรวม 0 คะแนน หมายถึง ความรุนแรงน้อย ถึง 5 คะแนน หมายถึง ความรุนแรงมาก (Lefkowitz, Baxt, & Evans, 2010) การเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิดป่วย มารดาคลอดก่อนกำหนดที่ทารกมีอายุครรภ์แรกคลอดและมีน้ำหนักน้อย จะทำให้เพิ่มระยะเวลาในการนอน โรงพยาบาลนานขึ้นและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Gray et al., 2013)

1.3 ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของทารกที่คลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ทารกต้องนอนในโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดป่วย สามารถทำนายการเกิดภาวะซีมเศร้าหลังคลอดในมารดาได้ ซึ่ง Herguner et al. (2013) ได้ทำการศึกษาในมารดา 105 คน โดยเป็นมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม จำนวน 35 คน มารดาที่คลอดทารกน้ำหนักตัว 1,500-2,500 กรัม จำนวน 35 คน และมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักตัวมากกว่า 2,500 กรัม 35 คน อย่างไรก็ตามเมื่อหาปัจจัยทำนายภาวะซีมเศร้าหลังคลอด พบว่า ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล สามารถทำนายการเกิดภาวะซีมเศร้าหลังคลอดได้ในระดับต่ำ (OR = 1.074; $p = 0.01$; 95 % CI 1.017-1.133) แต่จากการศึกษาของ Lefkowitz et al. (2010) ที่ทำการศึกษาในมารดา จำนวน 86 คน และบิดา 41 คน หลังคลอดที่ทารกได้เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดป่วยกลับไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลกับภาวะซีมเศร้าของมารดาหลังคลอด

2. ปัจจัยด้านมารดา ปัจจัยส่วนบุคคลของมารดาเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์หรือมีผลต่อภาวะซีมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ การศึกษา อายุ รายได้ สถานภาพสมรส และด้านจิตสังคม ดังนี้

2.1 การศึกษา มารดาที่มีการศึกษาดำจะมีความรู้ไม่เพียงพอต่อการหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลตนเองและบุตร มีโอกาสเข้าถึงการบริการต่าง ๆ ทางการแพทย์ได้น้อย (สายฝน ชาวลาไพบูลย์, 2553) มารดาที่มีระดับการศึกษาดำจะเกิดภาวะซีมเศร้าหลังคลอดมากกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาที่สูง จากการศึกษาของ Davis et al. (2003) จากการศึกษาของ Ihongbe and Masho (2017) ในมารดาที่คลอดก่อนกำหนดและมารดาที่มีอาการแสดงของภาวะซีมเศร้าหลังคลอด ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2009-2011 จำนวน 55,681 คน พบว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมหรือต่ำกว่านี้ จะมีความรู้ไม่เพียงพอต่อการหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลตนเองและบุตร มีโอกาสเข้าถึงการบริการต่าง ๆ ทางการแพทย์ได้น้อย ทำให้เกิดภาวะซีมเศร้าหลังคลอด (OR = 1.360; 95% CI 1.260-1.480)

2.2 รายได้ มารดาหลังคลอดที่คลอดทารกก่อนกำหนดจะมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาทารกเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับมารดาที่คลอดทารกครบกำหนด โดยมารดาที่มีรายได้ต่ำจะเกิดภาวะซีมเศร้าได้มากกว่ามารดาที่มีรายได้ของครอบครัวสูงเนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านการเงิน การเลือกทรัพยากรต่าง ๆ ที่จำกัด ตลอดจน (สายฝน ชาวลาไพบูลย์, 2553) มารดาที่มีรายได้ต่ำ (รายได้ครอบครัวน้อยกว่า 20,000 บาทต่อเดือน) จะเกิดภาวะซีมเศร้าได้มากกว่ามารดาที่มีรายได้ของครอบครัวสูง เนื่องจากการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดทำให้มีค่าใช้จ่ายสูง มารดาที่มีรายได้

ครอบครัวต่ำจึงมีความจำกัดด้านการเงิน จึงเพิ่มโอกาสที่จะเกิดภาวะซีมีเสร์้าหลังคลอดได้มากกว่า (OR = 2.300; 95 % CI 2.080-2.540) (Ihongbe & Masho, 2017)

2.3 อายุ จากการศึกษาของ Gulamani et al. (2013) เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของมารดา ซึ่งทำการศึกษาในมารดาที่คลอดครบกำหนด จำนวน 170 คน และมารดาที่คลอดก่อนกำหนด จำนวน 34 คน พบว่า อายุของมารดาหลังคลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซีมีเสร์้าหลังคลอด ($p = .03$) แต่เป็นปัจจัยที่ทำนายภาวะซีมีเสร์้าหลังคลอดได้ในระดับต่ำ (OR = 1.032; 95 % CI 0.95-1.120)

2.4 สถานภาพสมรส เป็นลักษณะทางประชากรที่ประเมินลักษณะสถานภาพการสมรส ว่าโสด สมรส แยกกันอยู่ หย่าร้าง หม้าย หรืออยู่ด้วยกันแต่ไม่ได้จดทะเบียนสมรส สถานภาพสมรสเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซีมีเสร์้าหลังคลอด มารดาที่ไม่ได้แต่งงานหรือมารดาที่ต้องอยู่คนเดียว ดูแลทารกเพียงคนเดียว จะทำให้เกิดภาวะซีมีเสร์้าหลังคลอดได้ (OR = 1.640; 95 % CI 1.520-1.780) Ihongbe and Masho (2017) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ballantyne et al. (2015) พบว่า มารดาที่เป็นแม่เลี้ยงเดียวมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซีมีเสร์้าหลังคลอด ($r = .18, p < .01$)

2.5 ความเครียดของมารดา จากการศึกษาของ นลินี สิทธิบุญมา (2558) ในมารดาหลังคลอดครั้งแรก จำนวน 85 ราย โดยใช้แบบประเมินความเครียดสวนปรง พบความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเสร์้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดระดับปานกลาง ($r = .463, p < .01$) ส่วนการศึกษาในต่างประเทศซึ่งทำในมารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนด จำนวน 23 คน อายุ 18-42 ปี พบว่า มารดาที่คลอดก่อนกำหนดจะเกิดความเครียด โดยความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซีมีเสร์้าหลังคลอด กล่าวคือ มารดาที่มีความเครียดสูงจะเกิดภาวะซีมีเสร์้าสูง ($r = .59, p < .05$) (Amankwaa et al., 2007) ส่วนการศึกษาของ Lefkowitz et al. (2010) ที่ทำการศึกษาในมารดาจำนวน 86 คน และบิดา จำนวน 41 คน หลังคลอดที่ทารกได้เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดป่วย พบว่าความเครียดของมารดาเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสภาพร่างกาย และการเจ็บป่วยของทารกที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด หรือมารดาอาจถูกพรากจากทารกทันทีหลังคลอด ทำให้สายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกถูกขัดขวาง เป็นเหตุให้มารดาเครียดและวิตกกังวล เป็นผลให้เกิดภาวะซีมีเสร์้าหลังคลอด วิธีการเผชิญความเครียดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซีมีเสร์้าหลังคลอด ($r = .65, p < .01$)

2.6 ความผาสุกของมารดา และความสบายด้านอารมณ์ของมารดา จากการศึกษาของ Hawes et al. (2016) ในมารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนด จำนวน 734 คน ซึ่งทารกหลังคลอดได้เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต (Newborn intensive care unit: NICU) มากกว่า

5 วัน พบว่า ความผาสุกของมารดา (Maternal well-being) ซึ่งเป็นความรู้สึกถึงความพร้อมทางด้านอารมณ์และความสามารถของมารดาในการดูแลทารกตลอดก่อนกำหนด และความสุขสบายด้านอารมณ์ของมารดา ซึ่งเป็นระดับความรู้สึกทุกข์ใจ กังวลใจ และคำนึงถึงภาวะสุขภาพของทารกในปัจจุบัน อนาคต และพัฒนาการของทารก เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาตลอดก่อนกำหนดที่ทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต (Newborn intensive care unit: NICU) ได้ในระดับค่อนข้างดี (OR = 3.238; 95 % CI 2.131-4.920 และ OR = 2.264; 95% CI 1.505-3.450)

2.7 ภาวะซึมเศร้าก่อนคลอดเป็นภาวะซึมเศร้าที่มารดาหลังคลอดรู้สึกต่อตนเองว่าเคยรู้สึกซึมเศร้าในระยะก่อนคลอด ซึ่งจะมีอาการขาดความสนใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการนอนหลับผิดปกติ อ่อนเพลีย รู้สึกหมดหวัง จากการศึกษาของ นักสนันท์ สุขเกษม และคณะ (2559) ที่ทำการศึกษาในมารดาหลังคลอด จำนวน 403 คน เป็นมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 74 คน พบว่า ภาวะซึมเศร้าก่อนคลอดไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ แต่จากการศึกษาของ Beck (2001) เกี่ยวกับปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด พบว่ามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าในขณะที่ตั้งครรภ์สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ ($r = .44-.46$)

2.8 อารมณ์เศร้าของมารดา เป็นปรากฏการณ์ชั่วคราวของการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ในช่วง 1-10 วันหลังคลอด โดยมีอาการแสดง ได้แก่ ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล วิตกกังวล ขาดสมาธิ หงุดหงิด และอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ซึ่งเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ จากการศึกษาของ Henshaw et al. (2004) ที่ทำการศึกษาในมารดาที่อายุ 16-45 ปี อายุครรภ์น้อยกว่า 30 สัปดาห์ ทำการวัดภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมิน EPDS ทั้งในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด พบว่า มารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดที่รุนแรงจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดใน 6 เดือนหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับมารดาที่ไม่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด ($p < 0.001$)

2.9 มารดาหลังคลอดที่มีประวัติปัญหาทางด้านสุขภาพจิตก่อนการตั้งครรภ์ โดยพบว่า มารดาที่เคยมีภาวะซึมเศร้าก่อนตั้งครรภ์หรือมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตจะมีค่าคะแนน EPDS สูงในระยะหลังคลอด 6 เดือน มากกว่ามารดาหลังคลอดที่ไม่มีประวัติปัญหาทางด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$) แสดงว่า มารดาหลังคลอดที่มีประวัติปัญหาทางด้านสุขภาพจิตจะเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ามารดาหลังคลอดที่ไม่มีประวัติปัญหาทางด้านสุขภาพจิต (Henshaw et al., 2004)

2.10 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) เป็นความรู้สึกของมารดา ในการยอมรับ พึงพอใจ และเห็นค่าตนเอง ส่งผลให้มารดามีความเชื่อมั่นในการกระทำสิ่งต่าง ๆ หากมารดาที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ มารดาจะคิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มี ความสามารถในการกระทำสิ่งใด จากการศึกษาของ นักสันนัท์ สุขเกษม และคณะ (2559) ที่ ทำการศึกษาในมารดาหลังคลอด จำนวน 403 คน เป็นมารดาที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 74 คน พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ แต่การศึกษาของ Beck (2001) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้า หลังคลอด พบว่า มารดาที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูง ($r = -.54, p < .05$) โดยมารดาที่คลอดก่อนกำหนดจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งทำให้เกิด ภาวะซึมเศร้าตามมา

3. ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม เป็นปัจจัยที่สำคัญมากต่อการลดภาวะซึมเศร้าหลัง โดยเฉพาะในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด ดังนี้

3.1 การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การได้รับการสนับสนุน และการได้รับการ ช่วยเหลือจากครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนด้านทรัพยากรหรือการสนับสนุน ทางด้านจิตใจ จากสามี ครอบครัว ทั้งในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด จะช่วยป้องกันและลดการเกิด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Xie, He, Koszycki, Walker, & Wen, 2009) ซึ่งมีหลายการศึกษาที่ศึกษา การสนับสนุนจากครอบครัว และพบว่า มารดาทั้งในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอดต้องการการ ช่วยเหลือจากสามี และบุคคลในครอบครัว (Negron et al., 2012) โดยทั่วไปมารดาหลังคลอด ต้องการการช่วยเหลือจากสามี บุคคลในครอบครัว (Negron et al., 2012) สอดคล้องกับการศึกษา ของ Gulamani et al. (2013) พบว่า มารดาที่คลอดก่อนกำหนดที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี จะเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$)

3.2 การได้รับการสนับสนุนจากสังคม มารดาที่ได้รับและรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุน ทางสังคม และการช่วยเหลือจาก พยาบาล แพทย์ แผนกทารกแรกเกิดวิกฤตในระดับต่ำจะมีผลต่อ การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($OR = 1.060, 95 \% CI 0.880-1.000, p < .05$) (Davis et al., 2003) ส่วนของการสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาของ Ballantyne et al. (2015) มารดาหลังคลอดก่อน กำหนดต้องการการสนับสนุนจากสังคมทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านการประเมินผล การ สนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร การสนับสนุนทางสังคมมี ความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด พบว่ามารดา ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำจะเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูง ($r = -.44, p < .01$)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในมารดาที่คลอดก่อนกำหนดมีหลายปัจจัย ทั้งทางด้านทารก ด้านมารดา ด้านครอบครัวและสังคม โดยปัจจัยที่สำคัญคือน้ำหนักตัวทารกยิ่งทารกน้ำหนักตัวน้อยเท่าไรยิ่งเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากเท่านั้น ซึ่งทำให้มารดาเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามมา ถึงแม้ปัจจัยส่วนบุคคลของมารดา เช่น อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส เป็นต้น จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด แต่พยาบาลไม่สามารถให้การช่วยเหลือหรือสนับสนุนมารดาได้ในบทบาทพยาบาล ในทางตรงกันข้ามปัจจัยด้านจิตสังคมของมารดาเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญสูง เพราะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูง กล่าวคือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพอใจในตนเองซึ่งเป็นความพร้อมทางด้านอารมณ์และความสามารถในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด การรับรู้ความพอใจของทารกเป็นการรับรู้ว่าจะเกิดอันตราย ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นทุกข์ กังวลใจ กลัวว่าจะสูญเสียทารกอันเป็นที่รัก และการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์สูง หากมีในระดับต่ำก็จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าสูง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ น้ำหนักทารกแรกเกิด ความพอใจ การรับรู้ความพอใจของทารก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนจากพยาบาล

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักทารกแรกเกิด ความผาสุกของมารดา การรับรู้ความผาสุกของทารก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนจากพยาบาลกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาหลังคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์ < 37 สัปดาห์) ที่ทารกเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยหรือหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 7

กลุ่มตัวอย่างและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์ < 37 สัปดาห์) ที่ทารกเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยหรือหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ณ โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 7 และมาเยี่ยมบุตรในระยะเวลา 2 สัปดาห์หลังทารกแรกเกิดเข้ารับการรักษานตัว ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกตามความสะดวก (Convenience sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุ 20 ปีขึ้นไป
2. มารดาไม่มีประวัติความผิดปกติทางด้านจิตเวชในระยะตั้งครรถ์โดยการซักถาม
3. ทารกไม่มีความผิดปกติหรือพิการแต่กำเนิด
4. ทารกได้รับการรักษานในโรงพยาบาลนาน 2 สัปดาห์
5. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากการใช้สูตรของ Thorndike (1978 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรางกูร, 2553) คือ

$$n = 10k + 50$$

n = จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง

k = จำนวนตัวแปรที่ศึกษา

แทนค่าในสูตร จะได้ $n = (10 \times 6) + 50 = 110$

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เท่ากับ จำนวน 110 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเลือกโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาตามความสะดวก ได้แก่ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และโรงพยาบาลมหาสารคาม เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตสุขภาพที่ 7 ที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต หรือหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยเป็นจำนวนมาก และคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล โดยคิดตามสัดส่วนของประชากร (จำนวนมารดาที่คลอดก่อนกำหนดในปี พ.ศ. 2560) แต่ละโรงพยาบาลกับจำนวนตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด (110 คน) (ตารางที่ 3) เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากมารดาหลังคลอดก่อนกำหนดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าทุกคน จนได้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลครบตามจำนวนที่กำหนด

ตารางที่ 3 ขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนจำนวนมารดาคลอดก่อนกำหนดต่อปี

โรงพยาบาล	จำนวนมารดาคลอดก่อนกำหนดต่อปี (คน)	สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล (%)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
ขอนแก่น	728	48.15	53
ร้อยเอ็ด	583	38.55	42
มหาสารคาม	201	13.30	15
รวม	1,512	100	110

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง (Self-administrated questionnaire) ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ประกอบด้วย จำนวนครั้งของการคลอด จำนวนบุตรที่มีชีวิต ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ประวัติความเจ็บป่วยทางจิต ก่อนตั้งครรภ์

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เป็นแบบประเมินของ Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) สร้างโดย Cox et al. (1987) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87 แปลเป็นภาษาไทยโดย กมลรัตน์ วัชรภรณ์ และคณะ (2546) มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2 และ 4 ข้อคำถามด้านลบ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 5, 6, 7, 8, 9 และ 10 ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 4 อันดับ โดยมีการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน ดังนี้ ข้อคำถามทางบวกให้คะแนนจากไม่เคยเลยจนถึงเกือบตลอดเวลาเป็น 0-3 คะแนน ข้อคำถามทางลบให้คะแนนในทางตรงกันข้าม

การแปลผล แบบประเมินมีคะแนนรวมทั้งหมด 30 คะแนน ใช้จุดตัดที่ 11 คะแนน นั่นคือ คะแนน ≥ 11 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (กมลรัตน์ วัชรภรณ์ และคณะ, 2546)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความผาสุกของมารดา เป็นแบบวัดความพร้อมทางด้านอารมณ์และความสามารถของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยดัดแปลงจากแบบประเมิน Fragile Infant Parental Readiness Evaluation (FIPRE) มีจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4 และ 10 ข้อคำถามด้านลบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8 และ 9 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale type) 4 ระดับ ข้อคำถามทางบวกให้คะแนนจาก ไม่เห็นด้วยมากที่สุด จนถึง เห็นด้วยมากที่สุด เป็น 1-4 คะแนน ข้อคำถามทางลบให้คะแนนในทางตรงกันข้าม คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดามีความผาสุกมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง มารดามีความผาสุกน้อย

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้ความผาสุกของทารก เป็นแบบวัดความรู้สึก หรือการตระหนักรู้ของมารดาต่อภาวะสุขภาพของทารกและการดูแลรักษาทารก ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยดัดแปลงมาจากแบบประเมิน Fragile Infant Parental Readiness Evaluation (FIPRE) จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 6, 9 และ 10 ข้อคำถามด้านลบ 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 7 และ 8 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale type) 4 ระดับ ข้อคำถามทางบวกให้คะแนนจากไม่เห็นด้วยมากที่สุดจนถึงเห็นด้วยมากที่สุดเป็น 1-4 คะแนน ข้อคำถามทางลบให้คะแนนในทางตรงกันข้าม คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดามีการรับรู้ความผาสุกของทารกมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง มารดามีการรับรู้ความผาสุกของทารกน้อย

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนจากพยาบาล เป็นแบบวัดการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ ด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ และการดูแลทารก ด้านการพิทักษ์สิทธิ์ และด้านอารมณ์ จากพยาบาลผดุงครรภ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม มีทั้งหมด 10 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด ตัวเลือกเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale type)

4 ระดับ จากน้อยถึงมาก ให้คะแนนจากไม่เป็นจริงจนถึงเป็นจริงมาก เป็น 1-4 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดาได้รับการสนับสนุนมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง มารดาได้รับการสนับสนุนน้อย

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นแบบประเมินที่สร้างโดย Rosenberg (1965) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุพรรณิ สุ่มเล็ก (2538) และดัดแปลง โดย จิราวรรณ นิรมิตภาย (2551) ซึ่งทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.82 มี จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก จำนวน 5 ข้อ คือ 1, 2, 4, 6 และ 7 ข้อคำถามด้านลบ 5 ข้อ คือ 3, 5, 8, 9 และ 10 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale type) 4 ระดับ ให้คะแนนจากไม่เคยจนถึงตลอดเวลา เป็น 1-4 คะแนน ข้อคำถามด้านลบ ให้คะแนนย้อนกลับ คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง คะแนนรวมน้อย หมายถึง มารดาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI])

ผู้วิจัยทำการหาค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ จำนวน 3 ชุด ได้แก่ แบบประเมินความผาสุกของมารดา แบบประเมินการรับรู้ความผาสุกของทารก และแบบประเมินการสนับสนุนจากพยาบาล โดยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาทารก จำนวน 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช จำนวน 1 ท่าน รวม 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยนำ เครื่องมือดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้มีความถูกต้องครอบคลุมเหมาะสม และชัดเจน ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งแบบประเมินความผาสุกของมารดา แบบประเมินการรับรู้ความผาสุกของทารก และแบบประเมินการสนับสนุนจากพยาบาลมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ 0.85, 0.83 และ 0.87 ตามลำดับ

2. ความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยทำการตรวจหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ จำนวน 5 ชุด ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แบบประเมินความผาสุกของมารดา แบบประเมินการรับรู้ความผาสุกของทารก แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบประเมินการสนับสนุนจากพยาบาล โดยนำไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่ลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำมา

วิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า มีค่าความเชื่อมั่น โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.83, 0.84, 0.80, 0.82 และ 0.85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัย เสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และได้รับใบรับรอง จริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ รหัส 01-09-2561 จากนั้นผู้วิจัยทำเรื่องเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และโรงพยาบาลมหาสารคาม และได้รับใบอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล เลขที่ KEF62004, RE019/ 2562 และ MSKH_RE 61-02-051 ตามลำดับ
2. ในวันที่เก็บข้อมูลผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ
3. ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะไม่ให้ข้อมูลหากไม่สบายใจ และสามารถขอถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และไม่มีผลต่อการรักษาใด ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างหรือทารกจะได้รับ ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะไม่ระบุชื่อกลุ่มตัวอย่าง แต่ใส่รหัสแทนชื่อจริง การนำเสนอข้อมูลเป็นข้อมูลรวม ไม่ระบุรายบุคคล และนำมาใช้เฉพาะในการศึกษารุ่นนี้เท่านั้น ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยจะเก็บในตู้เอกสารที่มีกุญแจเปิดไว้ ผู้วิจัยเป็นผู้เดียวที่มีกุญแจเปิด 1 ปี ภายหลังจากนำเสนอผลการวิจัย ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลโดยใช้เครื่องย่อยกระดาษ
4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 11 ผู้วิจัยได้แจ้งกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต หรือทารกแรกเกิดป่วย เพื่อส่งปรึกษาแพทย์ให้ได้รับการดูแลและรักษาพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอน ดังนี้

1. เมื่อโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัย ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (รหัส 01-09-2561)

โรงพยาบาลขอนแก่น (KEF62004) โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (RE019/ 2562) และโรงพยาบาลมหาสารคาม (MSKH_REC 61-02-051) แล้ว ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 7

2. ภายหลังได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด หัวหน้าหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย หัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

3. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยหลังคลอด เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อมารดาหลังคลอดก่อนกำหนดที่ทารกต้องรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยหรือหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตจากเวชระเบียน หลังจากได้รายชื่อมารดาแล้ว ผู้วิจัยขอเข้าพบมารดาหลังคลอด ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าในวันที่ 2 หลังคลอด เพื่อขอความร่วมมือให้เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การขอบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดของมารดาและอาการเจ็บป่วยของทารก ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ตามเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ถ้ามารดาหลังคลอดยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอเบอร์โทรศัพท์ของมารดาเพื่อติดต่อนัดหมาย ให้มาเยี่ยมทารกใน 2 สัปดาห์หลังคลอด

4. หลังจากที่มีมารดายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยและหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอบันทึกข้อมูลสุขภาพและการดูแลรักษาทารกแรกเกิด

5. ในวันที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล (ระยะเวลา 2 สัปดาห์หลังคลอด) ผู้วิจัยเข้าพบมารดาหลังคลอดที่มาเยี่ยมบุตร ณ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยหรือหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตที่ลงนามเข้าร่วมการวิจัยแล้วตามที่นัดหมายไว้ ผู้วิจัยอธิบายให้ทราบถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง ถ้ามารดา รู้สึกอึดอัดหรือไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถาม มารดาสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลเสียต่อการรักษาดูแลสุขภาพทารก จากนั้นอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามและเปิดโอกาสให้มารดาสอบถามเกี่ยวกับข้อสงสัยในแบบสอบถามจนกว่าจะเข้าใจ ภายหลังจากที่มารดาตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนขอแบบสอบถาม ถ้าไม่ครบผู้วิจัยขอให้มารดาตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วน ถ้ามารดาปฏิเสธผู้วิจัยจะไม่บังคับหรือฝืนใจมารดา

6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมดมาลงบันทึก และนำไปประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด
2. ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด ความผาสุกของมารดา การรับรู้ความผาสุกของทารก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนจากพยาบาล วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด
3. ความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักทารกแรกเกิด ความผาสุกของมารดา การรับรู้ความผาสุกของทารก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน
4. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากพยาบาลกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักร่างกายแรกเกิด ความผาสุกของมารดา การรับรู้ความผาสุกของทารก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนจากพยาบาล กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดก่อนกำหนดที่มาเยี่ยมบุตรที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยหรือหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ณ โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 53 ราย โรงพยาบาลร้อยเอ็ดจำนวน 42 ราย โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 15 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ผลการวิเคราะห์ มีดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการใช้สถิติพรรณนา ข้อมูลที่มีระดับมาตรานามบัญญัติ และระดับอันดับ วิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ส่วนข้อมูลที่มีระดับช่วงชั้นและอัตราส่วนวิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 110$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุของมารดา (ปี)		
20-34	98	89.10
> 35	12	10.90
$M = 27.80, SD = 5.961, \text{Min} = 20, \text{Max} = 45$		
สถานภาพสมรส		
คู่ อาศัยอยู่กับสามี	106	96.36
คู่ ไม่ได้อาศัยอยู่กับสามี	4	3.64
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	1	0.91
มัธยมศึกษาตอนต้น	27	24.54
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	53	48.18
อนุปริญญา หรือ ปวส.	14	12.73
ปริญญาตรี	15	13.64
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	39	35.45
ค้าขาย	11	10.00
เกษตรกรรม	4	3.64
รับจ้างรายวัน	18	16.36
รับราชการหรือพนักงานของราชการ	2	1.82
รัฐวิสาหกิจ	11	10.00
พนักงานโรงงาน	17	15.46
ธุรกิจส่วนตัว	3	2.73
กำลังศึกษา	5	4.54

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัว (บาท/ เดือน)		
< 10,000	14	12.73
10,000-19,999	45	40.91
20,000-29,999	32	29.09
> 30,000	19	17.27
$M = 20,449.59$, $SD = 9,625.422$, $Min = 0$, $Max = 53,000$		
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	59	53.64
ไม่เพียงพอ	51	46.36
ลักษณะของครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	38	34.55
ครอบครัวขยาย	72	65.45
สัมพันธภาพในครอบครัว		
รักใคร่กันดี	100	90.90
ทะเลาะหรือมีปัญหาขัดแย้งกันบ้าง	10	9.10
ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการคลอดและการดูแลลูก		
ตนเองและสามี	87	79.09
ญาติคนอื่นรับผิดชอบ	23	20.91
การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินจากคนนอกครอบครัว		
ไม่ได้รับ	27	24.55
ได้รับ	83	75.45
บุคคลที่ให้การช่วยเหลือด้านการเงิน		
บิดามารดาตนเอง	66	79.52
บิดามารดาสามี	29	34.94
ญาติคนอื่น ๆ	2	2.41

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 27.80 ปี ($SD = 5.961$) ส่วนใหญ่อายุ 20-34 ปี ร้อยละ 89.10 ทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ โดยอาศัยอยู่กับสามี ร้อยละ 96.36 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 48.18 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 24.54 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 35.45 รองลงมา คือ รับจ้างรายวัน ร้อยละ 16.36 รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 20,449.59 บาทต่อเดือน ($SD = 9,625.422$) มีรายได้ 10,000-19,999 บาทต่อเดือน ร้อยละ 40.91 รองลงมา คือ 20,000-29,999 บาทต่อเดือน ร้อยละ 29.09 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 53.64 ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวชาย ร้อยละ 65.45 สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี ร้อยละ 90.90 ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการคลอดและการดูแลลูก คือ ตนเองและสามี ร้อยละ 79.09 เมื่อมีปัญหาเรื่องการเงินได้รับความช่วยเหลือจากคนภายนอกครอบครัว ร้อยละ 75.45 โดยได้รับความช่วยเหลือจากบิดามารดาตนเอง ร้อยละ 79.52

2. ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดา และทารกคลอดก่อนกำหนด

ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดาและทารกคลอดก่อนกำหนดวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดาและทารกคลอดก่อนกำหนด ($n = 110$)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการคลอดนับรวมครรภ์นี้		
1	59	53.64
2	41	37.27
>3	10	9.09
จำนวนบุตรที่มีชีวิตนับรวมครั้งนี้ (คน)		
1	61	55.46
2	40	36.36
> 3	9	8.18
ประวัติการแท้งบุตร (ครั้ง)		
ไม่เคยแท้ง	89	80.91
1	16	14.55
2	5	4.54

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัวของมารดา		
ไม่มี	105	95.45
ชาลัสซีเมีย	1	0.91
ไทรอยด์	2	1.82
ความดันโลหิตสูง	1	0.91
เบาหวาน	1	0.91
ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์		
ไม่มี	88	80.00
เบาหวานขณะตั้งครรภ์	5	4.55
ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	9	8.18
ซีฟิลิส	1	0.91
แท้งคุกคาม	2	1.82
รกเกาะต่ำ	5	4.54
วิธีการคลอด		
คลอดทางช่องคลอด	70	63.64
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	40	36.36
อายุครรภ์ของทารกตาม Ballard's score (สัปดาห์)		
< 28	15	13.64
28-31	30	27.27
> 32	65	59.09
$M = 31$ สัปดาห์ 6 วัน, $SD = 2$ สัปดาห์ 5 วัน, $Min = 26$, $Max = 36$		
น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม)		
< 1,000	8	7.27
1,000-1,500	35	31.82
1,501-2,500	67	60.91
$M = 1,562.41$, $SD = 372.95$, $Min = 770$, $Max = 2,380$		

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
คะแนน APGAR นาทีที่ 1 (คะแนน)		
0-2	3	2.73
3-4	3	2.73
5-7	54	49.09
8-10	50	45.45
$M = 6.94, SD = 1.666, \text{Min} = 1, \text{Max} = 9$		
คะแนน APGAR นาทีที่ 5 (คะแนน)		
3-4	2	1.82
5-7	25	22.73
8-10	83	75.45
$M = 8.34, SD = 1.356, \text{Min} = 4, \text{Max} = 10$		
คะแนน APGAR นาทีที่ 10 (คะแนน)		
3-4	1	0.91
5-7	12	10.91
8-10	97	88.18
$M = 8.90, SD = 1.149, \text{Min} = 4, \text{Max} = 10$		

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่คลอดครั้งแรก ร้อยละ 53.64 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 95.45 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 80.00 คลอดทางช่องคลอด ร้อยละ 63.64 อายุครรภ์ของทารกตาม Ballard's score เฉลี่ย 31 สัปดาห์ 6 วัน ($SD = 2.705$) อายุครรภ์ > 32 สัปดาห์ ร้อยละ 59.19 ทารกแรกเกิดวันมีน้ำหนักเฉลี่ย 1,562.41 กรัม ($SD = 372.95$) มีน้ำหนักอยู่ในช่วง 1,500-2,500 กรัม ร้อยละ 60.91 คะแนน APGAR นาทีที่ 1 อยู่ในภาวะขาดออกซิเจนเล็กน้อย (5-7 คะแนน) ร้อยละ 49.09 รองลงมาคืออยู่ในภาวะปกติ (8-10 คะแนน) ร้อยละ 45.45 APGAR นาทีที่ 5 อยู่ในภาวะปกติ (8-10 คะแนน) ร้อยละ 75.45 และ APGAR นาทีที่ 10 ส่วนใหญ่อยู่ในภาวะปกติ (8-10 คะแนน) ร้อยละ 88.18

ส่วนที่ 2 อุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของภาวะซึมเศร้า ($n = 110$)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-10 คะแนน)	54	49.10
มีภาวะซึมเศร้า (11-19 คะแนน)	56	50.90
Min = 0, Max = 19, $M = 9.89$, $SD = 4.26$		

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ 9.89 คะแนน ($SD = 4.26$) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 19 คะแนน โดยกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มีจำนวน 56 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.90 และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มีจำนวน 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 49.10 อย่างไรก็ตามผู้ที่ภาวะซึมเศร้ามีคะแนนอยู่ระหว่าง 11-19 คะแนน จาก 30 คะแนน นั่นคือ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดก่อนไปทางต่ำ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเชิงพรรณนาของตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษาดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ข้อมูลเชิงพรรณนาของตัวแปรที่ศึกษา ($n = 110$)

ตัวแปร	M	SD	Range	Min	max
น้ำหนักรกแรกเกิด	1562.41	372.95	-	770	2,380
ความผาสุกของมารดา	31.95	4.93	10-40	16	40
รับรู้ความผาสุกของทารก	33.55	4.36	10-40	22	40
ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	33.20	4.07	10-40	21	40
การสนับสนุนจากพยาบาล	36.37	3.45	10-40	28	40

จากตารางที่ 7 พบว่า น้ำหนักทารกแรกเกิดเฉลี่ย 1,562.41 กรัม ($SD = 372.95$) ค่าเฉลี่ยตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ การสนับสนุนจากพยาบาล การรับรู้ความผาสุกของทารก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความผาสุกของมารดาออกไปทางสูง ($M = 36.37, SD = 3.45, M = 33.55, SD = 4.36, M = 33.20, SD = 4.07, M = 31.95, SD = 4.93$) ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด

การวิจัยในครั้งนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ทั้งหมด 110 ฉบับ จากนั้นทำการตรวจสอบการแจกแจงปกติของข้อมูล พบว่า น้ำหนักทารกแรกเกิด ความผาสุกของมารดา การรับรู้ความผาสุกของทารก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีการแจกแจงปกติ จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlations coefficient) ส่วนการสนับสนุนจากพยาบาลมีการแจกแจงไม่ปกติ จึงทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยใช้สถิตินอนพารามตริก (Non parametric) คือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlations coefficient) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	p-value
น้ำหนักทารกแรกเกิด	-.055	.568
ความผาสุกของมารดา	-.353**	<.001
การรับรู้ความผาสุกของทารก	-.344**	<.001
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	-.385**	<.001
การสนับสนุนจากพยาบาล ^๑	-.046	.635

หมายเหตุ ** $p < .01$

S = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlations coefficient)

จากตารางที่ 8 พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($r = -.385, p < .001$) ความผาสุกของมารดามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($r = -.353, p < .001$) และการรับรู้ความผาสุก

ของทารกมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซีมเศร้าหลังคลอด ($r = -.344, p < .001$)
แต่น้ำหนักทารกแรกเกิดไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าหลังคลอด ($r = -.055, p = .568$)
และการสนับสนุนจากพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าหลังคลอด ($r = -.046, p = .635$)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักทารกแรกเกิด ความผาสุกของมารดา การรับรู้ความผาสุกของทารก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนจากพยาบาล กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดก่อนกำหนดที่มาเยี่ยมบุตรที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 53 ราย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 42 ราย โรงพยาบาลมหาสารคามจำนวน 15 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอดก่อนกำหนด แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แบบประเมินความผาสุกของมารดา แบบประเมินการรับรู้ความผาสุกของทารก แบบประเมินการสนับสนุนจากพยาบาล แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดาและทารก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ สถิติเชิงพรรณนาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlations coefficient) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlations coefficient)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 27.80 ปี ($SD = 5.961$) ส่วนใหญ่อายุ 20-34 ปี ร้อยละ 89.10 ทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ โดยอยู่ด้วยกันกับสามี ร้อยละ 96.40 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 48.20 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 24.50 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 35.50 รองลงมา คือ รับจ้างรายวัน ร้อยละ 16.40 รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 20,449.59 บาทต่อเดือน ($SD = 9,625.422$) ซึ่งมีรายได้ 10,000-19,999 บาทต่อเดือน ร้อยละ 40.90 รองลงมา คือ 20,000-29,999 บาทต่อเดือน ร้อยละ 29.10 เพียงพอ ร้อยละ 53.60 ไม่เพียงพอ ร้อยละ 46.40 ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 65.50 สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี ร้อยละ 90.90 ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการคลอดและการดูแลลูกคือตนเองและสามี ร้อยละ 79.09 เมื่อมีปัญหาเรื่องการเงินได้รับความช่วยเหลือจากญาติคนอื่น ๆ ร้อยละ 75.45

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่คลอดครั้งแรก ร้อยละ 53.60 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 95.45 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 80 คลอดทางช่องคลอด ร้อยละ 63.60 อายุครรภ์ของทารกตาม Ballard's score เฉลี่ย 31 สัปดาห์ 6 วัน ($SD = 2.705$) อายุครรภ์ > 32 สัปดาห์ ร้อยละ 59.10 ทารกแรกเกิดวันมีน้ำหนักเฉลี่ย 1,562.41 กรัม ($SD = 372.95$) มีน้ำหนักอยู่ในช่วง 1,500-2,500 กรัม ร้อยละ 60.90 คะแนน APGAR นาทีที่ 1 เฉลี่ย 6.94 คะแนน อยู่ระหว่าง 5-7 คะแนน ร้อยละ 49.10 รองลงมา คือ 8-10 คะแนน ร้อยละ 45.50 APGAR นาทีที่ 5 เฉลี่ย 8.34 คะแนน อยู่ระหว่าง 8-10 คะแนน ร้อยละ 75.50 และ APGAR นาทีที่ 10 นาที เฉลี่ย 8.90 คะแนน ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 8-10 คะแนน ร้อยละ 88.20

3. อุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ร้อยละ 50.90 มีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ (คะแนนอยู่ระหว่าง 11-19 คะแนน จากทั้งหมด 30 คะแนน)

4. ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากที่สุด แต่มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = -.385, p < .001$) รองลงมา คือ ความผาสุกของมารดา มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ($r = -.353, p < .001$) และการรับรู้ความผาสุกของทารกมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางเช่นกัน ($r = -.344, p < .001$) ส่วนน้ำหนักทารกแรกเกิดและการสนับสนุนจากพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($r = -.055, p = .568$ และ $r = -.046, p = .635$)

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ในระยะ 2 สัปดาห์ ได้ดังนี้

1. อุบัติการณ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ทารกแรกเกิดได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ที่มีแนวโน้มจะมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (คะแนนจากแบบประเมิน EPDS ≥ 11) พบได้ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด (ร้อยละ 50.90) ซึ่งค่อนข้างสูง ทั้งนี้เนื่องจากการคลอดก่อนกำหนดเป็นเหตุการณ์ที่มารดาทุกคนไม่ต้องการให้เกิดขึ้น โดยเฉพาะการคลอดก่อนกำหนดที่ทารกต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลกับภาวะสุขภาพที่ไม่แน่นอนของทารก (นฤมล ธีระรังสิกุล, 2555) กลัวว่าจะสูญเสียทารก ทำให้มารดาเกิดภาวะซึมเศร้า และเศร้าโศกได้ (Kubler-Ross & Kesster, 2007) นอกจากนี้การที่มารดาต้องแยกจากทารก ทำให้มารดาสูญเสีย

การทำบัพการเป็นมารดา ทำให้เกิดความรู้เห็นคุณค่าในตนเองต่ำลง (Kubler-Ross & Kesster, 2007) เป็นเหตุให้มารดาเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ อีกทั้งการที่ทารกต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ประกอบกับมารดาอาจต้องหยุดงานเพื่อมาเยี่ยมทารก ทำให้มารดามีปัญหาทางเศรษฐกิจตามมา ยิ่งเพิ่มความเครียด ความวิตกกังวลของมารดามากขึ้น ซึ่งในการศึกษารั้งนี้ พบว่า กลุ่มมารดาที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับ 11 เป็นกลุ่มที่มีร้อยละของความไม่เพียงพอของรายได้มากกว่ากลุ่มที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า 11 (ร้อยละ 57.10 และ ร้อยละ 35.20 จากตารางที่ 2 ในภาคผนวก) อีกทั้งมารดาในกลุ่มที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้ามักมากกว่าหรือเท่ากับ 11 ขาดบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือด้านการเงินเป็นร้อยละที่มากกว่ากลุ่มที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า 11 (ร้อยละ 77.80 และ ร้อยละ 67.90 จากตารางที่ 10 ในภาคผนวก) การขาดการสนับสนุนในเรื่องค่าใช้จ่ายจึงเป็นเหตุเสริมให้มารดาหลังคลอดเกิดภาวะซึมเศร้าได้ อุปติการณ์ภาวะซึมเศร้าที่พบได้ค่อนข้างสูงนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของรัตติกานต์ รักษาภักดี และคณะ (2561) ที่ศึกษาในมารดาหลังคลอดก่อนกำหนดที่บุตรได้รับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด พบภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สูงร้อยละ 48.39 จากการที่มารดาต้องมาเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า อีกทั้งทารกยังต้องได้รับการดูแลด้วยเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ เป็นพิเศษ ส่งผลทำให้ครอบครัวต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น มารดาเกิดความเครียดและทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

อย่างไรก็ตามมารดาที่คลอดก่อนกำหนดในการศึกษารั้งนี้มีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ (คะแนน 11-19 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ทารกคลอดก่อนกำหนดในการศึกษารั้งนี้เป็นทารกที่มีตัวเล็กไม่มากนัก (น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย = 1,562.41, $SD = 372.95$) เป็นทารกที่มีโอกาสรอดได้สูง แต่ต้องได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่และเครื่องมือที่ทันสมัยในการดูแลทารกในกลุ่มนี้ (พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา และจริยาพร วรรณโชติ, 2555; วาริษา เจนจินดามัย, 2559; วิไลพร เตชะสาริต, 2559; ศุภวัชร บุญยภักดีเดช, 2557) และจากข้อมูลสุขภาพของทารกแรกเกิด ในวันแรกที่คลอดกับ 2 สัปดาห์หลังคลอด พบว่า ภาวะสุขภาพของทารกโดยรวมดีขึ้น มีทารกที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ลดลงจากร้อยละ 64.55 เป็นร้อยละ 30 (ตารางที่ 9 ในภาคผนวก) ทารกแรกเกิดแรกสามารถรับประทานอาหารได้ทุกคน เมื่อได้รับการรักษาได้ 2 สัปดาห์ ภาวะสุขภาพของทารกที่ดีขึ้น จึงทำให้มารดามีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ ถึงแม้ว่ามารดาในกลุ่มที่ศึกษาจะมีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ แต่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นปัญหาที่พยาบาลผดุงครรภ์ต้องให้ความสนใจ และให้การดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในมารดาที่คลอดทารกแรกเกิดอายุครรภ์น้อย ตัวเล็กมาก และมีปัญหาสุขภาพซับซ้อนจะมีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง (Herguner et al., 2013)

2. ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($r = -0.385, p < .001$) กล่าวคือ มารดาหลังคลอดที่มีความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูงจะมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดต่ำ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) เป็นองค์ประกอบพื้นฐานทางด้านร่างกายและจิตใจของแต่ละบุคคล เป็นกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิต และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองเป็นการยอมรับตนเอง เคารพตนเอง พึงพอใจและเห็นค่าในตนเอง ส่งผลให้มารดา มีความเชื่อมั่น เกิดแรงจูงใจที่จะเผชิญกับปัญหา เหตุการณ์การคลอดก่อนกำหนดที่ทารกมีร่างกายไม่สมบูรณ์และต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล มารดาหลังคลอดที่มีคุณค่าในตนเองในระดับสูง จะมีความวิตกกังวล ความเครียดต่ำ และลดโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Amankwaa et al. (2007) ที่ทำการศึกษาในมารดาหลังคลอดก่อนกำหนด พบว่า ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.54, p < .05$) ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด (Beck, 2001)

3. ความผาสุกของมารดาที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($r = -0.353, p = .002$) กล่าวคือ มารดาที่มีความผาสุกของมารดาในระดับสูงจะมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดต่ำ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า ความผาสุกของมารดา (Maternal well-being) ซึ่งเป็นความพร้อมทางอารมณ์และความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด มารดาที่มีความพร้อมทางด้านอารมณ์ คือ ไม่มีความทุกข์ใจ วิตกกังวล หรือ ความเครียด มีความสามารถที่จะเผชิญ และปรับตัวได้ดีกับเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด คือ การที่ทารกต้องเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Hawes et al., 2016) จะมีภาวะซึมเศร้าได้ต่ำ ประกอบกับการที่มารดาเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลสุขภาพได้สูง ทำให้มารดาเกิดความมั่นใจและมีความพร้อมที่จะดูแลทารกได้ด้วยตนเอง (เดือนเพ็ญ บุญมาชู และเสาวมาศ คุณล้าน ถิ่นอนาคี, 2558) ทำให้มารดาไม่เครียด ลดการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ในทางตรงกันข้าม หากมารดาหลังคลอดมีการรับรู้ความผาสุกของตนเองในระดับต่ำ มารดาจะมีความทุกข์ใจ กังวลใจ ความวิตกกังวล และความเครียด ซึ่งความเครียดทำให้มารดามีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Amankwaa et al. (2007) ที่ทำการศึกษาในมารดาหลังคลอดก่อนกำหนด พบว่า ความผาสุกของมารดาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.65, p < .05$) และการศึกษาของ Hawes et al. (2016) ในมารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนด ซึ่งทารกหลังคลอดได้เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต (Newborn intensive care unit: NICU) มากกว่า 5 วัน พบว่า ความผาสุกของมารดา เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะ

ซิมเซร่าหลังคลอด โดยมารดาที่มีความผาสุกในระดับต่ำจะมีภาวะซิมเซร่าหลังคลอดได้มากกว่ามารดาที่มีความผาสุกในระดับสูง 3 เท่า (OR = 3.238; 95 % CI 2.131-4.920)

4. การรับรู้ความผาสุกของทารกมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซิมเซร่าหลังคลอด ($r = -0.344, p = .002$) กล่าวคือ มารดาหลังคลอดที่รับรู้ความผาสุกของทารกในระดับต่ำจะมีภาวะซิมเซร่าหลังคลอดสูง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบาย การที่ทารกแรกเกิดต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ทารกไม่สมบูรณ์ ไม่แข็งแรง เกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรง และคุกคามต่อชีวิตทารก มารดาหลังคลอดจะรู้ว่าบุตรจะเกิดอันตราย ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นทุกข์ กังวลใจ รู้กลัวว่าจะสูญเสียทารกอันเป็นที่รัก จึงเกิดความตึงเครียด (Benevento et al., 2011) ส่งผลให้เกิดภาวะซิมเซร่าหลังคลอดตามมาได้ (Amankwaa et al., 2007) ในทางตรงกันข้าม หากมารดาหลังคลอดมีการรับรู้ความผาสุกของทารกในระดับสูง ทารกมีอาการดีขึ้น สุขภาพแข็งแรง มีโอกาสรอดสูง มารดาก็จะมีทุกข์ใจ กังวลใจน้อย ความเครียดต่ำ และไม่เกิดภาวะซิมเซร่าหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hawes et al. (2016) ซึ่งพบว่า การรับรู้ความผาสุกของทารกเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซิมเซร่าหลังคลอด โดยมารดาที่มีการรับรู้ความผาสุกของทารกในระดับต่ำจะมีโอกาสเกิดภาวะซิมเซร่าหลังคลอดได้เป็น 2 เท่าของมารดาที่มีการรับรู้ความผาสุกของทารกในระดับสูง (OR = 2.264; 95 % CI 1.505-3.450)

5. น้ำหนักทารกแรกเกิดไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเซร่าหลังคลอด ($r = -0.055, p = .568$) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่คลอดจากมารดากลุ่มที่ศึกษาในครั้งนี้มีน้ำหนักเฉลี่ยค่อนข้างสูง คือ 1,562.41 กรัม เป็นทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม เพียงร้อยละ 24.07 ในกลุ่มที่ไม่มีภาวะซิมเซร่า และร้อยละ 35.71 ในกลุ่มที่มีภาวะซิมเซร่า (ตารางที่ 3 ภาคผนวก ง) ทารกในกลุ่มศึกษาในการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นทารกที่มีโอกาสรอดชีวิตสูง เนื่องจาก มีน้ำหนักใกล้เคียงกับน้ำหนักทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่แพทย์สามารถอนุญาตให้กลับบ้านได้ เพราะทารกพ้นภาวะวิกฤต สามารถหายใจได้เอง ร่างกายแข็งแรงขึ้น ได้รับการรักษาอย่างลง ดังนั้น น้ำหนักทารกแรกเกิดในการศึกษาครั้งนี้จึงไม่ใช่ปัจจัยหลักที่จะทำให้เกิดความเครียดหรือวิตกกังวล แตกต่างจากการศึกษาของ มาโนช หล่อตระกูล และเอกชัย เพชรพรประภาส (2552); Herguner et al. (2013) ซึ่งเป็นการศึกษาในทารกที่คลอดก่อนกำหนดที่ทารกมีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 1,500 กรัม พบว่า กลุ่มมารดาที่คลอดบุตรน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซิมเซร่าหลังคลอด (คะแนน EPSD) สูงกว่ากลุ่มมารดาที่คลอดคลอดบุตรน้ำหนักตัวมากกว่า 1,500 กรัม ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มทารกแรกเกิดที่ศึกษามีน้ำหนักน้อย จึงต้องใช้เวลาอยู่โรงพยาบาลนานเพื่อการรักษาและเพิ่มน้ำหนักให้เท่ากับทารกที่คลอดครบกำหนด มารดาที่คลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยจึงถูกแยกจากทารกทันทีหลังคลอด ทำให้ไม่สามารถแสดง

บทบาทการเป็นมารดา เกิดความรู้สึกผิด เศร้า เสียใจ กังวล ที่ทารกไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ ล้มเหลวในการทำบทบาทหน้าที่ของมารดา ส่งผลต่อการเกิดความเครียด และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามมาได้ (Benevento et al., 2011)

6. การสนับสนุนจากพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($r = -0.046$, $p = .635$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลเท่านั้น และเป็นการสนับสนุนเฉพาะด้านข้อมูลข่าวสาร การพิทักษ์สิทธิ์ และสนับสนุนด้านอารมณ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลในระดับสูง ($M = 36.37$, $SD = 3.45$) ทำให้การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Bergstrom et al. (2012); Davis et al. (2003); Gulamani et al. (2013); Herguner et al. (2013); Tahirkheli et al. (2014); Vigod et al. (2010) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด อาจเนื่องจากการศึกษาเหล่านี้ เป็นการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุมการสนับสนุนจากสามี บุคคลในครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ และเป็นการสนับสนุนทุกด้านทั้งด้านข่าวสาร ข้อมูล ด้านอารมณ์ และด้านทรัพยากร ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุมและเพียงพอจะช่วยให้บุคคลปรับตัวกับสถานการณ์ที่ต้องเผชิญได้ดี (House, 1981) เช่นเดียวกันกับมารดาหลังคลอดก่อนกำหนดที่ทารกแรกเกิดต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลต้องการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านทรัพยากรเป็นการสนับสนุนที่สำคัญมาก เนื่องจากทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนั้นต้องใช้เวลารักษานานและมีค่าใช้จ่ายสูง หากมารดาคลอดก่อนกำหนดมีปัญหาในเรื่องการเงินก็จะทำให้เกิดภาวะเครียดและความวิตกกังวล จนกลายเป็นภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มารดาที่มีแนวโน้มจะมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดหรือมีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ≥ 11 มีรายได้ไม่เพียงพอมากกว่ากลุ่มที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้า < 11 อย่างชัดเจน (ร้อยละ 57.10 และ ร้อยละ 35.20 ตารางที่ 10 ในภาคผนวก ง) ยิ่งไปกว่านั้นกลุ่มมารดาที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้า ≥ 11 ได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินจากบุคคลอื่นน้อยกว่ากลุ่มที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้า < 11 (ร้อยละ 67.90 และ ร้อยละ 77.80 ตารางที่ 10 ในภาคผนวก ง) ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมที่จะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ทารกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุมทั้งด้านข่าวสารข้อมูล ด้านจิตอารมณ์ และทรัพยากร

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาค้างนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ทั้งด้านการปฏิบัติ การพยาบาล และด้านการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนด ที่ทารกต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เนื่องจากมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เพื่อหาแนวทางในการดูแลและป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

1.2 ส่งเสริมความรู้สึกรักคุณค่าในตนเองแก่มารดาคลอดก่อนกำหนดที่ทารกต้องเข้า รับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้มารดามีความเชื่อมั่น เกิดแรงจูงใจ ในการเผชิญกับปัญหา และเหตุการณ์การคลอดก่อนกำหนดที่ทารกไม่แข็งแรง ซึ่งจะช่วยป้องกันไม่ให้มารดาเกิดภาวะ ซึมเศร้าหลังคลอด

1.3 ส่งเสริมหรือเตรียมมารดาให้มีความพร้อมทั้งทางด้านอารมณ์ และความสามารถ ในการดูแลทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด โดยการให้กำลังใจมารดา และให้ความรู้และทักษะ ในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

1.4 ควรมีการคัดกรองการรับรู้หรือความรู้สึกรักของมารดาที่มีต่อภาวะสุขภาพ และการดูแลรักษาทารก หากพบว่า มารดามีความวิตกกังวลกับภาวะสุขภาพของทารก กลัวว่าทารก จะเป็นอันตราย ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือเพื่อไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

2. ด้านการทำวิจัย

2.1 ควรทำการศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ทารกเข้ารับการ รักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นระยะเวลา นานมากกว่า 2 สัปดาห์ เนื่องจากในระยะเวลา 2 สัปดาห์ หลังคลอดเป็นช่วงเวลาที่อาจจะจำแนกไม่ได้ชัดเจนว่าเป็นอารมณ์เศร้าหลังคลอดหรือภาวะซึมเศร้า หลังคลอด และควรมีการศึกษาในกลุ่มที่ทารกมีน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม เพราะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

2.2 ควรทำการศึกษาวิจัยเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ทารกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2.3 ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับการสร้างโปรแกรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดใน มารดาคลอดก่อนกำหนด

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม*. สืบค้นเมื่อ 10 เม.ย.2561 เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports.php?source=formatted/format_1.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=ce4fcd9cd41b6cb2f79b2440a6f4cc
- กนกวรรณ นันธนะมงคล. (2553). *การพยาบาลทารกแรกเกิด*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: คอมเมอร์เชียลเวลด มีเดีย.
- กมลรัตน์ วัชรภรณ์, จารุรินทร์ ปิตานุกพงษ์ และนิศานดี สำอางศรี. (2546). การประเมินแบบสอบถาม Edinburgh Postnatal Depression Scale ฉบับภาษาไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 11(4), 164-169.
- เกียรติศักดิ์ จิระแพทย์ และวิณา จิระแพทย์. (2551). *การประเมินภาวะสุขภาพทารกแรกเกิด* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ค่านสุทธา.
- คชารัตน์ ปรีชล. (2559). ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด: การป้องกันและการดูแล. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 9(2), 24-35.
- จิราวรรณ นิรมิตภาย. (2551). ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวด้านจิตสังคมของสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมาก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉวี เบาทรวง. (2555). การพยาบาลสตรีที่มีถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์และภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ใน นันทพร แสนศิริพันธ์ และฉวี เบาทรวง, (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผดุงครรภ์ เล่มที่ 3 สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน* (หน้า 121-137). เชียงใหม่: คลองช่างพรีนติ้ง.
- เดือนเพ็ญ บุญมาชู และเสาวมาศ คุณถ่าน เกื่อนนาดี. (2558). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้พฤติกรรมดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดาและภาวะสุขภาพของทารกคลอดก่อนกำหนด. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 33(4), 150-158.
- ทิพย์สุดา สำเนียงเสนาะ. (2556). การเผชิญกับภาวะสูญเสีย และ โศกเศร้า. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 21(7), 658-667.

- ชราธิป โคละทัต. (2552). High performing system for newborn care. ใน: คุณิต สถาวร, (บรรณาธิการ), *Advanced in pediatrics* (หน้า 8-111). กรุงเทพฯ: ปิยอนเอ็นเทอร์ไพรซ์.
- นภัสนันท์ สุขเกษม, รัชณี เรืองพรวิสุทธิ และวีรพันธ์ ศิริฤทธิ. (2559). ปัจจัยทำนายภาวะซึ่มเศร้า หลังคลอด. *การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 34(1), 47-55.
- นฤมล ชีระรังสิกุล. (2555). ประสบการณ์ชีวิตของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด. *การพยาบาลและการศึกษา*, 5(1), 25-39.
- นลินี สิทธิบุญมา. (2558). ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของมารดา ครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- พัคตร์วิไล ศรีแสง. (2549). ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด: สิ่งที่พยาบาลควรรู้. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 29(1), 46-53.
- พรรณพิไล ศรีอาภรณ์. (2555). การพยาบาลสตรีที่มีความผิดปกติด้านจิตใจในระยะหลังคลอด. ใน นันทพร แสนศิริพันธ์ และฉวี เบาทรง (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผดุงครรภ์ เล่มที่ 3 สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน* (หน้า 317-327). เชียงใหม่: คลองช่างพริ้นติ้ง.
- พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา และจริยาพร วรรณโชติ. (2555). การพยาบาลทารกแรกเกิด. ใน พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา และคณะ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลเด็ก* (หน้า 195-303). นนทบุรี: ธนาเพรส
- มาโนช หล่อตระกูล และเอกชัย เพ็ชรพรประภาส. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างการคลอด และสุขภาพของทารก กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในโรงพยาบาลรามาริบัติ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 54(1), 29-36.
- รัตติกานต์ รักษาภักดี, พัคตร์วิไล ศรีแสง และสุพรรณิ อึ้งปัญสัตวงศ์. (2561). ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยคัดสรรบางประการกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาคลอดก่อน กำหนดที่บุตรได้รับการรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 41(1), 1-11.
- วาริชา เจนจินดามัย. (2559). การคลอดก่อนกำหนด. ใน ประยงค์ เวชานิชนอง และวนพร อนันตเสรี (บรรณาธิการ), *กุมารเวชศาสตร์ (Pediatrics)* (พิมพ์ครั้งที่ 3). (หน้า 71-85). สงขลา: ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- วิไลพร เตชะสาธิต. (2559). ทารกเกิดก่อนกำหนดและภาวะเจ็บป่วย. ใน สุขเกษม โฆษิตเศรษฐ, พรทิพา อิงคกุล, ยุกัลกษณ์ ธรรมเกษร, พรรณพัชร พิริยะนนท์, ศรียา ประจักษ์ธรรม และประภาศรี กุลาเลิศ (บรรณาธิการ), *ตำรากุมารเวชศาสตร์ สำหรับนักศึกษาแพทย์ และแพทย์เวชปฏิบัติ เล่ม 1* (หน้า 60-77). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- วิณา จีระแพทย์. (2552). การปฏิบัติในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดสามารถดูคนมาจากเต้า. ใน *วิทยา ธิฐาพันธ์* (บรรณาธิการ), *เวชศาสตร์ปริกำเนิด ข้อถกเถียงในเวชศาสตร์ ปริกำเนิด* (หน้า 81-84). กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอช.
- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2554). *การพยาบาลสูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 11). นนทบุรี: ยูทธรินทร์.
- ศุภวัชร บุญกษิตเดช. (2557). หลักการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อย. ใน สมบูรณ์ จันทรสกุลพร, อรุษา ตริศิริโชติ, ขนาธิป ลือวิเศษไพบูลย์, โอฬาร พรหมาลิจิต, เกศรา อัสตางมล, ไพโรจน์ งบประมาณจิเรญ (บรรณาธิการ), *กุมารเวชศาสตร์ 1* (พิมพ์ครั้งที่ 2). (หน้า 222-242). กรุงเทพฯ: นพชัยการพิมพ์
- สายฝน ชวาลไพบูลย์. (2553). *ตำราคลอดก่อนกำหนด*. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- สุนิรัตน์ จันทรศรี, วิมลพรรณ นิธิพงศ์ และบุษยานาญ เรืองรอง. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะ ซึมเศร้าของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(3), 236-243.
- สุพรรณิ สุ่มเล็ก. (2538). *รูปแบบเชิงสาเหตุของความสามารถในการดำรงบทบาทในมารดาเป็น ครั้งแรก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาพ ไทยแท้. (2554). *การพยาบาลสูติศาสตร์ :ภาวะผิดปกติในระยะคลอด*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2558). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558*. (หน้า 38). กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ).
- อภิรัช อินทรางกูร ณ อยุธยา. (2554). *ความรู้เบื้องต้นการพยาบาลผดุงครรภ์ เล่ม 2 ระยะคลอด และระยะหลังคลอด*. เชียงใหม่: ครองช่างพริ้นติ้ง.
- อักษรณัฐ ภัคดีสมัย, พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ และปิยะนุช ชูโต. (2560). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า หลังคลอดในผู้ที่เป็นมารดาครั้งแรก. *พยาบาลสาร*, 44(3), 19-29.
- อัญชลี ชันฑุลา. (2548). *ภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต* โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อานนท์ วิทยานนท์, ทิพวรรณ เลียบสี่ตระกูล และจารุรินทร์ ปีตานุพงศ์. (2549). การสร้างแบบสอบถาม Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) ฉบับภาษาไทย เพื่อคัดกรองโรคซึมเศร้าหลังคลอด. *จดหมายเหตุทางแพทย์ แพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์*, 89(1), 1-7.
- อุ๋นใจ กอนันตกุล. (2551). การคลอดก่อนกำหนด. ใน อุ๋นใจ กอนันตกุล (บรรณาธิการ), *การตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง* (พิมพ์ครั้งที่ 2). (หน้า 191-238). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์
- Agostini, F., Neri, E., Dellabartola, S., Biassini, A., & Monti, F. (2014). Early interactive behaviours in preterm infants and their mothers: Influences of maternal depressive symptomology and neonatal birth weight. *Infant Behavior & Development*, 37(1), 86-93.
- Alkozei, A., McMahon, E., & Lahav, A. (2014). A Stress levels and depressive symptoms in NICU mothers in the postpartum period. *Journal of Maternal Fetal & Neonatal Medicine*, 9(1), 1-17.
- Amankwaa, L. C., Pickler, R., & Boonmee, J. (2007). Maternal responsiveness in mothers of preterm infants. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 7(1), 25-30.
- Aydin N, Inandi T, Karabulut N. 2005 Depression and associated factors among women within their first postnatal year in Erzurum province in eastern Turkey. *Women Health*, 41(2), 1-12.
- Ballantyne, M., Benzies, K. M., & Trute, B. (2015). Depressive symptoms among immigrant and Canadian born mothers of preterm infants at neonatal intensive care discharge: A cross sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 1.
- Beck, C. T. (1993). Teetering on the edge: A substantive theory of postpartum depression. *Nursing research*, 42(1), 42-48.
- Beck, C. T. (2001). Predictor of postpartum depression. *Nursing Research*, 50(5), 275-285.
- Beck, C. T. & Driscoll, J. W. (2006). *Postpartum depression and anxiety disorders a clinician, guide*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Benevento, B., Cavallin, F., Gambina, I., Soldera, G., Trivellato, P., Visentin, S., & Zanardo, V. (2011). Postpartum psychosocial distress and late preterm delivery. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(5), 472-479.

- Bergstrom, E. B., Wallin, L., Thomson, G., & Flacking, R. (2012). Postpartum depression in mothers of infants cared for in a Neonatal Intensive Care Unit—Incidence and associated factors. *Journal of Neonatal Nursing, 18*(4), 143-151.
- Bicking, C., & Moore, G. (2012). Maternal perinatal depression in the neonatal intensive care unit: the role of the neonatal nurse. *Neonatal Network, 31*(5), 295-304.
- Boyd, R. C., Zayas, L. H. & McKee, M. D. (2006). Mother-infant interaction, life events and prenatal and postpartum depression symptoms among urban minority women in primary care. *Maternal and Child Health Journal, 10*(2), 139-148.
- Campbell, S. B., Cohn, J. F., & Meyers, T. (1995). Depression in first-time mothers: Mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology, 31*(1), 349-357.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). The PSS Scale is reprinted with permission of the American Sociological Association, A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*(1), 386-396.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *British Journal of Psychiatry, 150*(1), 782-786.
- Davey, S. J., Dziurawiec, S., & O'Brien-Malone, A. (2006). Men's voices: postnatal depression from the perspective of male partners. *Qualitative health research, 16*(2), 206-220.
- Davis, L., Edwards, H., Mohay, H., & Wollin, J. (2003). The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Human Development, 73*(2003), 61-70.
- Drewett, R., Blair, P., Emmett, P., & Emond, A. (2004). ALSPAC StudyTeam. Failure to thrive in the term and preterm infants of mothers depressed in the postnatal period: a population-based birth cohort study. *Journal Child Psychological Psychiatry, 45*(1), 66-359.
- Figueiredo, B., Canário, C., & Field, T. (2014). Breast feeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychological medicine, 44*(5), 927-936.

- Gambina, I., Soldera, G., Benevento, B., Trivellato, P., Visentin, S., Cavallin, F. et al. (2011). Postpartum psychosocial distress and late preterm delivery. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(5), 472-479.
- Graves, B. W., & Johnson, R. (2015). Mental health conditions. In T. L. King, M. C., Brucker, J. M. Kriebs, J. O. Fahey, C. L. Gegor, H. Varney, *Varney's Midwifery* (5th ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Gray, P. H., Edwards, D. M., O'Callaghan, M. J., Cuskelly, M., & Gibbons, K. (2013). Parenting stress in mothers of very preterm infants-influence of development, temperament and maternal depression. *Early Human Development*, 89(9), 625-629.
- Gulamani, S. S., Premji, S. S., Kanji, Z., & Azam, S. I. (2013). Preterm birth a risk factor for postpartum depression in Pakistani women. *Open journal of depression*, 2(4), 72-81.
- Hawes, K., McGowan, E., O'Donnell, M., Tucker, R., & Vohr, B. (2016). Social emotional factors increase risk of postpartum depression in mothers of preterm infants. *The Journal of Pediatrics*, 179(1), 61-67.
- Helle, N., Barkmann, C., Bartz-Seel, J., Diehl, T., Ehrhardt, S., Hendel, A., Nestoriuc, Y., Schulte-Markwort, M., Von Der Wense, A., & Bindt, C. (2015). Very low birth-weight as a risk factor for postpartum depression four to six weeks post birth in mothers and fathers: Cross-sectional results from a controlled multicentre cohort study. *Journal of Affect Disorders*, 180(1), 154-161.
- Henshaw, A., Foreman, D., & Cox, J. (2004). Postnatal blues: A risk factor for postnatal depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(1), 267-272.
- Herguner, S., Annagur, A., Altunhan, H., & Ors, R. (2013). Postpartum depression in mothers of infants with very low birth weight. *Archives of Neuropsychiatry*, 50(1), 30-33.
- Holditch-Davis, D., & Miles, M. (2000). Mother stories about their experiences in the NICU. *Neonatal Network*, 19(1), 13-21.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. MA: Addison-Wesley.
- Ihongbe, T. O., & Masho, S. W. (2017). Do successive preterm birth increase the risk of postpartum depressive symptoms. *Journal of Pregnancy*, 2017(1), 1-10.

- Kersting, A., Dorsch, M., Wesselmann, U., Lüdorff, K., Witthaut, J., Ohrmann, P., Hörnig-Franz, I., Klockenbusch, W., Harms, E., & Arolt, V. (2004). Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant. *Journal of Psychosomatic Research, 57*(5), 473-476.
- Korja, R., Savonlahti, E., Ahlqvist-Bjorkroth, S., Stolt, S., Haataja, L., Lapinleimu, et al. (2008). Maternal depression is associated with mother-infant interaction in preterm infants. *Acta Paediatrica, 97*(6), 724-730.
- Kubler-Ross, E., & Kesster, D., (2007). *On grief and grieving*, New York: Scribner Book.
- Lefkowitz, D. S., Baxt, C., Evans, J. R. (2010). Prevalence and correlates of posttraumatic stress and postpartum depression in parents of infants in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 17*(2), 230-237.
- Lindahl, V., Pearson, J. L., & Colpe, L. (2005). Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of Women's Mental Health, 8*(1), 77-87.
- Mackley, A. B., Locke, R. G., Spear, M. L., & Joseph, R. (2010). Forgotten parent: NICU paternal emotional response. *Advances in Neonatal Care, 10*(4), 200-203.
- Madu, S., & Roos, J. (2006). Depression among mothers with preterm infants and their stress-coping strategies. *Social Behavior and Personality, 34*(7), 877-890.
- Mehta, S., & Mehta, N. (2014). An overview of risk factors associated to post-partum depression in Asia. *Mental Illness, 6*(5370), 14-17.
- Montirosso, R., Fedeli, C., Prete, A. D., Calciolari, G., & Borgatti, R. (2014). Maternal stress and depressive symptoms associated with quality of developmental care in 25 Italian NICUs: A cross sectional observational study. *International Journal of Nursing Studies, 51*(2014), 994-1002.
- Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2012). Social support during the postpartum period: Mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Maternal Child Health, 17*(1), 616-623.
- Nielsen, F. D., Videbech, P., Hedegaard, M., Dalby, S. J., & Secher, N. J. (2000). Postpartum depression: identification of women at risk. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 107*(1), 1210-1217.

- Records, K., & Rise, M. (2007). Psychosocial correlates of depression symptom during the third trimester of pregnancy. *Journal Obstetric Gynecology Neonatal Nursing, 36*(3), 231-242.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press.
- Tahirkheli, N. N., Cherry, A. S., Tackett, A. P., McCaffree, M. A., & Gillaspay, S. R. (2014). Postpartum depression on the neonatal intensive care unit: Current perspectives. *International Journal of Women's Health, 24*(6), 975-87.
- Treyvaud, K., Anderson, V., Lee, K., Woodward, L., Newnham, C., Inder, T. (2010). Parental mental health and early social-emotional development of children born very preterm. *Journal of Pediatric Psychology, 35*(7), 768-777.
- Veddovi, M., Kenny, D. T., Gibson, F., Bowen, J., & Starte, D. (2004). The relationship between depressive symptoms following premature birth, mothers' coping style, and knowledge of infant development. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 19*(4), 313-323.
- Vigod, S. N., Villegas, L., Dennis, C. L., & Ross, L. E., (2010). Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low birth weight infants: A systematic review. *An International Journal of Obstetrics & Gynecology, 117*(5), 540-550.
- Wolke, D., Eryigit-Madzwamuse, S., & Gutbrod, T. (2014) Very preterm/ very low birthweight infants' attachment: infant and maternal characteristics. *Arch Dis Child Fetal Neonatal, 99*(1), 70-75.
- World Health Organization [WHO]. (2015). *Preterm birth*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>.
- Xie, R. H., He, G., Koszycki, D., Walker, M., & Wen, S. W. (2009). Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. *American College of Epidemiology, 19*(9), 637-643.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือรวบรวมข้อมูล

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

- | | |
|--|--|
| 1. รองศาสตราจารย์พริษา สุขศรี | อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลมารดา
ทารก และการผดุงครรภ์
มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี | อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลมารดา
ทารก และการผดุงครรภ์
มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล ชีระรังสิกุล | อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลเด็ก
มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ | อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลเด็ก
มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 5. รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ | อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช
มหาวิทยาลัยบูรพา |

ภาคผนวก ข
เอกสารเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาคลอดก่อนกำหนด
Factors Related to Postpartum Depression among Preterm Infants' Mothers

ชื่อนิติ นางสาววิไลลักษณ์ เคือกพันธ์

รหัสประจำตัวนิติ 59910028 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา การผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคปกติ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 01 - 09 - 2561

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ มารดาหลังคลอดที่คลอดก่อนกำหนด จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 110 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลมหาสารคาม และโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 4 ตุลาคม พ.ศ. 2562

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 4 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2561

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



**แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เพิ่มเติม)**

1. ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาคลอดก่อนกำหนด
Factors Related to Postpartum Depression among Preterm Infants' Mothers

2. ชื่อนิติกร นางสาววิไลลักษณ์ เผือกพันธ์

รหัสประจำตัวนิติกร 59910028 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา การผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคปกติ)

3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย (เพิ่มเติม)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 01 - 09 - 2561
ให้เพิ่มเติม คือ ขยาย ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล วันที่ 4 ตุลาคม 2562 ถึง วันที่ 30 เมษายน 2563

4. วันที่ให้การรับรอง: 30 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2562

ลงนาม.....


(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น

ชื่อคณะกรรมการ: คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น	
ที่อยู่คณะกรรมการ: 54, 56 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000	
ชื่อผู้วิจัยหลัก: นางสาววิไลลักษณ์ เมื่อกพันธ์ หน่วยงาน: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	
ชื่อผู้ร่วมวิจัย : นางสาวเวณิกา พรภุณา หน่วยงาน: คลินิกนมแม่ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น	
ชื่อเรื่อง: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาคลอดก่อนกำหนด "FACTORS RELATED TO POSTPARTUM DEPRESSION AMONG PRETERM INFANTS' MOTHERS"	
รหัสโครงการวิจัย: KEF62004	
สถานที่ทำวิจัย: หอผู้ป่วยหลังคลอด, หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต, กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น	
รายการเอกสาร	การอ้างอิง
แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	เวอร์ชัน 2 วันที่ 12 มีนาคม 2562
โครงร่างการวิจัยฉบับสมบูรณ์	เวอร์ชัน 2 วันที่ 12 มีนาคม 2562
เอกสารชี้แจงแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย กรณีอายุ ≥ 18 ปี	เวอร์ชัน 2 วันที่ 12 มีนาคม 2562
หนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย	เวอร์ชัน 1 วันที่ 4 ตุลาคม 2561
แบบบันทึกข้อมูล/แบบสอบถาม	เวอร์ชัน 2 วันที่ 12 มีนาคม 2562
ประวัติความรู้ความชำนาญของนักวิจัย	
การพิจารณา: [] แบบเร็ว [v] แบบปกติ	
เสนอรายงานความก้าวหน้า: ทุกๆ <input type="checkbox"/> 3 เดือน <input type="checkbox"/> 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> 12 เดือน	
วันที่เริ่มอนุมัติ: 26 เมษายน 2562 วันหมดอายุ: 25 เมษายน 2563	
<p>ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น โดยอ้างอิงปฏิญญาเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) แล้ว และเห็นว่าผู้วิจัยต้องดำเนินการตามโครงการวิจัยที่ได้กำหนดไว้ หากจะมีการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขใด ๆ ควรผ่านความเห็นชอบหรือแจ้งต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่นก่อน</p>	
 (นายวิชชัย เทียมกลาง) นายแพทย์เชี่ยวชาญ ปฏิบัติหน้าที่แทนประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น	



โรงพยาบาลมหาสารคาม
หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

- โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาคลอดก่อนกำหนด
Factors Related to Postpartum Depression among Preterm Infants' Mothers
- วิจัยทดลองทางคลินิก (Clinical Trial / Experimental Study)
- เลขที่โครงการวิจัย : MSKH_REC ๖๑-๐๒-๐๕๑
- ผู้วิจัยหลัก : นางสาววิไลลักษณ์ เมือกพันธ์
- สังกัดหน่วยงาน : วิทยาลัยพยาบาล ศรีมหาสารคาม
- เอกสารรับรอง : ๑. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
๒. โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์
๓. หนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัยหรือเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
๔. แบบการเก็บรวบรวมข้อมูล/โปรแกรมหรือกิจกรรม

ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) และขอให้รายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยทุก ๖ เดือน และส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้น

ให้ไว้ ณ วันที่ ๒๘ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๒

(นายธนนัน ฐิติพรรณกุล)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลมหาสารคาม

COA No ๖๒/๐๐๔
MSKH_REC ๖๑-๐๒-๐๕๑

วันที่รับรอง : วันที่ ๒๘ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๒
วันหมดอายุ : วันที่ ๒๗ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
ชั้น ๒ อาคารศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาสารคาม ๑๖๘ ถนนผดุงวิทย์ ตำบลตลาด อำเภอเมือง
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๐๐๐ โทรศัพท์ ๐ ๔๓๗๔ ๐๔๔๓ ต่อ ๔๒๐ โทรสาร ๐ ๔๓๗๑ ๑๔๓



คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
Research and Research Ethics Committee of Roi-et Hospital

สำนักงานวิจัย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 111 ถนนชัยชูพุทธ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ร้อยเอ็ด 45000
Research Office Roi-et Hospital 111 Ronascheichayut Road, Tambon Namuang, Amphur Maung, Roi-et, 45000, Thailand. Tel : (043)518-200 #2216

เลขที่ใบรับรอง RE019/2562

เอกสารรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาคลอดก่อนกำหนด
ผู้วิจัย : นางสาววิไลลักษณ์ เสือกพันธ์
หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดแล้ว โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration Helsinki's) โดยให้ดำเนินการวิจัยเรื่องข้างต้นได้

โดยให้ผู้วิจัยรับเงื่อนไขที่เสนอตั้งต่อไปนี้

1. ให้ส่งรายงานความก้าวหน้าทุก 6 เดือน
2. ให้แจ้งคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในกรณีที่เกิดเปลี่ยนแปลงโครงการวิจัยหรือหยุดโครงการก่อนกำหนด
3. รายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงหรือไม่คาดคิด
4. รายงานข้อมูลข่าวสารที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยควรได้รับระหว่างดำเนินการวิจัย
5. ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์เมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย

(นายณรงค์ชัย สังขชา)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

(นายชวลวิทย์ หลาวทอง)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

รับรองวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2562 (ใบรับรองมีระยะเวลา 1 ปี หลังจากวันที่อนุมัติ)

คณะกรรมการจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

สำนักงาน : สำนักงานวิจัย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 111 ถนนชัยชูพุทธ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ร้อยเอ็ด 45000

โทร. (043)518200 ต่อ 11902

1188
๕6 พฤษภาคม 2561
9.10

ที่ ศธ ๖๖๐๖/๒๑๑๓



โรงพยาบาลมหาสารคาม
เลขรับ 13873
วันที่ - 3 ส.ค. 2561
เวลา 19.41

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงทาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอมือฉ่อง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๓

๕ ตุลาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
- ๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑๒๕
๐๗ ส.ค. 2561
11 44

ด้วย นางสาววิไลลักษณ์ เมื่อกพันธ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ หอผู้ป่วยทารกป่วย และหอผู้ป่วยทารกวิกฤต ณ โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม จำนวน ๑๓ ราย ระหว่างวันที่ ๑ มกราคม - ๓๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

โดย ผู้อำนวยการ

นางสาววิไลลักษณ์ เมื่อกพันธ์
นางสุพิศ ศิริอรุณรัตน์
นางสาวสุภาวดี ใจดี
นางสาวสุภาวดี ใจดี

ที่ขอรับแจ้ง

- คณะพยาบาลมหาสารคาม
- ฝ่ายการเจ้าหน้าที่
- ผ. รพ.ร.

จึงเรียนมาเพื่อโปรด
- 3 S.A. 2561

เรียน รองผู้อำนวยการ ฝ่าย พรช. 3006/1

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) ที่ตั้ง: สำนักบริหารทั่วไป ชั้น ๓ อาคาร ๓
โทรศัพท์ (๐๓๘) ๕๐๖๔๓๖, ๕๐๖๔๑๕
โทรสาร (๐๓๘) ๕๐๖๔๓๖
ผู้ติดต่อ ๐๘-๘๕๕๒-๖๘๖๐

(นายสุรสิทธิ์ ศรีวิชัย)

ขอแสดงความนับถือ

ดร. กิ่งใจ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารีย์ กิ่งใจ)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา รักษาการแทน

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน

ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

รพ. เมืองมหาสารคาม

นายสุนทร ยนต์รุ่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม

๔ S.A. 2561

แจ้งผู้ประสานงาน
นายสุนทร ยนต์รุ่ง



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดา
คลอดก่อนกำหนด

วันให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

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

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง
ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผย
ในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม
ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาววิไลลักษณ์ เฟือกพันธ์)



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาคลอดก่อนกำหนด

รหัสจริยธรรมการวิจัย 01-09-2561

ชื่อผู้วิจัย นางสาววิไลลักษณ์ เผือกพันธ์

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาคลอดก่อนกำหนด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นมารดาหลังคลอดที่คลอดทารก ก่อนกำหนดและทารกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้อง ปฏิบัติ คือ ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง แบบสอบถามมี 6 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอดก่อนกำหนด ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะ ซึมเศร้าหลังคลอด ส่วนที่ 3 แบบประเมินความผาสุกของมารดา ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ ความผาสุกของทารก ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนจากพยาบาล ส่วนที่ 6 แบบประเมิน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 30 นาที และส่วนที่ 7 แบบบันทึกข้อมูล เกี่ยวกับสุขภาพของมารดา และทารกที่คลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยบันทึกเอง

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้อาจจะไม่ได้เป็นประโยชน์กับท่านโดยตรง แต่ผลการวิจัย จะนำไปพัฒนาการพยาบาลและการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดก่อนกำหนด ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วม โครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทน การระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่าน ที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจ ตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมด จะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัย

จะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาววิไลลักษณ์ เฟือกพันธ์ หมายเลขโทรศัพท์ 088-5526886 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก หมายเลขโทรศัพท์ 089-6780615

นางสาว วิไลลักษณ์ เฟือกพันธ์
ผู้วิจัย

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

ภาคผนวก ค
เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล
วิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
ในมารดาคลอดก่อนกำหนด

เครื่องมือรวบรวมข้อมูลของวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาคลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย 7 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอดก่อนกำหนด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของมารดา

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความพึงพอใจของทารก

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนจากพยาบาล

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ส่วนที่ 7 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของมารดา และทารกที่คลอดก่อนกำหนด

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอดก่อนกำหนด

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่างและทำเครื่องหมาย (/) หน้าข้อที่ตรงกับความจริงและความคิดเห็นของท่าน

1. อายุปี.....เดือน
2. สถานภาพสมรส

() 1. คู่อยู่กับสามี	() 3. หย่าหรือแยกทางกัน
() 2. คู่แยกกันอยู่กับสามี	() 4. หม้าย (สามีเสียชีวิต)
3. จบระดับการศึกษา.....
4. อาชีพ

() 1. แม่บ้าน	() 6. พนักงานเอกชน
() 2. ค้าขาย	() 7. พนักงานโรงงาน
() 3. เกษตรกรรม	() 8. ธุรกิจส่วนตัว
() 4. รับจ้าง	() 9. อื่น ๆ ระบุ.....
() 5. ข้าราชการ หรือพนักงานราชการ	
5. รายได้ของตนเอง..... บาท/ เดือน รายได้ของสามี..... บาท/ เดือน
6. ความเพียงพอของรายได้

() 1. เพียงพอไม่มีหนี้สิน	() 3. ไม่เพียงพอมีหนี้สิน
() 2. เพียงพอมีเงินออม	() 4. ไม่เพียงพอไม่มีหนี้สิน
7. สมาชิกในครอบครัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() 1. สามี	() 5. บิดาสามี
() 2. บุตร.....คน	() 6. มารดาสามี
() 3. บิดาตนเอง	() 7. อื่น ๆ ระบุ.....
() 4. มารดาตนเอง	
8. สัมพันธภาพในครอบครัว

() 1. รักใคร่กันดี	() 3. มีปัญหาขัดแย้งกันรุนแรง
() 2. ทะเลาะหรือมีปัญหาขัดแย้งกันบางครั้ง	() 4. อื่น ๆ ระบุ.....

9. ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการคลอดและการดูแลลูก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ตนเอง | <input type="checkbox"/> 5. บิดาสามี |
| <input type="checkbox"/> 2. สามี | <input type="checkbox"/> 6. มารดาสามี |
| <input type="checkbox"/> 3. บิดาตนเอง | <input type="checkbox"/> 7. อื่น ๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> 4. มารดาตนเอง | |

10. เมื่อท่านมีปัญหาเรื่องการเงินท่านได้รับความช่วยเหลือจากใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ตนเอง | <input type="checkbox"/> 5. บิดาสามี |
| <input type="checkbox"/> 2. สามี | <input type="checkbox"/> 6. มารดาสามี |
| <input type="checkbox"/> 3. บิดาตนเอง | <input type="checkbox"/> 7. อื่น ๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> 4. มารดาตนเอง | |

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

คำชี้แจง เนื่องจากคุณเพิ่งให้กำเนิดบุตรเมื่อไม่นานมานี้ อยากทราบว่าความรู้สึกอย่างไร โปรดทำเครื่องหมาย (/) หน้าคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด ใน 7 วันที่ผ่านมาโดยไม่ใช่ความรู้สึกในวันนี้

ตัวอย่าง ฉันรู้สึกมีความสุข

- ตลอดเวลา
- เป็นส่วนใหญ่
- ไม่บ่อยนัก
- ไม่มีเลย

หมายถึง “ฉันรู้สึกมีความสุขเป็นส่วนใหญ่ในช่วงระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา” กรุณาตอบคำถามข้ออื่นให้ครบถ้วน ในวิธีเดียวกันในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา

1. ฉันสามารถหัวเราะและมองสิ่งต่าง ๆ รอบตัวที่เกิดขึ้นได้อย่างสนุกสนาน P1 []

- มากเท่ากับที่เคยเป็น
- ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น
- น้อยลงมากอย่างเห็นได้ชัด
- ไม่มีเลย

.. .. P.. []

- ...
- ...
- ...
- ...

10. ฉันมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย P10 []

- ไม่เคยเลย
- เกือบจะไม่เคย
- บางเวลา
- ค่อนข้างบ่อย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความผาสุกของมารดา

คำชี้แจง ให้ท่านเลือกตอบตามความรู้สึกหรือความคิดเห็นจริง ๆ ของท่าน โดยทำเครื่องหมาย (/)

ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความจริงมากที่สุด โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ

ไม่เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยมากที่สุดกับข้อความในประโยคนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้น

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านเห็นด้วยมากกับข้อความในประโยคนั้น

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นด้วยมากที่สุดกับข้อความในประโยคนั้น

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย มาก ที่สุด	ไม่ เห็น ด้วย	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย มาก ที่สุด
1. ฉันรู้สึกท้อแท้ในเรื่องที่ฉันต้องเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลลูก				
2. ฉันรู้สึกเครียดกับปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลลูก				
3. ฉันรู้สึกกังวลกับการที่ลูกต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล				
.				
.				
.				
.				
.				
9. ฉันคิดว่าฉันสามารถจัดการกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในการดูแลลูก เมื่อลูกกลับบ้าน				
10. ฉันรู้สึกถูกกดดันกับการรับบทบาทแม่ที่ต้องดูแลลูกที่เกิดก่อนกำหนด				

หมายเหตุ ข้อคำถามเหล่านี้มีทั้งข้อคำถามด้านบวกและด้านลบ

- ข้อคำถามด้านบวก 5 ข้อ คือ 1, 2, 3, 4 และ 10

- ข้อคำถามด้านลบ 5 ข้อ คือ 5, 6, 7, 8 และ 9

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความผาสุกของทารก

คำชี้แจง ให้ท่านเลือกตอบตามความรู้สึกหรือความคิดเห็นจริง ๆ ของท่าน โดยทำเครื่องหมาย (/)

ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความจริงมากที่สุด โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ

ไม่เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยมากที่สุดกับข้อความในประโยคนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้น

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านเห็นด้วยมากกับข้อความในประโยคนั้น

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นด้วยมากที่สุดกับข้อความในประโยคนั้น

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
1. ฉันพึงพอใจกับภาวะสุขภาพของลูกในปัจจุบัน				
2. ลูกของฉันมีอาการดีขึ้นเรื่อย ๆ				
3. ลูกของฉันจะปลอดภัย				
.				
.				
.				
.				
.				
9. ลูกของฉันอาจไม่ปลอดภัยจากการรักษาที่ได้รับ				
10. ลูกของฉันไม่ได้รับการดูแลอย่างเพียงพอ				

หมายเหตุ ข้อคำถามเหล่านี้มีทั้งข้อคำถามด้านบวกและด้านลบ

- ข้อคำถามด้านบวก 5 ข้อ คือ 4, 4, 6, 9 และ 10

- ข้อคำถามด้านลบ 5 ข้อ คือ 1, 2, 3, 7 และ 8

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนจากพยาบาล

คำชี้แจง ให้ท่านเลือกตอบตามความรู้สึกหรือความคิดเห็นจริง ๆ ของท่าน โดยทำเครื่องหมาย (/)

ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความจริงมากที่สุด โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ

ไม่เป็นจริง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่เป็นความจริง
 เป็นจริงน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นเป็นความจริงเล็กน้อย
 เป็นจริงปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นเป็นความจริงปานกลาง
 เป็นจริงมาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นเป็นความจริงมาก

ข้อความ	ไม่เป็นจริง	เป็นจริงน้อย	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงมาก
1. พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับลูก				
2. พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาและผลการรักษาของลูกให้ฉันทราบ				
3. พยาบาลอธิบายเรื่องการดูแลลูกที่เกิดก่อนกำหนดจนฉันมีความเข้าใจและคิดว่าจะนำไปปฏิบัติได้				
.				
.				
.				
.				
.				
9. พยาบาลให้ความมั่นใจแก่ฉันในเรื่องการดูแลรักษาพยาบาลลูก				
10. พยาบาลแสดงออกถึงท่าทีที่เป็นมิตรและเต็มใจในการให้คำแนะนำหรือตอบคำถามที่เกี่ยวกับลูก				

หมายเหตุ ข้อคำถามเหล่านี้เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน ที่มีต่อตนเองว่าเป็นอย่างไรบ้าง โปรดอ่านข้อความโดยละเอียดและทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบ ดังนี้

- ตลอดเวลา หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านที่สุด
หรือ เกือบตลอดเวลา
- บ่อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน
หรือบ่อยครั้ง
- นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน
เพียง เล็กน้อยหรือนาน ๆ ครั้ง
- ไม่เคย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อความ	ตลอดเวลา	บ่อย	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย
1. ฉันรู้สึกว่าฉันมีคุณค่าเท่าเทียมกับคนอื่น ๆ				
2. ฉันรู้สึกว่าตัวฉันยังมีสิ่งที่ดีอยู่หลายอย่าง				
3. ฉันมีความโน้มเอียงที่จะรู้สึกว่าตนเองเป็นคน ล้มเหลว				
.				
.				
.				
.				
.				
9. ฉันมักจะรู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้ประโยชน์				
10. ฉันรู้สึกว่าตนเองเป็นคนไม่มีอะไรดีเลย				

หมายเหตุ ข้อคำถามเหล่านี้มีทั้งข้อคำถามด้านบวกและด้านลบ

- ข้อคำถามด้านบวก 5 ข้อ คือ 1, 2, 4, 6 และ 7
- ข้อคำถามด้านลบ 5 ข้อ คือ 3, 5, 8, 9 และ 10

แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพของมารดา และทารกที่คลอดก่อนกำหนด

1. ข้อมูลสุขภาพมารดา ประกอบด้วย

1.1 ประวัติการเจ็บป่วยของมารดา () ไม่มี

() มี ระบุ.....
ระยะเวลาที่เป็น.....
การรักษาที่ได้รับ.....

1.2 โรคประจำตัวของมารดา () ไม่มี

() มี ระบุ.....
ระยะเวลาที่เป็น.....
การรักษาที่ได้รับ.....

1.3 ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต () ไม่มี

() มี ระบุ.....
ระยะเวลาที่เป็น.....
การรักษาที่ได้รับ.....

1.4 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์.....ครั้ง

1.5 ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ () ไม่มี

() มี ระบุ.....
ระยะเวลาที่เป็น.....
การรักษาที่ได้รับ.....

1.6 จำนวนครั้งของการคลอด.....ครั้ง

1.7 จำนวนบุตรที่มีชีวิต.....คน

2. ข้อมูลสุขภาพทารก ประกอบด้วย

2.1 วันที่คลอด.....อายุครรภ์เมื่อคลอด.....สัปดาห์

2.2 วิธีการคลอด.....

2.3 ทารกเพศ.....

2.4 ภาวะสุขภาพของทารกแรกเกิด (Apgar score) นาทีที่ 1.....คะแนน

นาทีที่ 5.....คะแนน

นาทีที่ 10.....คะแนน

2.5 การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกเกิด.....

2.6 การวินิจฉัยโรคเมื่อ 2 สัปดาห์

2.7 การประเมินสภาพทารก

การประเมิน สภาพทารก	แรกเกิด	2 สัปดาห์หลังคลอด
สัญญาณชีพ	อุณหภูมิ.....องศาเซลเซียส ชีพจร.....ครั้ง/นาที การหายใจ.....ครั้ง/นาที ความดันโลหิต.....มิลลิเมตร ปรอท	อุณหภูมิ.....องศาเซลเซียส ชีพจร.....ครั้ง/ นาที การหายใจ.....ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต.....มิลลิเมตร ปรอท
น้ำหนักกรัมกรัม
การหายใจ	() หายใจได้เอง ไม่ได้ใช้ออกซิเจน () หายใจเอง ใช้ออกซิเจน () mask () box () cannula () ใส่ ET tube	() หายใจได้เอง ไม่ได้ใช้ออกซิเจน () หายใจเอง ใช้ออกซิเจน () mask () box () cannula () ใส่ ET tube
การอยู่ในตู้อบ	() อยู่ในตู้อบ () ไม่อยู่ในตู้อบ	() อยู่ในตู้อบ () ไม่อยู่ในตู้อบ
การได้รับสาร น้ำ	() ได้รับ ระบุ..... () ไม่ได้รับ	() ได้รับ ระบุ..... () ไม่ได้รับ
การได้รับ อาหาร	() NPO () ได้อาหารทางสายอาหาร () ดูดจากเต้านมมารดา () ดูดจากขวด/ ป้อนจากแก้ว	() NPO () ได้อาหารทางสายอาหาร () ดูดจากเต้านมมารดา () ดูดจากขวด/ ป้อนจากแก้ว
ยาที่ได้รับ		
ปัญหาของ ทารกที่พบ		
อื่น ๆ ระบุ		

ภาคผนวก ง
การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตารางที่ 9 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของทารกวันแรกกับ 2 สัปดาห์หลังคลอด ($n = 110$)

ข้อมูล	วันแรกหลังคลอด		2 สัปดาห์หลังคลอด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม)	Min = 770, Max = 2,380, $M = 1,562.41, SD = 372.95$		Min = 630, Max = 2,460, $M = 1,629.32, SD = 394.80$	
< 1,000	8	7.27	8	7.27
1,000-1,500	35	31.82	25	22.73
1,501-2,500	67	60.91	77	70.00
อุณหภูมิ (องศาเซลเซียส)	Min = 35.50, Max = 37.40, $M = 36.83, SD = 0.31$		Min = 36.80, Max = 37.50, $M = 37.00, SD = 0.13$	
< 36.50	17	15.55	0	0
36.50-37.4	93	84.45	109	99.09
> 37.4	0	0	1	0.91
อัตราการหายใจ (ครั้งต่อนาที)	Min = 30, Max = 74, $M = 56.74, SD = 7.16$		Min = 30, Max = 68, $M = 52.02, SD = 4.61$	
<40	1	0.91	1	0.91
40-60	83	75.45	105	95.45
>60	26	23.64	4	3.64
ลักษณะการหายใจ				
หายใจได้เองไม่ใช้ออกซิเจน	1	0.91	34	30.91
ให้ออกซิเจนทางกล่องครอบศีรษะ	17	15.55	11	10.00
ให้ออกซิเจนทางสายจุมุก	21	19.09	32	29.09
ใส่ท่อช่วยหายใจ	71	64.55	33	30.00
การอยู่ในตู้อบ				
อยู่ในตู้อบ	107	97.27	81	73.64
ไม่อยู่ในตู้อบ	3	2.73	29	26.36
การได้รับสารน้ำ				
ได้รับ	110	100	8	7.27
ไม่ได้รับ	0	0	102	92.73

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ข้อมูล	วันแรกหลังคลอด		2 สัปดาห์หลังคลอด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับอาหาร				
NPO	109	99.09	3	2.73
ได้อาหารทางสายยาง	1	0.91	80	72.73
ดูดจากเต้ามารดา	0	0	20	18.18
ดูดจากขวด/ ป้อนจากแก้ว	0	0	7	6.36

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบข้อมูลเศรษฐกิจและครอบครัวของมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
และไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($n = 110$)

ข้อมูลทั่วไป	EPDS < 11		EPDS ≥ 11	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)				
< 10,000	10	18.52	4	7.14
10,000-19,999	22	40.74	23	41.07
20,000-29,999	14	25.93	18	32.15
> 30,000	8	14.81	11	19.64
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอ	35	64.81	24	42.86
ไม่เพียงพอ	19	35.19	32	57.14
ลักษณะของครอบครัว				
ครอบครัวเดี่ยว	16	29.63	22	39.29
ครอบครัวขยาย	38	70.37	34	60.71
สัมพันธภาพในครอบครัว				
รักใคร่กันดี	51	94.44	49	87.50
ทะเลาะหรือมีปัญหาขัดแย้งกันบ้าง	3	5.56	7	12.50
ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการคลอด และการดูแลลูก				
ตนเองและสามี	38	70.37	44	78.57
ญาติคนอื่นรับผิดชอบ	16	29.63	12	21.43
การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน จากคนนอกครอบครัว				
ไม่ได้รับ	12	22.22	18	32.14
ได้รับ	42	77.78	38	67.86

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบข้อมูลของทารกแรกเกิดวันแรกหลังคลอดและ 2 สัปดาห์หลังคลอด
กับมารดาที่มีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
($n = 110$)

ข้อมูลทั่วไป	EPDS < 11		EPDS \geq 11	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนัктารกแรกเกิด วันแรกหลังคลอด				
< 1,000 กรัม	6	11.11	2	3.57
1,000-1,500 กรัม	13	24.07	22	39.29
1,501-2,500 กรัม	35	64.82	32	57.14
น้ำหนัктารกแรกเกิด 2 สัปดาห์หลังคลอด				
< 1,000 กรัม	6	11.11	2	3.57
1,000-1,500 กรัม	7	12.96	18	32.14
1,501-2,500 กรัม	41	75.93	36	64.29

ตารางที่ 12 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ศึกษา ($n = 110$)

ข้อมูล	Total		EPDS < 11		EPDS \geq 11	
	$(n = 110)$		$(n = 54)$		$(n = 56)$	
ตัวแปรที่ศึกษา	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
ความพอใจของมารดา	31.95	4.93	33.76	3.88	30.20	5.23
การรับรู้ความพอใจของทารก	33.55	4.36	35.07	3.46	32.07	4.66
การสนับสนุนจากพยาบาล	36.37	3.45	36.17	3.87	36.57	3.01
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	33.20	4.07	34.61	3.11	31.83	4.34